

MEMORANDO 20211300006483

PARA: RICARDO LOZANO PARDO - Superintendente
DE: MABEL ASTRID NEIRA YEPES - Jefe Oficina de Control Interno
ASUNTO: Informe de Actividades Oficina de Control Interno - Enero a Febrero de 2021.
FECHA: Bogotá D.C., 16/03/2021

130 - 20211300006483

Página 1 de 19

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 Enero – febrero 2021.

1. Trabajos y auditorías realizadas – Enero – febrero 2021
 - 1.1. Auditorías a procesos
 - 1.2. Informes de Ley
 - 1.3. Seguimientos oficina de control interno
 - 1.4. Otros Aspectos
2. Seguimiento memorandos emitidos por la Oficina de Control Interno pendientes de cierre, aclaración o respuesta en al Sistema de Gestión Documental eSigna – Vigencia 2020

“Super-Visión” para la transformaci^on

130 - 20211300006483

Página 2 de 19

3. Seguimiento memorandos emitidos por la Oficina de Control Interno pendientes de cierre, aclaración o respuesta en el Sistema de Gestión Documental eSigna – Vigencia 2021
4. Programa anual de auditoría - Vigencia 2021
5. Aprobación Mapa de Riesgos Institucionales 2021 - Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

1. TRABAJOS Y AUDITORIAS REALIZADAS – Enero – febrero 2021

1.1. Auditorías a Procesos

1.1.1 Gestión de Tecnologías de la Información (GETI) * Revisión y verificación de PETI - Plan Estratégicos de Tecnologías de la Información * Riesgos Tecnológicos (Criterios de Evaluación COBIT, ITIL, ISO) (Radicado 20211300004553 del 26 febrero 2021), Respuesta mediante radicado No. 20211000005263 del 5 de marzo de 2021

Se verificó la gestión dada, por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, a los riesgos asociados al proceso, la aplicación de puntos de control y su efectividad, el cumplimiento de la normatividad vigente y los procedimientos relacionados; revisión y verificación de PETI - Plan Estratégico de Tecnologías de la Información - Riesgos Tecnológicos (Criterios de Evaluación COBIT, ITIL, ISO), teniendo en cuenta el periodo comprendido entre octubre de 2020 (fecha de aprobación del PETI) y enero de 2021.

El presente informe se emite con LIMITACIÓN AL ALCANCE por cuanto no se recibió la información solicitada a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas - Proceso GETI - Gestión de Tecnologías de la Información, mediante Memorando 20211300002193 del 4 de febrero de 2021, relacionada con la entrega de evidencias documentales sobre el cumplimiento de las disposiciones institucionales en materia de organización de los Archivos de Gestión adelantados por la dependencia durante la vigencia 2020. La información solicitada corresponde a la presentación de las siguientes evidencias:

- Actualización de inventarios documentales en el Formato Único de Inventario Documental dispuesto en el sistema Isolución.
- Soporte documental de la última transferencia documental realizada al Archivo Central
- Soportes de remisión de los Formatos de Compromisos frente a la Gestión Documental diligenciados y firmados por los funcionarios y contratistas de la dependencia

Respecto al numeral 3 del Memorando 20211300002193, se considera válida la justificación presentada por la Oficina Asesora de Planeación en la reunión aclaratoria del 11 de febrero de 2021, respecto al requerimiento: “Muestra documental del diligenciamiento de la Hoja de

Control de expedientes”, por cuanto la gestión de expedientes físicos se retomará una vez superada la situación de teletrabajo con ocasión de la emergencia sanitaria por Covid-19.

Observaciones

1. Observación 1: Ausencia del Oficial de Seguridad de la Información

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Teniendo en cuenta que durante la realización de la auditoría se logró identificar, que al momento no se cuenta con una persona para adelantar el cargo, muy a pesar que, durante el Comité de Gestión y Desempeño realizado en septiembre de 2020, se nombró a una persona para ejercer las funciones. Se trata de un cargo realmente relevante para el proceso de la salvaguarda de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información

Recomendación:

Definir para el cargo de Oficial de Seguridad, preferiblemente a una persona de planta en la entidad, con la idoneidad, conocimiento y experiencia para su desarrollo; en caso de no ser posible, y de tener que ocuparse el cargo a través de una persona contratista, se sugiere asegurar la continuidad del contrato, evitando su interrupción, con la finalidad de garantizar la supervisión permanente sobre la seguridad de la información y sus pilares de integridad, confidencialidad y disponibilidad

2. Observación 2: Falta de oficialización de políticas y/o procedimientos contemplados en el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI) y el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) del MinTIC, para la Gestión de TI y la Seguridad y Privacidad de la Información.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

No se evidencia la formalización y oficialización en el Sistema de Gestión de Calidad de la entidad (eSigna), de documentos que guardan directa relación al proceso de Gestión de Tecnologías de la Información, como son: Políticas para la Gestión de Incidentes de Seguridad de la Información, Políticas para la Gestión de Activos de Información, Políticas de Adquisición, Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas de Información, Políticas de Control de Acceso, Política sobre el uso de controles criptográficos, Políticas de Seguridad Física y del Entorno.

Recomendación:

Robustecer el nivel de madurez del proceso, acogiendo, formalizando e implementando los lineamientos gubernamentales y los estándares para Gobierno y Gestión de TI.

- 3. Observación 3:** Actualmente no se cuenta con un plan de acción anual para el proceso GETI – Gestión de Tecnologías de la Información

Condición (Descripción de lo evidenciado):

Este documento se constituye en una de las salidas del proceso y prácticamente es su carta de navegación, para lo cual se solicitó evidencia del mismo, sin embargo, no se recibió soporte, como tampoco se evidenció en el Sistema de Gestión de Calidad (Isolución).

Recomendación:

Definir y formalizar el Plan de acción anual del proceso, el cual contenga la hoja de ruta a ejecutar durante la vigencia, las metas y objetivos que se pretenden alcanzar a través de su gestión y de igual manera los indicadores y métricas para su evaluación.

- 4. Observación 4:** Inadecuada identificación de las acciones de Plan de Seguridad y Privacidad de la Información dentro del Plan de Acción de la entidad para la vigencia 2021.

Condición: Al realizar mapeo entre el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de acción 2021, no es claro en este último, la evidencia de las actividades planteadas para facilitar el desarrollo y la implementación de las Política de Seguridad y Privacidad de la Información al interior de la entidad.

Recomendación: Dar cumplimiento a los lineamientos señalados en los Decretos 612 de 2018, 1083 de 2015 del DAFP, así como a las directrices del Manual de Gobierno Digital del MinTIC, realizando la vinculación de actividades del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, dentro del plan de acción anual de la entidad y efectuando las actualizaciones que sean necesarias.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Ausencia del Oficial de Seguridad de la Información	No
2	Falta de oficialización de políticas y/o procedimientos contemplados en el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI) y el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) del MinTIC, para la Gestión de TI y la Seguridad y Privacidad de la Información	No

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
3	Actualmente no se cuenta con un plan de acción anual para el proceso GETI – Gestión de Tecnologías de la Información	No
4	Inadecuada identificación de las acciones de Plan de Seguridad y Privacidad de la Información dentro del Plan de Acción de la entidad para la vigencia 2021	No

Conclusiones

La Oficina de Control interno reconoce todo el empeño y dedicación de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas en la actualización de sus procesos, procedimientos y la creación de herramientas para articular y orientar la gestión de la entidad al logro de las metas de los Planes Institucionales y Estratégicos, a través de la formulación, consolidación y seguimiento al Plan de Acción anual.

1.2 Informes de Ley

1.2.1 Informe de evaluación Institucional por dependencias (Radicado 20211300001463 del 28 de enero de 2021). No requiere respuesta

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

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

se recomienda que se dé cumplimiento con todas y cada una de las actividades definidas en el procedimiento R-PLAN-002.

- El Plan de Acción Anual - PAA de 2020, en el segundo semestre del año específicamente el 30 de octubre de 2020, mediante acta #12/2020, de Comité Directivo las dependencias solicitaron modificaciones al Plan de Acción Anual - PAA 2020 y sometieron a consideración de los miembros del Comité, el cual fue aprobado y ajustado con el fin de dar cumplimiento a algunas de las actividades programadas, originado por la contingencia generada por la emergencia sanitaria producto del COVID-19.
- De acuerdo con lo anterior, y ante la actual crisis sanitaria producida por el COVID-19, que está provocando que todas las entidades se vean enfrentadas a afrontar un contexto muy distinto al inicialmente planeado, es clave que se esté realizando un permanente y adecuado monitoreo y control al plan de acción establecido por cada una de las dependencias, de forma tal que:
 - Se asegure la coherencia y efectividad de todas las actividades
 - Facilite la adecuada asignación de los recursos
 - Se anticipe a posibles errores y desviaciones y se permita responder de manera anticipada y contundente
 - Se Gestionen los distintos impactos en el plan de acción (reputacional, normativos, en las operaciones, entre otros)
- De igual forma tal como se ha manifestado en informes anteriores por parte de esta oficina, en cuanto al seguimiento realizado sobre el cumplimiento del PAA y aun cuando las Dependencias y o áreas responsables de las actividades programadas, a nivel general realizaron y adelantaron un porcentaje importante de las actividades establecidas para el mejoramiento de la gestión y por ende el logro de los objetivos misionales, se recuerda que tal como se realizó este año por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas es preciso que las metas propuestas sean oportunas y adecuadamente planeadas desde el inicio del año de forma tal que se dé cumplimiento a las mismas y en caso de ajustes o modificaciones, estos sean incluidos y claramente establecidos en las Actas de Comité Directivo, informando de manera explícita el porqué de los ajustes, reiterándose que los mismos deberán ser aprobados, socializados y publicados.
- Por último y de conformidad con lo establecido en la normatividad relacionada, se recuerda que esta información deberá tomarse como uno de los criterios en la concertación de los compromisos del siguiente periodo de evaluación así insumo para la formulación de los acuerdos de gestión

Para la formulación del Plan de Acción Anual - PAA, se deberán tener en cuenta entre otros los siguientes aspectos:

- i) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo;

- ii) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados y;
- iii) Los resultados de la ejecución por dependencias de acuerdo con lo programado en la planeación institucional

En el evento de detectar limitaciones de orden presupuestal o administrativo, se deben describir los aspectos más relevantes que hayan afectado la ejecución de los planes institucionales en cada dependencia.

Recomendaciones

- De acuerdo a la evaluación de gestión por dependencia realizada por esta Oficina se realizan las siguientes observaciones: - No se dio cumplimiento al procedimiento R-PLAN-002, el cual establece que el Plan de Acción de cada vigencia deberá formularse anualmente y una vez aprobado por el Comité de Dirección se publicará en la página Web de la entidad al 31 de enero de cada vigencia junto con el acto administrativo de aprobación, lo anterior teniendo en cuenta que el Plan de Acción Anual - PAA de la Superintendencia de la Economía Solidaria para la vigencia 2020, sobre el cual se realizó la evaluación de gestión por dependencias fue definido únicamente hasta el 31 de marzo de 2020 mediante la emisión de la Resolución No. 2020121003955.
- De acuerdo con lo anterior, nuevamente se hace énfasis por parte de esta oficina de que es preciso que las metas propuestas sean oportunamente definidas y adecuadamente planeadas desde el inicio del año para dar cumplimiento a las mismas, por lo cual se reitera que es necesario que para su establecimiento se tenga en cuenta los recursos humanos (incluyendo la contratación que sea requerida), tecnológicos y financieros con que cuenta la Superintendencia, de forma tal que se pueda cumplir a cabalidad con las metas propuestas.
- Esta oficina reitera que el Plan de Acción Anual debe ser elaborado y aprobado acorde con el procedimiento establecido de manera oportuna al inicio de cada vigencia, y se solicita que tal como se encuentra establecido los líderes de los procesos realicen las evaluaciones permanentes sobre los avances presentados, verificando que se esté dando cumplimiento a las metas programadas de forma tal que en caso de ser requerido se realicen los menores ajustes y modificaciones de acuerdo a las circunstancias y/o condiciones que se vayan presentando.
- De igual forma tal como se ha manifestado en informes anteriores por parte de esta oficina en cuanto al seguimiento realizado sobre el cumplimiento del PAA, se recomienda dejar claramente establecidos e incluidos en las actas de Comité directivo todos los ajustes que se realicen al Plan de Acción Anual desde su formulación hasta el 31 de diciembre del año que se auditará, informando de manera clara el porqué de los ajustes y/o modificaciones que se realicen y dejando evidencia de la aprobación, socialización y publicación sobre las modificaciones realizadas

- El Despacho al 30 de junio de 2020 presentó un avance del 37,5% en el número de las actividades relacionadas con el mejoramiento de la gestión de la dependencia y por ende el logro de los objetivos misionales, como se informó anteriormente es importante que las metas propuestas sean adecuadamente planeadas desde el inicio del año de forma tal que se dé cumplimiento a las mismas y que las modificaciones o ajustes que se realicen a las mismas sean soportadas y aprobados por el Comité Directivo sean oportunamente soportados.

1.2.2 Informe sobre mecanismos de Participación Ciudadana y Atención de PQRS por parte de la Superintendencia (Radicado 20211300001643 del 29 de enero) Repuesta radicado 20213700002363 del 5 de febrero de 2021

Se revisó el proceso y procedimiento de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias - PQRS, presentadas y atendidas en la Superintendencia de la Economía Solidaria por el período comprendido entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2020.

El informe se emitió con LIMITACIÓN AL ALCANCE por cuanto no se recibió la información solicitada a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, mediante Memorando 20201300020533 de 23 de diciembre de 2020 esta información requerida se encuentra en el sistema de Gestión Documental eSigna y relaciona el número de trámites clasificados como PQRS, así como la relación de tramites por dependencia a 31 de diciembre de 2020.

Observaciones

1. Observación 1: Cubrimiento de las llamadas al PBX

Condición: Se evidencia 2.479 llamadas, es decir el 39,54%, que no fueron atendidas del total de las llamadas

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

2. Observación 2: Normatividad de Aviso Legal

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

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

3. Observación 3: Tiempos establecidos para responder las PQRSD

Condición: La entidad presenta un total de 3.014 PQRSD que fueron contestadas fuera de tiempo, es decir que el 31% del total de PQRSD recibidas no se gestionaron en los términos establecidos por la ley 1755 de 2015, según el tipo de peticiones presentadas por los usuarios tardando hasta 140 días en dar respuesta

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

4. Observación 4: Incumplimiento Artículo 35 Numeral 7 por parte de la Ofician Asesora de Planeación y Sistemas

Condición: Al verificar las posibles causas de la falta oportuna de la información solicitada a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas se observa que no estaba contratada aún la persona encargada de dicha función.

Recomendación: Se recomienda estudiar la posibilidad de implementar planes contingentes y/o reforzar temporalmente la dependencia ya que presenta un alto volumen de requerimientos de los demás funcionarios de la entidad, teniendo en cuenta las vacaciones programadas de cada trabajador y/o los periodos de vinculación y tipos de contrato de las personas que se encargan de la contestación de requerimientos al Sistema de Gestión Documental eSigna, de cada área de la entidad.

5. Observación 5: Parámetros formulados en la Norma NTC 6047 de 2013

Condición: En el cuestionario de 104 preguntas referentes al cumplimiento de los lineamientos de la Norma NTC 6047 de 2013, en lo relacionado con la infraestructura necesaria para la atención al ciudadano con limitaciones o discapacidad se evidencia 67 respuestas en que se cumple y 37 respuestas en que no se cumple, es decir un 36% de incumplimiento de la norma.

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

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Cubrimiento de las llamadas al PBX	SI

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
2	Normatividad de Aviso Legal	SI
3	Tiempos establecidos para responder las PQRSD	SI
4	Incumplimiento Artículo Artículo 35 Numeral 7 por parte de la Ofician Asesora de Planeación y Sistemas	No
5	Parámetros formulados en la Norma NTC 6047 de 2013	SI

Conclusiones

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

1.2.3 Informe Control Interno Contable Radicado No. 20211300004563 del 26 de febrero de 202. Respuesta radicado No. 20215000005183 del 4 de marzo de 2021.

La Oficina de Control Interno, presentó el informe que contiene el resultado de la Evaluación del Control Interno Contable 2020, de acuerdo al cuestionario establecido por la Contaduría General de la Nación mediante el aplicativo CHIP.

Se adjuntó evidencia de la trasmisión de la evaluación del control interno contable y el cuadro con cada una de las preguntas, calificación y observaciones realizadas por la oficina de control interno.

Recomendación: La oficina de control interno tiene conocimiento que actualmente se está realizando una actualización del proceso de Recursos Financieros, en cuanto a los manuales, procedimientos y documentos, sin embargo, se recomienda que se tenga en cuenta las preguntas que fueron calificadas como Parcialmente y No, pues se presentaron debilidades frente a los mismos, al no ser claros y no tener identificadas actividades que tienen un alto riesgo de afectación en el proceso

1.2.4 Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa del Estado (e-KOGUI). Radicado No. 20211300065001 del 23 de febrero de 2021. Oficio remitido a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado - No requiere respuesta

La Oficina de Control Interno de la Superintendencia de la Economía Solidaria, emitió la certificación sobre la información del eKogui correspondiente al segundo semestre de 2020, 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 dicho 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".

1.2.5 Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno del 1 de julio al 31 de diciembre de 2020 (Informe Pormenorizado de Control Interno Publicado página Web Superintendencia. No requiere respuesta

En atención a lo estipulado en el Decreto 2106 de 2019 "Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública" (artículo 156), donde señala que el jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un Informe de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno, el Departamento Administrativo de la Función Pública diseño el "Formato Informe SCI parametrizado", el cual se constituye en la herramienta que deberá ser utilizada por los Jefes de la Oficina de Control Interno para evaluar el mismo de manera integral, dicho Formato se presenta para su conocimiento y fines pertinentes.

