

MEMORANDO 20201300019263

PARA: RICARDO LOZANO PARDO - Superintendente
DE: MABEL ASTRID NEIRA YEPES - Jefe Oficina de Control Interno
ASUNTO: Informe actividades Oficina de Control Interno - Septiembre a Octubre 2020
FECHA: Bogotá D.C., 07/12/2020

130 - 20201300019263

Página 1 de 43

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

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

Para realizar las evaluaciones correspondientes tuvimos acceso a la información que soporta nuestras verificaciones relacionadas en los puntos 1 al 3 del presente memorando, sin que se hubiera presentado evento alguno que afectara el resultado de nuestras conclusiones; en consecuencia, la Oficina de Control Interno, informa que durante el periodo indicado se realizaron las actividades que se encontraban contempladas dentro del Programa Anual de Auditoría para la vigencia Septiembre – Octubre 2020.

1. Trabajos y auditorías realizadas – Septiembre – octubre 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. Seguimiento informes trabajos y auditorías realizadas – Sept 2020 a noviembre 24 de 2020

“Super-Visión” para la transformaci^on

3. Programa anual de auditoría - Vigencia 2020
4. Socialización Recomendaciones MECI y lineamientos Formato Informe de Evaluación Independiente del estado del Sistema de Control Interno – Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria - Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

1. TRABAJOS Y AUDITORIAS REALIZADAS – Septiembre – octubre 2020

1.1. Auditorías a Procesos

1.1.1. Proceso Gestión Jurídica (Radicado 20201300013773 del 15 septiembre 2020), Respuesta entregada por eSigna Radicado No. 20201000014313 del 24 de sep.- expediente finalizado eSigna

Se verificó el correcto desarrollo de la gestión jurídica por parte de la Oficina Asesora Jurídica, durante la vigencia 2019, relacionada con los procedimientos:

R-GEJU-009 “ASESORÍA JURÍDICA”

R-GEJU-008 “REPRESENTACIÓN EN ACCIONES DE TUTELA”

R-GEJU-006 “REPRESENTACIÓN EN PROCESOS JUDICIALES EN CALIDAD DE DEMANDADO”

Observaciones:

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

Condición (Descripción de lo evidenciado):

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

Evaluada la estructura de los controles asociados a los riesgos de gestión de acuerdo a lo señalado en la guía de la función pública, se pudo identificar que el 100% de los mismos presentan debilidades en su diseño, toda vez que carecen de uno o más componentes con los que debe contar un control.

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

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

• **Recomendaciones:**

1. Aplicar la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
 2. Continuar con el trabajo en equipo con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas en la revisión y ajustes a que haya lugar de a matriz de riesgos del proceso.
 3. Revisar, ajustar y actualizar la matriz de riesgos del proceso, de modo que cuente con controles debidamente diseñados y adecuadamente aplicados con el fin de dar cubrimiento a los riesgos identificados, solicitando la colaboración del personal a cargo del proceso para que, a través de un trabajo en equipo, se puedan identificar la totalidad de riesgos inherentes.
 4. Ajustar la matriz de riesgos, diseñando un control por cada causa identificada.
 5. Realizar una revisión periódica de los controles aplicables al proceso, con el objetivo de asegurar que las situaciones cambiantes no afecten la efectividad de las acciones.
- 2. Observación 2:** Se evidenció el incumplimiento del término señalado en la ley 1755 de 2015, respecto de la respuesta de las consultas presentadas al área.

Condición (Descripción de lo evidenciado):

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

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

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

treinta días hábiles con que cuenta la entidad para presentar una respuesta.

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

• **Recomendaciones:**

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

3. Verificación sobre el cumplimiento de las políticas de gestión documental

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

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

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

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

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

Una vez revisada la respuesta del líder del proceso frente al requerimiento de remitir el Formato Único de Inventario Documental del Archivo de Gestión diligenciado, se observa

que no se hace alusión a este, sin embargo, dentro de la carpeta de evidencias se identifica un archivo denominado “Copia de FUID” en cuyo objeto se registra “INVENTARIO DE GESTION”, por lo que se presume que este corresponde al documento requerido.

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

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

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

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

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

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

La respuesta del líder del proceso respecto a:

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

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

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

c. Soportes de la última transferencia documental efectuada.

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

d. Actas de eliminación de documentos.

La respuesta dada por el líder del proceso es consecuente con las dinámicas propias de cada proceso, por lo que no procede análisis alguno frente a este numeral.

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

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

Conclusiones y recomendaciones

“Super-Visión” para la transformación

- ✚ La Oficina de Control Interno realizó la verificación del registro de la información correspondiente a los procesos judiciales activos en el sistema E-kogui, observando que, en cada uno de los procesos en cuestión, son registradas las etapas procesales con mayor relevancia, motivo por el cual no se generan observaciones.
 - ✚ Por otro lado, se realizó la evaluación de los trámites relacionados con la respuesta de las acciones de tutela presentadas ante la entidad, evidenciando la respuesta oportuna de cada requerimiento analizado de una muestra seleccionada; sin embargo, no fue posible observar en el sistema Esigna el soporte de respuesta de algunos de ellos, identificando en la base de datos de la Oficina Asesora Jurídica que son realizadas a través del correo electrónico institucional.
 - ✚ Adicionalmente, fue verificado el proceso relacionado con la asistencia jurídica y respuesta de solicitud de conceptos, para lo cual, se tomó una muestra evidenciando que algunas de las respuestas no fueron presentadas dentro de los términos señalados en la ley 1755 de 2015, incumpliendo las normas relacionadas con el derecho de petición.
 - ✚ Una vez verificados los argumentos por parte de la Oficina Asesora Jurídica, se pudo evidenciar que existen problemas con el sistema Esigna al momento de remitir las respuestas de las peticiones, adicionalmente, se identificó el reparto tardío de las mismas, lo que reduce el término para dar respuesta oportuna.
 - ✚ Por lo anterior, se recomienda establecer un punto de control en coordinación con la Secretaría General, la cual está a cargo de la actividad de correspondencia, que permita identificar la fecha de recepción de cada solicitud para efectos de gestionar su respuesta dentro de los términos legales.
 - ✚ Finalmente, y teniendo en cuenta la labor que realiza la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas sobre la actualización de la matriz de riesgos del proceso, se realizó la verificación de la identificación de riesgos y formulación de controles que se encuentra vigente, presentando algunas recomendaciones a tener en cuenta en dicho trabajo de actualización.
- Esta observación se presenta para efectos que se establezca un plan de mejoramiento y que el mismo sea objeto de posterior seguimiento.
- ✚ Producto de esta evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, se identificaron algunas debilidades que requieren de acciones de mejora medibles para efectos de subsanar la causa que generó las observaciones señaladas en el informe presentado.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Debilidad en la identificación de riesgos y el diseño de controles asociados al proceso de Gestión Jurídica	NO

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
2	Se evidenció el incumplimiento del término señalado en la ley 1755 de 2015, respecto de la respuesta de las consultas presentadas al área	NO

1.1.2. Proceso Talento Humano - Incluyendo seguimiento acuerdo pago prima técnica Revisión recomendaciones MECI 2019 - DAFP (Radicado 20201300012833 del 4 septiembre 2020), no se ha recibido respuesta por esigna

Llevar a cabo la verificación de la correcta ejecución del proceso P-TAHU-002- "TALENTO HUMANO", específicamente los procedimientos R-TAHU-006 "Asignación y conservación de prima técnica por evaluación de desempeño", R-TAHU-007 "Inscripción de agentes especiales, liquidadores, revisores fiscales y contralores"; así como el cumplimiento de los procesos y procedimientos internos y externos y aplicación de puntos de control, a cargo de la Secretaría General.

Observaciones:

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

Condición (Descripción de lo evidenciado):

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

Evaluada la estructura de los controles asociados a los riesgos de gestión de acuerdo a lo señalado en la guía de la función pública, se pudo identificar que el 100% de los mismos presentan debilidades en su diseño, toda vez que carecen de uno o más componentes con los que debe contar un control.

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

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

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:** Incumplimiento a las condiciones del acuerdo de pago pactado entre un funcionario público y la Superintendencia, respecto del hallazgo de tipo fiscal presentado por parte de la Contraloría General de la República para el pago de la prima técnica.

Condición (Descripción de lo evidenciado):

La Contraloría General de la República en auditoría especial de la vigencia 2017, presentó algunos hallazgos de tipo disciplinario y fiscal, en atención a las debilidades evidenciadas en la liquidación y pago de primas técnicas de algunos funcionarios de la entidad, toda vez que fueron canceladas por encima del porcentaje establecido en la ley.

La Superintendencia formuló dos acciones de mejora tendientes a subsanar las debilidades mencionadas, estableciendo lo siguiente:

Acción 1: Dar aplicabilidad a la normatividad establecida para la liquidación de la nómina de los funcionarios de la Superintendencia.

Acción 2: Realizar la solicitud de concepto al Departamento Administrativo de la Función Pública, en relación a la aplicación de normatividad con referencia a la nómina cuando sea necesario.

Adicionalmente, la entidad pactó con los funcionarios involucrados la devolución del saldo adicional desembolsado, estableciendo pagos mensuales hasta realizar el retorno de la totalidad de los dineros en cuestión.

La Oficina de Control Interno procedió a verificar el estado y relación de pagos realizados por parte de estos funcionarios, evidenciando que uno (1) de los cuatro (4) que aún tienen pendiente el pago de esta obligación, no viene realizando los pagos mensuales según lo

acordado.

Lo anterior evidencia la debilidad de la administración al no establecer las gestiones necesarias para la devolución de los dineros públicos, lo que podría generar el inicio de investigaciones de tipo fiscal y posibles repeticiones en contra los líderes de los procesos involucrados.

Recomendación:

Dar inicio al proceso de cobro coactivo que permita lograr la devolución de los dineros públicos, evidenciando gestión por parte de la administración.

- 3. Observación 3:** Incumplimiento en la publicación mensual en la página web de la entidad de la totalidad de bases de datos de inscripción de agentes especiales, liquidadores y revisores fiscales durante la vigencia 2019.

Condición (Descripción de lo evidenciado):

El Procedimiento R-TAHU-007 INSCRIPCIÓN DE AGENTES ESPECIALES, LIQUIDADORES, REVISORES FISCALES Y CONTRALORES, una vez se verificado el cumplimiento de los requisitos académicos y de experiencia de los proponentes exigidos por la entidad, establece lo siguiente:

“Publicar la base de datos en la página web de la entidad una vez al mes, protegiendo los datos personales de los inscritos.”

Verificadas las publicaciones de inscritos durante la vigencia 2019, se pudo observar que no se encuentran los correspondientes a los meses de marzo, agosto, octubre y noviembre.

Recomendación:

Establecer un punto de control que permita generar alertas cada mes, para efectos de realizar la publicación de la base de datos de inscritos de agentes especiales, liquidadores, revisores fiscales y contralores.

- 4. Observación 4:** Deficiencias en la aplicación de Tabla de Retención Documental – TRD para efectuar transferencias documentales primarias.

Condición (Descripción de lo evidenciado):

Verificados los soportes sobre las transferencias documentales del proceso de Talento Humano, se aporta un inventario de transferencia documental primaria para la vigencia 2019, en el cual no se relaciona la serie Historias Laborales, a pesar de que de acuerdo a

la Tabla de Retención Documental la serie debe permanecer en el Archivo de Gestión por un periodo de dos (2) años y luego de ello debe ser objeto de transferencia.

Lo anterior hace concluir que el proceso de Talento Humano no efectuó la transferencia documental primaria en cumplimiento de lo establecido en el Plan Anual de Transferencias Documentales Primarias, 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, lo que aunado a otras oportunidades de mejora en distintos procesos, puede repercutir en la imposición de sanciones o multas a la entidad.

Recomendación:

Generar alertas que permitan anticipar el periodo asignado por parte del Grupo de Gestión Documental para la realización de las transferencias primarias de documentos.

- 5. Observación 5:** Ausencia de inventarios documentales por desvinculación o retiro de servidores públicos.

Condición (Descripción de lo evidenciado):

Verificados los soportes remitidos por parte del Grupo de Talento Humano se pudo evidenciar que no fueron suministrados los inventarios documentales entregados por desvinculación o retiro de servidores públicos.

Lo anterior hace presumir que el proceso de Talento Humano 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.

Recomendación:

Con ocasión de la emergencia y con el fin de disponer de información necesaria sobre el proceso de gestión documental, de aquí en adelante, es necesario que cada uno de los grupos, que hacen parte del proceso, cuente con una carpeta electrónica en donde se conserven los soportes de los inventarios documentales del archivo de gestión, las hojas de control de los expedientes del archivo de gestión, inventarios documentales de entrega de documentos por desvinculación o retiro de servidores públicos y los inventarios de las transferencias documentales primarias efectuadas en cada vigencia, de modo que se disponga de copia digital del acta de entrega y recibo de documentos firmada, copia

digital del Formato Único de Inventario Documental – FUID de la transferencia firmado y el archivo electrónico en formato Excel del Formato Único de Inventario Documental – FUID de la transferencia, el cual permitirá hacer búsquedas de información en caso de requerir documentos en calidad de préstamo por parte del Archivo Central.

Conclusiones

- ✚ En primer lugar y una vez realizada la verificación sobre el cumplimiento del procedimiento para la asignación y conservación de la prima técnica para los funcionarios públicos a los cuales aplica, se pudo evidenciar que se encuentran los soportes correspondientes a cada uno de los pasos exigidos en la norma y adicionalmente lo adoptado por la entidad a través del sistema de gestión.
- ✚ Se pudo identificar la creación de un procedimiento independiente a los acuerdos de gestión a través del cual se evalúa la gestión de los funcionarios públicos que pueden tener acceso a la asignación de la prima técnica.
- ✚ Adicionalmente y teniendo en cuenta el hallazgo de tipo disciplinario y fiscal presentado por parte de la Contraloría General de la República, relacionado con la asignación de la prima técnica en un porcentaje superior al permitido por la norma, se procedió a verificar el comportamiento de los acuerdos de pago que fueron formulados como acción de mejora.
- ✚ Se pudo evidenciar que uno de los funcionarios no ha realizado los pagos mensuales de acuerdo a lo pactado, sin que se evidencia gestión alguna por parte de la entidad para efectos de corregir esta situación; lo anterior, podría reiterar la debilidad identificada por parte del ente de control.
- ✚ Por otro lado, se verificó el correcto desarrollo del procedimiento para la inscripción de agentes especiales, liquidadores, revisores fiscales y contralores, observando que fueron remitidos los soportes digitales con los que contaba el Grupo de Talento Humano.
- ✚ De acuerdo a la información remitida, se evidenciaron las solicitudes y comunicados de aceptación de inscripción de los proponentes, sin embargo y teniendo en cuenta la situación de emergencia sanitaria del país que afecta a la entidad, no fue posible realizar la verificación de los formatos a través de los cuales se consigna la experiencia y e demás requisitos, presentándose una limitante en la auditoría.
- ✚ Producto de esta evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, se identificaron algunas debilidades que requieren de acciones de mejora medibles para efectos de subsanar la causa que generó las observaciones señaladas en el informe presentado.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
----	---------------	------------

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Debilidad en la identificación de riesgos y el diseño de controles asociados al proceso de talento humano.	NO
2	Incumplimiento a las condiciones del acuerdo de pago pactado entre un funcionario público y la Superintendencia, respecto del hallazgo de tipo fiscal presentado por parte de la Contraloría General de la República para el pago de la prima técnica.	NO
3	Incumplimiento en la publicación mensual en la página web de la entidad de la totalidad de bases de datos de inscripción de agentes especiales, liquidadores y revisores fiscales durante la vigencia 2019.	NO
4	Deficiencias en la aplicación de Tabla de Retención Documental – TRD para efectuar transferencias documentales primarias	NO
5	Ausencia de inventarios documentales por desvinculación o retiro de servidores públicos.	NO

1.1.3. Verificación sobre las recomendaciones presentadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública - Proceso Talento Humano (Radicado 20201300013653 del 15 septiembre 2020), se recibió respuesta por esigna radicado No. 20201000014683 del 1 de octubre de 2020, finalizado el ciclo esigna

En atención al desarrollo de la auditoría interna al proceso de Talento Humano, la Oficina de Control Interno incluyó en su alcance, el seguimiento del estado de la gestión, respecto de las recomendaciones presentadas por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública en relación con el desempeño institucional (Modelo Estándar de Control Interno – MECI), correspondientes a las vigencias 2018 y 2019.

En este trabajo, se evaluó el desempeño del Sistema de Control Interno de la entidad y producto de dicha actividad, fueron presentadas algunas recomendaciones para la mejora y fortalecimiento del Sistema.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Oficina de Control Interno, procedió a solicitar la información suficiente para verificar la gestión realizada por parte de la Superintendencia, enfocada a cumplir con las directrices y recomendaciones presentadas por el DAFP y que se encuentran relacionadas con el proceso de Talento Humano.

Producto de dicho análisis se pudo observar lo siguiente:

1. Aplicación del código de integridad

Verificados los soportes, se pudo evidenciar que la entidad realiza la socialización del código de integridad a los funcionarios públicos y contratistas, a través de capacitaciones de inducción y reinducción, dando a conocer los principios y valores que se deben aplicar para el correcto desarrollo de sus actividades.

Adicionalmente, la entidad cuenta con el Comité de Convivencia Laboral, creado a través de la resolución No. 2019410007425 del 16 de diciembre de 2019 y cuyos miembros han sido capacitados para asumir con mayor conocimiento y propiedad la gestión.

Se cuenta con un Plan de Acción de Integridad, el cual incluye actividades relacionadas con el fortalecimiento de los principios señalados en el código de integridad; el cual es desarrollado a través de la socialización de manera virtual y concursos para el fomento de esta temática entre los funcionarios públicos.

Estas actividades son programadas y planificadas, teniendo en cuenta el análisis y medición del clima laboral e informe de resultados de la medición del riesgo psicosocial, con el propósito de identificar los temas que se deber fortalecer entre los funcionarios.

Finalmente, el código de integridad cuenta con la inclusión de un aparte relacionado con los mecanismos para la presentación de denuncias, estableciendo políticas para la socialización de los canales de recepción de las mismas, con seguimientos periódicos como compromiso gerencial por parte del representante legal de la entidad.

2. Mecanismos para el manejo de conflictos de interés.

En sede de Comité de Buen Gobierno y de Integridad, se está proyectando la política de conflicto de intereses, estableciendo responsables y planes de trabajo para la culminación de la misma; este trabajo se encuentra pendiente y de acuerdo por lo informado por la Coordinadora del Grupo de Talento Humano, se tiene programado su presentación en el próximo comité.

Recomendación: Se recomienda continuar con el análisis y posterior aprobación de las políticas relacionadas con el manejo de los conflictos de interés en la entidad; sobre el particular, el Departamento Administrativo de la Función Pública cuenta con la “Guía para la identificación y declaración del conflicto de intereses en el sector público colombiano” versión 2, donde se señalan algunas pautas a tener en cuenta para la adopción de estas directrices.

3. La evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción. (dimensión talento humano)

De acuerdo con los soportes remitidos por parte de la Secretaría General, no se pudo identificar el monitoreo a los riesgos de corrupción para efectos de evaluar la efectividad de las acciones tendientes a promocionar los principios de integridad.

Adicionalmente, el proceso de Talento Humano no cuenta con la identificación de riesgos de corrupción por lo que se encuentra descubierto y con alta probabilidad de la materialización de consecuencias adversas a la gestión.

Recomendación: Ajustar la matriz de riesgos de corrupción y enfocar su seguimiento a las directrices presentadas por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública, obteniendo los soportes necesarios para certificar su seguimiento y verificación periódica.

4. Evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano

De acuerdo con la información suministrada por el Grupo de Talento Humano, se pudo observar que se hacen evaluaciones independientes por cada actividad establecida en el Plan Estratégico de Talento Humano, sin embargo, no fue posible evidenciar la totalidad de evaluaciones sobre las actividades que se señalan en el documento, ya que solo fueron incluidos un informe semestral de capacitación y el informe de gestión de bienestar.

Recomendación: Remitir a la Oficina de Control Interno, la totalidad de soportes de evaluación de cada uno de los componentes señalados en dicho plan estratégico, con el objetivo de analizar si se cumplen con la totalidad de actividades planeadas, si las mismas son utilizadas para futuras programaciones y el valor agregado que se genera.

5. Evaluación de las actividades relacionadas con el Ingreso del personal.

La entidad cuenta dentro de su proceso de Talento Humano, con actividades relacionadas con la inducción de funcionarios públicos, contratistas y practicantes, en donde se les da a conocer las generalidades de la Superintendencia, se les socializa las herramientas con las que cuentan los puestos de trabajo y se da cumplimiento a las atenciones primarias de los funcionarios nuevos.

Adicionalmente y una vez se hayan realizado las capacitaciones correspondientes sobre las generalidades de la entidad, se realiza una evaluación para determinar si la persona comprendió los temas básicos con los que debe contar para integrarse de manera adecuada a los propósitos institucionales.

6. Evaluación de las actividades relacionadas con la permanencia del personal.

La entidad realiza la reinducción de los funcionarios públicos y contratistas para efectos de actualizarlos en los cambios, proyectos y demás aspectos relacionados con la entidad, dichas actividades se han realizado de manera virtual de acuerdo a los soportes presentados por el Grupo de Talento Humano. Adicionalmente, a través del informe de gestión de capacitación se señalan los resultados de evaluación del programa de

reinducción aplicado a los funcionarios públicos y en el cual se presenta el resultado de la encuesta a satisfacción y opinión de estas actividades.

7. Analizar si se cuenta con políticas claras y comunicadas relacionadas con la responsabilidad de cada servidor sobre el desarrollo y mantenimiento del control interno (1a línea de defensa)

Se cuenta con mecanismos e instrumentos que se establecen para determinar las responsabilidades y el límite de las acciones de los funcionarios en los roles que desempeñen dentro de la entidad, entre estos están el Manual de Funciones y Competencias Laborales y Resolución de grupos internos de trabajo; en dicho manual, se incluye la responsabilidad de los funcionarios frente al desarrollo del sistema de control interno en cada una de sus ocupaciones.

8. Evaluación de las actividades relacionadas con el retiro del personal.

De acuerdo a los soportes remitidos por la Secretaría General, no se puede observar una evaluación sobre las actividades que se señalan en la respuesta, si bien realizan el acompañamiento para el retiro del personal, no fue adjuntado el informe donde se consolida y evalúa este aspecto.

Recomendación: Remitir a la Oficina de Control Interno un soporte donde se pueda identificar la evaluación de las actividades de acompañamiento para el retiro del personal de la entidad, lo que permitiría realizar ajustes pertinentes en caso de ser necesario.

9. Evaluar el impacto del Plan Institucional de Capacitación – PIC (Dimensión talento humano)

A través del informe de gestión de capacitación, se puede observar el resultado y consolidado de la ejecución del programa anual de capacitaciones, el cual funciona como insumo para la programación de la siguiente vigencia, cumpliendo con las recomendaciones por parte del DAFP.

10. Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas y para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de error o de incumplimientos de alto impacto en la operación.

La funcionalidad de la entidad está definida en la organización por dependencias y la distribución de la planta global de acuerdo con las necesidades e identificación de perfiles, con el fin de garantizar la prestación del servicio y cubrir todos los requerimientos de los usuarios internos y externos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se señalan el Manual de Funciones de la entidad donde se especifican y distribuyen las funciones de acuerdo a niveles de la organización y perfiles para cada cargo.

11. Se han identificado y documentado las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones (ej.: falta de personal, presupuesto), con el fin de definir actividades de control alternativas para cubrir los riesgos identificados.

La entidad a través de un estudio de cargas laborales, identificó que la insuficiencia de personal de planta podría afectar la correcta gestión de la entidad, motivo por el cual, a través de la contratación de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión se apoya en el cumplimiento de los propósitos institucionales.

1.1.4. Proceso Control Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria (Auditoria proceso y seguimiento incluyendo énfasis Agentes Especiales) (Radicado 20201300014633 del 30 septiembre 2020), se recibió respuesta mediante 20201000015403 del 19 de octubre de 2020, expediente finalizado

Se realizó la verificación de identificación de riesgos y diseño de controles asociados al proceso P-CNTA-006 - "CONTROL ASOCIATIVA" específicamente la intervención de las organizaciones vigiladas y se llevó a cabo la verificación de la correcta ejecución del proceso P-CNTA-006 - "CONTROL ASOCIATIVA", específicamente en la toma de posesión general, administración y liquidación de organizaciones vigiladas; así como el cumplimiento de los procesos y procedimientos internos y externos y aplicación de puntos de control, a cargo de la Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria.

Observaciones:

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

Condición (Descripción de lo evidenciado):

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

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

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

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

Recomendaciones:

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

Condición (Descripción de lo evidenciado):

Los procedimientos para la toma de posesión general, toma de posesión para administrar y liquidación de las organizaciones vigiladas, señalan dentro de su flujograma, la actividad sobre la conservación de los documentos de la organización dentro del Sistema de Gestión Documental, que para este caso corresponde al sistema Esigna, a través del cual se generan los trámites necesarios y se organizan expedientes.

El Archivo General de la Nación define el término expediente en la “Guía para la gestión de documentos y expedientes electrónicos” de la siguiente manera:

“Conjunto de documentos producidos y recibidos durante el desarrollo de un mismo trámite o procedimiento, acumulados por una persona, dependencia o unidad administrativa, vinculados y relacionados entre sí y que se conservan manteniendo la

integridad y orden en que fueron tramitados, desde su inicio hasta su resolución definitiva.”

Ahora bien, verificada la información registrada en el sistema Esigna, se puede observar que la información no se encuentra organizada de manera lógica de acuerdo a los pasos contenidos en los procedimientos.

Según lo explicado por el auditado, esta documentación se encuentra incluida en el sistema, sin embargo no está enlazada con el ciclo de vida de la resolución que ordena la toma de posesión, administración o liquidación.

Recomendaciones:

1. Solicitar la estandarización a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas para la correcta organización de los expedientes del proceso
 2. Solicitar el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas para la capacitación del personal que ejecuta el proceso de Control Asociativa, en relación con la organización de los expedientes.
 3. Organizar los expedientes de acuerdo a las directrices establecidas por parte del Archivo General de la Nación, organizando en un mismo expediente la totalidad de documentos que se generen en desarrollo de un mismo trámite.
- 3. Observación 3:** Desactualización del procedimiento para la toma de posesión general de organizaciones vigiladas R-CNTA-004 “TOMA DE POSESIÓN GENERAL”

Condición (Descripción de lo evidenciado):

Realizado el análisis de los pasos contenidos en el procedimiento R-CNTA-004 “TOMA DE POSESIÓN GENERAL” contenido en el sistema ISOLUCION, se puede observar que uno de los pasos es la realización del seguimiento de la toma de posesión a través del formato F-CNTR-AS-001 y la realización de la evaluación del desempeño del agente especial a través del formato F-CNTR-AS-003.

Sin embargo, verificados los soportes remitidos por parte de la Delegatura, no se identificó el diligenciamiento de estos formatos, evidenciando un incumplimiento de acuerdo al criterio establecido por el área.

Realizada la indagación sobre la causa de la ausencia en la realización de estas actividades, se informa por parte del auditado, que para la toma de posesión general, la cual tiene una duración máxima de cuatro meses donde el agente especial debe presentar un diagnóstico integral sobre el estado de la organización vigilada, no es necesario realizar el diligenciamiento de los formatos mencionados anteriormente.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede observar que las gestiones realizadas por el área son discrepantes con los pasos documentados en el proceso, por lo que se recomienda ajustar los mismos a la realidad de la gestión.

El auditado informa de igual manera que dicha actualización se encuentra en proceso.

Recomendaciones:

1. Verificar los pasos del proceso e identificar si los mismos son aplicados en la realidad, para efectos de actualizar los procedimientos.
2. Incluir un punto de control que permita supervisar la gestión de los agentes especiales en la toma de posesión general, toda vez que se puede dar la posibilidad de que la persona no continúe con la intervención de la organización vigilada.

Conclusiones

- ✚ La Oficina de Control Interno procedió a realizar la evaluación de la identificación de riesgos y diseño de controles del proceso Control Asociativa, evidenciando algunas debilidades que no están acordes con lo señalado en la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública; si bien las áreas se encuentran en proceso de actualización de la matriz de riesgos, se realizó el análisis anteriormente señalado para efectos de realizar un seguimiento posterior una vez culminado y oficializado el proceso.

Por lo anterior, teniendo en cuenta la labor que realiza la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas sobre la actualización de la matriz de riesgos del proceso, se realizó la verificación de la identificación de riesgos y formulación de controles que se encuentra vigente, presentando algunas recomendaciones a tener en cuenta en dicho trabajo de actualización.

- ✚ Por otro lado, realizada la verificación de los soportes que reposan en el sistema Esigna respecto de la toma de posesión, toma para administrar y liquidación de las organizaciones vigiladas, se pudo observar que el sistema no permite realizar una organización lógica de los documentos que se generan en desarrollo de cada trámite.

Muchos soportes se encuentran en desorden, no se puede identificar paso a paso la trazabilidad del proceso y hay evidencia de soportes que se encuentran registrados en diferentes ciclos de vida en el sistema, lo que hace dispendioso la ubicación de los mismos; sin un punto de control adecuado, los soportes podrían perderse en el sistema.

- ✚ Adicionalmente, esta Oficina pudo observar que la selección de los agentes especiales no cuenta con un procedimiento que de manera objetiva permita determinar la persona idónea para la toma de posesión, administración o liquidación; si bien hay un registro para la inscripción cumpliendo con los requisitos señalados en la Circular Básica Jurídica, se observa que son seleccionadas las mismas personas para la ejecución de las tareas, teniendo en cuenta que hay más de setecientos inscritos en la base de datos de la entidad.
- ✚ Es pertinente señalar que a través de la verificación de información y soportes remitidos por el área, se pudo observar que no son ejecutados algunos de los pasos señalados en el procedimiento R-CNTA-004 “TOMA DE POSESIÓN GENERAL”, en relación con el seguimiento de la toma de posesión y evaluación del agente especial, informando por parte del auditado que dichas actividades no son necesarias para esta etapa de la intervención, por lo que se recomienda ajustar los procesos a la realidad de las tareas ejecutadas.
- ✚ Producto de esta evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, se identificaron algunas debilidades que requieren de acciones de mejora medibles para efectos de subsanar la causa que generó las observaciones señaladas en el informe presentado.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Debilidad en la identificación de riesgos y el diseño de controles asociados al proceso de Gestión Jurídica	NO
2	Debilidad en la organización de los expedientes en el Sistema de Gestión Documental de la Entidad, para la toma de posesión, administración y liquidación de organizaciones vigiladas.	NO
3	Desactualización del procedimiento para la toma de posesión general de organizaciones vigiladas R-CNTA-004 “TOMA DE POSESIÓN GENERAL”	NO

1.1.5. Gestión de Comunicaciones (Radicado 20201300016703 del 29 de octubre 2020), se recibió respuesta mediante correo electrónico 6 de noviembre de 2020, expediente abierto

Se realizó una evaluación del Proceso de Gestión de comunicaciones, establecido en la entidad, sus procedimientos, métodos, recursos e instrumentos utilizados tanto para la generación, la recopilación, divulgación y circulación de la información por el periodo comprendido entre el 1 de octubre de 2019 y 30 de agosto de 2020.

Observaciones:

1. Observación 1: Matriz de Puntos de Control

Condición: Se observa que la Matriz de puntos de control que está en iSolución, se encuentra desactualizada con procesos que no están vigentes actualmente como el programa de televisión Supersolidaria Te Ve, que ya no se transmite y no está incluyendo el tema de la comunicación como eje transversal de modelo integrado de planeación y gestión.

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

2. Observación 2: Revisión y Actualización de algunos Formatos

Condición: Se evidencia que algunos formatos establecidos en el proceso de Gestión de Comunicaciones, en el Sistema de Gestión de Calidad iSolución se encuentran desactualizados o en desuso.

Recomendación:

Revisión, inclusión, exclusión y actualización de formatos y de considerarlo necesario el acompañamiento y seguimiento de la oficina asesora de planeación y sistemas para lograr esta actualización en el aplicativo iSolución, ya que su objetivo es que los mismos se constituyan en una guía para el desarrollo de las funciones que le son asignadas a los funcionarios que laboran en el proceso de Gestión de Comunicaciones

3. Observación 3: Elaboración de inventarios documentales de los archivos de gestión.

Condición: El proceso de Gestión de Comunicaciones no cuenta con inventario documental de su archivo de gestión, en el que se describan los documentos de archivo producto del desarrollo del proceso y del ejercicio propio de sus funciones, por tanto, no hace uso del Formato Único de Inventario Documental – FUID establecido para ello.

Recomendación:

Contar con inventarios de los documentos que se produzcan en ejercicio de sus funciones y el desarrollo propio de los procesos, de manera que se asegure el control de los documentos en sus diferentes fases.

4. Observación 4: Elaboración de hojas de control

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

Recomendación:

Elaborar las hojas de control para cada uno de ellos y en estas deberá consignarse información básica sobre los tipos documentales que lo conforman.

5. Observación 5: Diligenciamiento formato control consulta y/o préstamo documental para archivos de gestión diligenciado.

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

Recomendación:

En desarrollo de los diferentes procesos se deberá llevar un registro en el que se consignen los datos alusivos a la consulta y/o préstamo documental.

6. Observación 6: Cumplimiento del plan anual de transferencias documentales primarias.

Condición: El proceso de Gestión de Comunicaciones no efectuó la transferencia documental primaria, en cumplimiento de lo establecido en el Plan Anual de Transferencias Documentales Primarias 2019.

Recomendación:

Efectuar las transferencias en cumplimiento del plan anual de transferencias documentales primarias.

Conclusiones

- La Oficina de Control Interno reconoce que la Supersolidaria se encuentra en el transcurso de actualización de procesos, procedimientos y riesgos, por tanto, invita a que se haga una revisión y análisis de los mismo en el proceso de Gestión de Comunicaciones en el sistema de Gestión de Calidad iSolución para que se convierta en una herramienta solida de consulta para los usuarios internos de la entidad.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Matriz de Puntos de Control	Si
2	Revisión y Actualización de algunos Formatos de iSolución	Si
3	Elaboración de inventarios documentales de los archivos de gestión	No
4	Elaboración de hojas de control	No
5	Diligenciamiento formato control consulta y/o préstamo documental para archivos de gestión diligenciado.	No
6	Cumplimiento del plan anual de transferencias documentales primarias.	No

1.1.6. Seguimiento Proceso Vigilancia Delegatura para la supervisión de la actividad Financiera del Cooperativismo (Radicado 20201300015893 del 21 de octubre 2020), se recibió respuesta mediante 20202000016633 del 28 de octubre de 2020

La auditoría se realizó sobre la información de entidades supervisadas en el proceso de Vigilancia de la Delegatura Para la Supervisión de la Actividad Financiera del Cooperativismo, correspondiente al período de enero a julio de 2020.

Es importante señalar, que teniendo en cuenta la emergencia sanitaria por COVID-19, no fue posible emitir un concepto total sobre la gestión documental del proceso, por lo tanto, quedará pendiente para evaluar en la próxima auditoría al proceso.

Observaciones

1. Observación 1. Información base de datos

Condición: Con el fin de validar que la información de la Delegatura, frente a los aplicativos de la entidad sea congruente, se procedió a generar la información del aplicativo Fabrica de Reportes, observando una diferencia de cinco (5) organizaciones que no se encuentran dentro del archivo de Excel allegado por parte de la Delegatura Financiera "1. Relación cuadro entidades a vigilar 2020.xls".

Recomendación:

Evaluar las fuentes de información que maneja el proceso, toda vez que es importante que la información sea congruente y uniforme, de acuerdo a los aplicativos que maneja el proceso para su control y ejecución de las actividades.

2. Observación 2. Debilidades en la Información generada

Condición: Se observó que en el ciclo de vida 20583/2020SG, se presenta el extrasitu de dos entidades con código 2675 – Coocalpro y 2540- Cofinanciar.

Lo anterior, evidencia una debilidad en los controles frente a la emisión de oficios y sus anexos en el aplicativo eSigna. De igual manera, no se observa el radicado en el que se remite a la entidad el resultado del análisis extrasitu.

Recomendación:

Evaluar los controles al momento de emitir los oficios generados para las entidades informando el resultado del análisis extrasitu.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Información base de datos.	NO
2	Debilidades en la Información generada.	NO

1.2. Auditorias Especiales

1.2.1 Seguimiento Prestación Servicios Virtuales - Servicios Ciudadanos Digitales - COVID19 - Plan de Contingencia (Radicado 20201300016193 del 26 octubre 2020), pendiente respuesta Secretaria General

Se validó el cumplimiento de las actividades propuestas dentro de cada una de las fases establecidas en el Plan de Contingencia PC Operativa - Entornos virtuales y presenciales desde su implementación con corte al 30 de agosto de 2020.

Observación:

1. Observación # 1: Falta de riesgos en la implementación del Plan de Contingencia (PC) Operativa – Entornos virtuales y presenciales

Condición: De acuerdo con la evaluación realizada, se evidencio a la fecha de la auditoria no se han determinado los posibles eventos de riesgos que pueden afectar el

cumplimiento del plan de contingencia.

Recomendación:

Elaborar la matriz de riesgos que pueda afectar la implementación del Plan de Contingencia PC.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Falta de riesgos en la implementación del Plan de Contingencia (PC) Operativa – Entornos virtuales y presenciales	N

1.2.2 Auditoria Aplicativo Fabrica de Reportes (Radicado 20201300014183 del 22 septiembre 2020), se recibió respuesta mediante 20201000014433 - del 30 de septiembre de 2020 expediente finalizado

Se evaluó la administración, esquema de seguridad, parametrización, actualización y mantenimiento del Sistema Fabrica de Reportes.

- Evaluar la continuidad del Sistema Fabrica de Reportes.
- Evaluar la funcionalidad del sistema Fabrica de Reportes

Observaciones

1. Observación 1. Documentos desactualizados del sistema fábrica de reportes.

Condición:

De acuerdo con la evaluación realizada, se evidencio a la fecha de la auditoria que los manuales de usuario “SUI-MANUALDELUSUARIO” y técnico “SUI-MANUALTECNICO”, del sistema Fábrica de Reportes, se encuentran desactualizados.

Los nuevos desarrollos se están adelantando en el sistema “Indicadores Gerenciales” y el sistema Fabrica de Reportes se seguirá usando con lo ajustado a la fecha y no se levantarán nuevos requerimientos”.

Recomendación:

Elaborar la documentación técnica y funcional acorde a los mantenimientos que se realizaron a las páginas 1 y 2 del sistema Fábrica de Reportes con el fin de asegurar el soporte y mantenimiento de los cambios realizados.

2. Observación 2. Usuarios activos que no utilizan el sistema Fábrica de Reportes

Condición:

En la revisión efectuada a los usuarios del sistema Fábrica de Reportes suministrada por la OAPS, se observó que existen cuentas de usuario activas en el sistema que no acceden al sistema desde los años 2018 y 2019 y desde hace más de seis (6) meses.

Recomendaciones:

- Generar un listado de los usuarios activos en el sistema, enviarlo a las delegaturas (Asociativa y Financiera) solicitando su revisión y actualización, realizar la depuración de los usuarios en el sistema Fábrica de Reportes.
- Recordar a los Delegados la importancia de reportar a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas cualquier novedad por cambio y/o retiro de los usuarios que operan el sistema de información Fábrica de Reportes con el fin que asegurar un manejo seguro y controlado de las cuentas de usuario activas del sistema.

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 realizó las actividades de mantenimiento y ajuste a los reportes de Extra Situ página 1 y 2.
- ✚ Elaborar la documentación técnica y funcional acorde a los mantenimientos que se realizaron a las páginas 1 y 2 del sistema Fábrica de Reportes con el fin de asegurar el soporte y mantenimiento de los cambios realizados.
- ✚ Generar un listado de los usuarios activos en el sistema, enviarlo a las delegaturas (Asociativa y Financiera) solicitando su revisión y actualización, realizar la depuración de los usuarios en el sistema Fábrica de Reportes.
- ✚ Recordar a los Delegados la importancia de reportar a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas cualquier novedad por cambio y/o retiro de los usuarios que operan el sistema de información Fábrica de Reportes con el fin que asegurar un manejo seguro y controlado de las cuentas de usuario activas del sistema.
- ✚ Los nuevos desarrollos para el análisis de indicadores de la información reportada por las entidades vigiladas, se están implementando en el nuevo sistema “Indicadores Gerenciales” y el sistema Fabrica de Reportes se seguirá usando con lo ajustado a la fecha y no se levantarán nuevos requerimientos”.

- Las Delegaturas están trabajando en nuevas herramientas para el análisis de la información reportada por las vigiladas, las cuales se desarrollarán en la nueva arquitectura de desarrollo implementada por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Documentos desactualizados del sistema fábrica de reportes	S
2	Usuarios activos que no utilizan el sistema Fábrica de Reportes	N

1.2.3. Auditoria Aplicativo eSigna (Radicado 20201300016663 del 29 octubre 2020), se recibió respuesta mediante correo electrónico 6 noviembre de 2020

Teniendo en cuenta que el Sistema de Gestión Documental que opera en la entidad inicia desde la planeación y valoración documental, la producción, recepción, direccionamiento y organización de documentos, distribución, consulta, transferencia y disposición, y preservación, así como el establecimiento de tablas de retención documental y la valoración de la información, se revisará el adecuado funcionamiento y operación del Sistema de Gestión documental eSigna.

Observaciones

1. Observación # 1: Problemas detectados en el Sistema de Gestión documental eSigna

Condición: La evidencia recogida de cada una de las áreas respecto de los problemas que se han generado con el uso del sistema de gestión documental eSigna como aplicativo tecnológico usado en la entidad.

Causa: La suit eSigna, el soporte, implementación de flujos y acompañamiento en la operación de la solución de gestión documental basado en BPM (Sistema Integrado Electrónico Documental) aunque se le han realizado adiciones es un sistema de gestión documental con falencias plenamente identificadas por las áreas, que producen reprocesos, pérdidas de tiempo y bloqueos al momento de cargar la información haciendo que se deba repetir el proceso

Efecto: Alto riesgo de que las fallas continuas del sistema generen perdidas de información y reprocesos que ocasionen incumplimientos jurídicos y legales y por ende

“Super-Visión” para la transformación

baja reputación de la entidad.

Recomendación:

La Oficina de Control interno sugiere la revisión de cada problema por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas con el fin de verificar si posee las herramientas suficientes para solucionarlos presentando su propuesta de acción y/o escalarlos al proveedor en busca de soluciones definitivas.

2. Observación # 2: Requerimientos del Sistema de Gestión documental eSigna

Condición: La evidencia recogida de cada una de las áreas respecto de los requerimientos que se han generado con el uso del sistema de gestión documental eSigna como aplicativo tecnológico usado en la entidad.

Causa: Cada área o dependencia tiene necesidades especiales que deben ser resueltas por el sistema de gestión documental que, a su vez, debe suplir dichas necesidades y cumplir con su objetivo de ser una herramienta tecnológica que soporta la gestión documental y promueve la eficiente prestación de trámites, servicios, contenidos y aplicaciones en la Supersolidaria.

Efecto: Alto riesgo de incumplimientos en sus procesos por pérdidas de tiempo en procesos, incumplimientos de términos legales por no tener las debidas alarmas ni la claridad en las tipificaciones necesarias de peticiones

Recomendación:

La Oficina de Control Interno sugiere se realicen mesas de Trabajo con las diferentes áreas para identificar que requerimientos están al alcance y disposición de la oficina asesora de planeación y sistemas y teniendo en cuenta los lineamientos del contrato vigente con el proveedor verificar que puede ser realizable o que costos, viabilidad o facilidad posee para satisfacer estas necesidades específicas de cada área, para robustecer el sistema de gestión documental de la entidad.

Conclusiones y recomendaciones

La Oficina de Control Interno reconoce el esfuerzo que ha realizado la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas por buscar soluciones a las falencias del sistema de gestión documental eSigna y teniendo en cuenta la reestructuración de la entidad, la arquitectura emprendida y los retos de la normatividad vigente como los requisitos para ser un sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo (SGDA) propuesto por el Archivo General de la Nación, sugiere el fortalecimiento del sistema de gestión documental, teniendo en cuenta las necesidades específicas de cada proceso, estándares de calidad nacionales e internacionales para una eficiente captura, gestión, almacenamiento y

distribución de información encaminada a la atención de usuarios internos y externos.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Problemas detectados en el Sistema de Gestión documental eSigna	Si
2	Requerimientos del Sistema de Gestión documental eSigna	Si

1.2.4. Seguimiento Verificación Página WEB e Intranet Supersolidaria - Principales y Adicionales (Radicado 20201300012863 del 4 septiembre 2020), No se recibió respuesta

Se tuvo como referente la información y los contenidos publicados en el sitio web www.supersolidaria.gov.co, en las consultas con corte al 30 de junio de 2020.

La verificación se realizó a través de la Lista de Chequeo Evaluación Sitio Web, diseñada por la Oficina de Control Interno que recoge de manera precisa las directrices dadas por la Política de Gobierno Digital y la norma NTC 5458 de 2015, que deben estar implementadas en el sitio web.

Limitación

La auditoría a la intranet de la entidad no se realizó, lo anterior debido a la declaratoria de Emergencia Sanitaria por COVID-19, la entidad está realizando sus actividades en la modalidad de trabajo en casa y deshabilitó la intranet y habilitó como único canal de comunicación interna las herramientas de la Suite de Google Chrome como correo electrónico, chat, entre otros.

Observaciones

1. Observación 1. Identificación de riesgos y el diseño de controles asociados al sitio web de la Supersolidaria.

Condición:

Actualización Riesgos del Proceso de Gestión de Comunicaciones

Recomendación:

Revisar, ajustar y actualizar la matriz de riesgos del proceso, de modo que cuente con

riesgos y controles debidamente diseñados y adecuadamente

2. Observación 2. Falta de normas, políticas, manuales, roles y responsabilidades para la administración, publicación y mantenimiento de la información en el Sitio Web de la Supersolidaria

Condición:

La Supersolidaria no cuenta con normas, políticas, procedimientos manuales e instructivos para la administración del sitio web y la revisión, mantenimiento y actualización de la información publicada en el mismo.

Recomendación:

- Definir e implementar, normas, políticas, procedimientos, manuales y/o instructivos orientadas a: garantizar la administración y control de los contenidos del Sitio Web de la Supersolidaria.
- Establecer los rangos de tiempo en los cuales deben permanecer los contenidos publicados en el Sitio Web de acuerdo a la normativa.
- Implementar actividades de mantenimiento del sitio web que incluya revisiones periódicas de los enlaces rotos y herramientas para detectarlos y quitarlos.

3. Observación 3: Criterios de publicación de información en el Sitio Web

Condición

Se observó en la evaluación realizada a los contenidos publicados en el Sitio Web de la Supersolidaria teniendo en cuenta la Lista de Chequeo Evaluación Sitio Web diseñada por la Oficina de Control Interno, en los lineamientos: Estándares de Navegación, Usabilidad de la página web de la Supersolidaria criterios que no cumplen, por corregir, mejorar y actualizar (ver en informe remitido Anexo 1 Lista de Chequeo Evaluación Sitio Web)

Recomendación:

Implementar las acciones requerida para dar cumplimiento a los criterios establecidos en la política de gobierno Digital y Norma Técnica Colombiana NTC T5864.

Conclusiones y recomendaciones

- ✚ De acuerdo a la evaluación realizada por la Oficina de Control interno, se evidencia que la Superintendencia de la Economía Solidaria, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Política de Gobierno Digital y la Norma Técnica Colombiana NT

5864, no cumple con cinco (5) criterios en el lineamiento “Estándares de Navegación” y con cuatro (4) Usabilidad de la página web de la Supersolidaria.

- ✚ Se recomienda publicar, actualizar y mejorar la información publicada en el sitio web atendiendo las observaciones y oportunidades de mejora presentadas en los aspectos evaluados en los lineamientos: Tipo de información mínima a publicar, Estándares de navegación y usabilidad de la página web de la Supersolidaria, establecidos por la Política de Gobierno Digital y la Norma NTC 5854, las cuales están descritas en la Lista de Chequeo Evaluación Sitio Web que hace parte del informe presentado.
- ✚ Definir e implementar, normas, políticas, procedimientos, manuales y/o instructivos orientadas a: garantizar la administración y control de los contenidos del Sitio Web de la Supersolidaria.
- ✚ Establecer los rangos de tiempo en los cuales deben permanecer los contenidos publicados en el Sitio Web de acuerdo a la normativa.
- ✚ Implementar actividades de mantenimiento del sitio web que incluya revisiones periódicas de los enlaces rotos y herramientas para detectarlos y quitarlos.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Identificación de riesgos y el diseño de controles asociados al sitio web de la Supersolidaria.	NO
2	Falta de normas, políticas, manuales, roles y responsabilidades para la administración, publicación y mantenimiento de la información en el Sitio Web de la Supersolidaria.	NO
3	Criterios de publicación de información en el Sitio Web	NO

1.2.5. Seguimiento Proceso pago Nómina (Radicado 20201300014293 del 23 septiembre 2020), No tiene respuesta

La auditoría se efectuó tomando una muestra de las nóminas liquidadas en los meses de abril y junio de 2020.

La verificación por parte de la Oficina de Control Interno de la liquidación sobre la observación realizada por la Contraloría General de la República sobre la liquidación de la prima técnica, incluyendo lo establecido en el procedimiento R-TAHU-006 “Asignación y conservación de prima técnica por evaluación de desempeño” y la verificación de los soportes de la evidencia objetiva, fue documentada en el informe independiente que se realizó al proceso de Talento Humano, el cual fue emitido con fecha 1 de septiembre de 2020.

Observaciones:

“Super-Visión” para la transformación

1. Observación 1. Incumplimiento del Plan anual de transferencias documentales primarias vigencia 2019.

Condición:

La líder del proceso de Nómina aporta un inventario como soporte de las asistencias técnicas recibidas para llevar a cabo la transferencia documental, sin embargo, confirma que la transferencia documental no fue realizada, por tanto, no se dio cumplimiento al plan anual de transferencias documentales primarias establecido para la vigencia 2019.

Recomendación:

Efectuar la transferencia documental primaria en cumplimiento de lo establecido en el Plan Anual de Transferencias Documentales Primarias.

2. Observación # 2. Inventarios documentales por desvinculación o retiro de servidores públicos

Condición:

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

Recomendación:

Con ocasión de la emergencia y con el fin de disponer de información necesaria sobre la gestión documental de cada uno de los procesos, de aquí en adelante, es necesario que cada uno de ellos cuente con una carpeta electrónica en donde se conserven los soportes de los inventarios documentales del archivo de gestión, las hojas de control de los expedientes del archivo de gestión, inventarios documentales de entrega de documentos por desvinculación o retiro de servidores públicos y los inventarios de las transferencias documentales primarias efectuadas en cada vigencia, de modo que se disponga de copia digital del acta de entrega y recibo de documentos firmada, copia digital del Formato Único de Inventario Documental – FUID de la transferencia firmado y el archivo electrónico en formato Excel del Formato Único de Inventario Documental – FUID de la transferencia, el cual permitirá hacer búsquedas de información en caso de requerir documentos en calidad de préstamo por parte del Archivo Central.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Incumplimiento del Plan anual de transferencias documentales primarias vigencia 2019.	NO

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
2	Inventarios documentales por desvinculación o retiro de servidores públicos.	NO

1.2.6. Auditoria Aplicativo SISBRE (Radicado 20201300012853 del 4 septiembre 2020), No requiere respuesta

Se evaluó la administración, esquema de seguridad, funcionalidad, parametrización, actualización y mantenimiento del Sistema SISBRE.

Se evaluó la continuidad del Sistema SISBRE.

Limitación

A la fecha de la auditoria el sistema de información SISBRE se encuentra en desarrollo, el modulo que se encuentra en producción es el de **Riesgos**, el cual fue liberado el 24 de marzo de 2020 y está en la etapa de afinamiento y ajustes, los módulos de Indicadores de la Cartera de Crédito y Administración, están en la etapa de definición de requerimientos.

Oportunidad de Mejora (Relacionada con la evaluación realizada)

Módulo de administración

Efectuada la revisión a los módulos desarrollados y pendientes por desarrollar, se evidencia que está en proceso de implementación el modulo **Administración** que permitirá el manejo de las cuentas de usuario. Al respecto la auditoria recomienda que esta incluya por lo menos las siguientes opciones Para garantizar la adecuada administración y control del sistema SISBRE:

- Gestión de usuarios. Que permita crear, desactivar las cuentas de usuarios.
- Definición de roles y perfiles. Creación y actualización.
- Listados de usuarios: Generar listados de usuarios activos e inactivos, roles asignados a los usuarios, roles y perfiles existentes.
- Auditoria: Generar listados de usuarios que indique que usuarios han entrados al sistema y las actividades realizadas.

1.3. Informes de Ley

1.3.1 Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa del Estado (e-KOGUI). Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado (Radicado 20201300386491 del 21 de septiembre de 2020). No requiere respuesta

La Oficina de Control Interno de la Superintendencia de la Economía Solidaria, emitió a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado la certificación del asunto de la referencia, dando cumplimiento a lo establecido en la Circular Externa No. 05 expedida por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado el 27 de julio de 2020 y específicamente a lo ordenado el artículo 2.2.3.4.1.14 del Decreto 1069 de 2015 el cual establece que "Los Jefes de Control Interno de cada entidad verificarán el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente capítulo (...) (Capítulo 4 - Información Litigiosa del Estado) (...) a través de los procedimientos internos que se establezcan y de conformidad con los protocolos establecidos por la Dirección de Gestión de Información de la Agencia y enviarán semestralmente a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, certificación sobre el resultado de la verificación, sin perjuicio de las acciones que se estimen pertinentes dentro de los planes de mejoramiento institucionales para asegurar calidad de la información contenida en el Sistema".

1.3.2 Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (Radicado 20201300013513 del 14 sept 2020), Se remitió aviso a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas para su correspondiente seguimiento.

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 7 de agosto de 2020

Observaciones

1. En la segunda revisión realizada por parte de la oficina de control interno se detectó:
 - En la actividad 5.1.6. no hay evidencia de la actividad
 - En la actividad 5.2.4. la evidencia está incompleta, faltan dos piezas de Facebook y los correos mencionados
 - En la actividad 5.2.8 la evidencia está incompleta, faltan 3 auditorías, 2 asistencias técnicas y evidencia de ítem 4.
 - En la actividad 6.5.3. falta la evidencia de Facebook
2. La oficina de control interno verifica que no se ha corregido aún el Informe de Plan Anticorrupción y atención al ciudadano publicado en la página web de la entidad a 31 de enero de 2020, en lo referente al decreto 2641 de 2012, que se encuentra derogado, por lo

que se recomienda su corrección y publicación en la página web de la Supersolidaria.

3. Frente al Mapa de Riesgos de la corrupción se evidenció:

- En la Actividad 5.1.1. Verificación de activos de Información, solo tres dependencias han subido evidencias al drive correspondiente, por lo anterior, se recomienda a cada líder de proceso, tener en cuenta las actividades programadas y su cronograma de cumplimiento.
- En las Actividades 9.2.1. y 9.3.1, aunque la dependencia encargada demuestra el trabajo realizado en cada una de las actividades, se hace necesario que cargue las evidencias en el drive dispuesto para ello.
- La oficina de control interno evidencia que tres (3) actividades se encuentran con un porcentaje de cumplimiento menor a treinta (30%) por lo cual se recomienda a las dependencias encargadas su revisión y monitoreo para su próximo cumplimiento.

Conclusiones

La Oficina de Control Interno reconoce la realización de actividades de socialización y divulgación del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y de la Oficina de comunicaciones de la entidad al igual que el avance en cada una de las acciones que promueven mejores prácticas y la prevención de la corrupción para garantizar una gestión transparente y brindar la más eficiente atención a la ciudadanía.

1.4. Seguimientos Oficina de Control Interno

1.4.1. Plan de Acción Anual - PAA (Seguimiento al PAA) (Radicado 20201300012843 del 4 de septiembre 2020), respuesta por eSigna mediante radicado No. 20201210012873 del 5 septiembre de 2020

Se verificó el seguimiento al Plan de Acción Anual – PAA, realizado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas de la Superintendencia, para lo cual la Oficina de Control Interno revisó el 100% de las actividades programadas en el Plan de Acción Anual, así como la totalidad del soporte de la evidencia objetiva cargada en el aplicativo dispuesto para tal fin por parte de la OAPS con corte a 31 de julio de 2020

Observaciones

1. Observación # 1. Actualización Matriz de Riesgos

Condición: Se observan tres (3) riesgos relacionados con el procedimiento auditado, y en ellos el nombre del procedimiento no se acopla a los nuevos parámetros, requiriendo la Actualización de Riesgos del Proceso.

Recomendación:

En el proceso de actualización que actualmente se está llevando a cabo, sería conveniente incluir riesgos dirigidos a la formulación, gestión, seguimiento y evaluación del plan de acción anual, como, por ejemplo:

1. “Discrepancias en la formulación de plan de acción anual con el plan estratégico.
2. Incumplimientos en los tiempos de entrega de procedimientos”, 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. Incumplimiento Procedimiento 12 y 13

Condición: Se observa que el respectivo Acto Administrativo o Resolución 2020121003955 de 31 de marzo de 2020 fue emitido fuera del plazo establecido para ello, según el procedimiento 12 y 13 del Proceso de Formulación, Gestión, Seguimiento y Evaluación al Plan de Acción Anual 2020.

Recomendación:

Hacer seguimiento paso a paso y control de evidencias de cada procedimiento del proceso de Formulación, Gestión, Seguimiento y Evaluación al Plan de Acción Anual de cada vigencia, teniendo en cuenta los tiempos establecidos por Ley.

3. Observación # 3. Cinco (5) Falencias en las evidencias de las Actividades del Plan de Acción Anual 2020

Condición: En la revisión de las actividades y sus respectivas evidencias se evaluó que la evidencia sea suficiente, competente y relevante, encontrando las siguientes situaciones:

1. En las actividades 3,4 y 5 se observa que las evidencias aportadas por la Oficina Asesora Jurídica son las mismas tres en las diferentes actividades, siendo temas

- diferentes: riesgo operativo, riesgo de mercado y circular básica contable y financiera.
2. En la actividad 10 se observa que 117 es la suma total de informes finalizados en donde 67 son los correspondientes a organizaciones diferentes a fondos de empleados. 67 es la cifra a tener en cuenta para el % de cumplimiento
 3. En la actividad 11 se observa que 117 es la suma total de informes finalizados en donde 50 son los correspondientes a fondos de empleados. 50 es la cifra a tener en cuenta para el % de cumplimiento
 4. En la actividad 25 No se observa evidencia de la divulgación de mapa de procesos, en tanto que si se observan las piezas informativas.
 5. En la actividad 36 Se observa que el comentario de la persona responsable fue copiado de otra actividad.

Recomendación:

Revisión y análisis de la evidencia que soporta la actividad, por parte de la dependencia implicada para realizar las respectivas correcciones necesarias

Conclusiones

- ✚ La Oficina de Control interno reconoce todo el empeño y dedicación de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas por actualizar sus procesos, procedimientos y la creación de herramientas para articular y orientar la gestión de la entidad al logro de las metas del Plan Estratégico a través de la formulación, consolidación y seguimiento al Plan de Acción anual.

1.4.2 Seguimiento a Informe sobre convenios de Cooperación - Seguimiento a los contratos o convenios vigentes para la Administración de Recursos - Seguimiento al informe correspondiente a los pagos efectuados con cargo a los recursos entregados para la administración por terceros (Radicado 20201300015883 del 21 octubre 2020), respuesta mediante radicado No. 20201000016603 de 28 octubre de 2020

Se verificó de la estructuración, ejecución y terminación de los convenios celebrados por la entidad.

Observaciones:

1. Observación 1:

No se evidencia un proceso y/o procedimiento documentado donde se establezca la

metodología a aplicar para la estructuración y gestión de los convenios en los que hace parte la entidad.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Verificado el Sistema de Gestión de la entidad, no se evidencia un proceso o procedimiento que desarrolle la forma como se deben estructurar los convenios que celebre la entidad.

Existe dentro del Manual de Contratación un capítulo relacionado con la modalidad de selección de contratación directa, donde se señalan algunas definiciones sobre los convenios interadministrativos y convenios de asociación, entre otros.

Sin embargo, no se establece una metodología donde se señale el trámite al interior de la Superintendencia para la gestión de los convenios, no se evidencia un área específica que se encargue de la materia, no se establecen los documentos mínimos que se deben solicitar para el soporte y estructura de los mismos.

Algunos convenios cuentan con estudios previos y acto administrativo de justificación de la modalidad de selección de contratación directa y otros no, lo que evidencia la falta de coordinación para que de manera uniforme se le dé trámite a los convenios en los que hace parte la entidad.

Adicionalmente y según lo informado por el auditado, la información se encuentra dispersa en las áreas de la entidad, no se da aplicación a las políticas de gestión documental para el archivo de la información, siendo necesario recurrir a cada supervisor del convenio para recopilar la información.

Recomendaciones:

1. Establecer un proceso y/o procedimiento documentado donde se establezcan los pasos a seguir, requisitos mínimos, puntos de control, evidencias y resultados para la gestión de los convenios que celebre la entidad.
2. Asignar un líder al proceso para efectos de coordinar las actividades y organización de la información de los convenios.
3. Dar cumplimiento a las políticas de gestión documental adoptadas por la entidad respecto del archivo de la información que se genera en cada convenio.

2. Observación 2: Debilidad en la supervisión de los convenios.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

“Super-Visión” para la transformación

De acuerdo a los soportes remitidos respecto de la ejecución de los convenios de la muestra seleccionada, se pudo evidenciar la ausencia de documentos que son requeridos dentro de las condiciones y obligaciones de las partes, observando debilidad en el trabajo de supervisión.

Cada convenio tiene obligaciones específicas para las partes, como pueden ser la realización de reuniones periódicas, entrega de informes y soportes sobre la vigilancia en la correcta ejecución de los objetivos, situación que no se pudo observar de acuerdo a la información remitida por el área.

La relación de los documentos ausentes se encuentra incluida en el papel de trabajo anexo al informe de seguimiento. (Archivo Excel)

Recomendaciones:

1. Llevar el control de cada uno de los productos y condiciones pactadas en los convenios verificando su ejecución, dejando la correspondiente evidencia.
2. Interiorizar por parte de los supervisores las condiciones pactadas para el logro de los objetivos propuestos, dando cumplimiento a las funciones asignadas y las contenidas en el Manual de Supervisión de la entidad.

Conclusiones

- ✚ Realizada la evaluación de la gestión de convenios celebrados por la entidad, se pudo evidenciar que es necesaria la asignación de un área líder que coordine el desarrollo, estructuración y directrices en la supervisión de los mismos.
- ✚ Lo anterior, teniendo en cuenta que no existe uniformidad en el desarrollo de cada convenio, la información se encuentra dispersa y en poder de cada supervisor o área interesada, siendo dispendiosa la recopilación de la información una vez solicitada por esta Oficina.
- ✚ Por otro lado, no se evidenciaron la totalidad de soportes que certifiquen la correcta ejecución de los convenios de acuerdo a las condiciones pactadas en los mismos, observando la debilidad en la supervisión por parte de la entidad en lo que le corresponde.
- ✚ Estableciendo puntos de control específicos en la recopilación de soportes, a través de la creación de un proceso y/o procedimiento, se podría reducir en gran medida la materialización de riesgos asociados con los puntos mencionados anteriormente, aplicando de igual forma las políticas de gestión documental adoptadas por la entidad.

- ✚ Es por lo anterior, que producto de esta evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, se identificaron algunas debilidades que requieren de acciones de mejora medibles para efectos de subsanar la causa que generó las observaciones señaladas en el informe presentado.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	No se evidencia un proceso y/o procedimiento documentado donde se establezca la metodología a aplicar para la estructuración y gestión de los convenios en los que hace parte la entidad.	NO
2	Debilidad en la supervisión de los convenios	NO

1.5. Otros Aspectos

1.5.1 Elaboración Boletines Bimestrales OCI - Fomento de la Cultura de Control septiembre 2020

Se Socializo por correo electrónico a todos los funcionarios de la Superintendencia los Boletines No. 6 mes de septiembre, 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. 06 de septiembre 2020

- Autorregulación
- Modelo integrado de MIPG
- Objetivos y principios MIPG
- Implementación

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

Desde el mes de octubre hasta el mes de noviembre de 2020, se adelantará por parte de la Oficina de Control Interno, mediante el envío de correos electrónicos a los funcionarios y contratistas en los cuales se incluyen piezas o (banners) fomentando la cultura del control de la entidad.

1.5.3 Informe de Gestión (Informe de Actividades OCI) Radicado No. 20201300014443 de 27 de septiembre 2020

Teniendo en cuenta que el artículo 6º del Decreto 648 de 2017, establece que le corresponde a la Oficina de Control Interno en cada entidad “Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles adoptados por la entidad, así como asesorar y apoyar a los directivos en el desarrollo y mejoramiento del Sistema Institucional de Control

Interno a través del cumplimiento de los roles establecidos”, mediante la formulación de recomendaciones y observaciones para lograr el cumplimiento de las funciones y objetivos misionales, se remitió al Superintendente informe de gestión de las actividades desarrolladas por la Oficina de Control Interno por el período comprendido entre el 1 de mayo y el 31 de agosto de 2020.

1.5.4 Ley de Cuotas (Radicado No. 20201300013283 de 9 de septiembre 2020). No requiere respuesta

Se realizó el seguimiento al cumplimiento por parte de la Superintendencia de la Economía Solidaria de la instrucción contenida en la Circular Conjunta 100-003-2018 del 25 de julio de 2018 emitida por la Procuraduría General de la Nación y el Departamento Administrativo de la Función Pública, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 581 de 2000 y con el fin de evaluar el cumplimiento del Plan Nacional de Promoción y Estímulo a la Mujer, sobre el diligenciamiento por parte de Talento Humano de la encuesta del DAFP

2. Seguimiento informes trabajos y auditorías realizadas sobre las cuales se requiere revisión o seguimiento de respuesta – 1 de enero al 24 de noviembre 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, auditorías especiales, informes de Ley y/o seguimientos, a continuación se presentan las principales observaciones sobre el estado de los memorandos sobre los cuales se requiere realizar una revisión o seguimiento por parte de las áreas involucradas:

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 sobre las cuales se requiere realizar una revisión o seguimiento por el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 24 de noviembre de 2020 (Anexo 1), 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.

3. Plan Anual de Auditoría - Vigencia 2020

De acuerdo con lo establecido en el literal b. del artículo 2º. de la Resolución No. 20171300005055 del 19 de septiembre de 2017 de la Superintendencia de la Economía Solidaria, corresponde al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la Superintendencia *“aprobar el Plan Anual de Auditoría de la entidad presentado por el jefe de control interno o quien haga sus veces, hacer sugerencias y seguimiento a las recomendaciones producto de la ejecución del plan de acuerdo con lo dispuesto en el estatuto de auditoría, basado en la priorización de los temas críticos según la gestión de riesgos de la administración.”*

Se presenta el Programa Anual de Auditoría modificado con corte al 25 de noviembre de 2020 (Anexo 2), el cual se encuentra ajustado acorde con los cambios presentados originados en el seguimiento realizado a otras dependencias y el recurso humano con que conto la Oficina de Control Interno durante la presente vigencia y que hace parte integral del presente memorando.

Es importante reiterar que teniendo en cuenta los recursos humanos con que cuenta en la actualidad la Oficina de Control Interno de la Superintendencia, es posible que se presenten modificaciones al mismo en el transcurso del año.

Cordialmente,

MABEL ASTRID NEIRA YEPES
Jefe Oficina de Control Interno

Proyectó: MABEL ASTRID NEIRA YEPES
Revisó: