

MEMORANDO
20211300011833

PARA: LILIANA ANDREA FORERO GOMEZ
SUPERINTENDENTE (E)
DE: MABEL ASTRID NEIRA YEPES
JEFE OFICINA CONTROL INTERNO
ASUNTO: Informe de Actividades Oficina de Control Interno - Marzo a Abril de 2021.
FECHA: Bogotá D.C., 29/05/2021

130 - 20211300011833

Página 1 de 31

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 Marzo – Abril 2021.

1. Trabajos y auditorías realizadas – Marzo – Abril 2021
 - 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 memorando emitidos por la Oficina de Control Interno pendientes de cierre, aclaración o respuesta en el Sistema de Gestión Documental eSigna – Vigencia 2020

“Super-Visión” para la transformaci^on

3. Seguimiento memorando 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

1. TRABAJOS Y AUDITORIAS REALIZADAS – Marzo – Abril de 2021

1.1. Auditorías a Procesos

1.1.1 Gestión de Servicios de TI (GSTI) Radicado No. 20211300006003 del 12 de marzo de 2021. Respuesta mediante Radicado No. 20211200006903 del 20 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, validación del componente de Gestión Documental del proceso, el cumplimiento de la normatividad vigente y los procedimientos relacionados; verificación de la implementación de Políticas de Seguridad y Privacidad de la Información - Riesgos Tecnológicos (Criterios de Evaluación COBIT, ITIL, ISO, MSPI), teniendo en cuenta el periodo comprendido entre octubre de 2020 y enero de 2021.

Observaciones

1. **Observación 1:** Ausencia de formalización de un Plan de Continuidad de Negocio (BCP)

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Durante la realización de la auditoría se pudo establecer que el documento se encuentra en construcción.

Recomendación:

Priorizar la definición, formalización y adopción del BCP, en el cual deben contemplarse todas las estrategias y actividades orientadas a garantizar mantener las operaciones de la organización y salvaguardar integralmente los intereses de las diferentes partes de la entidad, así como preservar los indicadores de generación de valor (reputación, marca, confianza, entre otros). Así mismo realizar todas las pruebas que se requieran, con la única finalidad de comprobar su eficacia

2. **Observación 2:** No existe formalizado un Plan de Recuperación de Desastres (DRP).

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Durante la realización de la auditoría se pudo establecer que el documento se encuentra en construcción.

Recomendación:

Permitir dar respuesta a eventos catastróficos tales como incendios, inundaciones, pandemias, ataques cibernéticos, terremotos, accidentes o errores humanos, a través del diseño e implementación de un DRP. Asegurar que todas las partes interesadas reciban sesiones de entrenamiento regulares con respecto a los procedimientos y roles a seguir en caso de un incidente o un desastre que afecte a la entidad.

3. **Observación 3:** Actualmente no se cuenta con un plan de acción anual para el proceso GSTI – Gestión de Servicios de TI.

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:** La entidad no ha definido y apropiado procedimientos para la Gestión de Incidentes de Seguridad de la Información.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

No se evidencia oficializado e implementado en el Sistema de Gestión de Calidad de la entidad (Isolución). La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas indica que disponen del procedimiento PRGSTI001 Gestionar la confidencialidad integridad y disponibilidad de los servicios TI, sin embargo, al validar este documento no se evidencian las actividades que se deban ejecutar cuando ocurran incidentes de seguridad de la Información.

Recomendación:

Estructurar un procedimiento que permita identificar los incidentes de seguridad de la información para ser evaluados, analizar su impacto y dar respuesta de la manera más eficiente y adecuada, de acuerdo al tipo de incidente, su priorización y los tiempos que se

establezcan para su atención

5. **Observación 5:** No se encuentra formalizado un Procedimiento de Autorización de Acceso a la Red Institucional.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Se trata de un documento bajo la responsabilidad de su elaboración por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, con lo cual se genera un riesgo sobre la seguridad de la información de la entidad.

Recomendación:

Dar prioridad a la definición de la política de control de acceso de la entidad, y a partir de su diseño e implementación, dar lugar con la construcción y establecimiento del Procedimiento de Autorización de Acceso a la Red Institucional, el cual debe asegurar la seguridad de acceso a las redes de datos y los recursos de TI de la entidad, y de paso contribuir con la seguridad de la información

6. **Observación 6:** No se evidencia definida una matriz RACI o matriz de responsabilidades en la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

La matriz RACI permite definir los roles y responsabilidades de cada persona involucrada en los proyectos y procesos de la Oficina, dejando de este modo documentados los roles y tareas a llevar a cabo y facilitando el control y desarrollo de las actividades.

Recomendación:

Apoyarse en el marco de referencia para Gobierno y Gestión de TI - COBIT, para la construcción e implementación de una matriz RACI, que permita comunicarse a todo el grupo vinculado a las tareas y sus responsables deben asegurarse de que se actualice periódicamente

7. **Observación 7:** No se ha formalizado un plan de sensibilización para la entidad respecto al componente de seguridad de la información.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Dentro del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información aprobado por la entidad, se relaciona esta actividad, la cual se señala debe ser desarrollada por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas. Así mismo, el Manual de Gobierno Digital del MinTIC señala: “La entidad definió y aplica periódicamente el plan de sensibilización y comunicación de la

política y los riesgos a los que se exponen los funcionarios en materia de seguridad de la información en la entidad”.

Recomendación:

Formalizar e implementar un Plan de Sensibilización en materia de seguridad de la información, para ser desarrollado al interior de la entidad, el cual esté alineado con el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, donde se describa el alcance, las actividades a ejecutar y las metas a alcanzar y donde se tenga en cuenta la participación activa de los funcionarios, contratistas y terceros, para lograr el nivel de cumplimiento adecuado de los lineamientos y requisitos de seguridad de la información.

8. Observación 8: Incumplimiento en la aplicación de instrumentos archivísticos.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Los formatos de inventario documental aportados por la dependencia no constituyen el Inventario Documental de la OAPS-Proceso Gestión de Servicios de Tecnología; estos corresponden a la entrega de documentos como requisito para la expedición de Paz y Salvo por desvinculación.

Si bien, los reportes hacen parte del Archivo de Gestión (al pertenecer a algún expediente), no se constituyen en sí, en los Inventarios del Archivo de Gestión, pues según lo ha definido el AGN, el archivo de gestión es el “archivo de la oficina productora que reúne su documentación en trámite, sometida a continua utilización y consulta administrativa”.

Respecto a la elaboración del Inventario Documental de la dependencia, las evidencias corresponden al registro de tipologías documentales producidas en cumplimiento de las obligaciones contractuales del personal vinculado al área a través de Contratos de Prestación de Servicios, y que en efecto hacen parte de los requerimientos institucionales para la gestión de paz y salvos por desvinculación, sin embargo, estos documentos hacen parte de expedientes documentales (carpetas) que gestiona la dependencia y que están asociados a alguna serie documental establecida en la Tabla de Retención.

Se debe tener en cuenta que la documentación producida en ejecución de un contrato si bien se constituye en entregables que integran el expediente contractual, pueden ser así mismo productos misionales que deben quedar en el área. Esta condición debe estar establecida en procedimiento que desarrollan las funciones administrativas.

Es importante mencionar que el Formato Único de Inventario Documental está diseñado para el registro de expedientes, no de tipos documentales. En este sentido el inventario documental del proceso de GSTI, debe reflejar los expedientes documentales de una o

varias vigencias. La pregunta en el caso puntual, acerca de los tipos documentales relacionados y entregados por los contratistas, sería ¿a qué expediente pertenecen?

Para citar a modo de ejemplo: PROGRAMA DE MANTENIMIENTO TECNOLÓGICO, es relacionado como una serie.

Análisis:

(subserie) PROGRAMA DE MANTENIMIENTO TECNOLÓGICO

Expediente. Servicio de Mesa de Ayuda – 2021 (se incluye el año)

Pieza documental: Reporte del servicio tecnológico 2021 (El conjunto de reportes y demás tipos documentales que se generen para la prestación del servicio, conformarán el expediente).

Recomendación:

Se insta a la dependencia a elaborar y mantener actualizados sus inventarios documentales como una medida que permite asegurar el control de la documentación administrativa del área y que contribuye al logro de los objetivos de la Secretaría General, para mitigar el riesgo de pérdida de información que compromete la evaluación institucional ante de los entes de control y a contar con la asistencia técnica que ofrece el Grupo de Gestión Documental para el diligenciamiento y aplicación de los instrumentos archivísticos

9. **Observación 9:** Incumplimiento en la entrega de los Formatos de Compromisos frente a la Gestión Documental diligenciados y firmados por parte de funcionarios y contratistas de la dependencia.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

En observancia de las disposiciones normativas en materia archivística, en particular, de las responsabilidades de los funcionarios públicos frente a la Gestión Documental y de la protección de la Información y de los datos (Política institucional de Gobernanza y calidad de dato), el Grupo de Gestión Documental realiza seguimiento al control de entrega de los Compromisos de la Gestión Documental formato (F-GEDO-022) por parte de funcionarios y contratistas de la Entidad.

Recomendación:

Asegurar la entrega de los Compromisos frente a la Gestión Documental por parte de todos los servidores vinculados al área al inicio de cada vigencia. Contar con la asistencia técnica que ofrece el Grupo de Gestión Documental para el diligenciamiento y entrega del Formato F-GEDO-22

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Ausencia de formalización de un Plan de Continuidad de Negocio (BCP).	No
2	No existe formalizado un Plan de Recuperación de Desastres (DRP).	No
3	Actualmente no se cuenta con un plan de acción anual para el proceso GSTI – Gestión de Servicios de TI.	No
4	La entidad no ha definido y apropiado procedimientos para la Gestión de Incidentes de Seguridad de la Información.	No
5	No se encuentra formalizado un Procedimiento de Autorización de Acceso a la Red Institucional.	No
6	No se evidencia definida una matriz RACI o matriz de responsabilidades en la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.	No
7	No se ha formalizado un plan de sensibilización para la entidad respecto al componente de seguridad de la información.	No
8	Incumplimiento en la aplicación de instrumentos archivísticos.	No
9	Incumplimiento en la entrega de los Formatos de Compromisos frente a la Gestión Documental diligenciados y firmados por parte de funcionarios y contratistas de la dependencia.	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

1.1.2 Gestión de Contratación (GECO) Radicado No. 20211300004703 del 2 de marzo de 2021, Respuesta mediante radicado No. 20211000005483 del 9 de marzo de 2021

Se verifico el correcto desarrollo de la gestión contractual por parte de la Secretaría General, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2020.

Observaciones

1. Observación 1: Debilidad en la elaboración del plan anual de adquisiciones

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Una vez verificadas las diferentes versiones publicadas en el sistema SECOP, se pudo observar que algunos de los archivos cargados no cuentan con el diligenciamiento de la modalidad de selección del proceso, incumplimiento con lo señalado en el artículo 2.2.1.1.1.4.1 del Decreto 1082 de 2015 el cual establece:

Las Entidades Estatales deben elaborar un Plan Anual de Adquisiciones, el cual debe contener la lista de bienes, obras y servicios que pretenden adquirir durante el año. En el Plan Anual de Adquisiciones, la Entidad Estatal debe señalar la necesidad y cuando conoce el bien, obra o servicio que satisface esa necesidad debe identificarlo utilizando el Clasificador de Bienes y Servicios, e indicar el valor estimado del contrato, el tipo de recursos con cargo a los cuales la Entidad Estatal pagará el bien, obra o servicio, la modalidad de selección del contratista, y la fecha aproximada en la cual la Entidad Estatal iniciará el Proceso de Contratación. Colombia Compra Eficiente establecerá los lineamientos y el formato que debe ser utilizado para elaborar el Plan Anual de Adquisiciones.”

Recomendación:

Establecer al interior del área, diferentes filtros para la verificación de la información registrada en el plan anual de adquisiciones, realizando los correctivos y/o publicando dicho formato con la información completa

2. **Observación 2:** Se evidencian debilidades en la publicación de documentos en el SECOP

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Al verificar los soportes registrado en el sistema SECOP, se pudieron observar las siguientes debilidades:

CONTRATO	OBSERVACIÓN OCI
CD-11-2020	No se encuentra publicado el cambio de supervisor del contrato
CD-45-2020	No se encuentra publicado el cambio de supervisor del contrato
CMC-203-2020	En la invitación pública publicada se encuentra un documento que no hace parte del proceso de selección
CD-264-2020	Se evidencia la publicación a cargo del proveedor de los informes de ejecución pertenecientes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Recomendación:

Crear un punto de control para realizar la verificación periódica de los documentos publicados en el sistema SECOP por parte de diferentes filtros, para efectos de identificar los errores y realizar las correcciones pertinentes

3. Observación 3: Debilidad en la supervisión de contratos

Condición (Descripción de lo evidenciado):

Contrato CD-45-2020: En el mes de diciembre el contratista presenta cuenta de cobro del mes de octubre, incumpliendo las condiciones del contrato respecto de la forma de pago y presentación de informes.

CD-92-2020: En el mes de diciembre el contratista presenta cuenta de cobro del mes de septiembre, incumpliendo las condiciones del contrato respecto de la forma de pago y presentación de informes.

CMC-203-2020: El contrato de prestación de servicios para la atención de emergencias en la entidad, fue suspendido a través del acta No. 1 del 21 de abril de 2020, en atención a las directrices establecidas por parte del gobierno nacional debido a la emergencia sanitaria del país.

En dicha acta se ordena suspender la ejecución del contrato por el plazo de un mes y diez días contados a partir del veintiuno (21) de abril y hasta el treinta (30) de mayo de 2020, estableciendo en su cláusula segunda lo siguiente:

“REANUDACIÓN: Que una vez cumplido el término de suspensión del contrato CMC-203-2020, el mismo deberá ser reanudado el día primero (1) de junio de dos mil veinte (2020), para lo cual se deberá suscribir la respectiva acta.

Parágrafo: Es necesario señalar que en caso de que antes del 31 de mayo de 2020 se superen las circunstancias que dan origen a la presente solicitud de suspensión, las partes reiniciarán la ejecución del contrato.”

Sin embargo, el contrato fue reanudado el día 16 de julio de 2020 sin que exista documento algo que justifique el reinicio extemporáneo de las actividades, de acuerdo a lo acordado por las partes.

Por otro lado, el informe de supervisión del contrato no detalla cual fue la prestación de servicio por parte del contratista mes a mes de acuerdo a lo pactado en el contrato, la supervisión se limita a señalar que el objeto está siendo ejecutado sin determinar específicamente cuales son las actividades desplegadas; lo anterior incumple lo señalado en el Manual de Supervisión e Interventoría el cual señala lo siguiente:

“INFORME DE AVANCE PERIÓDICO: Este informe describe el estado actual del proyecto y presenta las recomendaciones para la efectiva ejecución del contrato y/o convenio, y que mínimo debe contener:

- Descripción completa de las actividades ejecutadas;
- Inconvenientes, compromisos o soluciones planteadas o asuntos pendientes por resolver.

Este informe será presentado por el interventor en los términos pactados en el contrato y por el supervisor de acuerdo con los requerimientos que efectúe el superior inmediato o el ordenador del gasto.”

CD-243-2020: No se evidencia informe de actividades de los días ejecutados en el mes de octubre CMC-293-2020: A la fecha de elaboración del informe no se evidencia soporte de ejecución del contrato, el cual tiene como fecha de terminación el 31 de diciembre de 2020.

CMC-310-2020: El contrato se encuentra terminado y sin embargo no hay evidencia de ejecución del mismo.

CMC-313-2020: El contrato se encuentra terminado y sin embargo no hay evidencia de ejecución del mismo.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Debilidad en la elaboración del plan anual de adquisiciones	SI
2	Se evidencian debilidades en la publicación de documentos en el SECOP	SI
3	Debilidad en la supervisión de los contratos	SI

Conclusiones

Realizada la evaluación por parte de la Oficina de Control Interno, se pudo observar que el Plan Anual de Adquisiciones no es diligenciado en su totalidad de conformidad a lo solicitado en el Decreto 1082 de 2015, específicamente la modalidad de selección de contratistas en las diferentes versiones registradas en el SECOP.

Adicionalmente, se evidenciaron debilidades en la supervisión de los contratos, situación que se presenta de manera reiterada, por lo que se recomienda capacitar a los supervisores para que las situaciones señaladas en el presente informe se subsanen y no se vuelvan a presentar.

Producto de la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, se identificaron algunas debilidades que requieren de acciones de mejora medibles para efectos de subsanar la

causa que generó las observaciones señaladas en el presente informe.

1.1.3 Gestión Documental (GEDO) Radicado No. 20211300008433 de 16 de abril de 2021, Respuesta mediante radicado No. 20211000009193 del 23 de abril de 2021

Comprendió la evaluación de los controles internos, identificación de oportunidades de mejora, verificación del formato de autocontrol y del cumplimiento normativo aplicable y demás directrices establecidas por parte de la entidad.

Para lograr el objetivo de la auditoría, se evaluará la ejecución de los controles definidos en la matriz de riesgo actualizada en la vigencia 2020 del proceso Gestión Documental.

Se verificó del cumplimiento de los lineamientos recomendados por el Departamento Administrativo de la Función Pública en relación con el Sistema de Control Interno (Gestión Documental)

Observaciones

1. Observación 1: Se evidenciaron algunos incumplimientos en la ejecución de los controles diseñados en la matriz de riesgos para el proceso de Gestión Documental.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Verificados los soportes de ejecución de los controles asociados a los riesgos del proceso de Gestión Documental, remitidos por parte de la Secretaría General, se pudo evidenciar que para siete (7) de los catorce (14) controles establecidos, se presentan debilidades en su ejecución.

- Seis (6) de los siete (7) controles que presentan debilidad, se relacionan con la falta de evidencias relacionadas con la ejecución del control.
- El control restante, se encuentra relacionado con la actualización de las Tablas de Retención Documental, sin embargo, una vez ejecutado el control, consistente en realizar la solicitud de contratación para suplir la necesidad, no se evidencia el cumplimiento del objetivo propuesto.
- Uno de los controles no ha sido ejecutado toda vez que no se ha presentado el hecho generador para su desarrollo

Recomendación

Se recomienda generar los soportes de ejecución de los controles, de conformidad a los elementos incluidos en su diseño; en caso de generarse un soporte diferente al señalado en el control, el mismo se debe ajustar para su posterior validación.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Se evidenciaron algunos incumplimientos en la ejecución de los controles diseñados para el proceso de Gestión Documental.	NO

Conclusiones

Producto de las verificaciones efectuadas por parte del equipo auditor de acuerdo al alcance propuesto, pudo evidenciar la actualización de la matriz de riesgos del proceso, ajustando el diseño de controles que permiten mitigar la materialización de los riesgos.

Es necesario verificar la ejecución de los controles, soportando cada una de las actividades desplegadas para dar cumplimiento a lo formulado, toda vez que se evidenció que a pesar de que se ejecuta el control, no se generan las evidencias que fueron identificadas, por lo que se recomienda ajustar los controles a los soportes que se generan o procurar organizar la información de evidencias según lo establecido en la matriz.

Por otro lado, se realizó la verificación a los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno MECI, verificando los soportes con los que cuenta el área, observando que se da cumplimiento a cada uno de los requisitos exigidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública; algunos de ellos se encuentran en proceso de aplicación por lo que se recomienda continuar con el desarrollo de actividades para lograr los objetivos.

Con respecto al plan de mejoramiento, se evidenció el cumplimiento de las acciones de mejora propuestas, para algunas de ellas fueron ejecutadas actividades diferentes a las formuladas, sin embargo, se subsanó la debilidad evidenciada en trabajos de aseguramiento anteriores, por lo que se recomienda presentar de manera oficial a la Oficina de Control Interno las modificaciones debidamente justificadas para realizar los ajustes en la matriz.

Teniendo en cuenta lo anterior, se genera una única observación relacionada con la ejecución de los controles de la matriz de riesgos, para lo cual, se hace necesario el establecimiento de acciones preventivas o correctivas que permitan subsanar la causa raíz generadora de la debilidad.

1.2 Auditorías Especiales

1.2.1 Seguimiento a la Implementación de Gobierno Digital Radicado No. 20211300009273 de 26 de abril de 2021, Respuesta mediante radicado No. 20211200009703 del 3 de mayo de 2021

Se verificó el estado de la implementación de la política de gobierno digital del MinTIC, al interior de la entidad, durante la vigencia 2020 y lo corrido de la actual

Observaciones

- Observación 1:** El mapa de ruta o Plan de Mejoramiento, definido para la implementación de la política de Gobierno Digital, presenta debilidades en cuanto a la articulación con los lineamientos definidos por el MinTIC.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, se allegó el documento denominado “Plan de mejoramiento por Autocontrol Gobierno Digital 2020”, el cual presenta algunas diferencias en relación con los lineamientos y directrices del MinTIC, generando dificultad en la identificación de las actividades y su vínculo con los dos componentes: TIC para el Estado y TIC para la Sociedad, igualmente con los habilitadores transversales de la política.

Recomendación

Implementar una programación de las actividades relacionadas con la política de Gobierno Digital, a través de mapa de ruta ,plan de mejoramiento o como lo consideren denominar, pero que esté acorde a los lineamientos del MinTIC, donde sea fácil la identificación de los componentes y los habilitadores transversales, permitiendo que se realice un mejor seguimiento y control de los proyectos, tanto por parte de los mismos encargados de la ejecución de las actividades y de su implementación, como también por cualquier persona o ente que requiera realizar la medición del avance de la implementación.

- Observación 2:** Incumplimiento en la realización de algunas actividades programadas para ejecutar durante la vigencia 2020.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Durante la validación de las actividades programadas en el documento “Plan de mejoramiento por Autocontrol Gobierno Digital 2020”, se evidenció que 4 actividades no presentaban soportes que dieran cuenta de su ejecución total, lo cual fue resaltado en el presente informe, generándose retrasos en la implementación de la Política de Gobierno Digital en la entidad.

Recomendación:

Dar prioridad a la finalización de las actividades que fueron programadas para realizarse durante la vigencia 2020, llevándose a cabo las correspondientes acciones que se requieran, como las formalizaciones e inclusiones dentro del sistema de gestión de calidad de la entidad.

3. Observación 3: Retrasos en la implementación y transición al protocolo IPv6.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

El manual de Gobierno Digital del MinTIC indica: “(A partir de la resolución 2710 de 2017, las entidades nacionales tienen plazo hasta el 31 de diciembre de 2019 y las entidades territoriales hasta el 31 de diciembre de 2020, para implementar la tecnología IPv6 en coexistencia con IPv4)”. Teniendo en cuenta lo anterior, la Oficina de Control Interno logró establecer que no se ha dado finiquito en relación con este lineamiento.

Recomendación:

Establecer las estrategias necesarias, que permitan controlar y asegurar la ejecución y culminación de las actividades que tengan correspondencia con la adopción, implementación y transición al protocolo IPV6.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	El mapa de ruta o Plan de Mejoramiento, definido para la implementación de la política de Gobierno Digital, presenta debilidades en cuanto a la articulación con los lineamientos definidos por el MinTIC	NO
2	Incumplimiento en la realización de algunas actividades programadas para ejecutar durante la vigencia 2020.	NO
3	Retrasos en la implementación y transición al protocolo IPv6	NO

Conclusiones

Luego de finalizar la verificación del cumplimiento de la entidad, en cuanto a la implementación de la Política de Gobierno Digital, la oficina de Control Interno encuentra que se viene realizando una buena gestión para lograr la implementación de la política, sin embargo, se recomienda cumplir con los proyectos establecidos en el mapa de ruta o plan de mejoramiento de Gobierno Digital que se defina para la vigencia 2021, en los tiempos que se fijen, con el propósito que al finalizar la vigencia se pueda establecer un cumplimiento total.

1.2.2 Auditoría al Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo - SGSST Radicado No. 20211300005783 de 11 de marzo de 2021, Respuesta mediante radicado No. 20211000006673 del 18 de marzo de 2021

Para el presente trabajo de auditoría comprende la evaluación de los controles internos, identificación de oportunidades de mejora, verificación del cumplimiento normativo aplicable y demás directrices establecidas por parte de la entidad.

Para lograr el objetivo de la auditoría, se evaluará el nivel de cumplimiento de las directrices establecidas en la Resolución 0312 de 2019 por parte de la Superintendencia de la Economía Solidaria en la implementación del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

Observaciones

- 1. Observación 1:** Incumplimiento de los “Estándares Mínimos” establecidos en el artículo 16 de la Resolución 0312 de 2019

Condición (Descripción de lo evidenciado)

De acuerdo a lo señalado en la Resolución 0312 de 2019 – “Por el cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST”, las empresas que cuenten con cincuenta (50) o más trabajadores clasificados con riesgo I, II, III, IV o V, deben cumplir con lo señalado en el artículo 16 de esta norma, gestionando un total de 60 requisitos establecidos

Realizada la verificación de los soportes remitidos por parte de la Secretaría General relacionados con los requisitos exigidos en la norma para el cumplimiento del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, se pudo observar lo siguiente:

- De sesenta (60) requisitos establecidos por la norma, se da cumplimiento a 44 de ellos, equivalentes al 73%
- De sesenta (60) requisitos establecidos por la norma, se da cumplimiento de manera parcial a 5 de ellos, equivalentes al 9%
- De sesenta (60) requisitos establecidos por la norma, no se da cumplimiento a 2 de ellos, equivalentes al 3% Nota: Los nueve (9) requisitos restantes no cuentan con calificación toda vez que por motivos de la emergencia sanitaria (COVID-19), no fue posible realizar su verificación y/o no fueron ejecutados por parte de la entidad. Situación que se encuentra detallada en el documento anexo.

Nota: Los nueve (9) requisitos restantes no cuentan con calificación toda vez que por motivos de la emergencia sanitaria (COVID-19), no fue posible realizar su verificación y/o no fueron ejecutados por parte de la entidad. Situación que se encuentra detallada en el documento anexo al informe.

Estos requisitos serán objeto de verificación posterior por parte de la Oficina de Control Interno, teniendo en cuenta la justificación presentada por parte de la Secretaría General en memorando No. 20214100005273 del 05 de marzo de 2021.

Recomendación:

“Super-Visión” para la transformación

Establecer los requisitos pendientes por ejecutar de acuerdo a lo señalado en la norma y establecer el plan de trabajo necesario para dar cumplimiento de cada uno de ellos, haciendo seguimiento a los demás estándares mínimos del sistema.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Incumplimiento de los “Estándares Mínimos” establecidos en el artículo 16 de la Resolución 0312 de 2019	SI

Conclusiones

Realizada la verificación por parte de la Oficina de Control Interno sobre el cumplimiento de los estándares mínimos contenidos en la Resolución 0312 de 2019, se pudo observar un avance significativo en el cumplimiento de los requisitos para el cumplimiento del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo, situación que se presenta como fortaleza, toda vez que de acuerdo con los términos contenidos en el artículo 25 de la norma mencionada anteriormente, a corte de la vigencia 2019, la entidad se encontraba con un atraso en la implementación de las fases de adecuación, transición y aplicación de dichos estándares.

Hay algunas situaciones que por causa de la emergencia sanitaria que afectó a la entidad durante la mayor parte de la vigencia 2020 (COVID 19), no fueron posible ser ejecutadas, para lo cual se recomienda tener presente y adoptar las medidas necesarias a que haya lugar.

Se evidencian algunos incumplimientos a los requisitos de la norma, los cuales se encuentran descritos de manera general en el presente informe, por lo que se recomienda desplegar las acciones necesarias e incorporar los recursos que permitan lograr el objetivo planteado.

Producto de esta evaluación adelantada por la Oficina de Control Interno, se identificó una debilidad que requiere de acciones de mejora medibles para efectos de subsanar la causa que generó las observaciones señaladas en el presente informe.

Por otro lado, se realizó el seguimiento al plan de mejoramiento producto de la auditoría interna realizada en la vigencia 2020, evidenciando un cumplimiento sustancial en la ejecución de las acciones de mejora formuladas, sin embargo, quedan algunas pendientes ya que no fueron gestionadas durante el plazo de ejecución programado por la dependencia.

Teniendo en cuenta lo anterior, se recomienda verificar cada una de las acciones pendientes, con el objetivo de analizar su reformulación y, en consecuencia, solicitar a la Oficina de Control Interno, la modificación del plazo de ejecución de las mismas, las cuales serán objeto de verificación, junto con las que sean formuladas producto del presente trabajo de aseguramiento.

Finalmente, la Oficina de Control Interno procedió a realizar la verificación de la aplicación de lineamientos establecidos por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública, relacionados con los componentes del Modelo Estándar de Control Interno, para efectos de realizar la evaluación del Sistema de Control Interno.

Respecto del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, se identificaron dos componentes relacionados con la evaluación estratégica del talento humano y el diseño de sistemas a través de la estructura de control adoptada por la entidad, evidenciando que se da cumplimiento a estos dos requisitos, logrando un nivel de cumplimiento del Sistema de Control Interno en esta materia

1.2.3 Auditoria de sistemas Servicios Mesa de ayuda, Radicado No. 20211300007013 de 24 de marzo de 2021, Respuesta mediante radicado No. 20211000007713 del 7 de abril de 2021

A través de una encuesta, se recopiló información de los funcionarios y contratistas de la entidad, respecto al grado de oportunidad y atención brindada frente a los servicios gestionados por la mesa de ayuda.

Observaciones

- 1. Observación 1:** Debilidades para gestionar las solicitudes interpuestas ante la mesa de ayuda.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

A pesar que la mayoría de los funcionarios y contratistas aprueban el soporte brindado por los integrantes del servicio de mesa de ayuda, también es evidente, tomando como soporte la información obtenida a través del presente ejercicio, que existen casos donde se refleja un nivel de insatisfacción respecto al servicio recibido, en relación a los tiempos que se emplean para la atención a las solicitudes, muchas de las cuales son afines a los sistemas de información de la entidad, como es el caso del aplicativo Esigna, el cual presenta muchos problemas de funcionalidad y de estabilidad.

Recomendación:

Implementar acciones de mejora efectivas que apunten a fortalecer la gestión del servicio de mesa de ayuda, permitiendo responder de manera oportuna a los requerimientos de soporte. Realizar seguimientos periódicos al cumplimiento de los tiempos establecidos para la atención de los requerimientos de soporte, de acuerdo a su clasificación y prioridad, con el fin de establecer el nivel de eficiencia y determinar las causas y acciones que conlleven a la mejora continua del servicio.

2. Observación 2: Intermitencia en el servicio prestado por el eSigna.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Dentro de la información recopilada a través de la encuesta, se pudo evidenciar que son reiterativas las quejas y comentarios negativos de los funcionarios y contratistas de la entidad, en relación al sistema de información Esigna, por lo cual se hace necesaria la intervención de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, encaminada a subsanar las incidencias que se vienen presentando y mejorar el nivel de percepción de los usuarios frente al sistema.

Recomendación:

Efectuar de manera prioritaria los correctivos necesarios sobre el sistema de Gestión documental eSigna, con el fin de garantizar que éste apoye efectivamente las labores misionales de la entidad y dar cumplimiento a las expectativas que se tienen frente al mismo.

Aplicar puntos de control que permitan asegurar que se dé cumplimiento a los Acuerdos de Niveles de Servicio que han sido contratados en relación al aplicativo Esigna, garantizando que el proveedor de la plataforma cumpla con sus responsabilidades y con el nivel acordado para la calidad del servicio.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Debilidades para gestionar las solicitudes interpuestas ante la mesa de ayuda.	No
2	Intermitencia en el servicio prestado por el Esigna.	No

Conclusiones

La Oficina de Control Interno invita a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, a realizar todas las gestiones que sean necesarias y oportunas, para fortalecer los servicios prestados por la mesa de ayuda, y de la misma manera a crear las condiciones adecuadas que garanticen el correcto funcionamiento de los sistemas de información, los cuales son utilizados para apoyar la labor misional de la entidad, lo cual se debe ver reflejado en el nivel de satisfacción de los funcionarios y contratistas respecto al servicio prestado.

1.2.4 Funciones preventivas (Sistema de Gestión Documental), Radicado No. 20211300006953 de 23 de marzo de 2021, Respuesta mediante radicado No. 20211000007363 del 29 de marzo de 2021

Se revisó el proceso y procedimiento de los radicados, presentados y atendidos en la

Superintendencia de la Economía Solidaria por cada dependencia a 31 de enero de 2021.

Observaciones

1. **Observación 1:** Riesgo de Incumplimiento en tiempos establecidos para responder los tramites o PQRSD

Condición (Descripción de lo evidenciado)

La entidad presenta un total de 9.212 radicados en trámite, según el sistema de Gestión documental eSigna, y 6.779 radicados en trámite del Sistema de Gestión documental Orfeo, de los cuales no se tiene la certeza que hayan sido contestadas dentro de los tiempos establecidos por la ley 1755 de 2015, según el tipo de peticiones presentadas por los usuarios

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 SICSES).

2. **Observación 2:** Incumplimiento Artículo 35 Numeral 7 por parte de las dependencias

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Al verificar las posibles causas de la falta oportuna de tramitar y cerrar los radicados a cargo de los funcionarios o contratistas, se observa que puede ser por desconocimiento o ineficiencia de la persona a la cual se le ha asignado dicha función.

Recomendación:

Se recomienda estudiar la posibilidad de creación de alertas para cada funcionario para contestar, tramitar y cerrar los radicados a su cargo así mismo el paz y salvo del sistema para todos los funcionarios y sean de planta o contratistas al momento del retiro de la entidad. Finalmente implementar planes contingentes y/o reforzar temporalmente la dependencia que presenta un alto volumen de requerimientos en trámite, teniendo en cuenta los funcionarios, 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

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

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Tiempos establecidos para responder los radicados o PQRSD	No
2	Incumplimiento Artículo Artículo 35 Numeral 7 por parte de los funcionarios y por ende de la dependencia	No

Conclusiones

La Oficina de Control Interno invita a las dependencias de la entidad y así mismo a los 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.

1.3 Informes de Ley

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

Con fecha 17 de marzo de 2021, la Oficina de Control Interno a través del Formulario Único de Reporte de Avance de Gestión – FURAG dispuesto por la Función Público en los términos del Artículo 2.2.23.3 del Decreto 1083 de 2015, realiza el reporte de información para la Medición del Modelo Estándar de Control Interno – MECI vigencia 2020.

A la fecha del presente informe aún no se conoce la calificación obtenida por la Superintendencia de acuerdo a la información reportada por la Oficina de Control Interno

1.3.2 Informe Derechos de Autor Software, Énfasis Licencias (Software) - Licenciamiento Software - Inventario Hardware (Radicado 20211300006533 del 17 de marzo). Respuesta mediante Radicado 20214000006493 del 16 de marzo de 2021

Se validó que la Superintendencia de la Economía Solidaria, cuente con un inventario actualizado de los equipos de cómputo a corte 31 de diciembre de 2020, como también que disponga de los controles necesarios y efectivos, que permitan dar cumplimiento a las Directivas Presidenciales No.01 de 1999, 02 de 2002 y a la Circular 17 de 2011, en materia de Ley sobre el uso de Software Legal.

Observaciones

1. **Observación 1:** Diferencias en cantidades de equipos entre lo reportado por la Oficina

Asesora de Planeación y Sistemas y la Secretaría General

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Luego de recopilar la información del inventario de equipos activos al 31 de diciembre de 2020, remitido por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y por la Secretaría General, se confrontaron los datos obtenidos con el profesional designado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, a quien se le explicó la diferencia resultante de la validación efectuada.

Recomendaciones:

- Realizar mesas de trabajo entre la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y la Secretaría General, para fortalecer la gestión sobre el inventario de equipos de cómputo de la entidad, con el fin de definir aspectos por mejorar del procedimiento y mantener actualizada la información.
- Se evidencia que, dentro del archivo de inventario de equipos, se encuentran algunos con observaciones que indican que su estado no es óptimo para estar en servicio, por lo cual se recomienda efectuar su depuración y actualización.
- Estimar la opción de asignar una placa de inventario sobre los monitores de los equipos de escritorio, diferentes a los ALL IN ONE (en lo posible asignar el mismo número de placa que la de su CPU), con el fin de controlar de mejor forma la totalidad del equipo de cómputo y su inventario

2. Observación 2: Se evidencian debilidades en el criterio para la identificación de algunos activos, entre estos los equipos de cómputo de la entidad.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Al realizar la validación del inventario de equipos activos al 31 de diciembre de 2020, remitido por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y por la Secretaría General, se identificaron algunos casos donde un mismo activo es clasificado de varias formas (Ej.: se encontró equipos de tipo Portátil clasificados como Clase = Computador, siendo que existe una clase = Portátil), lo que dificulta la identificación y gestión sobre los activos.

Recomendaciones:

- Es de vital importancia que permanentemente se efectuó una revisión general a todos los equipos de cómputo, con el propósito de identificar aquellos casos en donde estos activos se encuentren con debilidades en su clasificación, fortaleciendo a su vez los mecanismos de control implementados, buscando mantener actualizada esta información.

- Definir lineamientos para la clasificación de los activos en el aplicativo SIIGO, con el fin de mantener un único criterio en relación a su registro en el sistema.

3. Observación 3: No se han definido con claridad las actividades a realizar cuando un software es dado de baja.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Se realizó verificación del procedimiento PRGEAD003 Gestión de Inventarios y se logró identificar que no se establecen lineamientos puntuales para cuando se da de baja un software en la entidad, su tratamiento y destino final.

El numeral 6.1 del procedimiento, hace referencia a equipos de cómputo y comunicaciones, pero no a software.

Recomendaciones:

Actualizar el procedimiento PRGEAD003 Gestión de Inventarios, estableciendo los controles, acciones y responsables que se consideren necesarios para dar de baja software con su correspondiente licencia.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Diferencias en cantidades de equipos entre lo reportado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y la Secretaria General	SI
2	Se evidencian debilidades en el criterio para la identificación de algunos activos, entre estos los equipos de cómputo de la entidad.	NO
3	No se han definido con claridad las actividades a realizar cuando un software es dado de baja.	NO

Conclusiones

Luego de finalizar la verificación de la entidad al cumplimiento de la normatividad en materia de derechos de autor sobre software, la oficina de Control Interno encuentra que la Entidad cumple en alto grado con lo establecido por la Dirección Nacional de Derechos de Autor

1.3.3 Informe Austeridad en el Gasto - Envío Archivo validación Informe Trimestral Ahorro en el gasto Radicado No. 20211300007023 de 24 de marzo 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 IV

trimestre de 2020, sobre la ejecución y consumos de los siguientes rubros: Gastos de Personal, consumo en impresos, publicaciones y publicidad, gastos de mantenimiento de vehículos y de edificaciones, asignación y uso de teléfonos fijos y celulares, gastos de servicios públicos, gastos de viaje interior y exterior y gastos en capacitación y bienestar.

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

1.4 Seguimientos Oficina de Control Interno

1.4.1 Informe para el fenecimiento de la Cuenta General del Presupuesto y del Tesoro; Informe a la Cámara de Representantes, Radicado No. 20211300007003 de 23 de marzo de 2021, No requiere respuesta

El presente informe se rindió con base en el documento de solicitud de información realizada a la Superintendencia de la Economía Solidaria y el envío de la misma a la Comisión Legal de Cuentas de la Cámara de Representantes para el fenecimiento de la Cuenta General del presupuesto y del Tesoro Nacional y Balance General de la Nación Vigencia Fiscal 2020.

Conclusiones

La Superintendencia dio cumplimiento con el envío de la información solicitada por la Comisión Legal de Cuentas de la Cámara de Representantes mediante correo electrónico el 3 de marzo y envío físico el 4 de marzo de 2021, la cual se encontraba debidamente discriminada y sustentada de acuerdo a lo solicitado, y en la misma se incluía la totalidad de los anexos y documentos requeridos, la respuesta fue remitida a este cuerpo colegiado de manera oportuna.

1.4.2 Plan de Acción Anual - PAA (Seguimiento al PAA) (Radicado 20211300007143 del 26 marzo 2021). Respuesta radicado No. 20211200007723 del 7 de abril de 2021

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 revisará 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 diciembre de 2020

Observaciones

- 1. Observación 1:** Incumplimiento en Actividad No. 6 del Plan de Acción - Delegaturas

Condición (Descripción de lo evidenciado)

“Super-Visión” para la transformación

En la Actividad No 6: Expedir lineamientos dentro de los marcos regulatorios para las organizaciones solidarias en el marco de Buen Gobierno de conformidad con las instrucciones del Decreto 962 de 2018. Se cumplió con un 90% en los lineamientos regulatorios para las organizaciones solidarias en el marco de Buen Gobierno.

Recomendación:

Realizar los compromisos restantes para subsanar la observación mediante plan de mejora

- 2. Observación 2:** Incumplimiento en Actividad No. 28 del Plan de Acción – Líderes de Procesos

Condición (Descripción de lo evidenciado)

En la Actividad No 28: Realizar seguimiento al mejoramiento continuo de los procesos. Se presentó el Informe de evaluación generado de los resultados del módulo de mejora e indicadores, reflejando un avance del 90% en el mejoramiento continuo.

Recomendación:

Realizar los compromisos restantes para subsanar la observación mediante plan de mejora

- 3. Observación 3:** Incumplimiento en Actividad No. 35 del Plan de Acción - OAPS

Condición (Descripción de lo evidenciado)

En la Actividad No 35: Depurar y consolidar el registro administrativo único de entidades solidarias sujetas a supervisión. Se avanzó en la implementación de la primera fase de depuración cruce RUES vs base de datos entidades vigiladas con un 90% de la meta prevista.

Recomendación:

Realizar los compromisos restantes para subsanar la observación mediante plan de mejora

- 4. Observación 4:** Incumplimiento en Actividad No. 44 del Plan de Acción - OAPS

Condición (Descripción de lo evidenciado)

En la Actividad No 44: Gestión de trámites integrada. Se implementaron los trámites en la

sede electrónica de la entidad conforme a lo establecido en la Circular Básica Jurídica (Circular Externa No. 20 del 18 de diciembre de 2020), cumpliendo con un 90% de la meta prevista.

Recomendación:

Realizar los compromisos restantes para subsanar la observación mediante plan de mejora

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Incumplimiento en Actividad No. 6 del Plan de Acción - Delegaturas	No
2	Incumplimiento en Actividad No. 28 del Plan de Acción – Líderes de Procesos	No
3	Incumplimiento en Actividad No. 35 del Plan de Acción - OAPS	No
4	Incumplimiento en Actividad No. 44 del Plan de Acción - OAPS	No

Conclusión

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, cumplimiento en evidencias, 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 2020.

Así mismo reconoce el Autocontrol que implementa en sus procesos la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas ya que entrega el Plan de Mejoramiento, de las acciones contenidas en el resumen de observaciones bajo la responsabilidad de las dependencias, con anticipación de manera proactiva.

1.4.3 Seguimiento a los contratos colgados en la plataforma del SECOP, Radicado No. 20211300007423 de 30 de marzo de 2021, Respuesta radicado No. 20215100007863 del 9 de abril de 2021

El alcance previsto para esta actividad conlleva la verificación de la publicación de una muestra de cuarenta (40) procesos de contratación de un total de ciento noventa y seis (196) gestionados por parte de la entidad en el SECOP II, durante el periodo comprendido entre el 01 de enero al 04 de marzo de 2021.

Observaciones

- 1. Observación No 1:** Se evidenció la publicación de documentos por fuera del término establecido en el artículo 2.2.1.1.1.7.1 del Decreto 1082 de 2015.

Verificados los soportes que se encuentran registrados en cada uno de los procesos de contratación de la muestra seleccionada, se pudo observar que el certificado de insuficiencia de personal de planta de algunos de ellos, fue publicado por fuera del término de los tres días hábiles posteriores a la fecha de expedición del documento, tal y como lo señala la norma:

“Artículo 2.2.1.1.1.7.1. Publicidad en el SECOP. La Entidad Estatal está obligada a publicar en el SECOP los Documentos del Proceso y los actos administrativos del Proceso de Contratación, dentro de los tres (3) días siguientes a su expedición. La oferta que debe ser publicada es la del adjudicatario del Proceso de Contratación. Los documentos de las operaciones que se realicen en bolsa de productos no tienen que ser publicados en el SECOP.”

Los procesos en los que se evidenció esta observación son los siguientes:

CD 28-2021, CD 29- 2021, CD 30- 2021, CD 31- 2021, CD 32- 2021, CD 33- 2021, CD 34- 2021, CD 35- 2021, CD 36- 2021, CD 37- 2021, CD 38- 2021, CD 39- 2021, CD 40- 2021 y CD 45- 2021.

Indagada esta situación al líder del proceso, se informa que lo anterior se debe a que con el ánimo de agilizar la gestión de la contratación por prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión en la entidad para la vigencia 2021, se anticipó la elaboración de los documentos del proceso, sin embargo, el flujo de aprobación en el sistema impide algunas veces dar cumplimiento con el término señalado en la norma, respecto de la fecha de expedición del documento y la fecha de publicación del mismo.

Recomendación:

Verificar previo al inicio del proceso de publicación de los documentos de los contratos, las fechas de expedición de los mismos, garantizando el cumplimiento de los términos señalados en la norma.

No	OBSERVACIÓN	REPETITIVO
1	Se evidenció la publicación de documentos por fuera del término establecido en el artículo 2.2.1.1.1.7.1 del Decreto 1082 de 2015.	NO

Conclusión

Verificados los registros de la muestra seleccionada para la verificación del cumplimiento de la publicación de los procesos de selección en el Sistema Electrónico de Contratación Estatal SECOP II de conformidad a lo señalado en el Decreto 1082 de 2015, se pudo observar una mejoría en la gestión por parte del líder del proceso, ya que se evidencia la totalidad de documentos generados en cada uno de los registros.

Sin embargo, se evidenció que algunos registros presentan la publicación extemporánea del certificado de insuficiencia e inexistencia de personal de planta, ya que superan los tres días hábiles señalados por la norma, por lo que se recomienda realizar las verificaciones previas al inicio del flujo de aprobaciones en el sistema y evitar reprocesos al momento de publicar.

Es por lo anterior, que se recomienda dar aplicación a lo señalado en el Decreto 1082 de 2015, específicamente lo relacionado con la publicidad del proceso contractual, dando aplicación al principio de transparencia.

Realizada la verificación sobre el cumplimiento del plan de mejoramiento formulado en la vigencia 2020, se pudo evidenciar que se le dio cumplimiento a la totalidad de acciones de mejora propuestas, procediendo a cerrar las mismas.

1.4.4 Informe de Personal y Costos, Radicado No. 20211300009243 de 26 de abril de 2021, No requiere respuesta

El alcance previsto para esta actividad conlleva la verificación del reporte a corte 31 de diciembre de 2020, en el Consolidado de Hacienda e Información Pública (CHIP)

Conclusión

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

1.5. Otros Aspectos

1.5.1 Elaboración Boletines Bimestrales OCI - Fomento de la Cultura de Control marzo 2021

Se socializó por correo electrónico a todos los funcionarios de la Superintendencia el Boletín No. 2 del mes de marzo, 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. 02 de marzo 2021

- Liderazgo estratégico
- ¿Cómo se puede desarrollar?
- Fuentes de información
- Autocontrol

1.5.2 Fomento de la Cultura de Control - Campaña Autocontrol: Porque creo en la transparencia e innovación

Durante el mes de abril del presente año, la Oficina de Control Interno en coordinación con la Oficina de Comunicaciones adelantó la campaña de autocontrol “Porque creo en la transparencia e innovación, mediante el envío de correos electrónicos a los funcionarios y contratistas que laboran en la entidad así como la socialización de un Podcast en el cual se agradeció la participación de los funcionarios y contratistas que respondieron los cuestionarios de validación sobre los conceptos emitidos.

1.5.3 Informe de Gestión (Informe de Actividades OCI) Radicado No. 20211300006483 del 16 de marzo 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 19 de mayo de 2021)

La Oficina de Control Interno ha continuado en el proceso de realizar reuniones con cada uno de los procesos que tenían radicados pendientes de aclaración, vinculación, cierre y respuesta. En dichas reuniones de manera general se han continuado aclarando y determinando las principales causas por las cuales dichos radicados continúan pendiente de cierre en el Sistema Documental eSigna, entre las cuales encontramos 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 trámite 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 1a).

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 19 de mayo 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 de los miembros del comité:

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 19 de mayo 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 2a).

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 presenta 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.

De acuerdo a lo anterior, se presentará para aprobación de los miembros del comité Institucional de Coordinación de Control Interno en la reunión a celebrarse el 31 de mayo del presente año el Programa Anual de Auditoría propuesto y ajustado (Anexos 3a y 4a)

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.

130 - 20211300011833

Página 31 de 31

5. Resultado de monitoreo mapa de riesgos institucional y de corrupción - Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

La Oficina Asesora de Planeación y Sistema socializará en la reunión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el resultado del monitoreo realizado sobre el mapa de riesgos institucional y de corrupción 2021 de la Superintendencia de la Economía Solidaria.

Cordialmente,

MABEL ASTRID NEIRA YEPES
Jefe Oficina de Control Interno

Proyectó: MABEL ASTRID NEIRA YEPES
Revisó: