

MEMORANDO 20201300014443

PARA: RICARDO LOZANO PARDO - Superintendente
DE: MABEL ASTRID NEIRA YEPES - Jefe Oficina Control Interno
ASUNTO: Informe actividades Oficina de Control Interno - Mayo a Agosto de 2020
FECHA: Bogotá D.C., 27/09/2020

130 - 20201300014443

Página 1 de 70

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 y 5 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 – agosto 2020.

1. Trabajos y auditorías realizadas – Mayo – agosto 2020
 - 1.1. Auditorías a procesos
 - 1.2. Auditorías especiales
 - 1.3. Informes de Ley
 - 1.4. Seguimientos oficina de control interno
 - 1.5. Otros Aspectos
2. Plan de mejoramiento Institucional suscrito con la Contraloría General de la República (CGR - Minhacienda) – Avance al 30 de junio de 2020

“Super-Visión” para la transformaci^on

3. Seguimiento informes trabajos y auditorías realizadas – enero 1 de 2020 a septiembre 22 de 2020
4. Cambio periodicidad reuniones Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

1. TRABAJOS Y AUDITORIAS REALIZADAS – MAYO A AGOSTO 2020

1.1. Auditorías a Procesos

1.1.1. Contratación (Gestión Contractual) (Radicado 20201300010923 del 27 julio 2020), Respuesta entregada por correo electrónico - continúa abierto expediente eSigna

Se verificó del correcto desarrollo de la gestión contractual por parte de la Secretaría General, durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2019 y el 31 de marzo de 2020.

Adicionalmente, 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 Contratación.

Observaciones:

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

- **Recomendaciones:**

1. Aplicar la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
2. Solicitar el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas en la revisión y ajustes a que haya lugar de a matriz de riesgos del proceso.
3. Revisar, ajustar y actualizar la matriz de riesgos del proceso, de modo que cuente con controles debidamente diseñados y adecuadamente aplicados con el fin de dar cubrimiento a los riesgos identificados, solicitando la colaboración del personal a cargo del proceso para que a través de un trabajo en equipo, se puedan identificar

la totalidad de riesgos inherentes.

4. Ajustar la matriz de riesgos, diseñando un control por cada causa identificada.
5. Realizar una revisión periódica de los controles aplicables al proceso, con el objetivo de asegurar que las situaciones cambiantes no afecten la efectividad de las acciones.

2. Observación 2: Debilidad en la elaboración del plan anual de adquisiciones.

• **Recomendaciones:**

1. Realizar la actualización del plan anual de adquisiciones, cuando se evidencien ajustes en la información del proceso de selección, de acuerdo a lo señalado en el artículo 2.2.1.1.1.4.4 del Decreto 1082 de 2015.
2. Verificar el correcto diligenciamiento del plan anual de adquisiciones, previo a su publicación en la página web de Colombia Compra Eficiente.

3. Observación 3: Debilidad en la publicación de los documentos que hacen parte del proceso de selección.

• **Recomendaciones:**

1. Crear una lista de chequeo de la información que se genere en desarrollo del proceso contractual y realizar el seguimiento de su publicación en el SECOP.
2. Realizar seguimientos periódicos de la publicación de la información de los procesos de contratación en el SECOP y realizar los ajustes en los casos que lo requieran.

4. Observación 4: Debilidades en la supervisión de contratos

• **Recomendaciones:**

1. Verificar la totalidad de condiciones exigidas en los contratos por parte del supervisor, dejando soportes y evidencias de su cumplimiento en los términos señalados.
2. Verificación periódica y aleatoria por parte del ordenador del gasto respecto del cumplimiento de las funciones de los supervisores de los contratos.

5. Observación 5: Debilidad en el diligenciamiento del Formato Único de Inventario

Documental - FUID.

• **Recomendaciones:**

1. Verificar el procedimiento R-GEDO-006 “administración de los archivos de gestión y transferencia primaria”, para efectos de dar cumplimiento con las disposiciones en materia de gestión archivística.
2. Revisar los formatos actualizados contenidos en el sistema integral de gestión, relacionados con el “Formato Único de Inventario Documental – FUID”, para su correcto diligenciamiento.

6. Observación 6: Debilidad en la elaboración de hojas de control.

• **Recomendación:**

Revisar el procedimiento R-GEDO-006 “administración de los archivos de gestión y transferencia primaria”, para efectos de aplicar la elaboración de hojas de control por expediente, consignando la información básica de cada tipo documental.

7. Observación 7: Debilidad en el diligenciamiento del formato de control consulta y/o préstamo documental para archivos de gestión diligenciado.

• **Recomendación:**

Verificar los formatos contenidos en el sistema integral de gestión de la entidad, para efectos de aplicar los formatos aprobados por el proceso de gestión documental diligenciando la totalidad de información solicitada por los mismos.

8. Observación 8: Incumplimiento del plan de transferencias documentales primarias.

• **Recomendación:**

1. Llevar el seguimiento de la programación asignada por el Grupo de Gestión Documental en la vigencia para la realización de las transferencias documentales primarias.
2. Solicitar la asesoría del Grupo de Gestión Documental para preparar la información objeto de transferencia primaria de documentos.

Conclusiones y recomendaciones

“Super-Visión” para la transformación

- ❖ Producto de la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, se identificaron algunas debilidades que requieren de acciones de mejora medibles para efectos de subsanar la causa que generó las observaciones señaladas en el presente informe.
- ❖ Se pudo observar la actualización del Manual de Contratación, lo cual genera un valor agregado y una oportunidad de mejora en el desarrollo del proceso contractual, sin embargo, no se evidencian los procedimientos para cada modalidad de selección que se menciona en dicha herramienta, por lo que se recomienda verificar la información registrada en el sistema ISOLUCION e incorporar la documentación faltante.
- ❖ Del seguimiento al plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República, se concluye que una de las acciones de mejora formuladas debe ser replanteada, ya que la misma no subsanó la debilidad señalada por el ente de control toda vez que se observó la reiteración de la observación en la auditoría interna realizada el proceso de contratación en la vigencia 2019. Las demás acciones de mejora se cumplen evidenciando su efectividad a través de los seguimientos y auditorías realizadas por esta Dependencia.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Debilidad en la identificación de riesgos y el diseño de controles asociados al proceso de contratación.	NO
2	Debilidad en la elaboración del plan anual de adquisiciones.	NO
3	Debilidad en la publicación de los documentos que hacen parte del proceso de selección.	SI
4	Debilidades en la supervisión de contratos	SI
5	Debilidad en el diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental - FUID.	NO
6	Debilidad en la elaboración de hojas de control	NO
7	Debilidad en el diligenciamiento del formato de control consulta y/o préstamo documental para archivos de gestión diligenciado	NO
8	Incumplimiento del plan de transferencias documentales primarias	NO

1.1.2. Gestión de Interacción Ciudadana - Delegatura para la Supervisión de la Actividad Financiera del Cooperativismo (Radicado 20201300011273 del 31 julio

“Super-Visión” para la transformación

2020), se recibió respuesta mediante correo electrónico el 3 de agosto de 2020, continúa abierto en eSigna

Se realizó una evaluación del trámite de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias que hacen parte del proceso de Gestión de Interacción Ciudadana de la Delegatura, mediante la verificación de una muestra aleatoria de la información suministrada por el periodo comprendido entre el 1 de mayo de 2019 y el 30 de mayo de 2020

Observaciones

1. Observación #1: Riesgos Proceso de Gestión de Interacción Ciudadana

Condición: Se observa un (1) riesgo identificado en el proceso, el cual está enfocado en los términos previstos en la ley para responder las peticiones, requiriendo la Actualización de Riesgos del Proceso de Gestión de Interacción Ciudadana

- **Recomendación:** En la actualización se podría incluir otro tipo de riesgos como riesgo de gestión, por ejemplo: Emisión de conceptos erróneos en la atención a los usuarios, la insatisfacción del usuario con la respuesta dada o decisiones amañadas a intereses particulares, por lo que se recomienda un análisis de causas de conformidad con los parámetros establecidos en dicha guía para que sean tenidos en cuenta.

2. Observación # 2. Matriz de Puntos de Control

Condición: Se observa que la Matriz de puntos de control que está en iSolución, se encuentra desactualizada puesto que el sistema de gestión documental eSigna es el que se usa actualmente y no Orfeo.

- **Recomendación:** Actualización del formato revisando los controles allí establecidos de acuerdo a los parámetros emitidos por la Función Pública en cuanto a la elaboración de controles del proceso.

3. Observación # 3: Incumplimiento en los tiempos de respuesta en los requerimientos

Condición: En treinta y cuatro (34) de los 50 radicados revisados, es decir en el 68% de la muestra seleccionada no se observó el cumplimiento del término legal de quince (15) días de plazo para dar respuesta.

- **Recomendación:** Generar alertas ya sea en el sistema de gestión documental eSigna o en el Formato de Peticiones en contra de las vigiladas para lograr el cumplimiento de los tiempos establecidos

4. Observación # 4: Inadecuado diligenciamiento Hoja de Control F-INCI-001

“Super-Visión” para la transformación

Condición: Se observa que el formato F-INCI-001 no ha sido diligenciado en la totalidad de las casillas, dejando doscientos ochenta y un (281) filas sin diligenciar en su totalidad.

- **Recomendación:** Diligenciar de manera total el formato para demostrar la realización de todos los procedimientos teniendo en cuenta sus fechas y unificando criterios para que después puedan realizar las estadísticas necesarias del proceso.

5. Observación # 5: Indicadores de Gestión de iSolución desactualizados

Condición: Se observa que en la plataforma iSolución, dos indicadores: Cierres de Quejas Efectuados en Forma Oportuna y Eficaz y Quejas servicio Prestado, que son trimestrales, se encuentran desactualizados

- **Recomendación:** Hacer una revisión de los indicadores, verificar su eficacia, eficiencia e importancia y mantenerlos actualizados de acuerdo a los datos generados por el proceso de Gestión de Interacción Ciudadana

6. Observación # 6: Organización de Archivos y aplicación de Tabla de Retención Documental – TRD

Condición:

De acuerdo a la información aportada por el delegado del proceso auditado no se está aplicando la Tabla de Retención Documental – TRD versión 2015 para el proceso de clasificación que hace parte de la organización de los archivos y por tanto no se da cumplimiento a los tiempos de retención establecidos en esta.

- **Recomendación:**

Organización del archivo de gestión, teniendo en cuenta emplear para su clasificación la versión de TRD que corresponda al periodo en el que fueron producidos los documentos.

Conclusiones y recomendaciones

La oficina de control interno, invita a evaluar la efectividad de las respuestas emitidas por los funcionarios encargados de atender la PQRS de la Delegatura, y cuando se trate de oficios que deban ser trasladados a las entidades vigiladas, realizar un seguimientos constante y oportuno, que permita que se dé una adecuada respuesta al peticionario, toda vez que al no darse respuesta por parte de las entidades vigiladas se están generando nuevas PQRS con el mismo asunto, por lo cual no se está cumpliendo con nuestro deber de diseñar e implementar estrategias que nos permitan disminuir el flujo de PQRS recibidas por esta Superintendencia y generar satisfacción al ciudadano al ser atendido.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Actualización de Riesgos Proceso de Gestión de Interacción Ciudadana	No
2	Actualización Matriz de Puntos de Control	No
3	Incumplimiento Términos para Contestación de Radicados	No
4	Inadecuado diligenciamiento Hoja de Control F-INCI-001	No
5	Indicadores de Gestión de iSolución desactualizados	No
6	Organización de Archivos y diligenciamiento de Tabla de Retención Documental – TRD	No

1.1.3. Gestión de Interacción Ciudadana - Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria - (Grupo de Atención al Ciudadano) (Radicado 20201300011253 del 31 julio 2020), se recibió respuesta mediante 20203700013083 del 3 de septiembre de 2020

Se realizó la revisión del trámite de las quejas y peticiones que hacen parte del Proceso de Interacción Ciudadana de la Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria establecido en el Sistema de Gestión de Calidad, mediante la verificación de una muestra aleatoria de cincuenta y un (51) radicados de una población total de siete mil doscientos noventa y dos (7292) radicados tomados del archivo en Excel suministrado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas con corte a abril 30 de 2020.

El presente informe se rindió con base en la información de las PQRS tramitadas por el Grupo Interno de Trabajo de Servicio al Ciudadano, el cual incluye las PQRS recibidas por toda la Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa

Observaciones

1. Observación # 1. Riesgos Proceso de Gestión de Interacción Ciudadana

Condición: Se observa dos (2) riesgos identificados en el proceso los cuales están dirigidos a no responder oportunamente y no responder con calidad los derechos de petición, requiriendo la Actualización de Riesgos del Proceso de Gestión de Interacción Ciudadana

- **Recomendación:** En la actualización se podría incluir otro tipo de riesgos como riesgo de gestión, por ejemplo: Emisión de conceptos erróneos en la atención a los usuarios,

la insatisfacción del usuario con la respuesta dada o decisiones amañadas a intereses particulares, por lo que se recomienda un análisis de causas de conformidad con los parámetros establecidos en dicha guía para que sean tenidos en cuenta.

2. Observación # 2. Matriz de Puntos de Control

Condición: Se observa que la Matriz de puntos de control que está en iSolución, se encuentra desactualizada puesto que el sistema de gestión documental eSigna es el que se usa actualmente y no Orfeo.

- **Recomendación:** Actualización del formato revisando los controles allí establecidos de acuerdo a los parámetros emitidos por la Función Pública en cuanto a la elaboración de controles del proceso.

3. Observación # 3: Incumplimiento en los tiempos de respuesta en los requerimientos

Condición: En los cincuenta y un (51) radicados revisados, no se observó cumplimiento del término legal de quince (15) días de plazo para dar respuesta

- **Recomendación:** Generar alertas ya sea en el sistema de gestión documental eSigna o en el Formato de Peticiones en contra de las vigiladas para lograr el cumplimiento de los tiempos establecidos

4. Observación # 4: Inadecuado seguimiento de Petición

Condición: en cuarenta y un (41) radicados no hubo seguimiento antes del cierre, generando una falencia aun cuando se ha cerrado la queja. El radicado se traslada al órgano de control, se hace el acuse al peticionario y se cierra la queja.

- **Recomendación:** Sistema de alarma de esigna para radicados que requieren respuesta para su seguimiento, requerimientos de carácter improrrogable en segundos comunicados y vincular el cierre de las quejas al radicado inicial de la misma con el fin de visualizar la trazabilidad en el Sistema de Gestión Documental.

5. Observación # 5: Calidad de la respuesta dada al peticionario

Condición: en la muestra de 51 radicados, realmente se solucionaron 15 en cuanto a lograr el objetivo de la petición, cifra que puede indicar que se genera baja confianza e insatisfacción de la ciudadanía en cuanto a la solución del requerimiento

- **Recomendación:** hacer un seguimiento oportuno a las respuestas de las vigiladas, exigiendo tiempos y evaluación de calidad en cada requerimiento.

6. Observación # 6: Indicador de Gestión de iSolución desactualizado

Condición: Se observa que en la plataforma iSolución, el indicador: Quejas y Peticiones atendidos dentro del término, que es mensual, se encuentran desactualizado, muestra datos a abril y se encuentran erróneamente dispuestos los meses de 2020.

- **Recomendación:** Hacer una revisión de los indicadores, verificar su disposición, eficacia, eficiencia e importancia y mantenerlo actualizado de acuerdo a los datos generados por el proceso de Gestión de Interacción Ciudadana.

7. **Observación # 7. Tabla de Retención Documental – TRD que emplea para organizar el archivo de gestión**

Condición: La respuesta dada por el líder del proceso no da cuenta de que se tenga conocimiento sobre la existencia de las distintas versiones de Tabla de Retención Documental – TRD con que cuenta la entidad para clasificar los documentos a fin de lograr su organización.

Observación: Lo anterior evidencia que existe una alta probabilidad de que no se tenga conocimiento sobre la existencia de las distintas versiones de las Tablas de Retención Documental – TRD, instrumento archivístico que permite la clasificación de los documentos para lograr la organización de los archivos de gestión, así mismo se evidencia desconocimiento de los procedimientos asociados al proceso de Gestión Documental, lo que conlleva a que la entidad pueda incurrir en incumplimientos frente a la adopción y aplicación del mencionado instrumento, lo que va en contravía a lo establecido en la normatividad archivística y puede generar la posible identificación de hallazgos (reiterados) internamente y por parte de un ente de inspección y vigilancia como lo es el Archivo General de la Nación – AGN, lo que aunado a otras oportunidades de mejora en diferentes procesos, puede repercutir en la imposición de multas a la entidad.

8. **Observación # 8. Organización de archivos y diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental - FUID.**

Condición: La remisión del Formato Único de Inventario Documental – FUID sin registro de información permite concluir que no cuentan con inventario documental del archivo de gestión, adicional dicha información genera indicios respecto a que no se están conformando expedientes de acuerdo a la Tabla de Retención Documental – TRD.

Observación: Lo anterior evidencia que existe una alta probabilidad de que no se esté aplicando la Tabla de Retención Documental – TRD para la organización de los archivos de gestión, así mismo no cuenta con inventarios documentales de su archivo de gestión auto controlados y auto gestionados, tal como se establece en la norma, por ende no se hace uso del Formato Único de Inventario Documental – FUID, 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 y por parte

de un ente de inspección y vigilancia como lo es el Archivo General de la Nación – AGN, lo que aunado a otras oportunidades de mejora en diferentes procesos, puede repercutir en la imposición de multas a la entidad.

9. Observación # 9. Elaboración de hojas de control.

Condición: El proceso no cuenta con hojas de control de los expedientes de su archivo de gestión, por tanto, no hace uso del formato Hoja de control documental.

Observación: Lo anterior evidencia que el proceso no cuenta con las hojas de control de los expedientes de su archivo de gestión, por ende no se hace uso del formato Hoja de control documental, 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.

10. Observación # 10. Interacción entre procesos y responsabilidades frente al proceso de gestión documental.

Condición: El proceso auditado alude la responsabilidad sobre la gestión documental a la Secretaría General y la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y no remite los soportes que permitan determinar si se están o no elaborando las hojas de control.

Observación: Se observa que en el proceso auditado alude la responsabilidad sobre la gestión documental a la Secretaría General y la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, lo que genera indicios sobre la probabilidad de que el proceso auditado no cuente con hojas de control de los expedientes de su archivo de gestión, por tanto, que no se esté haciendo uso del formato destinado para ello, lo que de ser así 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.

11. Observación # 11. Diligenciamiento formato control consulta y/o préstamo documental para archivos de gestión diligenciado.

Condición: El proceso no realiza control de las consultas y/o préstamos documentales llevando un registro en el F-GEDO-016 CONTROL CONSULTA Y/O PRESTAMO DOCUMENTAL PARA ARCHIVOS DE GESTION.

Observación: Lo anterior evidencia que el proceso no controla las consultas y/o préstamos documentales dejando registro de información en el formato F-GEDO-016

CONTROL CONSULTA Y/O PRESTAMO DOCUMENTAL PARA ARCHIVOS DE GESTION, 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.

12. Observación # 12. Interacción entre procesos y responsabilidades frente al proceso de gestión documental en el diligenciamiento del formato control consulta y/o préstamo documental para archivos de gestión.

Condición: El proceso auditado alude la responsabilidad sobre la gestión documental a la Secretaría General y la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y no remite los soportes que permitan determinar si se está llevando registro en el F-GEDO-016 CONTROL CONSULTA Y/O PRESTAMO DOCUMENTAL PARA ARCHIVOS DE GESTION.

Observación: Se observa que en el proceso auditado alude la responsabilidad sobre la gestión documental a la Secretaría General y la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, lo que genera indicios sobre la probabilidad de que el proceso auditado no esté controlando la consulta y/o préstamo de documentos mediante el registro de información en el formato establecido para tal fin, lo que de ser así conlleva a que la entidad pueda incurrir en incumplimientos frente a lo establecido en la normatividad archivística, especialmente a lo establecido en el Acuerdo 042 de 2002 art. sexto “*préstamo de documentos para trámites internos*”, 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.

13. Observación # 13. Inventarios documentales por desvinculación o retiro de servidores públicos.

Condición: El proceso no cuenta con los inventarios documentales entregados por desvinculación o retiro de servidores públicos.

Dado lo anterior y teniendo en cuenta que hay disposiciones normativas como el Acuerdo 038 de 2014 en el que se señala claramente que el jefe de la dependencia, será el responsable de la custodia de los archivos de la oficina a su cargo y que el inventario documental se constituye en el instrumento de control y de recuperación mediante el cual se registran los datos de cada una de las carpetas o expedientes que conforman el archivo, se indicó que se evidencia que el proceso auditado no cuenta con los inventarios documentales entregados por desvinculación o retiro de servidores públicos, lo que conlleva a que la entidad pueda incurrir en incumplimientos frente a lo establecido en la normatividad archivística.

Conclusiones y recomendaciones

La oficina de control interno, invita a evaluar la efectividad de las respuestas emitidas por los funcionarios encargados de atender la PQRS de la Delegatura, y cuando se trate de oficios que deban ser trasladados a las entidades vigiladas, realizar un seguimientos constante y oportuno, que permita dar una adecuada respuesta al peticionario, toda vez que al no darse respuesta por parte de las entidades vigiladas se están generando nuevas PQRS con el mismo asunto, por lo cual no se está cumpliendo con nuestro deber de diseñar e implementar estrategias que nos permitan disminuir el flujo de PQRS recibidas por esta Superintendencia y generar satisfacción al ciudadano al ser atendido.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Riesgos Proceso de Gestión de Interacción Ciudadana	No
2	Matriz de Puntos de Control	No
3	Incumplimiento en los tiempos de respuesta en los requerimientos	Si
4	Inadecuado seguimiento de Petición	Si
5	Calidad de la respuesta dada al peticionario	Si
6	Indicador de Gestión de iSolución desactualizado	No
7	Tabla de Retención Documental – TRD que emplea para organizar el archivo de gestión	No
8	Organización de archivos y diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental - FUID.	No
9	Interacción entre procesos y responsabilidades frente al proceso de gestión documental.	No
10	Interacción entre procesos y responsabilidades frente al proceso de gestión documental en el diligenciamiento del formato control consulta y/o préstamo documental para archivos de gestión	No
11	Inventarios documentales por desvinculación o retiro de servidores públicos.	No

1.1.4. Gestión Documental (Radicado 20201300007943 del 9 de junio 2020), se recibió respuesta mediante 20201000008503 del 19 de junio de 2020

Se Verificó del correcto desarrollo de los procedimientos señalados en los objetivos de la presente auditoría por parte de la Secretaría, durante la vigencia 2019.

Observaciones:

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

• **Recomendaciones:**

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

2. Observación 2: Se evidenció el incumplimiento por parte de algunas áreas respecto del cronograma establecido para la realización de las transferencias primarias de documentos.

• **Recomendaciones:**

1. Planificar al interior de cada área, la organización y cumplimiento de las políticas de gestión documental, para efectos de dar cumplimiento a los términos programados por el Grupo de Gestión Documental para la realización de las transferencias primarias.
2. Solicitar por parte de cada área el acompañamiento del Grupo de Gestión

Documental en la realización de las transferencias primarias en los periodos programados por la Secretaría General.

3. Generar un punto de control por parte del Grupo de Gestión Documental, para efectos de recordarles a las dependencias con cierta anticipación, en la programación para la realización de las transferencias primarias y los riesgos en el incumplimiento de esta actividad.
4. Capacitar a las áreas en la importancia de la realización de las transferencias primarias y demás directrices sobre el cumplimiento de los requisitos establecidos por el Archivo General de la Nación.

3. Observación 3: Se evidenció incumplimiento al procedimiento R-GEDO-009 – “Planeación de la gestión documental”, toda vez que no se evidencia la ejecución de los pasos señalados en el mismo.

• **Recomendaciones:**

1. Identificar las necesidades institucionales en torno a la gestión documental de la entidad, para la elaboración del plan de trabajo archivístico que deberá ser presentado ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
2. Actualizar el procedimiento R-GEDO-009 – “Planeación de la gestión documental” incluyendo la importancia de contar de manera inicial con la política de gestión documental y de ajustar la aprobación del Comité de Desarrollo Administrativo por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

4. Observación 4: Desactualización del procedimiento R-GEDO-003 – “Notificación y ejecutoria de actos administrativos”.

• **Recomendación:**

Analizar la actualización o eliminación del procedimiento R-GEDO-003, con el objetivo de que el mismo se encuentre acorde con la normatividad vigente.

Conclusiones y recomendaciones

- ❖ Realizada la evaluación al proceso de Gestión Documental, de acuerdo al alcance propuesto por la Oficina de Control Interno, se pudo observar que se hace necesario realizar la actualización de la matriz de riesgos del proceso, de forma que sean incluidos los riesgos que se encuentren relacionados con la totalidad de actividades relacionadas en la caracterización del mismo.
- ❖ Para tal efecto, se recomienda dar aplicación a la “Guía para la administración del riesgo y

el diseño de controles en entidades públicas” expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, donde se establecen las directrices para la formulación de controles lo suficientemente robustos para mitigar la materialización de los riesgos asociados al proceso. Dicha actualización, debe realizarse con la asesoría de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y su producto deberá incluirse en el sistema ISOLUCION, estableciendo responsables y periodos de seguimiento correspondientes.

- ❖ Por otro lado, las acciones de mejora que se generen producto de la presente evaluación, deben encaminarse en la mejora de la gestión de las notificaciones de os actos administrativos, toda vez que fueron evidenciadas algunas falencias respecto de la coordinación en el desarrollo de esta actividad.
- ❖ Se deben aplicar las acciones necesarias para garantizar la efectividad en el trabajo de notificación, teniendo en cuenta la cantidad de registros, expedientes y/o actos administrativos que deben ser gestionados; el personal con el que cuenta la entidad no es suficiente para abarcar de manera oportuna esta tarea.
- ❖ Se recomienda verificar los procedimientos incluidos en el proceso, si bien se han actualizado algunos de ellos, es necesario evaluar la viabilidad de algunos pasos en su ejecución, aclarando que cada uno de ellos corresponden a un criterio y son de obligatorio cumplimiento, situación que no fue evidenciada en la presente evaluación.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Debilidad en la identificación de riesgos y el diseño de controles asociados al proceso GESTIÓN DOCUMENTAL.	NO
2	Se evidenció el incumplimiento por parte de algunas áreas respecto del cronograma establecido para la realización de las transferencias primarias de documentos.	SI
3	Se evidenció incumplimiento al procedimiento R-GEDO-009 – “Planeación de la gestión documental”, toda vez que no se evidencia la ejecución de los pasos señalados en el mismo.	NO
4	Desactualización del procedimiento R-GEDO-003 – “Notificación y ejecutoria de actos administrativos”.	NO

1.1.5. Proceso de Mejoramiento Continuo (Radicado 20201300008903 del 26 de junio 2020), se recibió respuesta mediante 20201210009613 del 3 de julio de 2020

La auditoría se realizó sobre el objetivo y las actividades establecidas dentro de la caracterización del proceso de Mejoramiento Continuo, específicamente sobre actividades que tengan mayor impacto para la entidad.

Por lo anterior, se tendrán como base para la ejecución de la auditoría las caracterizaciones, manuales e instructivos que hacen parte del Proceso de Mejoramiento Continuo, contenidos en el Sistema Integrado de Gestión de la Superintendencia.

Observaciones

1. Observación # 1. Matriz de Indicadores.

Condición: Inconsistencia en la Recopilación y análisis de datos e indicadores para evaluar y autoevaluar el Sistema de Gestión Integral y la Gestión de Riesgos e identificar dónde pueden realizarse mejoras.

2. Observación # 2. Seguimiento no conformidades Auditoria Externa de Calidad

Condición: Falta de Seguimiento a NC asociadas.

3. Observación # 3. Acta de Revisión por la Gerencia

Condición: Debilidades en la elaboración de Acta Revisión Gerencial (Incluye decisiones relacionadas con mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión Integral y del Modelo Estándar de Control Interno, la mejora de productos y/o servicios y la asignación de recursos)

Conclusiones y recomendaciones

Es importante señalar, que la oficina de control interno tiene conocimiento de que actualmente la entidad se encuentra en un proceso de Arquitectura Empresarial, y que en la actualidad se viene adelantando una actualización y modificación de los procesos por parte de la Oficina de Planeación y Sistemas, por lo tanto, se recomienda tener en cuenta los anteriores aspectos

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Matriz de Indicadores.	NO
2	Seguimiento no conformidades Auditoria Externa de Calidad	NO
3	Acta de Revisión por la Gerencia	NO

1.1.6. Proceso Planeación (Radicado 20201300006933 del 14 de mayo 2020), se recibió respuesta mediante 20201000007163 del 20 de mayo de 2020

La auditoría se realizó 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.

Observaciones

1. Observación #1. Riesgos Proceso Planeación

Condición: Actualización Riesgos del Proceso de Planeación

Observación: La Oficina de Control Interno recomienda incluir riesgos importantes y básicos para el proceso, como son: “Ejecución inadecuada de proyectos (contratos, Ordenes de servicios, resoluciones, proyectos de inversión)”, sobre los mismos se recomienda realizar el análisis de las causas que los originaron, estableciendo los controles existentes para cada una de las causas determinadas de conformidad con los parámetros establecidos en la Guía de Administración de Riesgo y el diseño de Controles en Entidades Públicas - Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital - Versión 4.

2. Observación #2. No se evidenció el acta de presentación y aprobación del Plan Estratégico.

Condición: Cumplimiento Procedimientos del Proceso.

Observaciones: No se evidenció el acta de presentación y aprobación del Plan Estratégico.

3. Observación # 3. Seguimiento Plan Estratégico.

Condición: Acciones de mejora para el cumplimiento de las metas del plan estratégico.

Observaciones: Se observó que para la vigencia 2019, del Plan Estratégico solo 8 objetivos alcanzaron el 100% del porcentaje establecido para esa vigencia, es decir, el 42% de cumplimiento, y los 11 objetivos restantes presentaron un alto porcentaje de avance, pero no cumplieron con la meta establecida.

4. Observación # 4. Plan de Acción Anual MIPG - 2020

Condición: No se ha establecido el Plan de Acción Anual MIPG 2020.

Observación: “(...) se aclara que una vez la entidad cuente con los resultados de la gestión y desempeño institucional de la vigencia 2019 de acuerdo con la información

reportada en el Formulario Único de Reporte de Avance a la Gestión - FURAG, se llevará a cabo un ejercicio de planeación, coordinado con los líderes de cada política del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, con el fin de diseñar las acciones para la vigencia 2020. (...). Por lo anterior, se deja la observación de que a la fecha no se ha formulado el Plan de Acción MIPG.

5. Observación # 5. Procedimiento Proyectos de Inversión.

Condición: Controles no establecidos para el seguimiento de la ejecución de los proyectos de inversión.

Observaciones: Se observó que la ejecución de los proyectos de inversión entre la vigencia 2019 y 2020, va en un 17,28% (\$17,667,233,451). Se debe realizar la elaboración de un procedimiento claro para el seguimiento de la ejecución de los proyectos de inversión.

7. Observación # 7 . Elaboración de inventarios documentales de los archivos de gestión.

Condición: La oficina de planeación no cuenta con inventarios documentales de sus archivos de gestión, por tanto, no hace uso del Formato Único de Inventario Documental – FUID.

Observación: Lo anterior evidencia que la Oficina de planeación no cuenta con inventarios documentales de su archivo de gestión auto controlados y auto gestionados, tal como se establece en la norma, por ende no se hace uso del Formato Único de Inventario Documental – FUID, 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.

8. Observación # 8. Elaboración de hojas de control.

Condición: La oficina de planeación no cuenta con hojas de control de los expedientes de su archivo de gestión, por tanto, no hace uso del formato Hoja de control documental.

Observación: Lo anterior evidencia que la Oficina de planeación no cuenta con las hojas de control de los expedientes de su archivo de gestión, por ende no se hace uso del formato Hoja de control documental, 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.

9. Observación # 9. Inventarios documentales por desvinculación o retiro de servidores públicos.

Condición: La oficina de planeación no cuenta con los inventarios documentales entregados por desvinculación o retiro de servidores públicos.

Observación: Lo anterior evidencia que la Oficina de planeación no cuenta con los inventarios documentales entregados por desvinculación o retiro de servidores públicos, 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.

Conclusiones y recomendaciones

Se recomienda hacer una revisión general de las observaciones que se indicaron en cada uno de los puntos desarrollados en el presente informe, con el fin de que se implementen las acciones que sean requeridas para el mejoramiento del proceso.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Riesgos Proceso de Planeación	NO
2	No se evidenció el acta de presentación y aprobación del Plan Estratégico.	NO
3	Seguimiento Plan Estratégico.	NO
4	Plan de Acción Anual MIPG - 2020	NO
5	Procedimientos Proyectos de Inversión.	NO
6	Ejecución Proyectos de Inversión.	NO
7	Elaboración de inventarios documentales de los archivos de gestión.	NO
8	Elaboración de hojas de control.	NO
9	Inventarios documentales por desvinculación o retiro de servidores públicos.	NO

1.1.7. Gestión presupuestal (Radicado 20201300007763 del 5 junio 2020), se recibió

“Super-Visión” para la transformación

respuesta mediante correo electrónico del 17 de junio de 2020, continúa abierto expediente en eSigna

Se evaluó la ejecución presupuestal de la Superintendencia de la Economía Solidaria para la vigencia 2019 y del primer trimestre de 2020.

Este informe fue elaborado en desarrollo de las actividades de seguimiento a la ejecución presupuestal, con base en la información presupuestal y financiera registrada en el SIIF Nación y la información suministrada por las dependencias involucradas en el proceso.

Observaciones

1. Observación #1. Riesgos Proceso de Gestión Presupuestal

Condición: Actualización Riesgos del Proceso de Recursos Financieros

Observación: Se observa cuatros (4) riesgos en el proceso, los cuales están dirigidos a presupuesto, caja menor y presentación de estados financieros, sin embargo, en el proceso de actualización que actualmente se está llevando a cabo, sería conveniente incluir riesgos dirigidos a la gestión y ejecución presupuestal, como, por ejemplo: 1. “Presentación inoportuna e inapropiada de la información de la necesidad de recursos para la Entidad”. 2. “Registrar información sin soportes idóneos”, sobre los mismos se recomienda realizar el análisis de las causas que los originaron, estableciendo los controles existentes para cada una de las causas determinadas de conformidad con los parámetros establecidos en la Guía de Administración de Riesgo y el diseño de Controles en Entidades Públicas - Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital - Versión 4.

De igual manera, es importante tener en cuenta que, de acuerdo a la valoración del riesgo, se debe realizar un seguimiento a los mismos, tal como lo establece la METODOLOGIA DE GESTION INTEGRAL DE RIESGOS D-MECO-003.