A continuación, se presenta el resultado del Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno con corte al 31 de diciembre de 2020:



Nombre de la Entidad:	Superintendencia de la Economía Solidaria
Periodo Evaluado:	Del 1 de julio al 31 de diciembre del 2020
Estado del sistema de Control Interno de la entidad	78%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todas las componentes operando juntas y de manera integrada? (SI en proceso / No) (Justifique su respuesta):	En proceso	A la fecha del presente informe de evaluación del sistema de control interno, Diciembre 31 de 2020, y a través de la evaluación independiente, se establece que el Estado del Sistema de Control Interno de la Superintendencia de la Economía Solidaria, se encuentra en proceso y su resultado fue de 78%.
¿La efectividad del sistema de control interno para los objetivos evaluados? (SI/No) (Justifique su respuesta):	No	Una vez analizados los 5 componentes y cada uno de los controles establecidos, así como el resultado de su implementación (77%), se establece que no ha sido totalmente efectivo, por lo cual se requiere de la implementación de planes de mejoramiento que permitan cubrir la brecha del 23% existente, de forma tal que se pueda cumplir con los lineamientos mínimos requeridos.
¿La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una instrumentación (Líneas de defensa) que le permita la gestión de los riesgos? (SI/No) (Justifique su respuesta):	Si	La definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa ha sido incluida dentro de la Política para la Administración de Riesgos de la Superintendencia Solidaria.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	SI	81%	El Componente del Ambiente de Control en la Superintendencia, el cual busca asegurar las condiciones mínimas para el ejercicio del Control Interno en la entidad, presentó al 31 de diciembre de 2020 un nivel de cumplimiento del 81%, con una brecha de 19%, la cual requiere del compromiso de la línea estratégica y de las tres líneas de defensa, quienes deberán establecer acciones de mejora que permitan alcanzar el nivel de cumplimiento deseado. Teniendo en cuenta que en el Componente de Ambiente de Control se definieron 5 lineamientos con 24 preguntas, se observa que sobre aquellos controles (requerimientos) establecidos: 1. El 95,8% de los mismos se encuentran presentes, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa. 2. El 4,2% de las actividades están diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño. En cuanto a su funcionamiento: 1. El 62,5% de los controles funcionan operando como están diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo. 2. El 37,5% el control opera como está diseñado, pero con algunas falencias.	65%	Teniendo en cuenta que en el Componente de Ambiente de Control se definieron 5 lineamientos con 24 preguntas, se observa que sobre aquellos controles (requerimientos) establecidos: 1. El 79,2% de los mismos se encuentran presentes, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa. 2. El 20,8% de las actividades están diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño. En cuanto a su funcionamiento: 1. El 29,2% de los controles funcionan operando como están diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo. 2. El 70,8% el control opera como está diseñado, pero con algunas falencias. 3. El 4,2% el control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado). La Superintendencia debe asegurar un ambiente de control, el cual es el fundamento de todos los demás componentes del control interno, que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno.	16%
Evaluación de riesgos	SI	74%	A 31 de diciembre de 2020, el componente de evaluación de riesgos mediante el cual se gestionan los riesgos materiales para evitar su materialización, presenta un estado de implementación en la Superintendencia de la Economía Solidaria del 74%, por lo cual se deberán diseñar acciones que permitan fortalecer el mismo y cubrir la brecha existente del 26%. En este Componente se han establecido 4 lineamientos, con 17 controles, sobre las cuales se establece el siguiente porcentaje de avance: 100% de los controles se encuentran presentes y requieren acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa. En cuanto a su funcionamiento, el 47,1% de los controles operan como están diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo y el 52,9% (9 controles) operan como están diseñados, pero con algunas falencias. Dicha evaluación de riesgos hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.	56%	A 30 de junio de 2020, el componente de evaluación de riesgos mediante el cual se gestionan los riesgos materiales para evitar su materialización, presenta un estado de implementación en la Superintendencia de la Economía Solidaria del 56%, por lo cual se deberán diseñar acciones que permitan fortalecer el mismo y cubrir la brecha existente del 44%. En este Componente se han establecido 4 lineamientos, con 17 controles, sobre las cuales se establece el siguiente porcentaje de avance: 35,3% de los controles (aproximadamente el 60% de los requerimientos) se encuentran presentes y requieren acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa, 56,7% corresponden a controles diseñados o en proceso de diseño, pero los mismos no están documentados en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño. En cuanto a su funcionamiento, el 11,9% (2 controles) operan como están diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo y el 88,2% (15 controles) operan como están diseñados, pero con algunas falencias. Dicha evaluación de riesgos hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.	18%
Actividades de control	SI	71%	La Superintendencia define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso. Implementa políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en el día de las operaciones, los cuales presentan una implementación del 71%. En cuanto a la existencia de los mismos, se observa que 63,2% de los mismos se encuentran presentes, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa y 36,8% de las actividades están diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño. Con respecto a su funcionamiento el 41,7% operan como están diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo y el 58,3% de los mismos operan como están diseñados, pero con algunas falencias.	50%	La Superintendencia define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso. Implementa políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en el día de las operaciones, los cuales presentan una implementación del 50%. En cuanto a la existencia de los mismos, se observa que 41,7% de los mismos se encuentran presentes, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa y 58,3% de las actividades están diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño. Con respecto a su funcionamiento el 100% de los mismos operan como están diseñados, pero con algunas falencias.	21%
Información y comunicación	SI	79%	Dentro de este componente se presentaron 3 lineamientos con 14 controles, cuya finalidad es la verificación de la información y la comunicación sean efectivas para adecuada operación en la Superintendencia. Mediante este componente se verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso estén actualizadas a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés. Se requiere que todos los servidores de la entidad reciban un claro mensaje de la alta dirección sobre las responsabilidades de control. Deben comprender su función frente al Sistema de Control Interno. El siguiente es el grado de implementación de este componente en su existencia en la Superintendencia: 1. El 100% de los mismos se encuentran presentes, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa. 2. En cuanto a su funcionamiento, el 57,1% operan como están diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo y el 42,9% de los mismos operan como están diseñados, pero con algunas falencias.	50%	Dentro de este componente se presentaron 3 lineamientos con 14 controles, cuya finalidad es la verificación de la información y la comunicación sean efectivas para adecuada operación en la Superintendencia. Mediante este componente se verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso estén actualizadas a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés. Se requiere que todos los servidores de la entidad reciban un claro mensaje de la alta dirección sobre las responsabilidades de control. Deben comprender su función frente al Sistema de Control Interno. El siguiente es el grado de implementación de este componente en su existencia en la Superintendencia: 1. El 71,4% de los mismos se encuentran presentes, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa. 2. El 28,6% de las actividades están diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño. En cuanto a su funcionamiento, el 100% de los mismos operan como han sido diseñados, pero presentan algunas falencias.	29%
Monitoreo	SI	86%	Teniendo en cuenta que mediante este componente se realiza el monitoreo y la evaluación de la gestión institucional, a través de la autoevaluación y la evaluación independiente en la Superintendencia, con como al primer semestre del presente año, se observa que el mismo presenta un nivel de implementación del 82%. Este componente define 2 lineamientos, y contiene 14 preguntas sobre requerimientos específicos en cuanto a diseño y funcionamiento, de los mencionados preguntas el 78,6% de las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas y el 21,4% de las actividades están diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas. En cuanto a su funcionamiento en el 71,4% el control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo, el 21,4% el control opera como está diseñado, pero con algunas falencias y en el 7,1% el control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado). La evaluación permanente al estado del SCI implica el seguimiento al conjunto de dimensiones del Modelo, de tal manera que la autoevaluación y la evaluación independiente se convierten en la base para emprender acciones para subsanar las deficiencias detectadas y enfocarse en la mejora continua (COSO, 2013: 143). Este tipo de actividades se pueden dar en el día a día de la gestión institucional o a través de evaluaciones continuas y separadas (autoevaluación, auditorías) y su propósito es verificar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de cumplimiento de los planes, programas y proyectos; y (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar deficiencias, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.	57%	Teniendo en cuenta que mediante este componente se realiza el monitoreo y la evaluación de la gestión institucional, a través de la autoevaluación y la evaluación independiente en la Superintendencia, con como al primer semestre del presente año, se observa que el mismo presenta un nivel de implementación del 57%. Este componente define 2 lineamientos, y contiene 14 preguntas sobre requerimientos específicos en cuanto a diseño y funcionamiento, de los mencionados preguntas el 28,6% de las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas y el 71,4% de las actividades están diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño. En cuanto a su funcionamiento, el 21,4% el control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo, el 64,3% el control opera como está diseñado, pero con algunas falencias y en el 14,3% el control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado). La evaluación permanente al estado del SCI implica el seguimiento al conjunto de dimensiones del Modelo, de tal manera que la autoevaluación y la evaluación independiente se convierten en la base para emprender acciones para subsanar las deficiencias detectadas y enfocarse en la mejora continua (COSO, 2013: 143). Este tipo de actividades se pueden dar en el día a día de la gestión institucional o a través de evaluaciones continuas y separadas (autoevaluación, auditorías) y su propósito es verificar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de cumplimiento de los planes, programas y proyectos; y (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar deficiencias, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.	29%

“Super-Visión” para la transformación

1.2.6 Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano. Radicado 2021130000893 del 15 de enero 2021 y dieron respuesta con el radicado 2021100001333 del 22 de enero de 2021

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 31 de diciembre de 2020

Observaciones

1. Observación 1: Actividad 1.3.1. – Secretaria General

Condición: Se realizaron 220 compromisos de 324, cumpliendo con el 67,7% de la actividad

Recomendación: Realizar los compromisos restantes para subsanar la observación mediante plan de mejora - En la Actividad 3.2.1. Realizar propuesta de actualización de la TRD de la entidad: Debido a que fue necesario desistir de la ampliación del Contrato 165-2020 con Servicios Postales Nacionales 4-72, empresa que adelantaría la actualización de las tablas de retención documental- TRD, por lo tanto se reprograma esta actividad para el año 2021 y se hace necesario iniciar nuevo estudio de mercado para la actualización; por lo anterior se recomienda al líder del proceso adelantar la gestión para el logro de la actividad propuesta para este año.

2. Observación 2: Actividad 3.2.1. – Secretaria General

Condición: Se desistió de propuesta de ampliación de contrato para la actualización de las TRD de la entidad, cumpliendo con el 66,66% de la actividad

Recomendación: Realizar nuevo estudio de mercado y contratación pronta para la actualización de las TRD de la entidad. - En la Actividad 8.4.2. Elaborar el protocolo de relacionamiento y presentarlo ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño: De esta actividad quedó pendiente la presentación y aprobación por parte del Comité de Gestión y Desempeño, con cumplimiento del 90%, por lo que se recomienda al líder del proceso realizar actividades que lleven a la realización total de la tarea propuesta.

3. Observación 3: Actividad 8.4.2. – Comunicaciones

Condición: Quedo pendiente la presentación y aprobación por parte del Comité de Gestión y Desempeño del "Protocolo de Buenas Prácticas de Relacionamento y Comunicaciones de los Servidores Públicos de la Superintendencia de la Economía Solidaria", cumpliendo con el 90% de la actividad

Recomendación: Solicitar al Comité la aprobación del documento y su entrada en funcionamiento

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Actividad 1.3.1 – Secretaria General	No
2	Actividad 3.2.1. - Secretaria General	No
3	Actividad 8.4.2. - Comunicaciones	No

Conclusiones

La Oficina de Control Interno reconoce la realización total 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.

Respecto a la Matriz de Riesgos de Corrupción, la Oficina de Control interno reconoce el cumplimiento del 97% de las actividades propuestas aún con las condiciones nuevas generadas en el ambiente de la Pandemia mundial y condiciones diversas, por lo que se recomienda mitigarlas para lograr a cabalidad el cumplimiento de las metas propuestas.

1.3 Seguimientos Oficina de Control Interno

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

En cumplimiento a lo dispuesto por la Contraloría General de la República CGR, la Oficina de Control Interno realizó seguimiento a los avances en el cumplimiento de las acciones de mejora y metas durante el segundo (II) Semestre de 2020, formuladas en el Plan de

mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República y la Superintendencia de la Economía Solidaria por las vigencias 2013 y 2014, auditoría financiera 2017, auditoría de cumplimiento 2018 y las Denuncias 2015-84955-82111-D y 2015-85249-82110-D y 2016-108095-82111-D

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

Fecha de generación: 2021/01/28
Hora de generación: 16:30:46
Consecutivo: 16662020-12-31

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

1.3.2 Seguimiento Ejecución Presupuestal (Radicado 20211300003633 del 19 febrero 2021). No requiere respuesta.

Se verificó la ejecución presupuestal en el periodo comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2020, tomando como soporte la información arrojada por el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF y los informes de presupuesto publicados en la página WEB de la Superintendencia de Economía Solidaria

Oportunidad de Mejora:

La Oficina de Control interno recomienda la creación de un control o mecanismo para asegurar la publicación de los Informes Presupuestales en la Página web de la entidad en las fechas acordes para ello.

Conclusión

La Oficina de Control interno reconoce la labor de ejecución presupuestal realizada por el área encargada que en este caso es la Secretaria General, que teniendo en cuenta que, aunque hubo una reducción de presupuesto, cumplió con los valores de la reserva y por ende del rezago presupuestal y así mismo tuvo un incremento positivo en los ingresos corrientes acumulados.

1.3.3 Seguimiento y evaluación al Plan Estratégico Sectorial (Radicado 20211300004573 del 26 de febrero 2021), No requiere respuesta

El informe se rindió con base en el documento publicado en la página Web de la Superintendencia, correspondiente al seguimiento de las actividades del Plan Estratégico –

Sector Hacienda 2020 y la información sobre su avance, la cual fue suministrada por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas – OAPS, soportada en la información entregada por cada una de las áreas involucradas

Conclusiones

La Oficina de Control interno verifica que del total de doce (12) tareas programadas dentro del Plan de Acción del Plan Estratégico Sectorial para la vigencia del año 2020 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, fueron cumplidas a cabalidad las doce (12) tareas, logrando el 100% del cumplimiento de las actividades planteadas para la vigencia, según el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y de acuerdo a lo reportado por las áreas encargadas.

1.4. Otros Aspectos

1.4.1 Elaboración Boletines Bimestrales OCI - Fomento de la Cultura de Control enero 2021

Se socializó por correo electrónico a todos los funcionarios de la Superintendencia el Boletín No.1 del mes de enero, 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. 01 de enero 2021

- Creación de la Superintendencia
- Misión
- Visión
- Marco estratégico

1.4.2 Informe de Gestión (Informe de Actividades OCI) Radicado No. 20211300001403 del 27 de enero de 2021

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 enero y el 28 de febrero de 2021.

2. Seguimiento memorandos emitidos por la Oficina de Control Interno pendientes de cierre, aclaración o respuesta en al Sistema de Gestión Documental eSigna – Vigencia 2020 (Corte al 14 de marzo de 2021)

La Oficina de Control Interno realizó reunión con cada uno de los procesos que al corte del 25 de enero tenían mayor cantidad de radicados pendientes de aclaración, vinculación, cierre y respuesta. En dicha reunión de manera general se aclaró y determinó que las principales causas por las cuales dichos radicados se encontraban pendiente de cierre en el Sistema Documental eSigna, eran las siguientes:

1. 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.
2. 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
3. Memorandos cuya solicitud fue atendida, no obstante, continúa abierto el expediente eSigna.
4. Memorandos que eran de carácter informativo, pero se crearon solicitando respuesta sobre el ciclo documental
5. Memorandos que a la fecha no se les ha dado respuesta por parte de las áreas responsables

De acuerdo con la reunión realizada, se concluyó por parte de la Oficina de Control Interno y las áreas involucradas, que teniendo en cuenta que sobre la mayoría de radicados se había emitido respuesta oportuna, pero que la misma había sido realizada mediante correo electrónico o un nuevo ciclo documental, se solicitaría por parte de los líderes de los procesos a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas el cierre definitivo de los mismos, indicándose en una nota aclaratoria el medio y la fecha utilizada para dar respuesta al requerimiento realizado.

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 a 31 de diciembre de 2020, solicitándoles a los líderes de los procesos dar respuesta a los mismos o establecer las acciones correspondientes para finalizar los mismos en el sistema documental (Anexo 6).

3. Seguimiento memorandos emitidos por la Oficina de Control Interno pendientes de cierre, aclaración o respuesta en al Sistema de Gestión Documental eSigna – Vigencia 2021 (Corte al 14 de marzo de 2021)

Teniendo en cuenta que para el desarrollo del programa de auditoria de la vigencia 2021, la oficina de Control Interno ha radicado en el sistema de gestión documental eSigna los memorandos que corresponden a las solicitudes de información e informes relacionados con las auditorías a los procesos, auditorias especiales, informes de Ley y/o seguimientos, a continuación se presentan las principales observaciones sobre el estado de los memorandos sobre los cuales se requiere realizar una revisión o seguimiento por parte de las áreas involucradas, para conocimiento y fines pertinentes:

1. Memorandos que se encuentran pendiente de respuesta dentro de los términos establecidos.
2. Memorandos cuya respuesta emitida por eSigna pero se realizó en un nuevo ciclo documental, por lo cual se hace necesario vincular dicho expediente para finalizar el tramite inicial
3. 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
4. Memorandos cuya solicitud fue atendida, no obstante, continúa abierto el expediente eSigna
5. Memorandos que eran de carácter informativo, pero se crearon solicitando respuesta sobre el ciclo documental
6. Memorandos que a la fecha no se les ha dado respuesta por parte de las áreas responsables

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 a 14 de marzo de 2021, solicitándoles a los líderes de los procesos dar respuesta a los mismos o establecer las acciones correspondientes para finalizar los mismos en el sistema documental (Anexo 7).

4. Plan Anual de Auditoria - Vigencia 2021

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.”*

La Jefe de Control Interno de la entidad presentará a los miembros del comité para su modificación y aprobación, el Programa Anual de Auditoría de la vigencia 2021, en el cual se incluyen los cambios realizados en las fechas de presentación de algunos informes, así como la eliminación de algunas auditorias e informes que se tenía programado de manera independiente dentro de las auditorias especiales y que se realizaran dentro de las auditorías a procesos o seguimientos programados.

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

No obstante, lo anterior 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.

5. Aprobación Mapa de Riesgos Institucionales 2021 - Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

La Oficina Asesora de Planeación y Sistema socializará a los miembros del Comité para su revisión y aprobación el Mapa de Riesgos Institucionales 2021 de la Superintendencia de la Economía Solidaria en el próximo Comité Institucional de Coordinación de Control Interno que se celebrará el 26 de marzo del presente año.

Cordialmente,

MABEL ASTRID NEIRA YEPES
Jefe Oficina de Control Interno

Proyectó: MABEL ASTRID NEIRA YEPES
Revisó:

“Super-Visión” para la transformación