2. Observación #2. Plan Anual De Adquisiciones vs Presupuesto

Condición: Diferencias en los registros del PAA y Presupuesto.

Observación: Las diferencia entre el PAA y el Presupuesto podría denotar deficiencias en la planeación contractual teniendo en cuenta las brechas entre el valor programado en el PAA y el valor del presupuesto de la Entidad, ya que el PAA es un instrumento principal para la ejecución presupuestal que permite asegurar la manera en cómo la entidad espera a través de la adquisición de bienes y servicios cumplir con sus objetivos misionales; lo que podría materializar un riesgo estratégico.

Por lo anterior la oficina de control interno recomienda la elaboración de un procedimiento en el cual se relacionen actividades que permitan que el Plan Anual de Adquisiciones y el

presupuesto estén alineados con el fin que de acuerdo con los recursos asignados se presente la planeación contractual de la entidad y así mismo se encuentre articulada con el Plan de acción de la entidad.

3. Observación #3. Indicador PAC no Utilizado

Condición: Elaboración y/o actualización de procedimientos del proceso.

Observaciones: se evidenció incumplimiento en el porcentaje admisible de no ejecución de PAC del 5% en gastos de generales en los meses de febrero, marzo y abril con 36,91%, 24,10% y 30,44% respectivamente.

Lo anterior desatiende la Circular Externa N° 01 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público de enero 2 de 2020 “Calendario PAC 2020 y otras consideraciones para su ejecución” numeral 2; “...se recomienda hacer una adecuada programación y ejecución de los recursos de PAC asignados mes a mes en la vigencia 2020”. De igual forma, las consideraciones registradas en el sistema SIIF Nación, “consulta PAC no utilizado”.

4. Observación # 4. Organización de archivos y diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental - FUID.

Condición: La información registrada en el Formato Único de Inventario Documental – FUID no está diligenciado en cumplimiento de lo establecido en el instructivo de diligenciamiento, adicional dicha información genera indicios respecto a que los expedientes no están siendo organizados de acuerdo a la Tabla de Retención Documental – TRD de la Unidad Administrativa.

Observación: Lo anterior evidencia que existe una alta probabilidad de que no se esté aplicando la Tabla de Retención Documental – TRD para la organización de los archivos de gestión, así mismo no se diligencia el Formato Único de Inventario Documental – FUID en atención a lo dispuesto en el instructivo de diligenciamiento, 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 y por parte de un ente de inspección y vigilancia como lo es el Archivo General de la Nación – AGN, lo que puede aunado a otras oportunidades de mejora en otros procesos, puede repercutir en la imposición de multas a la entidad.

Conclusiones y recomendaciones

- ❖ Resaltamos la disponibilidad y la buena actitud de la funcionaria que atendió la auditoría, ya que recibió las observaciones como oportunidades de mejora para su proceso.
- ❖ Se recomienda hacer una revisión general de las observaciones que se indicaron en cada uno de los puntos desarrollados en el presente informe, con el fin de que se implementen

las acciones que sean requeridas para el mejoramiento del proceso.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Riesgos Proceso de Gestión Presupuestal	NO
2	Plan Anual De Adquisiciones vs Presupuesto	NO
3	Indicador PAC no Utilizado	NO
4	Organización de archivos y diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental - FUID	NO

1.1.8. Recursos Financieros (Radicado 20201300007523 del 01 junio 2020), se recibió respuesta mediante correo electrónico del 16 de junio de 2020, continúa abierto expediente en eSigna

La auditoría se realizará mediante el análisis financiero a los estados contables transmitidos a la Contaduría General de la Nación, al corte del 31 de diciembre de 2019, con énfasis especial sobre los hallazgos y actividades establecidas en el plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República - CGR, específicamente en aquellas cuentas contables materiales seleccionadas por la Oficina de Control Interno. La auditoría se realizará con base en el Plan General de Contabilidad Pública, emitido por la Contaduría General de la Nación mediante la Resolución 355 de 2007. Así mismo se tendrán como base para la ejecución de la auditoría las caracterizaciones, manuales e instructivos que hacen parte del Proceso de Recursos Financieros, contenidos en el Sistema Integrado de Gestión de la Superintendencia.

LIMITACIÓN EN EL INFORME

Mediante correo electrónico del 25 de marzo de 2020, la Secretaria General nos informó que la información solicitada que relacionamos a continuación no se encontraba completa, por las siguientes razones expuestas por la persona responsable de su entrega:

“(...)

3. Conciliaciones mensuales de contribuciones 2019 - Son las conciliaciones mensuales de tasa de contribución del año 2019 mes a mes. - Esta información me parece que debe ser revisada antes de enviarla.

(...)

Los siguientes son los puntos que no están en firme para ser entregados a control interno:

2. Base de datos con el procedimiento y fórmulas aplicadas para la liquidación de tasa de contribución de 2019: Este punto es el que le comento

que esta segmentado, porque se tiene un consolidado uniformemente hasta el 3 de mayo de 2019 que era como se venía haciendo desde siempre, de ahí en adelante fue que se comenzó a aplicar de manera diferente la liquidación de la tasa de contribución, y es allí donde Michel comenzó a realizar de manera diferente y en bases separadas lo que se liquidó en 2019. Por esta razón es que me demoro haciendo un consolidado que sea coherente con lo que está causado en SIIGO, porque ellas quieren que se les envíe la base con las fórmulas de cómo se liquidó y eso es lo que no está.

4. Registro contable de cartera de las vigencias 2014 a 2018 que reportaron información financiera de manera extemporánea, y no aplicó la fórmula establecida en el # 3º del art 38 de la Ley 454/98: *En este punto es en el que estamos trabajando según el plan de mejoramiento, se le solicitó plazo a la Contraloría porque no está lista la información todavía. Lo que se cobró ya fue la vigencia 2014 pero es una información que no está en su totalidad contabilizada porque falta hacer los ajustes correspondientes. La vigencia 2015 el día de hoy se entrega, y el resto de vigencias se entregarán según las fechas establecidas en el plan de trabajo. Es decir, que la contabilización de las vigencias 2014 a 2018 que es lo que pide control interno, no está completa.*

Igualmente, toda información debe ir con el aval y revisión tanto de la jefe como de Danyira para que no haya diferentes conceptos entre nosotros mismos.

Estas son las razones por las que no se puede entregar la información a Control Interno, y también se debe tener en cuenta que el proceso de contribuciones cambió completamente desde el mes de mayo de 2019 y no se hizo el fortalecimiento de personal en su momento y ahora sólo somos dos personas con el día a día y todos los requerimientos. (...)"

De acuerdo con lo anterior, este informe se emite expresando **LIMITACIÓN AL ALCANCE** en las Cuentas por Cobrar de la Superintendencia, la cual se origina por la **NO ENTREGA** de la información requerida, que impide realizar los procedimientos de auditoría necesarios que permitan obtener evidencia suficiente para verificar la razonabilidad de los saldos reflejados en las cuentas por cobrar al 31 de diciembre de 2019.

Recomendaciones

1. Observación #1. Riesgos Proceso Recursos Financieros

Condición: Actualización Riesgos del Proceso de Recursos Financieros

- **Observación:** Se observa cuatro (4) riesgos en el proceso, los cuales están dirigidos a presupuesto, caja menor y presentación de estados financieros, sin embargo, no se observa la actualización teniendo en cuenta el cambio frente a la aplicación de las

Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (NICSP). Frente a lo anterior, la oficina de control interno recomienda incluir riesgos como el riesgo por falta de registro de los hechos económicos, incumplimiento legal de las normas contables, y riesgo en liquidaciones tributarias, riesgo de liquidación errónea de la tasa de contribución, riesgo de no cobro de tasa de contribución, intereses y multas, a los mismos se les debe realizar un análisis de causas y establecer los respectivos controles para cada causa.

De igual manera, es importante tener en cuenta que, de acuerdo a la valoración del riesgo, se debe realizar un seguimiento a los mismos, tal como lo establece la METODOLOGIA DE GESTION INTEGRAL DE RIESGOS D-MECO-003.

✓ **Observación #3. Liquidación Tasa de Contribución 2019.**

Condición: Diferencias en la liquidación de la tasa de contribución.

• **Observaciones:**

- a. Se observaron diferencias entre el valor liquidado por la secretaría general y el valor que liquido la oficina de control interno, es importante señalar, que esta oficina tuvo en cuenta el documento de la Política y Lineamientos Técnicos para la Liquidación de la Contribución y la circular externa # 2 de 2019, las cuales suman un total de \$ 93.129.029.
- b. Durante el proceso de recalcu de la liquidación de la tasa de contribución se observó a entidades que no registran activos dentro de la base de datos suministrada por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, sin embargo, si registran valores dentro de la base suministrada por la Secretaría General.
- c. Revisando la base de datos y realizando los recálculos de la liquidación de tasa de contribución, se observó liquidación para entidades que no cumplen con los rangos establecidos en la circular externa No. 2 de 2019.
- d. De acuerdo a la información evaluada, se observa entidades que presentan diferencias frente a los valores liquidados por la oficina de control interno, sin embargo, se hace la salvedad de que pueden ser entidades que reportaron extemporáneamente o no reportaron y se le liquido la tasa de contribución, puesto que no se recibió la información por parte de la secretaría general.

4. Observación #4. Registro en la cuenta 1311 Cuentas por Cobrar.

Condición: Diferencias entre los soportes y el registro de información.

- **Observación:** Mediante el memorando No. 20201300001233, se solicitó información al

proceso de Recursos Financieros, específicamente la base de datos detallada de las cuentas por cobrar, la cual fue allegada mediante memorando No.155/2020/MEM del 10 de febrero de 2020, al confrontar la información allegada, con el saldo de la cuenta 1311 Rentas por Cobrar, se evidenció una diferencia por valor de \$174.466.734, por lo que se presume que existe un mal registro de la información y no se realizan las respectivas conciliaciones y controles para la veracidad de la información contable.

5. Observación #5. Registro en la cuenta 16 Propiedad, Planta y Equipo.

Condición: Diferencias entre la información allegada y el registro de la información.

- **Observación:** De igual manera, tampoco se observa una política frente a la periodicidad de la realización de avalúos, es de anotar, que el Manual de Procedimientos Contables, en el CAPÍTULO III PROCEDIMIENTO CONTABLE PARA EL RECONOCIMIENTO Y REVELACIÓN DE HECHOS RELACIONADOS CON LAS PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO, numeral 20, establece: "(...) 20. FRECUENCIA DE LAS ACTUALIZACIONES La actualización de las propiedades, planta y equipo debe efectuarse con periodicidad de tres (3) años, a partir de la última realizada, y el registro debe quedar incorporado en el período contable respectivo. No obstante, si con anterioridad al cumplimiento de este plazo el valor en libros de las propiedades, planta y equipo experimenta cambios significativos con respecto al costo de reposición, o al valor de realización, debe hacerse una nueva actualización, registrando su efecto en el período contable respectivo. (...)".

6. Observación #6. Depreciación

Condición: Diferencias entre la información allegada y el registro de la información.

Observación:

Como se observa en el siguiente cuadro, generado del archivo allegado por el proceso de Recursos Financieros se observa que el total de depreciación acumulada es de \$10.823.039.077,03, presentando una diferencia por valor de \$898.245.709,16., frente al valor de la nota contable #3 Propiedad Planta y Equipo – 3.1. depreciación \$9.184.793.367,87.

7. Observación # 7. Funciones y Software Tasa de Contribución

Condición: Cumplimiento de las funciones establecidas en el Manual de Funciones.

Observación: Teniendo en cuenta las observaciones mencionadas anteriormente relacionadas con el actual método mediante el cual se realiza la liquidación de la tasa de Contribución por parte de la Secretaria General, la Oficina de Control Interno observa que el mismo presenta un alto riesgo de posibles errores en los cálculos y por ende en los

valores registrados en las cuentas por cobrar en la entidad, por cuanto el cálculo y liquidación de la tasa de contribución se realiza de manera manual mediante el uso de un archivo en Excel los cuales posteriormente son registrados de manera individual en el aplicativo SIIGO, aplicativo en el cual se registran los recaudos recibidos por la entidad. Por lo anterior esta oficina reitera la necesidad de adquirir o desarrollar e implementar un software que mitigue los posibles errores de registro.

De igual manera, esta oficina evidencia que el proceso de cálculo y liquidación de la tasa de contribución actualmente lo está realizando una técnica administrativa grado 15, no obstante de conformidad con lo establecido en el manual de funciones adoptado por la entidad mediante la Resolución 2019410005235 de 18 de octubre de 2019, se cuenta con un cargo de Profesional Universitario Grado 9, cargo que es requerido teniendo en cuenta la responsabilidad e importancia que tiene el manejo de dichas cuentas en la entidad.

De acuerdo con lo observado por esta oficina en la nómina de la Secretaria General se tiene incluido un funcionario que cumple con el perfil requerido para la ejecución de dichas funciones, pudiéndose generar una posible falta disciplinaria para los dos funcionarios por el incumplimiento de deberes, extralimitación en el ejercicio de derechos y funciones.

8. Observación # 8. Organización de archivos y diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental - FUID.

Condición: La información registrada en el Formato Único de Inventario Documental – FUID no está diligenciado en cumplimiento de lo establecido en el instructivo de diligenciamiento, adicional dicha información genera indicios respecto a que los expedientes no están siendo organizados de acuerdo a la Tabla de Retención Documental – TRD de la Unidad Administrativa.

Observación: Lo anterior evidencia que existe una alta probabilidad de que no se esté aplicando la Tabla de Retención Documental – TRD para la organización de los archivos de gestión, así mismo no se diligencia el Formato Único de Inventario Documental – FUID en atención a lo dispuesto en el instructivo de diligenciamiento, 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 y por parte de un ente de inspección y vigilancia como lo es el Archivo General de la Nación – AGN, lo que puede aunado a otras oportunidades de mejora en otros procesos, puede repercutir en la imposición de multas a la entidad.

Conclusiones y recomendaciones

Se recomienda hacer una revisión general de las observaciones que se indicaron en cada uno de los puntos desarrollados en el presente informe, con el fin de que se implementen las acciones que sean requeridas para el mejoramiento del proceso

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Riesgos Proceso Recursos Financieros	SI
2	Software Tasa de Contribución	SI
3	Liquidación Tasa de Contribución 2019.	NO
4	Registro en la cuenta 1311 Cuentas por Cobrar.	NO
5	Registro en la cuenta 16 Propiedad, Planta y Equipo.	SI
6	Depreciación	SI
7	Organización de archivos y diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental - FUID	NO

1.2. Auditorías Especiales

1.2.1 Revisión y verificación de PETI - Plan Estratégicos de Tecnologías de la Información (Radicado 20201300007383 del 28 mayo 2020), se recibió respuesta mediante 20201000007473 - 20201200007483 del 29 de mayo de 2020

Se verificó el estado de implementación del Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETI) - 2019-2022, durante el período 2019 y lo corrido del año 2020

Observaciones

1. Observación # 1. No posee un Plan Estratégico de Tecnologías de la Información – PETI 2019 - 2022 aprobado.

Como resultado de la revisión efectuada a la información suministrada, se evidencio que el “Plan Estratégico de Tecnologías de la Información – PETI 2019 – 2022”, **no** se encuentra aprobado por la alta dirección, la presentación para su aprobación está programada para la sesión tres (3) del Comité Institucional de Gestión y Desarrollo que se realizara en el mes de septiembre de 2020, donde se presentarán los documentos trabajados por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas sobre el tema “Gestión del conocimiento Seguridad de la Información”

• Recomendaciones:

1. Realizar los ajustes que sean necesarios al Plan Estratégico de Tecnologías de la Información – PETI 2019 – 2022 antes de presentarlo al Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

2. Presentar ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y a la alta Dirección el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información – PETI 2019 – 2022, para su aprobación, formalización y publicación en el sitio web y en el Sistema de Gestión de calidad de la entidad.
3. Una vez aprobado el PETI establecer las acciones para presentarlo.
4. Actualizar anualmente el PETI y publicarlo al inicio de cada vigencia (enero)

Conclusiones y recomendaciones

La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas durante la vigencia 2019 construyó el PETI, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por Gobierno Digital y la metodología de MinTIC, documento que se encuentra en revisión para su presentación, aprobación y formalización por parte de la Entidad

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	El Plan Estratégico de Tecnologías de la Información – PETI 2019 – 2022 no se encuentra aprobado.	NO

1.2.2 Políticas de seguridad de la información (Criterios de Evaluación COBIT, ITIL, ISO) (Radicado 20201300007393 del 28 mayo 2020), se recibió respuesta mediante 20201000007533 del 5 de junio 2020

Se verificó las Políticas de Políticas de seguridad de la información durante la vigencia 2019 y lo corrido del año 2020.

Observaciones

1. Observación # 1. Falta de adopción de las políticas de seguridad de la información.

- El documento “Plan de Seguridad y Privacidad de la Información”, se encuentra en proceso de revisión por parte de la Oficina Asesora de Planeación.
- La Superintendencia **no** posee el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información aprobado y formalizado a nivel institucional con los lineamientos establecidos por la Política de Gobierno Digital, no se tienen definidas las políticas para la seguridad de la información, aprobadas por la dirección, publicadas y comunicada a los empleados y partes externas pertinentes.

• **Recomendaciones:**

1. Realizar las gestiones que sean necesarias para revisar y ajustar el documento Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.
2. Presentar el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información ante el Comité Institucional de Gestión y desempeño en la fecha establecida y a la alta Dirección, para su aprobación y publicación en la página web.
3. Una vez aprobado el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, definir una metodología que incluya un plan de trabajo y un cronograma, que permitan realizar el seguimiento a las actividades ejecutadas para la definición e implementación de las Políticas de Seguridad de la Información de acuerdo a los lineamientos de la política de Gobierno Digital.

Conclusiones y recomendaciones

La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas durante la vigencia 2019 elaboro el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por Gobierno Digital y la metodología de MinTIC, documento que se encuentra en revisión para su presentación, aprobación y formalización ya que este es el insumo para la adopción de las Políticas de Seguridad de la Información en la Entidad.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Falta de adopción de las políticas de seguridad de la información	NO

1.2.3 Seguimiento a la Implementación de Gobierno Digital (Radicado 20201300006873 del 13 mayo 2020), se recibió respuesta mediante 20201000007093 del 19 de mayo de 2020

Se evaluó el estado actual de implementación de la Política Gobierno Digital desarrolladas durante el período comprendido 01 de enero al 31 de diciembre de 2019 y lo corrido de 2020, correspondiente al habilitador transversal de Arquitectura de TI contenido en el Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial AE.

Observaciones:

1. Observación 1. Falta de una metodología para la gestión del mapa de ruta (RoadMap)

No se evidencio la presentación al Comité de Arquitectura Empresarial de una metodología que incluya un plan de trabajo y un cronograma que permita realizar el seguimiento a las actividades ejecutadas, defina la presentación de los informes para tener una visión integral del estado, los resultados y riesgos identificados en el desarrollo de los

macroproyectos y los proyectos que componen el RoadMap.

• **Recomendaciones:**

1. Con el propósito de llevar una adecuada implementación y seguimiento al mapa de ruta, la auditoría recomienda que se implemente una metodología para el seguimiento y control de los macroproyectos y proyectos que contenga como mínimo: la descripción de las fases de gestión, la definición de las variables que se utilizan para la medición del avance, riesgos identificados durante su desarrollo, plan de comunicación, presentación de informes ejecutivos y detallados que incluya un plan de trabajo y cronograma.
2. Consultar el estándar de referencia PMBOK (PMI) y los lineamientos del documento maestro del modelo de Gestión de Proyectos TI (MGPTI) de MinTic para la gestión de proyectos.
3. Cumplir con los proyectos establecidos en el RoadMap para la vigencia 2020, en los plazos establecidos internamente por la entidad.

Conclusiones y recomendaciones

La Supersolidaria definió un plan de arquitectura empresarial producto de la evaluación realizada, se obtuvo el mapa de ruta con el conjunto de proyectos propuestos a ser implementados.

El día 2 de septiembre de 2019, la Supersolidaria creó el Comité Ejecutivo de Arquitectura Empresarial y el Comité Técnico de Arquitectura Empresarial para la implementación, seguimiento del mapa de ruta y el mantenimiento y continuidad de la Arquitectura Empresarial en la entidad.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Falta de una metodología para la gestión del mapa de ruta (RoadMap)	No

1.2.4 Riesgos Tecnológicos (Criterios de Evaluación COBIT, ITIL, ISO) (Radicado 20201300006883 del 13 mayo 2020), se recibió respuesta mediante 20201000007153 del 20 de mayo de 2020

Se evaluó los riesgos tecnológicos y sus controles identificados en la Matriz de riesgos institucional sobre el proceso de gestión de infraestructura.

Observaciones:

1. Observación No.1 Falta de riesgos de TIC's

Como resultado de la revisión efectuada a al mapa de riesgos institucional de la entidad para el proceso de Gestión de Infraestructura, se identificaron dos (2) riesgos asociados.

Se realizó una revisión al mapa de riesgos y controles, observando lo siguiente:

- La última actualización al mapa de riesgos fue realizada el 13 de noviembre de 2018.
- En el mapa se incluyen únicamente dos riesgos relacionados con Perdida de la continuidad en las operaciones de tecnología y Pérdida de información de la Entidad.

Dicho mapa NO considera aspectos tan importantes como:

- ✓ Fallas en el equipo de telecomunicaciones
- ✓ Fallas en los servicios de Internet y/o correo electrónico
- ✓ Fallas en los recursos de red existentes, etc.
- ✓ Incumplimiento en los servicios esperados
- ✓ Estrategia de los servicios de TI
- ✓ Gestión de proyectos de TI
- ✓ Ejecución y administración de procesos

• Recomendaciones

Definir los riesgos tecnológicos de acuerdo a los siguientes ámbitos de operación: proyectos, infraestructura de TIC's, sistemas de información, servicios de TI, gestión de seguridad informática para los cuales, se debe desarrollar un ciclo de evaluación de cada uno de ellos, teniendo como resultado, un análisis de impacto, una priorización y a partir de esto definir los objetivos generales y específicos para establecer controles de mitigación.

Tener en cuenta los marcos de referencia de normas internacionales como ITIL, COBIT, ISO 27001, entre otras y las mejores prácticas fundamentan las políticas y procedimientos para la administración de riesgos de TIC y Gestión y administración de mitigación de los riesgos en los proyectos de TIC's.

2. Observación No. 2 Falta de una Política de Administración de riesgos

No existen las Políticas de Administración de Riesgos que identifique las opciones para tratar y manejar los riesgos basadas en la valoración de los mismos, para tomar decisiones adecuadas y fijar los lineamientos, que van a transmitir la posición de la dirección y establecen las guías de acción necesarias a todos los servidores de la entidad.

• Recomendaciones

La auditoría reitera la importancia de adoptar la política de administración de riesgos en la Superintendencia que defina claramente el procedimiento a seguir en caso de materialización de un riesgo, dentro del cual se incluya como mínimo políticas para:

- Riesgos de Tecnología de Información
- Sistema integrado de Gestión de riesgos en la seguridad de la información

Atendiendo los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Conclusiones y recomendaciones

Una vez realizada la evaluación a la matriz de riesgos institucional relaciona con el proceso de infraestructura, la Oficina de Control Interno encuentra no se tiene una matriz de riesgos tecnológicos actualizada.

No se tiene definida una política de administración del riesgo

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Faltan riesgos por definir asociados a las TIC's en la Matriz de riesgos institucional	NO
2	Falta de una Política de Administración de riesgos actualizada, atendiendo los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo del DAFP, emitida en octubre de 2018	NO

1.2.5 Auditoría Modalidad de Trabajo en Casa (Radicado 20201300007463 del 29 mayo 2020) – Informe que no requería respuesta por parte de las dependencias.

Acciones y mecanismos implementados para el desarrollo de trabajo en casa por parte de funcionarios y contratistas de la Supersolidaria durante el período del 18 de marzo al 14 de mayo de 2020.

La auditoría se realizó a partir del análisis de la información proporcionada por los jefes de

cada dependencia de la Supersolidaria al cuestionario enviado por la Oficina de Control Interno.

Oportunidades de mejoras

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de sus funciones de revisión y verificación, realizó la respectiva revisión de la información recibida, evidenciando que la Superintendencia de la Economía Solidaria ha prestado los servicios al ciudadano a través de la página web habilitando la oficina virtual, cuenta con las herramientas tecnológicas y ha establecido controles para la realización de sus funciones en la modalidad de trabajo para sus funcionarios y contratistas, diseño y desarrollo el plan de contingencias que a la fecha se encuentra su implementación, sin embargo se presentan las siguientes oportunidades de mejora:

- Mantener un control constante de las actividades desarrolladas por los funcionarios y contratistas en la modalidad de trabajo en casa.
- Una vez formulado y aprobado el plan de trabajo a desarrollar para la implementación del PLAN DE CONTINGENCIA (PC) OPERATIVA, realizar el seguimiento respectivo para su cumplimiento.

Conclusiones y recomendaciones

La Supersolidaria tiene a disposición de los usuarios la oficina virtual a través de su página web y canales digitales que han permitido afrontar de manera adecuada la prestación de sus servicios y las actividades desarrolladas por sus funcionarios y contratistas frente al coronavirus (COVID 19), aun que han existido algunas limitaciones en la capacidad de los equipos propios de los funcionarios y algunos portátiles de la entidad, estas no han sido impedimento para la realización de sus actividades y dar cumplimiento con los lineamientos expedidos por el gobierno, así mismo, la entidad se encuentra en la implementación de las medidas a establecer para la atención al usuario y operación de la entidad, una vez se levante el aislamiento preventivo obligatorio y la emergencia sanitaria.

1.2.6 Auditoria Aplicativo SICSES (Radicado 20201300011293 del 31 julio 2020), se recibió respuesta mediante 20201000011463 del 7 de agosto de 2020

Se evaluó lo siguiente:

- ❖ Evaluar el licenciamiento del sistema Integral de Captura - SICSES
- ❖ Evaluar y verificar el proceso de administración, actualización y mantenimiento del SICSES.
- ❖ Evaluar el proceso de instalación y actualización del SICSES.
- ❖ Evaluar la continuidad del SICSES.
- ❖ Evaluar el cargue del archivo a la base de datos del SICSES

Oportunidades de Mejora (Relacionada con la evaluación realizada)

1. Trazabilidad en los requerimientos

La auditoría recomienda crear un control que permita que una vez sea entregado un requerimiento a satisfacción del usuario y puesto en producción, se verifique que los documentos que soportan todo el proceso queden subidos en la plataforma, para evitar consultar la carpeta física, así mismo, incluir esta actividad en el procedimiento.

2. Instalación del aplicativo SICSES

Se recomienda implementar los controles que sean necesarios para que solo las entidades vigiladas que se encuentren registradas en la Supersolidaria puedan descargar estos archivos, con esta medida garantizara que cualquier ciudadano baje estos archivos e instale aplicativo en su computador.

- Seguimiento al plan de mejoramiento (Verificación de la ejecución de acciones de mejora del plan de mejoramiento del proceso)

Conclusiones y recomendaciones

Del seguimiento realizado por parte de la Oficina de Control Interno, se puede concluir lo siguiente:

- ❖ La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas se encuentra desarrollando la nueva aplicación del captador de información financiera para que sea más accesible, amigable al usuario y garantizar el soporte técnico.
- ❖ El Sistema SICSES, puede ser descargado por cualquier persona e instalarlo en su equipo desde la página web.
- ❖ Crear un control que permita que una vez sea entregado un requerimiento a satisfacción del usuario y puesto en producción, se verifique que los documentos que soportan todo el proceso queden subidos en la plataforma del tablero de control, para evitar consultar la carpeta física, así mismo, incluir esta actividad en el procedimiento “Desarrollo de Software”.
- ❖ Implementar los controles que sean necesarios para que solo las entidades vigiladas que se encuentren registradas en la Supersolidaria, puedan descargar los archivos para instalar y actualizar el SICSES con esta medida se garantizara que cualquier ciudadano baje estos archivos e instale aplicativo en su computador.

1.2.7 Verificación contratos TIC's (Radicado 20201300009093 del 30 junio 2020), Informe que no requería respuesta por parte del responsable

Se verificó el cumplimiento en la ejecución y productos entregables de los contratos de TIC's durante la vigencia 2019 y lo corrido del año 2020.

Oportunidades de mejora

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de sus funciones de revisión y verificación, realizó la respectiva revisión de la información recibida, como resultado de la revisión efectuada a la información suministrada y a las indagaciones realizadas, se evidenció que los documentos que soportan el proceso de contratación de TIC's, son entregados al grupo de contratación de acuerdo al procedimiento establecido quien se encarga de su administración y custodia, la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, almacena en carpetas físicas los documentos técnicos entregables de la ejecución de los contratos tecnológicos que son necesarios para su operación, así mismo, existe alguna información digitalizada.

La auditoría recomienda crear una carpeta digital de los contratos de índole tecnológico (proyectos, adquisición, mantenimientos de TIC's, etc.) clasificar por años y bajo una referenciación adecuada en una unidad compartida de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, digitalizar y guardar la información correspondiente a los productos entregables (plan de trabajo, actas de reunión, pruebas, informes, manuales, instructivos, licencias, garantías, etc.) que son importantes para la gestión y operación de los procesos de TIC's, con el fin de facilitar su disponibilidad cuando se requiera una consulta.

Conclusiones y recomendaciones

La Oficina de Control Interno da cumplimiento al objeto de auditoría, correspondiente a la evaluación de la etapa de ejecución contractual y productos entregables de los contratos de TIC's en la Superintendencia de la Economía Solidaria.

La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas ha realizado la supervisión de los contratos de TIC's con el fin de garantizar su cumplimiento en la ejecución y productos entregables, la Oficina de Control interno formulo una oportunidad de mejora que facilitará el acceso a los productos entregables de los contratos.

El presente informe será remitido al Superintendente de la Economía Solidaria, de conformidad con lo establecido en el parágrafo primero del artículo 2.2.21.4 del Decreto 1083 de 2015.

1.2.8 Auditoria Investigaciones Administrativas - Delegatura para la Supervisión del

Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria (Radicado 20201300006813 del 12 mayo 2020), se recibió respuesta mediante 20203900007143 del 20 de mayo de 2020

Se verificó del correcto desarrollo del procedimiento administrativo sancionatorio gestionado por la Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria, durante la vigencia 2019.

Es pertinente aclarar que teniendo en cuenta la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno en la vigencia 2019, será verificada la gestión de los procesos a partir de la fecha de suscripción del Plan de Mejoramiento (03 de septiembre de 2019).

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 Control Asociativa.

Observaciones:

1. **Observación 1:** Debilidad en la identificación de riesgos y el diseño de controles asociados al proceso CONTROL ASOCIATIVA.

• **Recomendaciones:**

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

2. **Observación 2:** No se evidencia concordancia entre la información señalada en la base

de datos de los procesos sancionatorios y la información registrada en el sistema esigna.

- **Recomendación:** Actualizar de manera permanente las actuaciones procesales en la base de datos diseñada para tal fin, con el objetivo de conocer el estado de cada proceso y el soporte del mismo.

Conclusiones y recomendaciones

- ❖ La Oficina de Control Interno como se indica en el alcance de la auditoría, realizó la verificación de la gestión de los procesos administrativos sancionatorios por parte de la Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria a partir de la suscripción del plan de mejoramiento de la vigencia 2019.
- ❖ De manera general, se observan mejoras en la gestión de los procesos, los términos normativos para adelantar la facultad sancionatoria de la entidad se vencían en atención a la falta de un punto de control que le permitiera al área establecer el universo de procesos a cargo.
- ❖ Sin embargo, a través de una base de datos diseñada para identificar cada una de las actuaciones procesales, se cuenta con un panorama y una herramienta que permite generar alertas para que el archivo de procesos por vencimiento de términos no se siga presentando.
- ❖ Los procesos sancionatorios a los cuales se les vencieron los términos, están siendo archivados a través del respectivo acto administrativo, sin embargo, muchos de ellos aún no han sido notificados de acuerdo a lo señalado en la ley 1437 de 2011, por lo que se recomienda coordinar con la Secretaría General, las acciones necesarias y así, depurar la gran cantidad de expedientes activos.
- ❖ Por otro lado, si bien la base de datos ha contribuido a organizar la información, es necesario realizar una actualización permanente, ya que fueron observadas algunas discrepancias con la información del expediente contenida en el sistema Esigna.
- ❖ Es necesario realizar la actualización e identificación de los riesgos del proceso y el diseño de controles de acuerdo a las directrices establecidas por parte del Departamento administrativo de la Función Pública, ya que, con esta metodología, se podrán anticipar y mitigar la materialización de las dificultades y problemas en la gestión de los procesos sancionatorios.
- ❖ Para lo anteriormente señalado, es necesario contar con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, la cual está encargada de asesorar en el diseño de controles lo suficientemente efectivos para evitar la reiteración de debilidades evidenciadas por parte de esta Oficina.

- ❖ Adicionalmente, es necesario continuar con la gestión de los procesos, evitando el transcurso del tiempo sin efectuar actuación alguna, lo que ayudaría en la depuración de la base de datos; lo anterior, teniendo en cuenta que se la última actuación de algunos expedientes data del mes de septiembre y octubre del año 2019.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Debilidad en la identificación de riesgos y el diseño de controles asociados al proceso CONTROL ASOCIATIVA.	NO
2	No se evidencia concordancia entre la información señalada en la base de datos de los procesos sancionatorios y la información registrada en el sistema esigna.	NO

1.2.9 Funciones preventivas (Sistema de Gestión Documental) (Radicado 20201300008203 del 12 junio 2020), se recibió respuesta mediante radicado 20201000009763 del 7 de julio 2020

El Programa de Gestión Documental, es un instrumento que debe ofrecer un conocimiento detallado sobre las técnicas organizativas, y normas que se deben aplicar para gestionar los documentos, con un enfoque claro y sencillo; además, permitir estandarizar el proceso de Gestión Documental, de manera que las actividades técnicas o procedimientos aplicados desde la planeación, hasta la preservación de los documentos, siempre se desarrolle de la misma manera, según lo definido por la Ley 594 en el Artículo 22 y el Decreto 2609 del 2012.

Conclusiones y recomendaciones

En cumplimiento a mis funciones como Jefe de la Oficina de Control Interno y en virtud a los inconvenientes presentados desde ya hace unas semanas con la plataforma de gestión documental eSigna, afectando la operación y servicios de la entidad en la gestión de radicación, interacción de las dependencias y teniendo en cuenta las reiteradas quejas por parte de usuarios y funcionarios que han sido allegadas, se recomienda al Representante Legal de la Superintendencia velar por que la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas tome las acciones y medidas necesarias que procuren el mejoramiento continuo del proceso, todo ello en beneficio de los usuarios y el mejoramiento de los diferentes procesos de Inspección, Vigilancia y Control que se realizan en la Superintendencia de la Economía Solidaria, tales como:

- ❖ Corregir e instaurar de manera urgente mecanismos que permitan el funcionamiento permanente y adecuado del sistema de gestión documental eSigna. Corregir el bajo rendimiento, demoras en el acceso, tiempo de respuesta y procesos en el aplicativo.
- ❖ Adelantar las gestiones administrativas con el proveedor del sistema con el fin de determinar un diagnóstico de fallas y los correctivos que se requieran para que el sistema opere y tenga un rendimiento adecuado.

- ❖ Adicionalmente se recomienda que se establezcan los controles o mecanismos que garanticen la prestación oportuna, permanente y eficiente del Sistema documental eSigna a los usuarios y a la ciudadanía en general, logrando así la continuidad y desarrollo de los procesos y procedimientos que se generan o interactúan a partir de esta plataforma tecnológica en todas y cada una de las dependencias de la entidad.

1.2.10 Informe vinculación personal discapacidad (Radicado 20201300006263 del 30 abril 2020), se recibió respuesta mediante correo electrónico del 15 de mayo 2020, continua abierto el expediente en eSigna

El alcance previsto para esta actividad conllevó la verificación de la vinculación de personal de planta con discapacidad a corte 31 de diciembre de 2019, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2.2.12.2.3 del Decreto 2011 de 2017.

Observaciones

1. **Observación 1:** Se evidenció el incumplimiento del término señalado en el numeral 8 del artículo 2.2.12.2.3 del Decreto 1083 de 2015, respecto del reporte del porcentaje de vinculación de personal con discapacidad a través del SIGEP.
 - **Recomendación:** Requerir al personal vinculado en condición de discapacidad, para efectos de que realice la actualización y registro de la hoja de vida en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP, dentro del primer bimestre de cada vigencia.

Conclusiones y recomendaciones

Realizada la verificación de los soportes por parte del Grupo de Talento Humano de la entidad, respecto del cumplimiento de las directrices relacionadas con la vinculación del personal en condición de discapacidad, se pudo observar lo siguiente:

- ❖ Se evidencia la gestión por parte de la Secretaría General, para la vinculación de personas en condición de discapacidad de conformidad a lo señalado en la norma; sin embargo, aún queda pendiente proveer uno de los cargos destinados para tal fin, motivo por el cual se recomienda continuar con el desarrollo de esta actividad.
- ❖ Se evidenció el reporte de manera extemporánea en el SIGEP de la actualización de las hojas de vida de las personas en condición de discapacidad vinculadas en la planta global de la entidad.
- ❖ Se recomienda adelantar las gestiones necesarias que permitan vincular a más personas en esta condición, para anticipar los requerimientos de la norma en vigencias posteriores.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Se evidenció el incumplimiento del término señalado en el numeral 8 del artículo 2.2.12.2.3 del Decreto 1083 de 2015, respecto del reporte del porcentaje de vinculación de personal con discapacidad a través del SIGEP.	NO

1.3. Informes de Ley

1.3.1 Informe de evaluación Institucional por dependencias (Radicado 20201300012193 del 20 agosto 2020), se recibió respuesta mediante 20201000012483 del 26 de agosto 2020

La Oficina de Control Interno tomando como insumo el informe consolidado del avance del Plan de Acción Anual - PAA reportado por cada proceso en el archivo en Excel ubicado en Dropbox que es consolidado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, procede a realizar el correspondiente análisis y evaluación de los resultados de la gestión por dependencias para el primer Semestre de 2020, el cual consistirá en el análisis de la información reportada en dichos planes y como resultado la evaluación frente al cumplimiento de los compromisos establecidos y la formulación de recomendaciones para la mejora.

Esta información deberá tomarse como insumo para la formulación de los acuerdos de gestión.

Observaciones:

1. Observación #1: Debilidad en la identificación de riesgos y el diseño de controles asociados al procedimiento R-PLAN-002 Formulación, gestión, seguimiento y evaluación del plan de acción, incluido en el proceso de Planeación.

• Recomendaciones:

1. Aplicar la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
2. Solicitar el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas en la revisión y ajustes a que haya lugar de a matriz de riesgos del proceso.
3. Revisar, ajustar y actualizar la matriz de riesgos del proceso, de modo que cuente con controles debidamente diseñados y adecuadamente aplicados con el fin de dar cubrimiento a los riesgos identificados, solicitando la colaboración del personal a cargo del proceso para que a través de un trabajo en equipo, se puedan identificar la totalidad de riesgos inherentes.

4. Ajustar la matriz de riesgos, diseñando un control por cada causa identificada.
 5. Realizar una revisión periódica de los controles aplicables al proceso, con el objetivo de asegurar que las situaciones cambiantes no afecten la efectividad de las acciones.
- 2. Observación #2:** Desactualización del riesgo establecido para el Procedimiento R-PLAN-02 Formulación, Seguimiento y Evaluación al Plan Operativo Anual en iSolución
- **Recomendación:**

Actualizar el riesgo asociado al procedimiento R-PLAN-002, establecido en el formato F-MECO-018 Matriz Riesgos Consolidada.
- 3. Observación #3:** Incumplimiento en la oportuna expedición del Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el Plan de Acción Anual de la vigencia 2020
- **Recomendación:**

Publicar a más tardar al 31 de enero de cada año, previa aprobación y adopción por parte del Comité Directivo (Ley 1474 de 2011, Artículo 74), el Plan de Acción Anual de la Superintendencia de la Economía Solidaria de conformidad a lo establecido en el procedimiento R-PLAN-002, dicho Plan de Acción deberá ser formulado de manera oportuna (últimos meses del año anterior primeros días del mes de enero) y sus metas propuestas deberán ser adecuadamente planeadas para dar cumplimiento a las mismas, por lo cual deberá siempre tenerse en cuenta los recursos humanos (incluyendo la contratación que sea requerida), tecnológicos y financieros con que se cuenta de forma tal que permitan cumplir a cabalidad con las metas establecidas y evaluar continuamente su cumplimiento, realizándose los mínimos ajustes en caso de que sean requeridos de acuerdo a las circunstancias y/o condiciones que se vayan presentando.

Conclusiones y recomendaciones

De acuerdo a la evaluación de gestión por dependencia realizada por esta Oficina se realizan las siguientes observaciones:

- ❖ No se dio cumplimiento al procedimiento R-PLAN-002, el cual establece que el Plan de

“Super-Visión” para la transformación

Acción de cada vigencia deberá formularse anualmente y una vez aprobado por el Comité de Dirección se publicará en la página Web de la entidad al 31 de enero de cada vigencia junto con el acto administrativo de aprobación, lo anterior teniendo en cuenta que el Plan de Acción Anual - PAA de la Superintendencia de la Economía Solidaria para la vigencia 2020, sobre el cual se realizó la evaluación de gestión por dependencias fue definido únicamente hasta el 31 de marzo de 2020 mediante la emisión de la Resolución No. 2020121003955. De acuerdo con lo anterior, nuevamente se hace énfasis por parte de esta oficina de que es preciso que las metas propuestas sean oportunamente definidas y adecuadamente planeadas desde el inicio del año para dar cumplimiento a las mismas, por lo cual se reitera que es necesario que para su establecimiento se tenga en cuenta los recursos humanos (incluyendo la contratación que sea requerida), tecnológicos y financieros con que cuenta la Superintendencia, de forma tal que se pueda cumplir a cabalidad con las metas propuestas.

- ❖ Esta oficina reitera que el Plan de Acción Anual debe ser elaborado y aprobado acorde con el procedimiento establecido de manera oportuna al inicio de cada vigencia, y se solicita que tal como se encuentra establecido los líderes de los procesos realicen las evaluaciones permanentes sobre los avances presentados, verificando que se esté dando cumplimiento a las metas programadas de forma tal que en caso de ser requerido se realicen los menores ajustes y modificaciones de acuerdo a las circunstancias y/o condiciones que se vayan presentando.
- ❖ 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, se recomienda dejar claramente establecidos e incluidos en las actas de Comité directivo todos los ajustes que se realicen al Plan de Acción Anual desde su formulación hasta el 31 de diciembre del año que se auditará, informando de manera clara el porqué de los ajustes y/o modificaciones que se realicen y dejando evidencia de la aprobación, socialización y publicación sobre las modificaciones realizadas.
- ❖ El Despacho al 30 de junio de 2020 presentó un avance del 37,5% en el número de las actividades relacionadas con el mejoramiento de la gestión de la dependencia y por ende el logro de los objetivos misionales, como se informó anteriormente es importante que las metas propuestas sean adecuadamente planeadas desde el inicio del año de forma tal que se dé cumplimiento a las mismas y que las modificaciones o ajustes que se realicen a las mismas sean soportadas y aprobados por el Comité Directivo sean oportunamente soportados.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Debilidad en la identificación de riesgos y el diseño de controles asociados al procedimiento R-PLAN-002 Formulación, gestión, seguimiento y evaluación del plan de acción, incluido en el proceso de Planeación.	NO
2	Desactualización del riesgo establecido para el Procedimiento R-PLAN-02 Formulación, Seguimiento y Evaluación al Plan Operativo Anual en iSolución	NO
3	Incumplimiento en la oportuna expedición del Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el Plan de Acción Anual de la vigencia 2020	SI

1.3.2 Informe sobre mecanismos de Participación Ciudadana y Atención de PQRS por parte de la Superintendencia (Radicado 20201300011263 del 31 julio 2020), se recibió respuesta mediante 20201000011593 / 20203700012123 del 17 de agosto 2020, pendiente cierre expediente en eSigna

Se revisó el proceso y procedimiento de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias - PQRS, presentadas y atendidas en la Superintendencia de la Economía Solidaria por el período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2020.

Observaciones:

1. Observación # 1: Restablecimiento de Servicio de PBX

Condición: se debe tener en cuenta que desde el 19 de marzo no se recibieron llamadas en atención a la emergencia sanitaria causada por el covid-19 hasta su restablecimiento del servicio el 1 de junio de 2020, es decir la entidad estuvo privada de este servicio por un espacio de 72 días

- **Recomendación:** Robustecer el sistema tecnológico o plataforma tecnológica que se adapten a las necesidades de manera pronta.

2. Observación # 2: Cubrimiento de las llamadas al PBX

Condición: Se evidencia 2.997 llamadas, es decir el 54%, que no fueron atendidas del total de las llamadas.

- **Recomendación:** Se identifica la necesidad de un sistema de llamada en espera, en el cual se asigne un turno de atención al usuario y permita que este reconozca que las extensiones en ese momento se encuentran ocupadas

3. Observación # 3: Procedimiento en iSolución de las PQRSD electrónicas

Condición: No hay un procedimiento establecido en iSolución para el manejo del correo electrónico y de las PQRSD que se generan en la página web

- **Recomendación:** Implementar un procedimiento que permita atender, evaluar, canalizar y responder de manera ágil y eficiente estas solicitudes, de tal manera que se alineen a las necesidades de los usuarios y de la Superintendencia de Economía Solidaria y se pueda hacer estadísticas de su uso.

4. Observación # 4: Funcionalidad del link de las PQRS de la página WEB

Condición: No hay funcionalidad del link de las PQRS de la página WEB <http://www.supersolidaria.gov.co/> en la página de inicio, ubicado en la parte inferior derecha de la página puesto que no funciona y genera el mensaje: no se puede acceder a este sitio.

- **Recomendación:** Revisar y corregir el Link de las PQRSD de la Pagina Web mencionado.

5. Observación # 5: Normatividad de Aviso Legal

Condición: Al ingresar a la página de la Supersolidaria en la ventana de PQRSD al iniciar el trámite y luego de dos controles de seguridad aparece en pantalla el aviso legal que habla de la Ley 11 de 2007

- **Recomendación:** Actualizar el aviso legal con normatividad más actualizada en los temas relacionados.

6. Observación # 6: Tiempos establecidos para responder las PQRSD

Condición: La entidad presenta un total de 5.011 PQRSD vencidas, es decir que el 82% del total de PQRSD recibidas no se gestionaron en los términos establecidos por la ley 1755 de 2015, según el tipo de peticiones presentadas por los usuarios tardando hasta 119 días en dar respuesta.

- **Recomendación:** Implementar seguimientos y alarmas automáticas en el sistema de gestión documental esigna, uso matriz de calor en vencimientos de términos (como los usados por sices).

7. Observación # 7: Parámetros formulados en la Norma NTC 6047 de 2013

Condición: En el cuestionario de 104 preguntas referentes al cumplimiento de los lineamientos de la Norma NTC 6047 de 2013, en lo relacionado con la infraestructura necesaria para la atención al ciudadano con limitaciones o discapacidad se evidencia 66 respuestas en que se cumple y 38 respuestas en que no se cumple, es decir un 37% de incumplimiento de la norma.

- **Recomendación:** Cumpliendo con la normatividad de bioseguridad, y sea reestablecido el servicio de atención presencial, realizar los cambios de infraestructura necesarios en pro del posicionamiento de la entidad y su visibilización ante la ciudadanía, como de la minimización de incumplimientos y posibles sanciones.

Conclusiones y recomendaciones

La Oficina de Control Interno invita a la entidad y funcionarios a crear las condiciones adecuadas que garanticen la vinculación de la ciudadanía en la gestión pública teniendo en cuenta la situación actual para convertirla en una oportunidad para mejorar la credibilidad y que fortalezca los lazos de confianza entre la Supersolidaria y los ciudadanos, priorizando los canales de atención, rediseñando estrategias y mecanismos de los tramites, implementando políticas para contestar con calidad, con accesibilidad y continuidad en los servicios que responden a las necesidades de la ciudadanía.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Restablecimiento de Servicio de PBX	NO
2	Cubrimiento de las llamadas al PBX	SI
3	Procedimiento en iSolución de las PQRSD electrónicas	SI
4	Funcionalidad del link de las PQRS de la página WEB	SI
5	Normatividad de Aviso Legal	SI
6	Tiempos establecidos para responder las PQRSD	SI
7	Parámetros formulados en la Norma NTC 6047 de 2013	NO

1.3.3 Informe Ejecutivo Anual Evaluación del Sistema de Control Interno de cada vigencia. - Alta Dirección (Socializado Comité Institucional de Coordinación de

Control Interno 29 de mayo 2020)

De acuerdo con lo definido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, el Índice de Control Interno mide la capacidad de la entidad pública de contar con una serie de elementos clave de la gestión, cuyos controles asociados son evaluados de forma permanente, con niveles de autoridad y responsabilidad definidos a través de las líneas de defensa, orientados a la prevención, control y gestión del riesgo para el cumplimiento de los objetivos institucionales y la mejora continua.

De acuerdo con lo mencionado en el punto anterior a continuación se presenta el resultado de este Índice durante la vigencia 2019, los cuales fueron presentados en la reunión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, celebrada el 29 de mayo de 2020:

RESULTADOS MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO - MECI - VIGENCIA 2019

SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMIA SOLIDARIA

MECI Resultados desempeño institucional Nación, vigencia 2019

Este informe de resultados es interactivo y está organizado en cuatro (4) **secciones** que se habilitan una vez se determinan los criterios de la consulta a través de cuatro (4) filtros: **1) entidad**; **2) sector**; **3) naturaleza jurídica** y **4) clasificación orgánica**.

La **primera sección** muestra los resultados generales del desempeño del Control Interno; la **segunda sección** los resultados por cada uno de los cinco componentes del MECI; la **tercera sección** los resultados obtenidos por cada una de las 4 líneas de defensa y la **última sección** muestra los resultados de la autoevaluación y la evaluación independiente.

Cada índice visualizado en esta sección tiene un puntaje máximo y mínimo propio determinado por la cantidad de las preguntas utilizadas para su cálculo.

ENTIDAD

Buscar

- Sociedad Radio Televisión Nacional De Colombia
- Superintendencia De Industria Y Comercio
- Superintendencia De La Economía Solidaria
- Superintendencia De Notariado Y Registro
- Superintendencia De Servicios Públicos Domiciliarios

SECTOR

Todas ▼

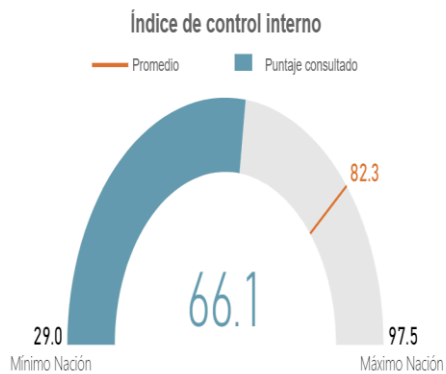
NATURALEZA JURÍDICA

Todas ▼

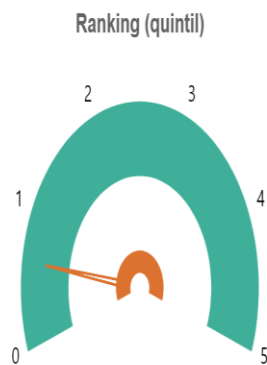
CLASIFICACIÓN ORGÁNICA

Todas ▼

I. Resultados generales

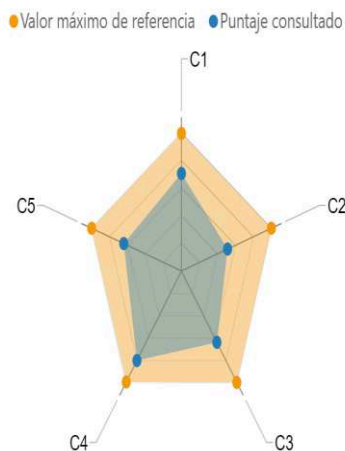


Nota: El promedio del sector sólo aparece para consultas por entidad de la Rama Ejecutiva, para las demás consultas por entidad el promedio del sector corresponde al promedio general.



Nota: La información de este gráfico solamente es válida para consultas por entidad.

II. Índices de desempeño de los componentes MECI



Componente	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
C1: CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	68.4	96.6
C2: CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	49.8	97.1
C3: CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	61.9	96.7
C4: CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	77.7	96.3
C5: CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	62.2	96.9

Nota: Para los Concejos y Personerías de municipios de categorías 5 y 6, las secciones II, III y IV no aplican.

III. Índices de desempeño de las líneas de defensa

“Super-Visión” para la transformación



IV. Evaluación independiente del Sistema de Control Interno



Nota: Este índice solo se calcula para las entidades de la rama ejecutiva.

1.3.4 Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno (Informe Pormenorizado de Control Interno) Publicado página Web Superintendencia 30 de Julio de 2020.

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, 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 presentó 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 2020



Nombre de la Entidad:		Superintendencia de la Economía Solidaria				
Periodo Evaluado:		Del 1 de enero al 30 de junio del 2020				
Estado del sistema de Control Interno de la entidad		56%				
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno						
¿Este informe de cumplimiento representa la única y de manera integral? (Sí o No) (Justifique su respuesta):	En proceso	A la fecha del presente informe de evaluación del sistema de control interno, Junio 30 de 2020, 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 su resultado fue de 56%. 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.				
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Sí/No) (Justifique su respuesta):	No	Una vez analizados los 5 componentes y cada uno de los controles establecidos, así como el resultado de su implementación (56%), 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 44% existente, de forma tal que se pueda cumplir con los lineamientos mínimos requeridos.				
¿La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (líneas de defensa, que le permita la toma de decisiones frente al control) (Sí/No) (Justifique su respuesta):	Si	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.				
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	Asencia final del componente
Ambiente de control	Si	65%	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, presentó el 30 de junio de 2020 un nivel de cumplimiento del 65%, con una brecha de 35%, la cual requiere del componente de la línea estratégica y de las tres 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 definen 5 lineamientos con 24 preguntas, se observa que sobre aquellos controles (requerimientos) establecidos: 1. El 79.2% 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. 2. El 20.8% de las actividades están diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño. En cuanto a su funcionamiento: 1. El 29.2% de los controles funcionan operan como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para entrar en materialización del riesgo. 2. El 64.7% el control opera como está diseñado pero con algunas falencias. 3. El 4.2% el control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado). La Superintendencia debe asegurar un ambiente de control, el cual es el fundamento de todos los demás componentes del control interno, que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. A 30 de junio de 2020, el componente de evaluación de riesgos mediante el cual se gestionan los riesgos potenciales para entrar en materialización, presentó un estado de implementación en la Superintendencia de la Economía Solidaria del 56%, por lo cual se deberán diseñar acciones que permitan fortalecer el mismo y cubrir la brecha existente del 44%. En este Componente se han establecido 4 lineamientos, con 17 controles, sobre los cuales se establece el siguiente porcentaje de avance: 35.3% de los controles (equivalentes a 6 requerimientos) se encuentran presentes y requieren acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa; 64.7%, corresponde a controles diseñados o en proceso de diseño, pero los mismos no están documentados en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño. En cuanto a su funcionamiento, el 11.8% (2 controles) operan como están diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y para entrar en materialización del riesgo y el 88.2% (15 controles) operan como están diseñados, pero con algunas falencias. Esta 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 puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.		No se incluye una descripción del estado de este componente al 31 de diciembre de 2019, teniendo en cuenta que este es el primer informe semestral que se realiza de acuerdo a la metodología diseñada por Función Pública, de conformidad con los lineamientos generados para el informe semestral de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno - Decreto 2106 de 2019, establecidos en la Circular Externa No. 100-006 de 2019.	65%
Evaluación de riesgos	Si	56%	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 50%. En cuanto a la existencia de los mismos, se observa que 41.7% 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 y 58.3% de las actividades están diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño. Con respecto a su funcionamiento el 100% de los mismos operan como están diseñados, pero con algunas falencias. Dentro de este componente se presentan 9 lineamientos con 14 controles, cuya finalidad es la verificar que la información y la comunicación sean eficaces para adecuada operación en la Superintendencia, mediante componente técnica que las políticas, directrices e instrucciones de operación, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de manera oportuna 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 realicen un claro mensaje a la Alta Dirección sobre las responsabilidades de control. Deben comprender su función frente al Sistema de Control Interno. El siguiente es el grado de implementación de este componente en su existencia en la Superintendencia: 1. El 71.4% 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. 2. El 28.6% de las actividades están diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño. En cuanto a su funcionamiento, el 100% de los mismos operan como han sido diseñados, pero presentan algunas falencias.		No se incluye una descripción del estado de este componente al 31 de diciembre de 2019, teniendo en cuenta que este es el primer informe semestral que se realiza de acuerdo a la metodología diseñada por Función Pública, de conformidad con los lineamientos generados para el informe semestral de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno - Decreto 2106 de 2019, establecidos en la Circular Externa No. 100-006 de 2019.	56%
Actividades de control	Si	50%	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 50%. En cuanto a la existencia de los mismos, se observa que 41.7% 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 y 58.3% de las actividades están diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño. Con respecto a su funcionamiento el 100% de los mismos operan como están diseñados, pero con algunas falencias. Dentro de este componente se presentan 9 lineamientos con 14 controles, cuya finalidad es la verificar que la información y la comunicación sean eficaces para adecuada operación en la Superintendencia, mediante componente técnica que las políticas, directrices e instrucciones de operación, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de manera oportuna 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 realicen un claro mensaje a la Alta Dirección sobre las responsabilidades de control. Deben comprender su función frente al Sistema de Control Interno. El siguiente es el grado de implementación de este componente en su existencia en la Superintendencia: 1. El 71.4% 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. 2. El 28.6% de las actividades están diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño. En cuanto a su funcionamiento, el 100% de los mismos operan como han sido diseñados, pero presentan algunas falencias.		No se incluye una descripción del estado de este componente al 31 de diciembre de 2019, teniendo en cuenta que este es el primer informe semestral que se realiza de acuerdo a la metodología diseñada por Función Pública, de conformidad con los lineamientos generados para el informe semestral de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno - Decreto 2106 de 2019, establecidos en la Circular Externa No. 100-006 de 2019.	50%
Información y comunicación	Si	50%	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 50%. En cuanto a la existencia de los mismos, se observa que 41.7% 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 y 58.3% de las actividades están diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño. Con respecto a su funcionamiento el 100% de los mismos operan como han sido diseñados, pero presentan algunas falencias. Dentro de este componente se presentan 9 lineamientos con 14 controles, cuya finalidad es la verificar que la información y la comunicación sean eficaces para adecuada operación en la Superintendencia, mediante componente técnica que las políticas, directrices e instrucciones de operación, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de manera oportuna 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 realicen un claro mensaje a la Alta Dirección sobre las responsabilidades de control. Deben comprender su función frente al Sistema de Control Interno. El siguiente es el grado de implementación de este componente en su existencia en la Superintendencia: 1. El 71.4% 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. 2. El 28.6% de las actividades están diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño. En cuanto a su funcionamiento, el 100% de los mismos operan como han sido diseñados, pero presentan algunas falencias.		No se incluye una descripción del estado de este componente al 31 de diciembre de 2019, teniendo en cuenta que este es el primer informe semestral que se realiza de acuerdo a la metodología diseñada por Función Pública, de conformidad con los lineamientos generados para el informe semestral de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno - Decreto 2106 de 2019, establecidos en la Circular Externa No. 100-006 de 2019.	50%
Monitoreo	Si	57%	Teniendo en cuenta que mediante este componente se realiza el monitoreo y la evaluación de la gestión institucional, a través de la subevaluación y la evaluación independiente en la Superintendencia, con este al primer semestre del presente año, se observa que el mismo presenta un nivel de implementación del 57%. Este componente define 2 lineamientos, y contiene 14 preguntas sobre requerimientos específicos en cuanto a diseño y funcionamiento de los mecanismos propuestos al 28.6% de las actividades de monitoreo están documentadas y socializadas, el 44.3% de las actividades están diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y el 27.1% no están diseñadas para cubrir el requerimiento. En cuanto a su funcionamiento en el 21.4% el control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para entrar en materialización del riesgo el 64.3% el control opera como está diseñado, pero con algunas falencias y en el 14.3% el control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado). La evaluación permanente al estado del DCI implica el seguimiento al conjunto de dimensiones del Modelo, de tal manera que la autoevaluación 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) Este tipo de actividades se pueden dar en el día a día de la gestión institucional o a través de evaluaciones periódicas y especiales (autoevaluación, auditorías) y su propósito es valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; y (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.		No se incluye una descripción del estado de este componente al 31 de diciembre de 2019, teniendo en cuenta que este es el primer informe semestral que se realiza de acuerdo a la metodología diseñada por Función Pública, de conformidad con los lineamientos generados para el informe semestral de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno - Decreto 2106 de 2019, establecidos en la Circular Externa No. 100-006 de 2019.	57%

1.3.5 Informe Austeridad en el Gasto - Envío Archivo validación Informe Trimestral Ahorro en el gasto I trimestre y II trimestre (Radicado 20201300008753 del 23 junio 2020 y 20201300012303 de 24 agosto de 2020), no se ha recibido respuesta a la fecha.

En cumplimiento a lo ordenado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Oficina de Control Interno revisó las ejecuciones presupuestales de gastos correspondientes al III trimestre de 2019, sobre la ejecución y consumos de los siguientes rubros: Gastos de Personal, consumo en impresos, publicaciones y publicidad, gastos de mantenimiento de vehículos y de edificaciones, asignación y uso de teléfonos fijos y celulares, gastos de servicios públicos, gastos de viaje interior y exterior y gastos en capacitación y bienestar.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente y en cumplimiento de Ley, se elaboró y presentó los informes de austeridad, presentando las debidas recomendaciones para minimizar el gasto y dar cumplimiento a lo requerido por Ley.

CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA	
FORMATO No.7	
VIGILANCIA SOBRE AUSTERIDAD DEL GASTO PUBLICO	
INFORME SOBRE ADOPCION DE MEDIDAS DE AUSTERIDAD	
ENTIDAD	<u>SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMIA SOLIDARIA</u>
REPRESENTANTE LEGAL	<u>RICARDO LOZANO PARDO</u>
SECRETARIO GENERAL	<u>MARTHA LUZ CAMARGO DE LA HOZ</u>
JEFE DE CONTROL INTERNO	<u>MABEL ASTRID NEIRA YEPES</u>
MES	<u>Enero - Febrero - Marzo</u> AÑO <u>2020</u>
ADMINISTRACION DE PERSONAL Y CONTRATACION DE SERVICIOS PERSONALES	
<p>El gasto por concepto de nómina presentó un aumento respecto del cuarto trimestre 2019 del 31%, lo anterior debido a que para el presente trimestre se presentó ingreso y pago de vacaciones y bonificaciones del personal de planta, respecto a las horas extras se presentó una disminución del 42%, ocasionado por la variación promedio de las horas extras reportadas por los funcionarios que tienen derecho a su reconocimiento. Pasando de \$4,415 millones a \$3,093 millones.</p> <p>Con respecto al rubro de remuneración de servicios técnicos y honorarios se presentó una disminución del 266%, pasando de \$4,551 millones a \$1,243 millones. Esta oficina recalca que la naturaleza de los contratos de prestación de servicios es temporal y, por lo tanto, su duración debe ser por tiempo limitado y el indispensable para ejecutar el objeto contractual convenido. En caso de que las actividades con ellos atendidas demanden una permanencia mayor e indefinida, excediendo su carácter excepcional y temporal para convertirse en ordinario y permanente, será necesario que la entidad adopte las medidas pertinentes a fin de que se dé cabal cumplimiento a lo establecido en el artículo 122 de la Carta Política, según el cual se requiere que el empleo público quede contemplado en la respectiva planta y previstos sus emolumentos en el presupuesto correspondiente.</p>	
PUBLICIDAD Y PUBLICACIONES	
<p>El rubro de Impresos, publicidad y publicaciones presentó un aumento respecto del cuarto trimestre 2019 de 37% pasando de \$5 millones a \$ 9 millones debido a que se presentaron gastos de impresiones en imprenta nacional.</p>	
ASIGNACION Y USO DE TELEFONOS CELULARES	
<p>El rubro de celulares presentó un aumento respecto del cuarto trimestre 2019 del 3,99% pasando de \$886 mil a \$922 pesos, lo cual corresponde a llamadas del despacho, sin que afecte significativamente este gasto.</p> <p>Actualmente la Superintendencia cuenta con cuatro (4) líneas de celulares las cuales se encuentran bajo la responsabilidad del nivel directivo de la entidad; es importante señalar que de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1737 de 1998 "Norma de Austeridad" solo es autorizado el uso de teléfonos celulares para el Superintendente, Superintendentes Delegados y Secretaria General; de otro lado el artículo 16 del Decreto citado indica: "Artículo 16º.- Los secretarios generales de los organismos, entidades, entes y personas a que se refiere el presente Decreto, o quien haga sus veces, tienen la responsabilidad de recoger los teléfonos celulares que puedan estar usando servidores diferentes a los aquí señalados, dentro del término de los quince (15) días siguientes a la entrada en vigencia del presente Decreto". Por lo anterior, se observó que en el presente trimestre se dio cumplimiento a lo establecido en la citada norma, lo que permitió el ahorro del 66% en el gasto por este concepto.</p>	

ASIGNACIÓN Y USO DE TELÉFONOS FIJOS
Para el periodo objeto de análisis se presentó una disminución en este rubro del 3,6%, pasando de \$39 millones a \$37 millones, originado básicamente que para el presente trimestre no se presentó gasto en el concepto de Sistematización Integral de la información institucional que corresponde al pago del mantenimiento de ESIGNA - Indenova.
ASIGNACION Y USO DE VEHICULOS OFICIALES
Este rubro presentó una disminución del 55% respecto al cuarto trimestre de 2019, pasando de \$8,3 millones a \$3,7 millones, debido principalmente a que no se generaron gastos por concepto de mantenimiento, de los dos vehículos, de la Superintendencia, asignados al Despacho del Superintendente y la Secretaria General.
INMUEBLES MANTENIMIENTO Y MEJORAS
Se observó una disminución del 35% de este rubro con respecto al cuarto trimestre de 2019, pasando de \$134 millones a \$87 millones, debido a que se disminuyeron los gastos de arrendamiento, administración y mantenimiento de los inmuebles.
MATERIALES Y SUMINISTROS
En el presente periodo se presentó un aumento del 128% respecto al cuarto trimestre de 2019, pasando de \$295 millones a \$673 millones, básicamente debido a que se generaron erogaciones por mantenimiento del Software Isolución y la plataforma tecnológica de Realtech y eSigna.
ENERGIA
En el presente periodo se presentó una disminución respecto del cuarto trimestre de 2019 de 4%, pasando el consumo de \$39 millones a \$ 37 millones. Los valores registrados corresponden al servicio de energía de los pisos 11, 15 y 16 en los que opera la Superintendencia. Esta oficina recomienda la importancia de mantener buenas prácticas de consumo de energía que redundan en el cuidado del medio ambiente y mantenimiento de las políticas del Sistema de Gestión Ambiental de la Entidad.
COMUNICACIONES Y TRANSPORTE
En el presente periodo se presentó una disminución del 87,8% respecto del cuarto trimestre de 2019 pasando de \$493 millones a \$60 millones, que obedeció principalmente a que no se presentaron erogaciones por otros gastos por conceptos de organización de eventos (rendición de cuentas entre otros). En general los valores registrados corresponden a erogaciones necesarias para el cumplimiento del objeto social de la Superintendencia y en el desarrollo normal de sus operaciones.
GASTOS DE VIAJES INTERIOR Y EXTERIOR
El rubro de gastos de viaje y viáticos presentó una disminución del 82% respecto al cuarto trimestre del año 2019, pasando de \$257 millones a \$45 millones, debido principalmente a que la Superintendencia durante el primer trimestre 2020 no realizó visitas de inspección programadas a las organizaciones vigiladas.
CAPACITACION Y BIENESTAR
El rubro de Capacitación y Bienestar presentó un aumento en las erogaciones durante el primer trimestre de 2020, pasando de \$14 millones a \$21 millones, los cuales corresponde a actividades de bienestar realizadas en el cuarto trimestre de 2019.

1.3.6 Modelo Integrado de Planeación y Gestión: (Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano) Radicado No. 20201300006863 de 13 de mayo de 2020. Respondieron mediante Radicado No. 20201000007083 de 19 de mayo 2020

La evaluación se adelantó con base en la información suministrada por los responsables de cada una de las actividades planteadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC), publicado en la Página Web de la Superintendencia de la Economía Solidaria: www.supersolidaria.gov.co y teniendo en cuenta el Formato de Seguimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, Formato de Seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción y el Drive de evidencias compartidas por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas a 11 de mayo de 2020.

Es importante señalar que el PAAC, fue adoptado mediante resolución 2020121003105 del 5 de marzo de 2020, por lo tanto, este será el tomado en cuenta para el respectivo seguimiento

Recomendaciones:

- 1. Observación 1.** Información desactualizada de la normatividad vigente en el Informe de Plan Anticorrupción y atención al ciudadano publicado en la página web de la entidad.

Condición:

Verificada la Información de la normatividad vigente en el Informe de Plan Anticorrupción y atención al ciudadano publicado en la página web de la entidad, se evidenció que habla del Decreto 2641 de 2012 y esta norma se encuentra derogada

- 2. Observación 2**

Inclusión en el Formato Seguimiento PAAC 2020 de una actividad que no se encuentra avalada por el Comité de Gestión y Desempeño.

Condición:

Verificado el Formato Seguimiento PAAC 2020 se evidenció que el día 11 de mayo fue modificado e incluida una actividad en el componente Cronograma de participación ciudadana y rendición de Cuentas, que no se encuentra avalada por el Comité de Gestión y Desempeño.

Conclusiones y recomendaciones

- ❖ La Oficina de Control Interno reconoce la realización de actividades de socialización y divulgación del Plan Anticorrupción de la entidad, sin embargo, por la actual situación sanitaria que afronta el país recomienda la revisión y adaptación de actividades que no pueden ser realizadas o cumplidas en los tiempos estipulados tales como atención telefónica, ferias y encuentros ciudadanos.
- ❖ Frente al Mapa de Riesgos de la corrupción se evidenció que dos (2) actividades divididas en cuatro responsables no se han empezado a realizar, aunque estaban previstas para el mes de abril, por lo anterior se recomienda a cada líder de proceso, tener en cuenta las actividades programadas y su cronograma de cumplimiento.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Información desactualizada de la normatividad vigente en el Informe de Plan Anticorrupción y atención al ciudadano publicado en la página web de la entidad	No
2	Inclusión en el Formato Seguimiento PAAC 2020 de una actividad que no se encuentra avalada por el Comité de Gestión y Desempeño.	No

1.4. Seguimientos Oficina de Control Interno

1.4.1 Plan de mejoramiento Institucional suscrito con la Contraloría General de la República (CGR) (Radicado 20201300011213 del 30 julio 2020), a la fecha no se ha recibido respuesta.

Verificar la efectividad de las acciones cerradas de los planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría General de la Republica, para las vigencias 2015 a 2018

Observaciones:

1. Observación # 1: Acciones no efectivas y que deben reformularse de los hallazgos de la CGR Vigencias 2017-2018

Acciones implementadas no efectivas para resolver las causas identificadas por la CGR o para corregir el hecho descrito en el informe, para los siguientes hallazgos (celdas señaladas en color naranja):

Condición:

De acuerdo a las auditorías realizadas y a las reuniones del comité de sostenibilidad contable, se observa que un número importante de las acciones no han sido efectivas y deben reformulasen.

• Recomendaciones:

1. Formular acciones correctivas o de mejora para los hallazgos cuyo plan inicial fue evaluado como no efectivo.
2. Reportar el cambio en el plan suscrito con la CGR.
3. Priorizar la sistematización de la liquidación de tasa de contribución.
4. Fortalecer el proceso de gestión de contribuciones y cartera.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Acciones no efectivas de los hallazgos de la CGR Vigencias 2017-2018	NO

1.4.2 Seguimiento Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (Ley 1712 de 2014 - Decreto 103 de 2015) (Radicado 20201300011333 del 31 julio 2020), se recibió respuesta mediante 20201000011863 del 11 de agosto 2020

Evaluación a los 188 requerimientos establecidos en la Matriz de Cumplimiento Ley 1712 de

2014, Decreto 103 de 2015 y Decreto MinTIC 3564 de 2015 con fundamento en la información publicada en el sitio web www.supersolidaria.gov.co, página Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública con corte al 30 de junio de 2020.

Observaciones:

La Oficina de Control Interno verifico para cada una de las categorías y subcategorías, establecidas en la matriz ITA, los accesos a la información contenidos en link de “Transparencia y Acceso a la Información Pública”, del sitio web de la Supersolidaria, teniendo en cuenta las siguientes categorías que se describen a continuación:

1. Mecanismos de contacto con el sujeto obligado
2. Información de Interés
3. Estructura orgánica y talento humano
4. Normatividad
5. Presupuesto
6. Planeación
7. Control
8. Contratación
9. Trámites y servicios
10. Instrumentos de Gestión de Información Pública
11. Transparencia Pasiva.
12. Accesibilidad Web
13. Habeas Data

Las observaciones y oportunidades de mejora generadas por la Oficina de Control Interno sobre el contenido en la matriz ITA, fueron incluidas en el anexo Matriz observaciones OCI.

Conclusiones y recomendaciones

De acuerdo al reporte de cumplimiento ITA de la Procuraduría General de la Nación de fecha 30 de agosto de 2019, se evidencia que la Superintendencia de la Economía Solidaria, está cumpliendo con 94 puntos sobre 100 puntos, sin embargo, se evidenció en la evaluación realizada que algunos temas están por cumplir y mejorarlos

- ❖ Los links de consulta a la información publicada en el sitio web deben ser de fácil acceso a cualquier ciudadano.
- ❖ La entidad debe adelantar acciones de mejoramiento en las categorías 3-Estructura orgánica y talento humano, 4-normatividad, 10-Instrumentos de Gestión de Información Pública, 12- Accesibilidad Web y 13-Habeas Data.
- ❖ Con el propósito que la Supersolidaria cumpla plenamente con los dispuesto en la Ley

1712 de 2014 y los lineamientos establecidos en la Resolución 3564 de 2015 MinTIC, se recomienda publicar, actualizar y mejorar el contenido de la información comunicada en su sitio web.

- ❖ Se recomienda incluir en la página Funcionarios un link que direcciona al SIGEP para dar cumplimiento a lo requerido en el numeral 3.5.
- ❖ Se recomienda incluir en el archivo y/o sección el acto administrativo por medio del cual fue adoptado el registro de activos de información, índice de Información Clasificada y Reservada y Esquema de Publicación de Información
- ❖ Se recomienda incluir el Procedimiento participativo para la adopción y actualización del Esquema de Publicación.
- ❖ Se recomienda incluir una opción en el menú de Transparencia y Acceso a la Información para Accesibilidad Web y Habeas Data.
- ❖ Nuevamente se recomienda mejorar el espacio de Información para niñas, niños y adolescentes, el sitio presenta dificultades al momento de señalar la opción requerida. De otra parte, no se evidencia interactividad educativa respecto a los temas que competen a la Superintendencia, que permita un mayor afianzamiento por parte de las niñas, niños y adolescentes que ingresen al portal.
- ❖ Se recomienda habilitar el enlace con el SUIN - Sistema Único de Información Normativa del Estado colombiano administrado por la Dirección de Desarrollo del Derecho y del Ordenamiento Jurídico del Ministerio de Justicia y del Derecho, como complemento a la normatividad de la entidad, siendo este un mecanismo de organización, procesamiento, administración y divulgación de información de carácter normativo y jurisprudencial del Estado colombiano.
- ❖ Las dependencias responsables de publicar la información en la página web, link de "Transparencia y acceso a la información pública", deben verificar su publicación en los términos establecidos por la normativa, para garantizar su la calidad, asegurando de esta manera que el sitio web brinde información veraz, oportuna y eficiente a la comunidad.
- ❖ Se recomienda a la Alta Dirección, difundir la cultura de autocontrol y transparencia de los servidores públicos y contratistas, responsables de la información producida, gestionada y publicada en los contenidos del link de Transparencia. Se recuerda que todo lo publicado en los portales web de las entidades públicas, está sujeto a verificación de los entes de control y los ciudadanos

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Matriz observaciones OCI	SI

1.4.3 Verificación a la concertación de los Acuerdos de Gestión del 2020 y evaluación de acuerdos y de Desempeño año 2019 (Radicado 20201300006193 del 4 mayo 2020), se recibió respuesta mediante correo electrónico 15 de mayo 2020, continúa abierto expediente eSigna

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 2019 y concertación y formalización para los de la vigencia 2020.

Recomendaciones:

1. Observación 1: Se evidenció el incumplimiento del numeral 6 del procedimiento R-TAHU-009, respecto de la remisión del informe expreso por cada gerente público sobre los avances del cumplimiento de los acuerdos de gestión, dentro de los cinco (5) primeros días del mes siguiente al vencido.

- **Recomendación:** Verificar el cumplimiento del procedimiento R-TAHU-009, requiriendo a cada gerente público para que remita su informe mensual de avance del acuerdo de gestión.

En caso tal de evidenciar que su seguimiento se facilita a través de las sesiones de Comité Directivo, se debe analizar la posibilidad de modificar el procedimiento establecido en el sistema ISOLUCION.

2. Observación 2: No se evidencia el seguimiento semestral de los acuerdos de gestión suscritos en la vigencia 2019.

• **Recomendaciones:**

- Documentar y diligenciar en el anexo 1 el seguimiento semestral de cada acuerdo de gestión, incluyendo el porcentaje de cumplimiento programado, indicando las observaciones del avance y oportunidades de mejora a que haya lugar.
- Solicitar al gerente público mediante comunicación escrita una vez finalizado el primer semestre de la suscripción del acuerdo de gestión, el trámite ante el superior jerárquico, de la evaluación cuantitativa y cualitativa.

- 3. Observación 3:** Se evidenció incumplimiento al numeral 10 del procedimiento R-TAHU-009, respecto del término de convocatoria del Jefe de la Oficina de Control Interno y el Profesional de Talento Humano encargado de liderar el proceso para que asistan a la designación del evaluador de los Gerentes Públicos.
- **Recomendación:** Establecer un punto de control que permita programar las actividades contenidas en el procedimiento R-TAHU-009, para efectos de dar cumplimiento con los términos señalados.
- 4. Observación 4:** En el acuerdo de gestión suscrito por la Secretaria General (vigencia 2020), los indicadores Nos. 4 y 6 de los compromisos gerenciales no se formulan en números o porcentaje de acuerdo a lo señalado en la Guía metodológica para la Gestión del Rendimiento de los Gerentes Públicos.
- **Recomendación:** Incluir la representación cuantitativa en número o porcentaje para los indicadores de los acuerdos de gestión, estableciendo de manera objetiva los propósitos gerenciales para que los mismos sean medibles.
- 5. Observación 5:** En el acuerdo de gestión suscrito por la Superintendente Delegada para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria (vigencia 2020), los compromisos de los objetivos Nos. 2 y 4 no tienen definido un porcentaje para cada uno de ellos, de acuerdo a lo señalado en la Guía metodológica para la Gestión del Rendimiento de los Gerentes Públicos.
- **Recomendación:** Asignar e incluir el peso ponderado de cada uno de los compromisos gerenciales formulados en el acuerdo de gestión, teniendo en cuenta que su asignación por cada compromiso no sea superior al 40% ni menor al 10%.
- 6. Observación 6:** Se evidenció la desactualización del procedimiento R-TAHU-009, toda vez que se incluye al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas dentro de los cargos que deben suscribir acuerdos de gestión; situación que va en contravía de las directrices institucionales.
- **Recomendación:** Documentar la posición institucional sobre los cargos que deben suscribir acuerdos de gestión para la evaluación del rendimiento de los mismos y realizar la actualización del procedimiento R-TAHU-009

Conclusiones y recomendaciones

Producto de la verificación efectuada por parte de la Oficina de Control Interno sobre el seguimiento y evaluación de los acuerdos de gestión de la vigencia 2019 y la concertación y formalización de los del 2020, se concluye lo siguiente:

- ❖ La concertación y formalización de los acuerdos de gestión de la vigencia 2020 fueron

gestionados dentro de los términos señalados en la norma.

- ❖ Se evidenciaron algunas debilidades relacionadas con el seguimiento de los acuerdos de gestión de la vigencia 2019, de conformidad a lo señalado en la guía expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- ❖ Se observaron incumplimientos al procedimiento adoptado por la Dependencia; para lo cual se recomienda analizar los pasos contenidos en el mismo y determinar si se hace necesario realizar algún tipo de modificación.
- ❖ Se evidenciaron algunas observaciones reiterativas respecto del seguimiento realizado en la vigencia 2019, motivo por el cual, se recomienda ajustar las acciones de mejora planteadas inicialmente para efectos de eliminar la causa raíz de la falencia.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Se evidenció el incumplimiento del numeral 6 del procedimiento R-TAHU-009, respecto de la remisión del informe expreso por cada gerente público sobre los avances del cumplimiento de los acuerdos de gestión, dentro de los cinco (5) primeros días del mes siguiente al vencido.	NO
2	No se evidencia el seguimiento semestral de los acuerdos de gestión suscritos en la vigencia 2019.	SI
3	Se evidenció incumplimiento al numeral 10 del procedimiento R-TAHU-009, respecto del término de convocatoria del Jefe de la Oficina de Control Interno y el Profesional de Talento Humano encargado de liderar el proceso para que asistan a la designación del evaluador de los Gerentes Públicos	NO
4	En el acuerdo de gestión suscrito por la Secretaria General (vigencia 2020), los indicadores Nos. 4 y 6 de los compromisos gerenciales no se formulan en números o porcentaje de acuerdo a lo señalado en la Guía metodológica para la Gestión del Rendimiento de los Gerentes Públicos.	NO
5	En el acuerdo de gestión suscrito por la Superintendente Delegada para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria (vigencia 2020), los compromisos de los objetivos Nos. 2 y 4 no tienen definido un porcentaje para cada uno de ellos, de acuerdo a lo señalado en la Guía metodológica para la Gestión del Rendimiento de los Gerentes Públicos	NO
6	Se evidenció la desactualización del procedimiento R-TAHU-009, toda vez que se incluye al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas dentro de los cargos que deben suscribir acuerdos de gestión; situación que va en contravía de las directrices institucionales.	NO

1.4.4 Seguimiento al reporte de la información en el FURAG. (artículo 5 del Decreto 2482 de diciembre de 2012) (Radicado 20201300007303 del 27 mayo 2020), se recibió respuesta mediante 2020120007733 del 5 de junio 2020

Se realizó una muestra de los soportes relacionados en las respuestas dadas en el Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión – FURAG – 2019.

Observaciones:

La Superintendencia deberá implementar planes de mejoramiento, para las respuestas en las cuales no se pudo ingresar al link establecido, las cuales fueron detalladas en el informe, o no se pudo observar las evidencias reportadas, teniendo en cuenta que no fue posible realizar su verificación.

- Se recomienda que los soportes y evidencias para el próximo diligenciamiento del FURAG, cumplan con las siguientes características: suficiente, valida, confiable, relevante, razonable y lógica y que sea útil.
- Se recomienda establecer lineamientos sobre la información que soporta las respuestas a las solicitudes de información tanto internas como externas, teniendo en cuenta que la información debe ser puntual y de fácil acceso a ella, por lo tanto, todos los dueños de procesos deben propender por el autocontrol en el manejo de información.

1.4.5 Plan de Acción Anual - PAA (Seguimiento al PAA) (Radicado 20201300006853 del 13 mayo 2020), se recibió respuesta mediante 20201210007743 del 5 de junio 2020, continúa abierto en eSigna

Se verificó el seguimiento al Plan de Acción Anual – PAA, realizado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas de la Superintendencia, con corte a 31 de diciembre de 2019

Recomendaciones:

- 1. Observación 1:** Desactualización de Procedimiento R-PLAN-02 Formulación, Seguimiento y Evaluación al Plan Operativo Anual.

Condición:

Verificado el aplicativo iSolución que contiene los procesos y procedimientos que se tiene en cuenta en la planeación de programas que integran la entidad, específicamente el formato r-PLAN-2 Formulación, seguimiento y Evaluación al Plan Operativo Anual se evidenció que se encuentra desactualizado.

• **Recomendaciones:**

Actualizar el procedimiento R-PLAN-002, para que sea utilizada por cada una de las dependencias en la elaboración del plan de acción anual, así como en la elaboración de las actividades que se realizarán para la consecución de los objetivos.

Conclusiones y recomendaciones

- ❖ La Oficina de Control Interno recomienda 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 deberán ser incluidos y claramente establecidos en las Actas de Comité Directivos, informando de manera explícita el porqué de los ajustes, reiterando que los mismos deberán ser aprobados y socializados mediante un nuevo acto administrativo en el cual se evidencie dicha aprobación.
- ❖ Se observa que el procedimiento R-PLAN-002 está desactualizado en tanto que actualmente la entidad habla de Plan de Acción Anual y no Plan Operativo Anual. Por tanto, la oficina de control interno recomienda la actualización de este procedimiento en iSolución aunque reconoce que la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas actualmente está haciendo dicha actualización
- ❖ Se observó que, a diciembre de 2019, de las 138 actividades creadas existen 4 actividades con una ejecución menor al 50% y 38 actividades quedaron con ejecución entre el 51% y 90%, lo cual genera una alerta frente al cumplimiento oportuno y eficiente de las actividades establecidas por cada uno de los procesos, es importante que se tomen las medidas necesarias para obtener un cumplimiento del 100% en el Plan de Acción Anual – PAA 2019.
- ❖ Se observó que el Plan de Acción Institucional difiere del Plan de Acción Anual vigencia 2019 por cuanto paso de 156 actividades iniciales a 138 actividades y aun así solo 96 actividades tuvieron un cumplimiento del 100% lo que indica que es preciso que las metas propuestas sean adecuadamente planeadas desde el inicio del año de forma tal que se dé cumplimiento a las mismas, por lo cual deberá tener en cuenta los recursos tanto humanos (incluyendo la contratación que sea requerida), tecnológicos y financieros que permitan cumplir a cabalidad con las metas propuestas y evaluar continuamente su cumplimiento, para realizar los mínimos ajustes que sean requeridos de acuerdo a las circunstancias y/o condiciones que se vayan presentando

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Desactualización de Procedimiento R-PLAN-02 Formulación, Seguimiento y Evaluación al Plan Operativo Anual en iSolución	No

2	<p>Respecto a las evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evidencia 7: Actualización de procesos como caracterización (Todas las áreas) y Guía de Investigaciones administrativas sancionatorias (Delegatura Financiera) - Evidencia 11: Se realizaron 72 evaluaciones de las 104 planeadas. (Delegatura asociativa) - Evidencia 47: reporte de autocontrol de riesgos con 50% de cumplimiento. (Todas las áreas) - Evidencia 116: Revisión y análisis de riesgos (Comunicaciones) - Evidencia 130: Se programaron 4 mantenimientos, se realizaron 3. (Oficina Asesora de Planeación y Sistemas) <p>Estas evidencias requieren una acción de mejora por parte del área implicada.</p>	No
---	---	----

1.4.6 Seguimiento a la Relación de Acreencias a favor de la entidad, Pendientes de Pago. (Radicado 20201300009123 del 30 junio 2020) No requiere respuesta

Se tomó en cuenta la información presentada por la Superintendencia de la Economía Solidaria en el BDME para el corte a 31 de mayo de 2020, verificándose que el mismo se haya publicado de manera oportuna dentro del sistema CHIP, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

Conclusiones y recomendaciones

De acuerdo al seguimiento que debe ejercer la Oficina de Control Interno sobre el reporte de deudores morosos que se debe realizar en el sistema CHIP por parte de la Superintendencia, se informó que, revisado el reporte de histórico de envíos publicado en la página de la Contaduría General de la Nación, se evidenció por parte de esta Oficina, que la Superintendencia reportó oportunamente al Boletín de Deudores Morosos del Estado

1.4.7 Seguimiento a la Valoración de los nuevos Pasivos contingentes y la Actividad Litigiosa del Estado. (Radicado 20201300010123 del 9 julio 2020), No requiere respuesta

Conclusiones:

Verificado el cumplimiento de la normatividad relacionada con la provisión de las contingencias contables de la actividad litigiosa de la entidad, se puede concluir que la Oficina Asesora Jurídica, cumple con los requisitos establecidos para tal efecto; por lo anterior, no se generan observaciones al respecto.

Por otro lado, y como oportunidad de mejora, la Oficina de Control Interno recomendó analizar la viabilidad de incluir en el proceso GESTIÓN JURÍDICA, el procedimiento que

describa las actividades que desarrolla la Dependencia en materia de calificación del riesgo y provisión contable, documentando los formatos necesarios para su desarrollo; sin embargo, durante la etapa de discusión del informe de seguimiento, la Oficina asesora Jurídica aclara que en la última actualización que realizada a los procedimientos de Gestión Jurídica, se incluyó la Calificación del Riesgos y Provisión Contable dentro del Procedimiento representación en procesos judiciales en calidad de demandante y demandado - PR-GEJU003, por tal razón dicha actividad ya cuenta con una mejora.

Teniendo en cuenta lo anterior, no se generan observaciones al respecto y se recomienda continuar con la gestión coordinada con la Secretaría General para la provisión de pasivos contingentes en la actividad litigiosa de la entidad.

1.4.8 Seguimiento al Sistema Integrado de Información Financiera, SIIF Nación. Seguimiento al cumplimiento de Política de Seguridad SIIF (Radicado 20201300007243 del 22 mayo 2020), No requiere respuesta

Para el desarrollo del presente informe, se realizaron consultas a través del Aplicativo SIIF Nación con fecha de corte 30 de abril de 2020 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 y recomendaciones

- ❖ A la fecha de nuestra revisión la Superintendencia 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 SIIF Nación.
- ❖ Se recomienda que, en el proceso de actualización de riesgos, controles y procedimientos del área (Arquitectura Empresarial), se incluya de manera escrita los controles que sean requeridos en el caso de desvinculación laboral de un servidor con funciones y/o con un perfil de usuario en el Sistema SIIF Nación.

1.4.9 Seguimiento y verificación de las acciones de prevención o mejoramiento respecto de la Defensa y Protección de los Derechos Humanos por parte de los Servidores Públicos (Radicado 20201300007103 del 20 mayo 2020), No requiere respuesta

Se solicitó informar sobre las acciones tendientes a promover la protección de los derechos humanos por parte de los servidores públicos, observando que el pilar fundamental con el que cuenta la entidad, el Códigos de Integridad y de Buen Gobierno, que contienen lineamientos y políticas tendientes a prevenir acciones contrarias a las normas, así como

valores y comportamientos éticos que deben tener todos sus servidores públicos, contratistas y todos aquellos vinculados a cualquier título con la Superintendencia.

Adicionalmente, se cuenta con el grupo de gestores de integridad de la Superintendencia de la Economía Solidaria, con la misión de liderar la sensibilización y motivación para el arraigo de la cultura de Integridad y de servicio en las prácticas cotidianas de los servidores públicos de la entidad.

Tanto el Código de Integridad como el de Buen Gobierno son ampliamente divulgados y socializados, utilizando los diferentes canales de comunicación, capacitaciones y cursos, particularmente para la vigencia 2020 y a través de la ejecución del Plan de Interiorización del Código de Integridad.

Finalmente, y verificadas las recomendaciones presentadas a través del seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno en la vigencia 2019, se evidencia que las mismas fueron tenidas en cuenta, realizando la sensibilización y capacitación respecto del Código de Integridad de la entidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, no se generan observaciones al respecto y se recomienda continuar con la ejecución de las acciones relacionadas con la prevención y protección de los derechos humanos por parte de los servidores públicos.

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) (Radicado 20201300009753 del 7 julio 2020), respuesta entregada por correo electrónico, continúa abierto expediente eSigna

Verificación sobre el registro y gestión de la información relacionada con las hojas de vida y declaración de bienes y rentas para los servidores públicos y contratistas de la Superintendencia de la Economía Solidaria en el sistema SIGEP, durante el periodo del 1 de septiembre de 2019 a 31 de mayo de 2020.

Conclusiones y recomendaciones

Del seguimiento realizado por parte de la Oficina de Control Interno, se puede concluir lo siguiente:

1. Se evidenciaron diferencias entre los registros internos y lo reportado en el SIGEP; si bien se pudo verificar que los reportes arrojados evidencian errores, se recomienda depurar la información de la Entidad, solicitando al organismo administrador del Sistema, el ajuste respecto de los datos a nombre de la entidad.
2. Se recomienda verificar el cumplimiento de los términos señalados en la norma para efectos de presentar la Declaración de Bienes y Rentas, teniendo en cuenta la existencia

de los casos en los que no se realizó la actualización con anterioridad al 31 de mayo de la vigencia verificada; lo anterior teniendo en cuenta que la renuencia del servidor público de dar cumplimiento con lo señalado en el ordenamiento jurídico, podría acarrear sanciones de tipo disciplinario.

3. Se recomienda llevar el registro de las actividades de verificación de actualización de la información reportada en el sistema, teniendo en cuenta que lo gestionado no se ve reflejado en el aplicativo, lo anterior, teniendo en cuenta las indagaciones realizadas con el personal a cargo de dichos reportes.
4. Orientar a los supervisores de los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, para que se dé cumplimiento a lo señalado en la Ley 2013 de 2019 respecto del reporte en la página web del SIGEP, de la declaración de bienes y rentas.

1.4.11 Informe de Personal y Costos (Radicado 20201300011313 del 31 julio 2020), no requiere respuesta

La Contraloría General de la República a través de la resolución reglamentaria orgánica No. 0032 de 2019, establece que las entidades que hacen parte del Presupuesto General de la Nación deben realizar el reporte de la contabilidad de la ejecución presupuestal.

Como se puede observar, el reporte realizado por la entidad fue presentado en el término señalado por la Contraloría.

No se generan observaciones al respecto y se recomienda continuar con la gestión coordinada por la Secretaría General para el reporte de la información en el Consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP).

1.4.12 Seguimiento de verificación Planes de Mejoramiento OCI (Radicado 20201300011693 del 10 agosto 2020) Respuesta recibida por correos electrónicos y memorandos en eSigna de las dependencias, excepto secretaria general y Oficina Asesora del Despacho

Esta auditoría fue realizada con base en el análisis realizado al informe del estado de los memorandos emitidos por la oficina de control interno durante la vigencia 2020, así como la información otorgada por el equipo auditor sobre las respuestas entregadas por parte de los líderes o funcionarios responsables mediante la utilización del sistema documental eSigna y de canales diferentes al mismo

Teniendo en cuenta que para el desarrollo del programa de auditoria de la vigencia 2020, la oficina de Control Interno ha radicado en el sistema de gestión documental eSigna los memorandos productos del resultado de las auditorias a los procesos, auditorias especiales, informes de Ley y/o seguimientos, solicitudes de información e informes relacionados con las auditorías, a continuación, se presentan las principales observaciones sobre el estado de los

mismos para conocimiento e implementación de las acciones que sean requeridas por parte de los líderes de los procesos y/o funcionarios responsables:

1. Memorandos que a la fecha no se les ha dado respuesta por parte de las áreas responsables
2. Memorando sobre el cual los líderes de los procesos de manera individual deben remitir respuesta a la Oficina de Control Interno
3. Memorandos cuya respuesta emitida por eSigna se realizó en un nuevo ciclo documental, por lo cual se hace necesario vincular dicho expediente para finalizar el trámite inicial
4. Memorandos a los cuales no se les dio respuesta por el sistema documental eSigna, y su respuesta fue remitida por correo electrónico o presencial, por lo cual continúa abierto el expediente en eSigna
5. Memorandos cuya solicitud fue atendida, no obstante, continúa abierto el expediente eSigna

1.5. Otros Aspectos

1.5.1 Elaboración Boletines Bimestrales OCI - Fomento de la Cultura de Control Mayo a agosto 2020

Se Socializo por correo electrónico a todos los funcionarios de la Superintendencia los Boletines No. 03 y 04 meses de mayo y julio, emitido por la Oficina de Control Interno el cual contiene aspectos encaminados a la cultura del Autocontrol que debe tener cada servidor público, así:

Boletín No. 03 de mayo 2020

- Autocontrol
- Control Interno
- Elementos del Control Interno
- Herramientas del Autocontrol

Boletín No. 04 de julio 2020

- Autorregulación
- Control Interno
- Ejemplo de la Autorregulación
- Terminologías

1.5.2. Actividades - Fomento de la Cultura de Control - Campaña Autocontrol

Desde el mes de mayo y hasta el mes de julio de 2020, se adelantó por parte de la Oficina de Control Interno, mediante el envío de correos electrónicos a los funcionarios y contratistas en los cuales incluyeron doce (12) piezas (banners) fomentando la cultura del control de la entidad.

2. Plan de mejoramiento Institucional suscrito con la Contraloría General de la República (CGR - MinHacienda) – Avance al 30 de junio de 2020

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 2020, 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 y las Denuncias 2015-84955-82111-D y 2015-85249-82110-D y 2016-108095-82111-D

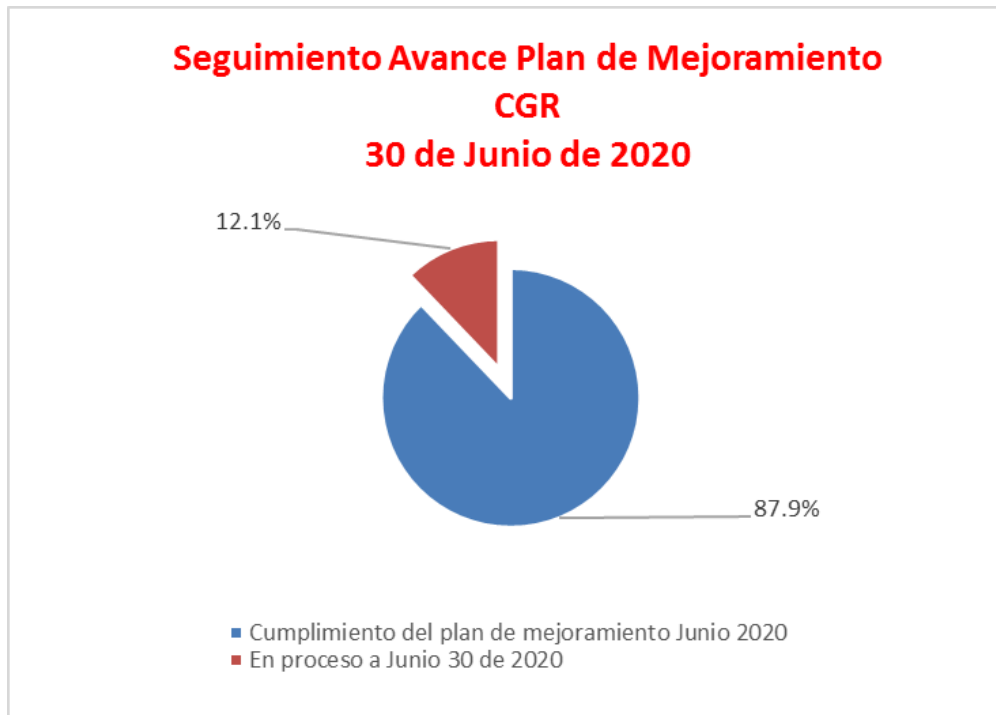
El plan de mejoramiento semestral – vigencia I Semestre de 2020 fue transmitido dentro de los términos establecidos por la Contraloría General de la Republica así:

- Fecha de generación: 2020/07/30
Hora de generación: 12:17:57
Consecutivo: 16662020-06-30

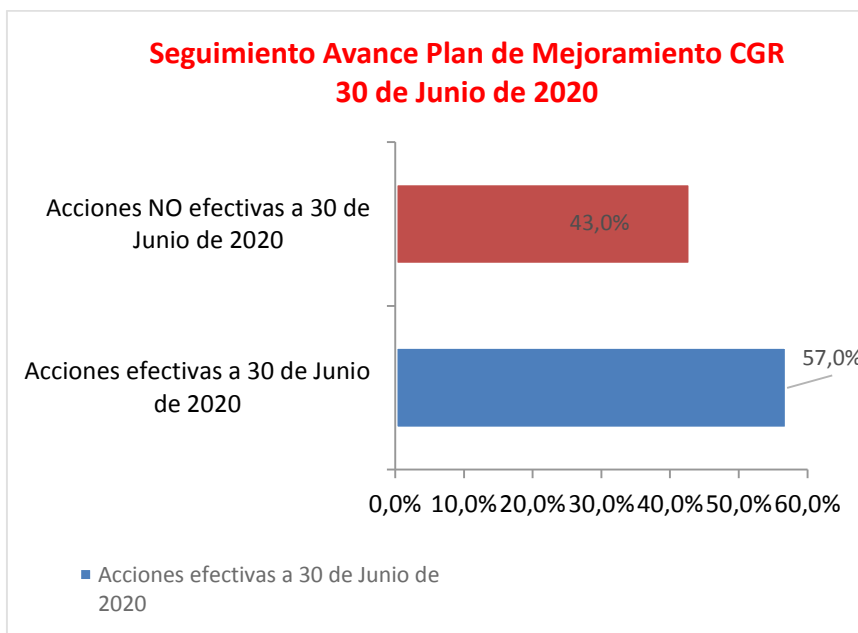
Al 30 de junio de 2020 se establece un porcentaje de cumplimiento del 87,65%, de conformidad con la formulación diseñada por la Contraloría General de la República para este fin.

La información sobre el Avance al Plan de Mejoramiento con corte al 30 de junio de 2020, fue remitida al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, cumpliendo con él envió en las fechas y formatos establecidos para tal fin.

De conformidad con el número de acciones establecidas por la Superintendencia de la Economía Solidaria, el siguiente es el porcentaje de cumplimiento al 30 de junio de 2020:



Con corte al 30 de junio de 2020 se establece un porcentaje de efectividad del 57,0% sobre las 107 acciones establecidas en el plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República.



“Super-Visión” para la transformación 

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.

3. Seguimiento informes trabajos y auditorías realizadas – enero 1 de 2020 a septiembre 22 de 2020

Teniendo en cuenta que para el desarrollo del programa de auditoria de la vigencia 2020, la oficina de Control Interno ha radicado 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 que se presentan sobre el estado de los mismos para conocimiento del Superintendente:

1. Memorandos que a la fecha no se les ha dado respuesta por parte de las áreas responsables
2. Memorando sobre el cual los líderes de los procesos de manera individual deben remitir respuesta a la Oficina de Control Interno
3. Memorandos cuya respuesta emitida por eSigna se realizó en un nuevo ciclo documental, por lo cual se hace necesario vincular dicho expediente para finalizar el tramite inicial
4. Memorandos a los cuales no se les dio respuesta por el sistema documental eSigna, y su respuesta fue remitida por correo electrónico o presencial, por lo cual continúa abierto el expediente en eSigna
5. Memorandos cuya solicitud fue atendida, no obstante, continúa abierto el expediente eSigna

Se adjunta relación de los memorandos radicados por la Oficina de Control Interno en el Sistema documental eSigna por el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 22 de mayo de 2020 (Anexo 6), 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.

130 - 20201300014443

Página 70 de 70

4. Cambio periodicidad reuniones Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Mediante la Resolución No. 2020130007745 del 6 de agosto de 2020 se modificó la periodicidad de las reuniones del Comité de Coordinación de Control Interno de la Superintendencia de la Economía Solidaria, de conformidad con lo establecido en el Acta No. 001 del 29 de mayo del 2020. (Anexo 7)

Cordialmente,

MABEL ASTRID NEIRA YEPES
Jefe Oficina de Control Interno

Proyectó: MABEL ASTRID NEIRA YEPES
Revisó: