

MEMORANDO
20211300026723

PARA: LILIANA ANDREA FORERO GOMEZ
SUPERINTENDENTE (E)
DE: MABEL NEIRA YEPES
JEFE DE OFICINA CONTROL INTERNO
ASUNTO: Informe de Actividades Oficina de Control Interno – Septiembre a
Octubre de 2021.
FECHA: Bogotá D.C., 22/11/2021

130 - 20211300026723

Página 1 de 44

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 Auditoria para la vigencia septiembre - octubre 2021.

1. Trabajos y auditorías realizadas, septiembre – octubre 2021

- 1.1. Auditorías a procesos
- 1.2. Auditorias Especiales
- 1.3. Informes de Ley
- 1.4. Seguimientos oficina de control interno
- 1.5. Otros Aspectos

“Super-Visión” para la transformaci^on

2. Seguimiento memorando emitidos por la Oficina de Control Interno pendientes de cierre, aclaración o respuesta en al Sistema de Gestión Documental eSigna – Vigencia 2020
3. Seguimiento memorando emitidos por la Oficina de Control Interno pendientes de cierre, aclaración o respuesta en al Sistema de Gestión Documental eSigna – Vigencia 2021
4. Programa anual de auditoría - Vigencia 2021

1. TRABAJOS Y AUDITORIAS REALIZADAS, septiembre – octubre 2021

1.1. Auditorías a Procesos

1.1.1 Supervisión (SUPE) Riesgo 4, Radicado No. 20211300020323 del 10 de septiembre de 2021. Sin respuesta a la fecha del informe

La auditoría se realizó sobre lo establecido en la caracterización del proceso de supervisión y específicamente se revisó el Riesgo y Controles SUPE-4 (Proceso de Supervisión):

- Planeación y ejecución de la Supervisión.
- Así mismo, la auditoría se realizó mediante el análisis de los instrumentos archivísticos y los soportes que evidencien el desarrollo de las actividades propias de la gestión documental al interior de la entidad, por lo cual se tuvo en cuenta lo definido en los procedimientos asociados al proceso de gestión documental, cuyo alcance contempló la organización de los archivos de gestión de la entidad y por ende que sean aplicables al proceso de planeación.

Observaciones

1. **Observación 1.** Falta de descripción de los soportes de las acciones del control para el riesgo SUPE-4 del proceso de Supervisión (SUPE).

Área responsable:

Delegatura para la Supervisión de la Actividad Financiera del Cooperativismo

Condición

De conformidad con lo señalado por el Departamento Administrativo de la Función Pública en la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas”, para que el control que elimine y/o mitigue el riesgo se encuentre bien diseñado, debe contar con los siguientes requisitos:

- Contar con un responsable de ejecución
- Tener periodicidad
- Contar con un propósito
- Debe establecer cómo se realiza la actividad de control
- Debe indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control
- La ejecución del control debe dejar una evidencia

Revisado el diseño de los controles asociados al proceso de Supervisión de acuerdo al mapa de riesgos publicado en el aplicativo ISOLUCION a corte 21 de agosto de 2021, se pudo evidenciar que para el riesgo SUPE-4, en las acciones del control no describen todos los posibles soportes de la ejecución de la acción, toda vez que no solo queda el registro en eSigna sino que también existen evidencias mediante correos electrónicos WhatsApp y llamadas telefónicas, tal como lo manifestó desde la Delegatura Financiera para la acción 3 del control.

La acción del control en mención es la siguiente:

" Los Intendentes como puntos de control deben revisar los informes de visitas de inspección. La evidencia quedará registrada en el flujo de revisión y aprobación del sistema de gestión documental eSigna".

Frente a esta acción se procedió a solicitar mediante correo electrónico la evidencia, lo cual fue respondido el día 19 de agosto por el mismo medio, indicando lo siguiente:

Como se puede observar, no se describe los soportes de la acción según lo manifestado por el proceso

Recomendación

Ajustar las acciones y revisar la matriz de riesgos del proceso de Supervisión, de tal manera, que se verifique si se encuentran señalados todos los aplicativos y evidencias que soportan la ejecución del control.

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

La Delegatura remitió un archivo en Excel titulado "b. FUID_Cooperativa FEBOR.xlsx", el cual es de fecha 2019, con registros cerrados y para remitir al Archivo Central a través de Transferencia Primaria; por ende, no se da cumplimiento este ítem.

Área responsable:

"Super-Visión" para la transformación

Delegatura para la Supervisión de la Actividad Financiera del Cooperativismo

Condición Remisión errónea de inventarios.

Es pertinente indicar uno de los objetivos del diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental del Archivo de Gestión es controlar la producción de los documentos que están en trámite, y, por tanto, debe diligenciarse frecuentemente para mantenerlo actualizado, además de conocer con certeza la cantidad de carpetas y cajas en formato físico y la cantidad de carpetas almacenadas en forma electrónica (servidor Atila, Drive) que están en gestión (trámite).

En ese sentido, la remisión del FUID del año 2019 por parte de la Delegatura auditada no responde al requerimiento, pues los documentos que actualmente están en trámite, aún no se ha cerrado su gestión, independientemente del soporte documental en donde los mismos se encuentren (físico y electrónico) son los requeridos para este inventario.

Lo anterior pone en evidencia que el proceso auditado tiene falencias en la comprensión del ciclo vital del documento, fases de archivo y su interacción con los diferentes propósitos del Inventario, dado que pueden existir varios Inventarios para los diferentes fines, entre ellos, el inventario para transferencias documentales y el inventario de archivo de gestión.

Ello implica que es probable que el proceso auditado puede incurrir en el incumplimiento de lo establecido en el Acuerdo 042 de 2002, especialmente en lo contenido en el artículo segundo frente a la organización de archivos de gestión de conformidad con las Tablas de Retención

Documental, manuales de procedimientos y funciones de la respectiva entidad y el artículo cuarto que define los criterios para la organización de archivos de gestión.

Con relación a este numeral, es importante señalar que el art. 26 de la Ley 594 de 2000 establece que, "...Es obligación de las entidades de la Administración Pública elaborar inventarios de los documentos que produzcan en ejercicio de sus funciones, de manera que se asegure el control de los documentos en sus diferentes fases" y en concordancia con esta y otras normas (Ley 594 del 2000, Artículo 4, literal d), Ley 734 de 2002, Código Único Disciplinario, Artículo 34. Deberes. Numeral 5), Acuerdo AGN 038 de 2002, Artículo Primero y Artículo Cuarto, -Acuerdo AGN 042 del 2002, Artículo 3 y Decreto Único Sector Cultura 1080 del 2015, Artículo 2.8.2.5.3), la Superintendencia documentó la actividad mediante el procedimiento PR-GEDO-005 PR-GEDO005 Administración de archivos de gestión y transferencias documentales primarias, cuyo numeral 3 del apartado Generalidades y/o políticas de operación se estableció que el jefe es el responsable de la organización de los documentos en gestión de cada una de las dependencias y de la elaboración y actualización de los inventarios documentales.

Recomendación

Aplicación y seguimiento al numeral 12 “Elaborar inventario documental de los expedientes” del PR-GEDO-005 Administración de archivos de gestión y transferencias documentales primarias.

- Revisar los formatos actualizados contenidos en el sistema integral de gestión, relacionados con el “Formato Único de Inventario Documental – FUID”, para su correcto diligenciamiento.
- Solicitar Asistencia Técnica al Grupo de Gestión Documental y Administrativo para el seguimiento en la aplicación del procedimiento PR-GEDO-005 Administración de archivos de gestión y transferencias documentales primarias.

3. Observación 3. Hojas de Control diligenciadas correspondientes a expedientes de las series complejas que se conforman en la dependencia.

La Delegatura no remitió las Hojas de Control diligenciadas que corresponden a los expedientes de series complejas. En ese sentido, no se avala este requerimiento.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Observación: Ausencia de las Hojas de Control previamente diligenciadas acorde con las series complejas asociadas a la Delegatura para la Supervisión de la Actividad Financiera del Cooperativismo.

Las Hojas de Control son una herramienta básica para el control y registro de los documentos que conforman los expedientes cuyas series son complejas, es decir, series documentales que tienen varios tipos documentales, independientemente de su soporte (físico y/o electrónico)

Acorde con la TRD de la Delegatura auditada, la subserie documental 2000.29.43 EXPEDIENTES DE ENTIDADES VIGILADAS – FINANCIERA cumple con las características antes descritas para ser serie compleja dado que tiene 57 tipos documentales asociados, por ende, es de obligatorio cumplimiento el diligenciamiento de la Hoja de Control para cada expediente.

La ausencia en el diligenciamiento de la Hoja de Control pone de manifiesto el desconocimiento del procedimiento PR-GEDO-005 Administración de archivos de gestión y transferencias documentales primarias, dado que en el numeral 13 del acápite Descripción del Procedimiento se indica:

Diligenciar el formato FT-GEDO-012 Hoja de Control Documental. Diligenciar el formato

Hoja de control documental (FT-GEDO-011) (sic) para cada uno de los expedientes (series complejas), garantizando que en la primera carpeta del expediente quede archivada dicha hoja de control.

Este numeral señala claramente que cada archivo de gestión debe emprender las actividades necesarias para el diligenciamiento de la Hoja de control, la cual se actualiza cada vez que se ingresan nuevos documentos a las carpetas hasta que finalicen su trámite, por tanto, el diligenciamiento de las Hojas es constante y permanente.

De igual manera, el uso de la Hoja de control está reglamentado en el Acuerdo 004 de 2014 expedido por el Archivo General de la Nación – AGN –, específicamente en el párrafo único del artículo 12:

La persona o dependencia responsable de gestionar el expediente durante su etapa de trámite, está obligada a elaborar la hoja de control por expediente, en la cual se consigne la información básica de cada tipo documental y antes del cierre realizar la respectiva foliación. (...)

En paralelo, la Superintendencia documentó la actividad mediante el procedimiento PR-GEDO005 (antes mencionado), cuyo numeral 13 del apartado Generalidades y/o políticas de operación se estableció que la obligatoriedad de la elaboración de las hojas de control de tal manera que se conozca el contenido del expediente a partir de la identificación, registro y descripción de los documentos que conforman el expediente.

Recomendación

- Solicitar asistencia técnica al Grupo de Gestión Documental y Administrativo para conocer el procedimiento PR-GEDO-005 Administración de archivos de gestión y transferencias documentales primarias.
- Revisar los formatos actualizados contenidos en el sistema integral de gestión, relacionados con el “Hoja de Control documental”, para su correcto diligenciamiento.
- Empezar acciones concretas con el ánimo de iniciar el diligenciamiento de la Hojas de Control documental de las carpetas (físicas y/o electrónicas) del archivo de gestión de la Delegatura auditada.

4. Observación 4. Formato de control consulta y/o préstamo documental para archivos de gestión diligenciado.

La Delegatura auditada no remitió el formato de control y/o préstamo documental para archivos de gestión previamente diligenciado, por ende, se da por incumplido este requerimiento.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

“Super-Visión” para la transformación

Observación: Ausencia del formato Control consulta y/o préstamo documental previamente diligenciado por la Delegatura para la Supervisión de la Actividad Financiera del Cooperativismo.

El formato Control consulta y/o préstamo documental para archivos de gestión garantiza conocer si algún expediente o carpeta se encuentra en préstamo y/o ha sido consultado con anterioridad, dando confianza y seguridad sobre la custodia y salvaguarda de las carpetas y expedientes que conforman el archivo de gestión de la Delegatura auditada, independiente de su soporte (físico y/o electrónico).

La ausencia en el diligenciamiento de este formato muestra el desconocimiento del procedimiento PR-GEDO-005 Administración de archivos de gestión y transferencias documentales primarias, especialmente lo consignado en el numeral 19 del apartado Generalidades y/o políticas de operación se estableció que la necesidad de mantener actualizado el registro de datos en el formato FT-GEDO-016 Consulta y/o préstamo documental para archivos de gestión.

Recomendación

- Solicitar asistencia técnica al Grupo de Gestión Documental y Administrativo para conocer el procedimiento PR-GEDO-005 Administración de archivos de gestión y transferencias documentales primarias.
- Revisar los formatos actualizados contenidos en el sistema integral de gestión, relacionados con el “Consulta y/o préstamo documental para archivos de gestión”, para su correcto diligenciamiento.

5. Observación 5. Soporte de la última transferencia efectuada

La Delegatura auditada adjuntó un documento en PDF titulado “d. ACTA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS-DELEGATURA FINANCIERA.pdf”, el cual refiere la transferencia realizada el 28 de octubre de 2019; por ende, se da por cumplido este requerimiento.

Sin embargo, se recomienda a la Delegatura continuar con la actividad de transferencia en los términos indicados en el procedimiento PR-GEDO-005 Administración de archivos de gestión y transferencias documentales primarias, en concordancia con el Plan de Transferencias Documentales cierre 2020 y año 2021 difundido desde la Secretaría General a través de Memorando 2020SES0019963 del 15 de diciembre de 2020.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Observación: Desconocimiento sobre eliminación de documentos y falta de evidencias que la avalen.

La Delegatura auditada no presentó soportes o justificación sobre el procedimiento de eliminación de documentos

Recomendación

- Solicitar Asistencia Técnica al Grupo de Gestión Documental y Administrativo sobre el procedimiento interno PR-GEDO-016 Eliminación de documentos por Aplicación de Tablas de Retención Documental y/o duplicidad y documentos de apoyo.

Producto de la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno, fueron evidenciadas las siguientes observaciones las cuales requieren de la formulación de acciones de mejora que permitan subsanar la causa que las generó:

RESUMEN DE OBSERVACIONES

| No | OBSERVACIONES | REPETITIVO |
|----|---|------------|
| 1 | Falta de descripción de los soportes de las acciones del control para el riesgo SUPE-4 del proceso de Supervisión (SUPE) | NO |
| 2 | Formato Único de Inventario Documental del Archivo de Gestión diligenciado. | NO |
| 3 | Hojas de Control diligenciadas correspondientes a expedientes de las series complejas que se conforman en la dependencia. | NO |
| 4 | Formato de control consulta y/o préstamo documental para archivos de gestión diligenciado. | NO |
| 5 | Soporte de la última transferencia efectuada | NO |

Conclusión

Una vez culminada la evaluación efectuada por parte de la Oficina de Control Interno, se observa la necesidad de ajustar la redacción de las acciones asociadas a los controles del proceso, para que los mismos se encuentren de acuerdo a lo que se realiza frente a lo que se establece dentro de la matriz de riesgos institucional y a las directrices establecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública; esto es, incluyendo cada una de las condiciones señaladas en la guía para la gestión de riesgos en las entidades del estado.

1.1.2 Supervisión (SUPE) Riesgo 1, Radicado No. 20211300021873 del 30 de

“Super-Visión” para la transformación

septiembre de 2021. Respuesta emitida por correo electrónico el 22 de octubre de 2021, pendiente de respuesta a la fecha en eSigna.

Se verificó el correcto desarrollo del proceso SUPERVISIÓN, Riesgo 1 a través de la evaluación de la ejecución de los controles establecidos en la matriz de riesgos de gestión aprobado por la entidad.

Es pertinente aclarar que el proceso de Supervisión es gestionado por parte de la Delegatura para la Supervisión de la Actividad Financiera del Cooperativismo y la Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria, por lo que la presente evaluación se hará de manera conjunta a la gestión de estas dos áreas, generando un único informe.

Observaciones

- 1. Observación 1:** Falencias en las evidencias de las Actividades del Mapa de riesgos de corrupción y mapa de riesgos institucional 2021 – Delegatura Financiera

Condición (Descripción de lo evidenciado)

En la revisión de las actividades y sus respectivas evidencias se evaluó que la evidencia sea suficiente, competente y relevante

Recomendación

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

- 2. Observación 2:** Tiempos establecidos para responder las PQRSD – Delegatura Financiera

Condición (Descripción de lo evidenciado)

La entidad presenta un total de 221 PQRSD que fueron contestadas fuera de tiempo, es decir que el 8% 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 127 días en dar respuesta.

Recomendación

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

Producto de la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno, fueron evidenciadas las siguientes observaciones las cuales requieren de la formulación de acciones de mejora que permitan subsanar la causa que las generó:

RESUMEN DE OBSERVACIONES

| No | OBSERVACIONES | REPETITIVO |
|----|---|------------|
| 1 | Falencias en las evidencias de las Actividades del Mapa de riesgos de corrupción y mapa de riesgos institucional 2021 | No |
| 2 | Tiempos establecidos para responder las PQRSD | Si |

Conclusión

La Oficina de Control interno reconoce la importancia de la aplicación de normas, parámetros y políticas del Modelo integrado de Planeación y Gestión, así como de la aplicación del modelo de gestión basado en riesgos, por lo tanto, de las estrategias para su cumplimiento en el proceso SUPE cuya integración a la entidad es relativamente nuevo en su implementación por lo que con esta auditoria se busca que los funcionarios vayan detectando debilidades, afianzando conocimientos y ejecutando mejoras.

1.1.3 Auditoría al Proceso de Supervisión SUPE - Riesgo 6 Radicado No. 20211300024583 de 29 de octubre de 2021. Pendiente de respuesta

Se verificó el correcto desarrollo del proceso SUPERVISIÓN, específicamente la evaluación a la identificación de riesgos, diseño de controles y ejecución de los mismos, respecto del proceso CA-SUPE-001- "SUPERVISIÓN", específicamente el riesgo SUPE 6 de la matriz oficial de la entidad, a través de la evaluación de la ejecución de los controles establecidos en la matriz de riesgos de gestión aprobado por la entidad.

Es pertinente aclarar que el proceso de Supervisión es gestionado por parte de la Delegatura para la Supervisión de la Actividad Financiera del Cooperativismo y la Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria, por lo que la presente evaluación se hará de manera conjunta a la gestión de estas dos áreas, generando un único informe.

Observaciones

1. **Observación 1:** Falencias en las evidencias de la Actividad 3 del Riesgo 6 del Mapa de riesgos institucional 2021 – Delegatura para la Supervisión de la Actividad Financiera del Cooperativismo

Condición (Descripción de lo evidenciado)

En la revisión de las actividades y sus respectivas evidencias se evaluó que la evidencia sea suficiente, competente y relevante; condiciones que no se cumple en tanto que no encuentra en el sitio web indicado la normatividad relacionada la Guía de Relación de solvencia debido a que no fue enviada, en el formato destinado para ello, a la Oficina Asesora Jurídica para su revisión, por parte de la Delegatura financiera.

Recomendación

Revisión y aplicación del procedimiento PR-GEJU-004 de iSolución para que así la Oficina Jurídica pueda hacer el análisis de la normatividad e incluirlas en la página web y en la matriz de normatividad de iSolución.

- Observación 2:** Falencias en las evidencias de la Actividad 3 del Riesgo 6 del Mapa de riesgos institucional 2021 – Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Condición (Descripción de lo evidenciado)

En la revisión de las actividades y sus respectivas evidencias se evaluó que la evidencia sea suficiente, competente y relevante; condiciones que no se cumple en tanto que no encuentra en iSolución la Ley 2143 de 2021, siendo este el paso 6 del Procedimiento PR-GEJU-004

Recomendación

Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas realizar seguimiento y cargue en iSolución de la solicitud recibida para cumplir el punto 6 del procedimiento PR-GEJU004 de iSolución.

Producto de la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno, fueron evidenciadas las siguientes observaciones las cuales requieren de la formulación de acciones de mejora que permitan subsanar la causa que las generó:

| No | OBSERVACIONES | REPETITIVO |
|----|--|------------|
| 1 | Falencias en las evidencias de la Actividad 3 del Riesgo 6 del Mapa de riesgos institucional 2021 – Delegatura Financiera | No |
| 2 | Falencias en las evidencias de la Actividad 3 del Riesgo 6 del Mapa de riesgos institucional 2021 – Oficina Asesora de Planeación y Sistemas | No |

CONCLUSIONES

La Oficina de Control interno reconoce la importancia de la aplicación de normas, parámetros y políticas del Modelo integrado de Planeación y Gestión, así como de la aplicación del modelo de gestión basado en riesgos, por lo tanto, de las estrategias para su cumplimiento en el proceso SUPE cuya integración a la entidad es relativamente nuevo en su implementación por lo que con esta auditoria se busca que los funcionarios vayan detectando debilidades, afianzando conocimientos y ejecutando mejoras.

1.1.4 Gestión Integral de Talento Humano (GITH) – Parte 1 Radicado No. 20211300024393 de 28 de octubre de 2021. Pendiente de respuesta

Llevar a cabo la auditoria al proceso de "GESTIÓN INTEGRAL DE TALENTO HUMANO", mediante:

1. Verificación sobre la ejecución de los controles definidos en la matriz de riesgo actualizada en la vigencia 2021 del proceso Gestión Integral de Talento Humano.
2. Verificación del cumplimiento de los lineamientos recomendados por el Departamento Administrativo de la Función Pública en relación con el Sistema de Control Interno
3. Verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos en el formato de autodiagnóstico de Gestión Estratégica de Talento Humano.

En el desarrollo de la auditoría al proceso Gestión Integral de Talento Humano, se comunicó a través del memorando No. 20211300019853 del 04 de septiembre de 2021, la adición al alcance del trabajo de aseguramiento para dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa No. 10 del 24 de agosto de 2020 expedida por la Comisión Nacional del Servicio Civil, relacionado con la vigilancia al cumplimiento de las normas en materia de carrera administrativa.

Sin embargo y teniendo en cuenta la importancia de esta evaluación y los términos del programa de la Oficina de Control Interno, se hace necesario prorrogar el término para poder realizar las verificaciones pertinentes que permitan generar valor agregado al proceso.

Es por lo anterior, que la verificación del proceso de selección y nombramiento de los funcionarios de la entidad, se realizará a través de una auditoría especial la cual será informada oportunamente, solicitando los soportes adicionales que sean necesarios.

Observaciones

1. **Observación No 1.** Elaboración de inventarios documentales del archivo de gestión

Condición (Descripción de lo evidenciado)

El proceso de Gestión Integral de Talento Humano cuenta parcialmente con inventarios documentales de su archivo de gestión; además, no hace uso del Formato Único de Inventario Documental -FUID en su versión actualizada disponible en el sistema Isolución.

Recomendación

- Solicitar asistencia técnica al Grupo de Gestión Documental y Administrativo para conocer el procedimiento PR-GEDO-005 Administración de archivos de gestión y transferencias documentales primarias en lo concerniente a la elaboración de inventarios documentales de su archivo de gestión con el ánimo de mitigar el riesgo de pérdida de información que compromete la evaluación institucional ante los entes de control como el AGN.
- Revisar los formatos actualizados contenidos en el sistema integral de gestión, relacionados con el “Formato Único de Inventario Documental – FUID”, para su correcto diligenciamiento.
- Empezar acciones concretas con el ánimo de iniciar el diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental – FUID de las carpetas (físicas y/o electrónicas) del archivo de gestión

2. Observación 2: Deficiencias en la aplicación de la Tabla de Retención Documental – TRD para efectuar transferencias documentales primarias

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Verificados los soportes sobre las transferencias documentales del proceso de Talento Humano, se aporta un inventario de transferencia documental primaria para la vigencia 2019, en el cual no se relaciona la serie Historias Laborales, a pesar de que de acuerdo a la Tabla de Retención Documental la serie debe permanecer en el Archivo de Gestión por un periodo de dos (2) años y luego de ello debe ser objeto de transferencia. Lo anterior hace concluir que el proceso de Talento Humano no efectuó la transferencia documental primaria en cumplimiento de lo establecido en el Plan Anual de Transferencias Documentales Primarias, lo que conlleva a que la entidad pueda incurrir en incumplimientos frente a lo establecido en la normatividad archivística y la posible identificación de hallazgos (reiterados) internamente por parte de un ente de inspección y vigilancia como lo es el Archivo General de la Nación – AGN, lo que aunado a otras oportunidades de mejora en distintos procesos, puede repercutir en la imposición de sanciones o multas a la entidad

Recomendación

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

3. Observación No 3. Ausencia de inventarios documentales por desvinculación o retiro de servidores públicos.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

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

Lo anterior hace presumir que el proceso de Talento Humano no cuenta con los inventarios documentales entregados por desvinculación o retiro de servidores públicos, lo que conlleva a que la entidad pueda incurrir en incumplimientos frente a lo establecido en la normatividad archivística y la posible identificación de hallazgos (reiterados) internamente por parte de un ente de inspección y vigilancia como lo es el Archivo General de la Nación – AGN, aunado a otras oportunidades de mejora en distintos procesos, puede repercutir en la imposición de sanciones o multas a la entidad.

Es pertinente señalar como antecedente sobre este tema, el Archivo General de la Nación – AGN en visita de inspección del año 2012, señaló:

“Hallazgo No. 7. Las Historias Laborales, no cumplen con los parámetros establecidos en la Circular 004 de 2003 del AGN y el DAFP, teniendo en cuenta que no se incluye la totalidad de los tipos documentales, la hoja de control no está debidamente diligenciada; no cuentan con inventario en el formato FUID.”

En el año 2015 la Oficina de Control Interno en el marco del Plan de Mejoramiento Archivístico, producto de la visita en mención, informo al AGN que las Historias Laborales cumplen con los parámetros de la Circular 004 de 2003 y el DAFP y que la hoja de control se diligencia de forma correcta y en observación el AGN manifiesta que “el hallazgo es subsanado (100%), los avances en el tratamiento de este tipo de soportes y su debida salvaguarda, serán verificados por el AGN, en visita posterior, por parte del Grupo de Inspección y Vigilancia”

Recomendación

Con ocasión de la emergencia y con el fin de disponer de información necesaria sobre la gestión documental de cada uno de los procesos, de aquí en adelante, es necesario que cada uno de ellos cuente con una carpeta electrónica en donde se

conserven los soportes de los inventarios documentales del archivo de gestión, las hojas de control de los expedientes del archivo de gestión, inventarios documentales de entrega de documentos por desvinculación o retiro de servidores públicos y los inventarios de las transferencias documentales primarias efectuadas en cada vigencia, de modo que se disponga de copia digital del acta de entrega y recibo de documentos firmada, copia digital del Formato Único de Inventario Documental – FUID de la transferencia firmado y el archivo electrónico en formato Excel del Formato Único de Inventario Documental – FUID de la transferencia, el cual permitirá hacer búsquedas de información en caso de requerir documentos en calidad de préstamo por parte del Archivo Central.

Producto de la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno, fueron evidenciadas las siguientes observaciones las cuales requieren de la formulación de acciones de mejora que permitan subsanar la causa que las generó:

| No | OBSERVACIONES | REPETITIVO |
|----|---|------------|
| 1 | Elaboración de inventarios documentales del archivo de gestión | NO |
| 2 | Deficiencias en la aplicación de la Tabla de Retención Documental – TRD para efectuar transferencias documentales primarias | NO |
| 3 | Ausencia de inventarios documentales por desvinculación o retiro de servidores públicos | NO |

OPORTUNIDADES DE MEJORA:

- Analizar e incluir la identificación de riesgos de corrupción y su respectivo diseño de controles
- Gestionar las acciones necesarias para procurar un nivel de cumplimiento del 80 – 100 en la valoración de cada actividad de gestión en el autodiagnóstico de la gestión del talento humano.
- Ajustarse a lo señalado en Decreto 2365 de 2019 (acceso al personal joven en el sector público), incluyendo en la planta de personal, los cargos que dentro de sus perfiles no exijan experiencia, al momento de realizar la actualización y/o modificación de la Planta de Personal de la entidad.

Conclusión

Producto de la evaluación efectuada por parte de la Oficina de Control Interno, se pudo evidenciar algunas observaciones de tipo documental, para el establecimiento de puntos de control que permitan dar cumplimiento a las directrices establecidas por el Archivo General de la Nación y las implementadas por parte de la entidad, como lo son la ejecución de transferencias documentales, diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental – FUID, entre otros.

Por otro lado, se presentan algunas oportunidades de mejora que si bien no corresponden a la trasgresión de un criterio, pueden ser útiles para la mejora del proceso, por lo que se presentan en este informe para efectos de que sean analizadas, quedando a

discrecionalidad del líder del proceso su implementación a través de acciones de mejora.

1.1.5 Control Disciplinario (CODI) Radicado No. 20211300022853 de 15 de octubre de 2021. Respuesta 20211000024323 de 28 de octubre de 2021

Verificación del correcto desarrollo del proceso disciplinario por parte de la Secretaría General.

Nota: De conformidad con lo reiterado por la Secretaria General a la Oficina de Control Interno en la solicitud de información para adelantar la auditoria al proceso disciplinario, el artículo 95 de la ley 734 de 2002 establece lo siguiente:

“En el procedimiento ordinario las actuaciones disciplinarias serán reservadas hasta cuando se formule el pliego de cargos o la providencia que ordene el archivo definitivo, sin perjuicio de los derechos de los sujetos procesales. (...)”

Teniendo en cuenta lo anterior, la Oficina de Control Interno realizó la auditoria sobre aquellos procesos que no se encontraban cobijados con esta situación.

Observaciones

1. **Observación 1:** Debilidades en el diseño de los controles para el proceso de Control Disciplinario

Condición (Descripción de lo evidenciado)

De conformidad con lo señalado por el Departamento Administrativo de la Función Pública en la “*Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas*”, para que el control que elimine y/o mitigue el riesgo se encuentre bien diseñado, debe contar con los siguientes requisitos:

1. Contar con un responsable de ejecución
2. Tener periodicidad
3. Contar con un propósito
4. Debe establecer cómo se realiza la actividad de control
5. Debe indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control
6. La ejecución del control debe dejar una evidencia

En este mismo sentido, en la “Metodología para la Evaluación de Riesgos” - MT-PLES-001 adoptado por la entidad, en su numeral 3.5 – “Valoración de controles”, establece estas mismas condiciones para el correcto diseño del control.

Analizada la estructura de los controles asociados al proceso de Control Disciplinario de

acuerdo al mapa de riesgos publicado en la página web de la entidad a corte 01 de septiembre de 2021, se pudo evidenciar que la periodicidad de ejecución de los controles CODI 1 y CODI 2, no es específica y se determina a criterio del responsable de la ejecución del mismo, por lo que no se puede establecer de manera objetiva en qué momento se debe aplicar.

Los controles en mención son los siguientes:

| | |
|--------|--|
| CODI 1 | El profesional o contratista encargado del Grupo Control Interno Disciplinario <u>permanentemente</u> se encargará de elaborar una tabla de trazabilidad interna que establezca fechas límites de cada una de las etapas de los diferentes procesos disciplinarios que se encuentren en curso, las cuales deberán ajustarse claramente a los términos fijados por la ley. Como evidencia se dejará la tabla de trazabilidad interna diligenciada. |
| CODI 2 | El profesional o contratista encargado del Grupo Control Interno Disciplinario <u>cada vez que se requiera</u> informa a través de correo electrónico al Jefe de Control Interno Disciplinario respecto a las necesidades de mobiliario y material logístico que se requiere en el grupo con el fin de almacenar y proteger los expedientes disciplinarios correspondientes. De ser necesario, se reiterará la información contenida en el informe al interior del Comité primario de la Secretaría General. La evidencia será el informe enviado a la Jefe de Control Disciplinario Interno, correo electrónico, acta de Comité Primario. |

Como se puede observar en el aparte subrayado, las ejecuciones de los controles dependen del criterio del responsable, no se puede establecer a que se refiere con “permanentemente” y “cada vez que se requiera”, pudiendo generar diferentes puntos de vista para quienes los aplican.

Por otro lado, el control CODI 1 no cuenta con la identificación de las actividades a ejecutar en caso de desviación en la ejecución del control, generando un riesgo en la materialización del riesgo identificado.

Recomendación

Requerir el apoyo de la Oficina Asesor a de Planeación y Sistemas para actualizar la matriz de riesgos del proceso Gestión de Contratación, incluyendo una periodicidad objetiva para los controles señalados.

2. Observación 2: Elaboración de inventarios documentales del archivo de gestión

Condición (Descripción de lo evidenciado)

El proceso de Control Disciplinario no cuenta con inventarios documentales de su archivo de gestión, por tanto, no hace uso del Formato Único de Inventario Documental -FUID.

Recomendación

- Solicitar asistencia técnica al Grupo de Gestión Documental y Administrativo para conocer el procedimiento PR-GEDO-005 Administración de archivos de gestión y transferencias documentales primarias en lo concerniente a la elaboración de inventarios documentales de su archivo de gestión con el ánimo de mitigar el riesgo de pérdida de información que compromete la evaluación institucional ante los entes de control como el AGN.
 - Revisar los formatos actualizados contenidos en el sistema integral de gestión, relacionados con el “Formato Único de Inventario Documental – FUID”, para su correcto diligenciamiento.
 - Empezar acciones concretas con el ánimo de iniciar el diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental – FUID de las carpetas (físicas y/o electrónicas) del archivo de gestión.
3. **Observación 3:** Cumplimiento del Plan Anual de Transferencias Documentales Primarias.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

El proceso de Control Disciplinario no efectuó la transferencia documental primaria en cumplimiento de lo establecido en el Plan de Transferencias Documentales Primarias 2019, puesto que las dependencias de la entidad deberán realizar las transferencias en cumplimiento del plan anual de transferencia documentales primarias.

Recomendación

Continuar con las acciones planeadas para realizar la transferencia primaria acorde con el Plan de Transferencias vigencia 2021.

4. **Observación 4:** Inventarios documentales por desvinculación o retiro de servidores públicos

Condición (Descripción de lo evidenciado)

El proceso de Control Disciplinario dispone de manera equivocada de los inventarios por desvinculación o retiro de servidores públicos.

Recomendación

Con ocasión de la emergencia y con el fin de disponer de información necesaria sobre la gestión documental de cada uno de los procesos, de aquí en adelante, es necesario que cada uno de ellos cuente con una carpeta electrónica en donde se

conserven los soportes de los inventarios documentales del archivo de gestión, las hojas de control de los expedientes del archivo de gestión, inventarios documentales de entrega de documentos por desvinculación o retiro de servidores públicos y los inventarios de las transferencias documentales primarias efectuadas en cada vigencia, de modo que se disponga de copia digital del acta de entrega y recibo de documentos firmada, copia digital del Formato Único de Inventario Documental – FUID de la transferencia firmado y el archivo electrónico en formato Excel del Formato Único de Inventario Documental – FUID de la transferencia, el cual permitirá hacer búsquedas de información en caso de requerir documentos en calidad de préstamo por parte del Archivo Central.

Producto de la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno, fueron evidenciadas las siguientes observaciones las cuales requieren de la formulación de acciones de mejora que permitan subsanar la causa que las generó:

| No | OBSERVACIONES | REPETITIVO |
|----|--|------------|
| 1 | Debilidades en el diseño de los controles para el proceso de Control Disciplinario | NO |
| 2 | Elaboración de inventarios documentales del archivo de gestión | NO |
| 3 | Cumplimiento del Plan Anual de Transferencias Documentales Primarias. | NO |
| 4 | Inventarios documentales por desvinculación o retiro de servidores públicos | NO |

Conclusiones

Producto de la evaluación efectuada por parte de la Oficina de Control Interno, se pudo observar la necesidad de ajustar los controles asociados al proceso, para que los mismos se encuentren de acuerdo a las directrices establecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública; esto es, incluyendo cada una de las condiciones señaladas en la guía para la gestión de riesgos en las entidades del estado.

Respecto de las observaciones de tipo documental, es necesario establecer puntos de control que permitan dar cumplimiento a las directrices establecidas por el Archivo General de la Nación y las implementadas por parte de la entidad, como lo son la ejecución de transferencias documentales, diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental – FUID, entre otros.

1.2 Auditorias Especiales

1.2.1 Seguimiento Prestación Servicios Virtuales - Servicios Ciudadanos Digitales - COVID19 Radicado No. 20211300024563 de 29 de octubre de 2021. Memorando informativo, No requiere respuesta

Se verificó las actividades de contingencia propuestas en la entidad, con ocasión a la emergencia sanitaria causada por el COVID19, para el periodo comprendido entre el mes de junio y septiembre de la actual vigencia.

Observaciones

En la ejecución de la presente actividad auditora no se detectaron situaciones de incumplimientos para garantizar la prestación de los servicios virtuales, con ocasión a la emergencia sanitaria causada por el COVID-19, teniendo en cuenta las evidencias allegadas por las dependencias de la entidad y que fueron corroboradas por la Oficina de Control Interno, determinando que las acciones y estrategias implementadas han permitido a la entidad el desarrollo de sus funciones y la continuidad en la prestación de los servicios a sus grupos de interés.

Conclusiones

La Oficina de Control Interno, con base en la información recopilada y en los soportes inspeccionados, evidenció a través del presente seguimiento que la entidad ha establecido a través de sus dependencias, acciones y estrategias efectivas que han permitido la continuidad en la prestación de los servicios a sus funcionarios, contratistas y grupos de interés en general, a través de medios virtuales y presenciales, instaurando puntos de control y estableciendo medidas de bioseguridad, permitiendo a su vez el cuidado de la salud de sus funcionarios y contratistas y la realización de sus funciones, desde casa y de forma presencial en algunos casos, logrando mantener la continuidad del negocio.

1.2.2 Auditoria Data Center (Centro de Computo), Cuartos de Comunicación y Backups Radicado No. 20211300021953 de 30 de septiembre de 2021, Respuesta mediante radicado No. 20211200022383 del 8 de octubre de 2021

Se evaluó el diseño del Data Center, su administración, nivel de seguridad, mantenimiento, planes de contingencia, gestión sobre los Backups de Información y otros aspectos que surjan durante el curso de la actividad, para lo corrido de la actual vigencia.

Observaciones

- 1. Observación 1:** No se realizan simulacros para evaluar la efectividad de los controles implementados en el Data Center para la protección de los equipos y de la información.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

El estándar ANSI/TIA-942 establece en uno de sus apartes: “Además de las pruebas de componentes, el sistema de generación de espera, sistemas UPS, e interruptores de transferencia automática deben ser probados juntos como un sistema. Como mínimo, los ensayos deberán simular una utilidad falla y restauración de la alimentación normal. Fallo de componentes individuales deben ser probados en sistemas redundantes diseñada para seguir funcionando durante el fallo de un componente. Los sistemas deberían ser probados bajo carga utilizando bancos de carga. Además, una vez que el centro de datos está en funcionamiento, los sistemas deben probarse periódicamente para garantizar que sigan funcionando correctamente”.

Así mismo, en la visita física realizada al Data Center fue solicitada esta información, pudiéndose identificar que no se viene realizando esta actividad de control. Es importante aclarar que un simulacro se realiza para evaluar la planeación, la pertinencia y la efectividad de los controles, por lo tanto, las fallas que se detecten llegan a ser corregidas de manera oportuna como parte del proceso de aprendizaje en el ejercicio.

Recomendación:

Se sugiere la realización de simulacros periódicos para verificar la efectividad de los controles que se tienen implementados en el Data Center, con el fin de comprobar el aseguramiento y protección de los equipos y de la información, permitiendo encontrar deficiencias, fallos de diseño, problemas que no pueden preverse al hacer la planificación “en papel”, pero que aparecen en la realidad, etc.

2. Observación 2: No se evidenció un Plan de Continuidad para el Data Center.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

No se allegó evidencia de esta documentación

Recomendación

Documentar, y de ser necesario, oficializar en el Sistema de Gestión de Calidad (Isolución), un Plan de Continuidad para el centro de cómputo, que esté relacionado con el Plan de Continuidad de la entidad o BCP, el cual posibilite contrarrestar las interrupciones en las actividades del lugar y proteger los procesos críticos contra los efectos de fallas importantes en los sistemas de información o contra desastres, asegurando al mismo tiempo una recuperación oportuna de los servicios y la protección de la información.

3. Observación 3: No existe salida de emergencia del Data Center.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

En la visita in situ realizada al Data Center fue posible evidenciar esta debilidad

Recomendación

Definir Backups de roles dentro de la gestión del proceso de Activos Fijos y para la gestión de Inventarios en general, con el fin que no se dejen de ejecutar las actividades de control que han sido establecidas para evitar la materialización del riesgo. Así mismo, se sugiere realizar comprobación de las actividades y fechas de ejecución suscritas y realizar los ajustes a que haya lugar

4. Observación 4: No se cuenta con los planos y un inventario del material con que fue diseñado el Data Center.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

En la visita in situ realizada al Data Center fue posible evidenciar esta debilidad.

Recomendación:

Se sugiere que se tomen las acciones necesarias para contar con el inventario de los materiales de construcción del Data Center, y con los planos de las instalaciones del mismo, teniendo en cuenta que los proveedores de acceso a internet y demás servicios relacionados a la operación del Data Center, normalmente solicitan esta información para la planificación de cambios sobre la estructura del centro de datos, evitando con ello cualquier tipo de afectación sobre su operación.

5. Observación 5: No se realiza diariamente la validación al funcionamiento de las UPS del centro de cómputo, teniendo en cuenta las evidencias presentadas a través del formato FTGSTI-003 Ingreso al centro de cómputo.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

El control establecido para el riesgo GSTI-1 Interrupción en la operación de la plataforma tecnológica, señala: “El administrador de Infraestructura eléctrica revisa y valida el funcionamiento de las UPS todos los días, dejando como evidencia el formato de monitoreo, y cuando se identifique el mal funcionamiento de alguna de ellas se debe reportar al jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas”.

Recomendación

Dar cumplimiento estricto a las acciones de control establecidas para el riesgo GSTI-1 Interrupción en la operación de la plataforma tecnológica; en su defecto, realizar la revisión de las acciones suscritas y de llegar a ser necesario, establecer las correcciones a que haya lugar en el mapa de riesgos del proceso, velando por su cumplimiento.

Producto de la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno, fueron evidenciadas las siguientes observaciones las cuales requieren de la formulación de acciones de mejora que permitan subsanar la causa que las generó:

| No | OBSERVACIONES | REPETITIVO |
|----|--|------------|
| 1 | No se realizan simulacros para evaluar la efectividad de los controles implementados en el Data Center para la protección de los equipos y de la información. | No |
| 2 | No se evidenció un Plan de Continuidad para el Data Center. | No |
| 3 | No existe salida de emergencia del Data Center. | No |
| 4 | No se cuenta con los planos y un inventario del material con que fue diseñado el Data Center. | No |
| 5 | No se realiza diariamente la validación al funcionamiento de las UPS del centro de cómputo, teniendo en cuenta las evidencias presentadas a través del formato FT-GSTI-003 Ingreso al centro de cómputo. | No |

CONCLUSIONES

Luego de finalizada la actividad auditora, por parte de la Oficina de Control Interno se puede concluir que en gran medida el Data Center cumple con los requerimientos de la normatividad que regula su diseño, implementación y gestión, sin embargo, se invita a tener en cuenta las recomendaciones y oportunidades de mejora señaladas en el presente informe, con la finalidad de hacer más eficiente la gestión llevada a cabo a través del mismo y de contribuir en la mejora continua del proceso de aseguramiento de la información, procurando por su disponibilidad, integridad y confidencialidad.

1.2.3 Auditoria Aplicativo Fabrica de Reportes Radicado No. 20211300019753 de 3 de sept de 2021. Respuesta 20211200020333 de 10 septiembre de 2021

Se validó la gestión al aplicativo FÁBRICA DE REPORTES, por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, para el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2020 y lo corrido de la actual vigencia.

Observaciones

1. **Observación 1:** No se cuenta con registro de propiedad intelectual del aplicativo Fábrica de Reportes.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

El objetivo del registro de la propiedad intelectual es otorgar toda la seguridad jurídica a los titulares respecto de sus derechos como autores, dar publicidad a estos derechos, a los actos y contratos que transfieren o cambien su dominio y ofrecer garantías de autenticidad a los titulares de propiedad intelectual y a los actos y documentos a que a ella se refieran.

Recomendación

Realizar el proceso de registro del aplicativo Fábrica de Reportes ante la Dirección Nacional de Derechos de Autor, con el fin de disponer de este soporte, permitiendo la salvaguarda y control de los derechos patrimoniales del software

2. **Observación 2:** No se tiene un mismo protocolo de autenticación para el ingreso de los funcionarios a su equipo y al aplicativo Fábrica de Reportes.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

El ingreso al aplicativo Fábrica de Reportes se realiza mediante un usuario y contraseña creados por el administrador técnico del sistema, lo cual genera un nivel de vulnerabilidad, además de un proceso engorroso para los usuarios, al tener que administrar varias cuentas de ingreso a los diversos sistemas de información.

Recomendación

Implementar como única vía de autenticación para los usuarios internos del aplicativo, las credenciales de acceso al directorio activo de la entidad. Lo anterior con la finalidad que los funcionarios y contratistas administren una sola cuenta de ingreso al equipo y a los aplicativos de gestión que posee la entidad, haciendo al mismo tiempo más eficiente y centralizada la administración de los usuarios, en concordancia con los estándares de buenas prácticas para la gestión de sistemas de información.

- 3. Observación 3:** Se evidenció algunos reportes que están en la opción de reportes generales del sistema, los cuales no funcionan correctamente.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

El caso puntual en donde se evidenció esta anomalía ocurrió en el reporte ExtraSitu anterior, cuando al dar clic sobre el botón Exportar Libro, se genera el error indicando que el recurso requerido no está disponible.

Recomendación

Realizar validación de esta incidencia y en general de todos los reportes asociados a la gestión del sistema, identificando aquellos que no se ejecuten de la forma correcta para la cual fueron diseñados, implementando las acciones de mejora que se requieran.

- 4. Observación 4:** Se evidenció opciones del menú horizontal del aplicativo Fábrica de Reportes que no tienen ninguna funcionalidad.

Condición

Los botones INICIO y SOPORTE, presentes en el menú horizontal del sistema, no generan ninguna acción.

Recomendación

Realizar el ajuste sobre la funcionalidad de los citados botones del menú horizontal del aplicativo, con el fin que ejecuten la acción correspondiente, o en su defecto, validar la opción de inactivarlos.

- 5. Observación 5:** Se evidenció desactualización del manual del usuario del aplicativo Fábrica de Reportes.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

El manual de usuario data del año 2006, razón por la cual, al haber transcurrido 15 años desde su elaboración, no contiene las mejoras y actualizaciones realizadas al aplicativo y a sus funcionalidades hasta la actualidad.

Recomendación

Revisar toda la documentación relacionada con la gestión del aplicativo Fábrica de Reportes, realizar las actualizaciones que se requieran y las correspondientes oficializaciones a que haya lugar en el sistema de gestión de calidad de la entidad (Isolución).

- 6. Observación 6.** La conexión pública al aplicativo Fábrica de Reportes no es segura, ya que no está protegida bajo el protocolo de seguridad HTTPS.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Desde el mismo formulario de autenticación del sistema es posible evidenciar el mensaje de advertencia que se presenta en la parte superior del navegador, donde se indica que se está ingresando a un sitio no seguro. Al dejar de contar con una conexión segura, se permite que la comunicación entre un usuario y el servidor web del aplicativo pueda ser interceptada por una tercera persona, generándose el riesgo de afectación sobre la debida protección de la integridad y seguridad de la información.

Recomendación

Realizar la instalación de un certificado de seguridad SSL en la conexión al aplicativo, adoptando con ello el protocolo seguro de Transferencia de Hipertexto (HTTPS), para con ello mitigar el riesgo de que un atacante al sitio pueda robar información de cuentas y contraseñas de usuarios y a su vez garantizar la confidencialidad, disponibilidad e integridad de la información que fluye entre el usuario y el sistema.

Producto de la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno, fueron evidenciadas las siguientes observaciones las cuales requieren de la formulación de acciones de mejora que permitan subsanar la causa que las generó:

| No | OBSERVACIONES | REPETITIVO |
|----|--|------------|
| 1 | No se cuenta con registro de propiedad intelectual del aplicativo Fábrica de Reportes. | NO |
| 2 | No se tiene un mismo protocolo de autenticación para el ingreso de los funcionarios a su equipo y al aplicativo Fábrica de Reportes. | NO |
| 3 | Se evidenció algunos reportes que están en la opción de reportes generales del sistema, los cuales no funcionan correctamente. | NO |
| 4 | Se evidenció opciones del menú horizontal del aplicativo Fábrica de Reportes que no tienen ninguna funcionalidad. | NO |
| 5 | Se evidenció desactualización del manual del usuario del aplicativo Fábrica de Reportes. | NO |
| 6 | La conexión pública al aplicativo Fábrica de Reportes no es segura, ya que no está protegida bajo el protocolo de seguridad HTTPS. | NO |

Conclusiones

Luego de finalizada la actividad auditora sobre el aplicativo Fábrica de Reporte, por parte de la Oficina de Control Interno se puede concluir que no fueron realizadas las acciones de mejora planteadas en el plan de mejoramiento suscrito como producto de la auditoría efectuada en la vigencia anterior, por lo que se sugiere priorizar su realización, teniendo en cuenta que fueron encontradas en estado de vencimiento y que su no realización afecta una gestión más eficiente sobre el aplicativo y el proceso llevado a cabo a través del mismo. Así mismo, se invita a tener en cuenta las recomendaciones y oportunidades de mejora señaladas en el presente informe, con la finalidad de hacer más eficiente la gestión llevada a cabo a través del sistema de información y de propiciar la mejora continua del proceso.

1.2.4 Auditoría Aplicativo BI (Inteligencia de Negocios) Radicado No. 20211300021243 de 21 de sept de 2021 Respuesta 20211200021543 de 27 de septiembre de 2021

Verificación de la gestión al Aplicativo BI (Otras funcionalidades y reportes de BI, distintos al proceso de Contribuciones), por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, para el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2020 y lo corrido de la actual vigencia.

1. **Observación 1:** La conexión al aplicativo BI no es segura, ya que no está protegida bajo el protocolo de seguridad HTTPS.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Desde el mismo formulario de autenticación del sistema es posible evidenciar el mensaje de advertencia que se presenta en la parte superior del navegador, donde se indica que se está ingresando a un sitio no seguro.

Recomendación

Realizar la instalación de un certificado de seguridad SSL en la conexión al aplicativo BI, adoptando con ello el protocolo seguro de Transferencia de Hipertexto (HTTPS), para con ello mitigar el riesgo de afectación sobre la confidencialidad, disponibilidad e integridad de la información y dar cumplimiento a los lineamientos del MinTIC.

2. **Observación 2:** Se evidenció desactualización del manual del usuario del aplicativo BI.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

El manual de usuario que se dispone para el aplicativo BI, fue elaborado en mayo de la vigencia 2019, razón por la cual, y teniendo en cuenta que posterior a dicha fecha se han efectuado ajustes y mejoras al aplicativo, se recomienda realizar una actualización a dicho manual, con el fin que el mismo contenga todos los reportes presentes en la actualidad en

el sistema.

Adicionalmente, el Manual BI, en su numeral 9.1 Contribuciones, indica que este reporte genera el cálculo de la tasa de contribución, lo cual no se viene ejecutando actualmente, lo cual ya fue registrado dentro del informe de auditoría al proceso de Recursos Financieros.

Recomendación

Revisar toda la documentación relacionada con la gestión del aplicativo BI, realizar las actualizaciones que se requieran y en caso de ser necesario, las correspondientes oficializaciones a que haya lugar en el sistema de gestión de calidad de la entidad (Isolución).

Producto de la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno, fueron evidenciadas las siguientes observaciones las cuales requieren de la formulación de acciones de mejora que permitan subsanar la causa que las generó:

| No | OBSERVACIONES | REPETITIVO |
|----|---|------------|
| 1 | La conexión al aplicativo BI no es segura, ya que no está protegida bajo el protocolo de seguridad HTTPS. | NO |
| 2 | Se evidenció desactualización del manual del usuario del aplicativo BI. | NO |

Conclusiones

Al concluir la realización de la actividad auditora, se puede establecer, de manera general, que BI es un aplicativo funcional y efectivo para la generación de reportes de la información requerida por las dependencias de la entidad, relacionadas con la función de vigilancia y supervisión. Se considera una aplicación ágil y segura, teniendo en cuenta que se basa principalmente en la extracción de información directamente de la base de datos general de la Supersolidaria. Sin embargo, se invita a tener en cuenta las recomendaciones y oportunidades de mejora señaladas en el presente informe, con el propósito de hacer más eficiente la gestión llevada a cabo a través del sistema BI y de propiciar la mejora continua de los procesos gestionados

1.2.5 Auditoria Aplicativo SAFIX (Nómina) Radicado No. 20211300024103 de 27 de oct de 2021 Respuesta 20214100024923 de 4 de noviembre de 2021 (Respuesta emitida en un ciclo de vida independiente)

Verificación de la gestión al Aplicativo SAFIX (Nómina), por parte del Grupo de Talento

Humano de Secretaría General, para el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2020 y lo corrido de la actual vigencia.

Observaciones

1. **Observación 1:** Incumplimiento a la circular externa No. 006 del 10 de febrero de 2021 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

En la sesión virtual realizada con la profesional especializada del Grupo de Talento Humano, se logró evidenciar que actualmente el aplicativo SAFIX no genera automáticamente los archivos con la información y con la estructura en que son requeridos por SIIF Nación, a través de la circular externa 006 del 2021, la cual cita “Teniendo en cuenta la capacitación realizada en el mes de diciembre de 2020, donde presentamos el nuevo proceso de pago masivo de nómina a beneficiario final, la Administración del SIIF Nación les recuerda que el plazo máximo para estar utilizando el proceso será el mes de abril de 2021, para lo cual es importante que sus sistemas de nómina provean los archivos con la información que requiere el proceso así: 1. Archivo de Excel con la primera carga de funcionarios y cuentas, 2. Archivo TXT de deducciones para carga masiva al momento de registrar la obligación, 3. Archivo TXT con el DIP de nómina, o dispersión, (detalle de los pagos). La estructura de cada uno de estos archivos la podrán encontrar en: www.minhacienda.gov.co / SIIF / Ciclos de Negocio/ Cargas Masivas”.

De igual forma, se pudo conocer que se generan unos reportes del aplicativo, los cuales son ajustados de manera manual, con el riesgo de ocurrencia de errores propio del trámite manual, para posteriormente ser remitidos a pagaduría de la entidad, quienes son los encargados de reportar a SIIF Nación.

Recomendación

Realizar las gestiones necesarias ante el proveedor del aplicativo para que se implementen las modificaciones requeridas al aplicativo, con el fin que a través del mismo se generen automáticamente los archivos que son requeridos en el proceso de pago masivo de nómina a beneficiario final y con ello dar cumplimiento a lo definido en la circular externa 006 de SIIF Nación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

2. **Observación 2:** No se encuentran documentadas las actividades para la gestión de la nómina en el aplicativo SAFIX.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

En las pruebas realizadas al aplicativo, con el apoyo de la profesional especializada del Grupo de Talento Humano, se logró evidenciar la ausencia de la documentación de las tareas asociadas a la gestión del proceso de nómina en la entidad, la cual no se dispone en físico, en formato digital, como tampoco en la ayuda en línea presente en SAFIX.

Recomendación

Es de suma importancia mantener documentadas todas las tareas y acciones llevadas a cabo en el aplicativo SAFIX, asociadas a la gestión del proceso de nómina, procurando siempre por la continuidad del proceso, para lo cual se sugiere estimar la opción de la ayuda en Línea del software, e incluir a través de esta, el paso a paso de las acciones que se deben realizar para ejecutar las diferentes operaciones del proceso de nómina, en afinidad con las políticas de cero papel en las entidades, promulgada por MinTic. En su defecto, realizar esta documentación a través de archivos digitales, preferiblemente en formato PDF.

Producto de la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno, fueron evidenciadas las siguientes observaciones las cuales requieren de la formulación de acciones de mejora que permitan subsanar la causa que las generó:

| No | OBSERVACIONES | REPETITIVO |
|----|--|------------|
| 1 | Incumplimiento a la circular externa No. 006 del 10 de febrero de 2021 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. | NO |
| 2 | No se encuentran documentadas las actividades para la gestión de la nómina en el aplicativo SAFIX. | NO |

Conclusiones

Luego de la terminación de la presente actividad auditora, se puede concluir que SAFIX es un aplicativo que es funcional, amigable y eficiente para las gestiones que realiza la entidad a través del Grupo de Talento Humano de Secretaría General, relacionadas con el proceso de gestión de la Nómina. Se considera una aplicación ágil y segura para el procesamiento de la información y que satisface de manera general las necesidades de la entidad. Sin embargo, se invita a tener en cuenta las debilidades, recomendaciones y oportunidades de mejora señaladas en el presente informe, con la finalidad de hacer más eficiente la gestión llevada a cabo a través del sistema de información y de propiciar la mejora continua del proceso.

1.2.6 Seguimiento Proceso pago Nómina Radicado No. 20211300021513 de 27 de sept de 2021 Respuesta 20211000022013 de 4 de octubre de 2021

Evaluar la efectividad de los controles existentes, el manejo de los riesgos e indicadores, la pertinencia y oportunidad de los procedimientos establecidos en la normatividad interna y externa aplicable al proceso de nómina de la Supersolidaria.

La auditoría se efectuó tomando una muestra de las nóminas liquidadas en los meses de abril y junio de 2021.

Observaciones

1. Observación 1. Riesgos Proceso Liquidación Nómina o Gestión de la Compensación

Observación:

La oficina de control interno, durante el desarrollo de pruebas de auditoría, procedió a revisar los riesgos del proceso, evidenciando que en la matriz que se encuentra en publicada en el aplicativo Isolución al día 21 de agosto de 2021, no se tienen asociados riesgos al procedimiento de liquidación de nómina, y de acuerdo a lo evidenciado en el desarrollo de la auditoría se pueden presentar adicionalmente los siguientes riesgos:

- a. Cálculo erróneo sobre porcentajes: Cálculo erróneo sobre porcentajes correspondientes a seguridad social, para fiscales, retención en la fuente.
- b. Entrega inoportuna de novedades

Respuesta Talento Humano: Consideramos que los riesgos están determinados conforme la ejecución del proceso y siendo nosotros los operadores del mismo; en este tipo de procedimiento se pueden presentar diversos riesgos propios de la misma operabilidad, no obstante demarcarlos y relacionarlos todos es complejo pero es importante precisar que el proceso cuenta con riesgos identificados y que en este caso particular debería ser una recomendación y no una observación que genere plan de mejora, al concluir que es una apreciación de la auditoría y el hecho de no tenerlo determinado en las condiciones que se plantea no es una omisión. (Negrilla y subrayado fuera de texto).

Respuesta OCI No se acepta la observación, toda vez que no se observa, ni se allega soporte alguno que permita evidenciar la identificación de riesgos asociados al proceso de Gestión de la Compensación o liquidación de nómina, tal como lo menciona en el anterior párrafo

Producto de la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno, fueron evidenciadas las siguientes observaciones las cuales requieren de la formulación de acciones de mejora que permitan subsanar la causa que las generó:

| No | OBSERVACIONES | REPETITIVO |
|----|---|------------|
| 1 | Riesgos Proceso Liquidación Nómina o Gestión de la Compensación | NO |

Conclusión

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

1.2.7 Función preventiva Sistemas de Información de la Entidad Radicado No. 20211300019913 de 6 de sept de 2021, Pendiente de Respuesta.

En atención a la actual situación de emergencia sanitaria por la que atraviesa el país, ocasionada por la pandemia Covid-19, se hace necesario que la gran mayoría de funcionarios y contratistas realicen sus actividades laborales desde sus casas para preservar la vida y la salud de todos, razón por la cual, se requiere que los sistemas de información brinden todas las garantías en su funcionamiento y respondan a las nuevas necesidades y expectativas.

En cumplimiento a mis funciones como Jefe de la Oficina de Control Interno y en virtud a las falencias detectadas sobre algunos sistemas de información de la entidad, las cuales afectan la operación y funciones de las áreas de la organización, y teniendo en cuenta las quejas por parte de usuarios y funcionarios que han sido allegadas a esta dependencia, se recomienda al Representante Legal de la Superintendencia, velar por que la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas tome las acciones y medidas necesarias, que procuren el mejoramiento continuo de los procesos, en beneficio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control que se realizan en la Superintendencia de la Economía Solidaria.

Para ello se mencionan las siguientes situaciones, para que sean tenidas en cuenta:

- No se tiene parametrizado el ingreso a los aplicativos de la entidad a través del directorio activo, lo que dificulta la administración y gestión de los usuarios. De la misma manera, se convierte en un proceso engorroso para los funcionarios y contratistas, al tener que administrar varios usuarios y contraseñas de autenticación a los sistemas de información.
- Luego que un funcionario o contratista radica un memorando en Esigna y posteriormente se retira de la entidad, ha llegado a ocurrir que al momento en que se recibe la respuesta a su memorando, ésta queda en el aire, razón por la cual se recomienda configurar el

sistema, para que dicha respuesta sea cargada en la bandeja del jefe del área en la cual hacía sus funciones la persona a quien se lo respondieron y que ya no esté en la entidad.

Finalmente, se recomienda que se invite a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas a que se establezcan los controles o mecanismos necesarios que garanticen la prestación oportuna, permanente y eficiente a través de los sistemas de información, logrando así la continuidad y desarrollo de los procesos y procedimientos que se generan y que interactúan con la plataforma tecnológica dispuesta en la entidad.

1.2.8 Función preventiva Medidas por Oficina de Relacionamento con el Ciudadano Radicado No. 20211300023043 de 19 de octubre de 2021, Pendiente de Respuesta.

La Oficina de Control Interno, de acuerdo a lo establecido en la Circular 01 del 2015, mediante la cual se imparte orientaciones a las oficinas de control interno de las entidades del orden nacional y territorial, acerca de su función preventiva, la OCI se permite dirigir a este Despacho, con el propósito de pronunciarse frente a la necesidad de adoptar en la Superintendencia de la Economía Solidaria, la Oficina de Relación con el Ciudadano bajo el cumplimiento del art. 17 de la ley anti trámites 2052 de 2020, que expone:

“ARTÍCULO 17. OFICINA DE LA RELACIÓN CON EL CIUDADANO. En la Nación, en los Departamentos, Distritos y Municipios con población superior a 100.000 habitantes, deberán crear dentro de su planta de personal existente una dependencia o entidad única de relación con el ciudadano que se encargará de liderar al interior de la entidad la implementación de las políticas que incidan en la relación Estado Ciudadano definidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública, siempre que su sostenimiento esté enmarcado dentro de las disposiciones de los artículos 3°, 6° y 75 de la Ley 617 del 2000 o aquellas que las desarrollen, modifiquen, sustituyan, deroguen o adicionen, y respetando el Marco Fiscal de Mediano Plazo y Marco de Gasto de Mediano Plazo el servidor público responsable de dicha dependencia o entidad, deberá ser del nivel directivo.

PARÁGRAFO PRIMERO. La Nación y los entes territoriales que cumplan con las condiciones fijadas en el presente artículo, tendrán plazo de doce (12) meses para la creación de la Oficina de la Relación con el Ciudadano, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley”.

En razón a lo anterior, La OCI se permite informar que el plazo con el que contaban las entidades para implementar el art. 17 de la Ley 2052 de 2020, vencía en el mes de agosto de esta vigencia, ante lo cual se evidencia que la Superintendencia de la Economía Solidaria no ha dado cumplimiento al mismo, y tampoco se evidencia que se haya emprendido un plan de acción que permitan cumplir cuanto antes las disposiciones de la norma, de igual forma en el ejercicio de auditoría se ha evidenciado la posibilidad de materialización de riesgos frente a la respuesta inoportuna de solicitudes, derechos de petición y trámites, lo que

conlleva a que no se esté realizando una gestión eficaz de cara al ciudadano, ni que se tomen las decisiones desde la dirección, respectivas para mitigar esa situación.

1.2.9 Función preventiva Medidas por inconformidades Fondo Empleados Radicado No. 20211300022913 de 15 de octubre de 2021 – Respuesta 20213700023633 del 22 de octubre de 2021

Teniendo en cuenta que la Superintendencia de la Economía Solidaria se encarga de la supervisión, vigilancia y control de Cooperativas, Fondos y asociaciones mutuales y frente a la verificación del aumento de inconformidades contra Femtelco, la Oficina de Control Interno solicita información respecto a si se ha realizado alguna medida de investigación y/o protección de los asociados.

1.3 Informes de Ley

1.3.1 Seguimiento a las Funciones del Comité de Conciliaciones - Verificación Acciones de Repetición, Radicado 20211300022763 del 14 de octubre de 2021. No requiere respuesta

Verificar el cumplimiento de las funciones del Comité de Conciliación de la Superintendencia de la Economía Solidaria establecidas en el artículo 2.2.4.3.1.2.1. y s.s., subsección 2 capítulo 3 del Decreto Único Reglamentario 1069 de 2015 del Ministerio de Justicia y del Derecho, modificado parcialmente por el Decreto 1167 de 2016 y en la Resolución 2021SES002215 de 12 de abril de 2021, así como las gestiones para prevención del daño antijurídico y defensa de los intereses de la Entidad, durante la vigencia 2021.

- Se verificó la gestión por parte del Comité de Conciliación durante la vigencia 2021, incluyendo el cumplimiento de las funciones por parte del Secretario Técnico del comité.
- Cumplimiento de la normatividad vigente respecto de la procedencia o no de instaurar la acción de repetición en los casos que aplique.

Conclusión

Realizada la verificación sobre el cumplimiento de las funciones del comité de conciliación de la entidad, se pudo concluir lo siguiente:

- Se observa como fortaleza el cumplimiento y organización en los soportes de ejecución de cada una de las funciones del Comité de Conciliación y del Secretario Técnico del mismo.
- La entidad no tuvo durante el periodo de verificación, fallos en contra que involucrara la erogación de dineros, por lo que no aplicó la realización del análisis de procedencia de la acción de repetición.

- El Comité de Conciliación se encuentra aplicando las directrices establecidas en la Circular Externa No. 05 del 27 de septiembre de 2019 expedida por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado – ANDJE, estructurando una política de prevención del daño antijurídico que cuenta con una vigencia de dos años.
- Se recomienda continuar con la aplicación de los puntos de control establecidos para el cumplimiento de las funciones del Comité de Conciliación y Secretario Técnico del mismo

1.3.2 Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano Radicado No. 20211300020673 de 14 de septiembre de 2021. Respuesta emitida por correo electrónico el 22 de septiembre de 2021, pendiente respuesta en eSigna.

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 agosto de 2021.

Seguimiento y Observaciones emitidas por el DAFP

De acuerdo a los diferentes Talleres realizados por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP y la revisión a las actividades del Plan anticorrupción de 19 de marzo de 2021 se evidencia que el actual Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la Supersolidaria presenta las siguientes observaciones que se deben subsanar con el fin de evitar posibles sanciones disciplinarias, incumplimientos y baja calificación en el Índice de Desempeño Institucional – IDI, el cual se mide a través del FURAG:

1. Observación 1: Oficina de Relacionamiento con el ciudadano

Condición (Descripción de lo evidenciado)

La Supersolidaria como entidad de orden nacional, adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, está llamada a realizar la implementación de la **LEY 2052 DE 2020, ARTÍCULO 17. OFICINA DE LA RELACIÓN CON EL CIUDADANO**. *En la Nación, en los Departamentos, Distritos y Municipios con población superior a 100.000 habitantes, deberán crear dentro de su planta de personal existente una dependencia o entidad única de relación con el ciudadano que se encargará de liderar al interior de la entidad la implementación de las políticas que incidan en la relación Estado Ciudadano definidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública, siempre que su sostenimiento esté enmarcado dentro de las disposiciones de los artículos 3°, 6° y 75 de la Ley 617 del 2000 o aquellas que las desarrollen, modifiquen, sustituyan, deroguen o adicione, y*

respetando el Marco Fiscal de Mediano Plazo y Marco de Gasto de Mediano Plazo el servidor público responsable de dicha dependencia o entidad, deberá ser del nivel directivo. **PARÁGRAFO PRIMERO.** La Nación y los entes territoriales que cumplan con las condiciones fijadas en el presente artículo, **tendrán plazo de doce (12) meses para la creación de la Oficina de la Relación con el Ciudadano, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.**

Ante lo expuesto en la norma, la asesora del DAFP menciona que la Supersolidaria debe consultar la caja de herramientas y definir una acción inicial que sea incluida en el PAAC 2021, la cual puede estar orientada a un diagnóstico inicial, ya que en el próximo FURAG, se va a evaluar el grado de implementación de esta norma.

Recomendación

Adelantar acciones al interior de la entidad orientadas a implementar la caja de herramientas establecida por el DAFP para acoger la ley 2052 de 2020, las cuales podrían ser:

- Realizar un estudio organizacional donde el grupo de servicio al ciudadano se ubique en una dependencia directiva o asesora, como podría ser el Despacho, la OAPS o Secretaría General y no de un área misional.
 - Designar responsabilidades al grupo de servicio al ciudadano, en cumplimiento de lo establecido en la caja de herramientas del DAFP y las políticas de gestión de MIPG en materia de servicio, atención y participación ciudadana.
2. **Observación 2:** Estrategia para la gestión preventiva y seguimiento de conflictos de interés; incluir 2 actividades en el PAAC 2021

Condición (Descripción de lo evidenciado)

El DAFP en el seguimiento realizado al PAAC 2021 de la Supersolidaria, realizó observaciones orientadas a incluir actividades relacionadas con conflicto de intereses, ante lo cual, el funcionario que tenía bajo su responsabilidad este tema (q.e.p.d), realizó la propuesta de dos actividades que están pendientes de aprobación por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Recomendación

Aprobación ante Comité Institucional de Gestión y Desempeño e inclusión en el formato de Plan Anticorrupción 2021

- 3 **Observación 3.** La entidad no contempla seguimiento al aplicativo para funcionarios directivos y contratistas obligados a declarar y publicar bienes y rentas.

Condición

Dentro del PAAC 2021, se deben incluir las siguientes actividades:

- El coordinador de Talento Humano realiza seguimiento al reporte de la declaración de bienes y renta y conflicto de intereses a los funcionarios directivos en el aplicativo ley 213 de 2019.
- El Coordinador del grupo de contratación realiza seguimiento al reporte de la declaración de bienes y renta y conflicto de intereses a los contratistas obligados, en el aplicativo ley 213 de 2019.

Recomendación

Incluir con previa aprobación por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño las dos actividades dentro del PAAC 2021 por parte de Secretaría General.

- 4 **Observación 4.** El trámite 743 “Control de legalidad de la constitución de entidades del sector real sometidas a supervisión de la Superintendencia de la Economía Solidaria” no se puede eliminar.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Dentro de la mesa de trabajo con la asesora del DAFP designada para el sector hacienda, se realizó validación normativa para la eliminación del trámite 743 “Control de legalidad de la constitución de entidades del sector real sometidas a supervisión de la Superintendencia de la Economía Solidaria”, de acuerdo a lo planteado en la actividad 2.5 del PAAC y la estrategia de racionalización de trámites reportada en SUIT para la vigencia; donde nos realizaron las siguientes observaciones:

- La Circular Básica Jurídica no corresponde al fundamento legal de este trámite, de acuerdo a la información que fue registrada en SUIT en el momento en que se creó formalmente; por ende, al haber realizado cambios en la CBJ, no se tiene incidencia directa para llevar a cabo una racionalización de tipo normativo.
- El fundamento legal de este trámite corresponde a las presentadas a continuación, ante lo cual, sólo es válida la acción de racionalización normativa hasta no haber realizado cambios que modifiquen normativamente el trámite en alguna de las normas que lo fundamentan legalmente.

Fundamento legal

| Tipo de norma | Número | Año | Títulos, capítulos o artículos | Elementos del Trámite | Soporte |
|---------------|--------|------|---|-----------------------|---|
| Decreto | 186 | 2004 | Artículo 2 numeral 10 | |  |
| Ley | 454 | 1998 | Artículos 4, 35 y 58 | |  |
| Decreto | 0468 | 1990 | Artículos 1, 2, 4, 5, 6, 7, 12, 14 y 20 | |  |
| Decreto | 1482 | 1989 | Artículos 2, 3, 6 y 8 | |  |
| Decreto | 1480 | 1989 | Artículos 2, 3, 4, 7, 11 y 12 | |  |
| Decreto | 1333 | 1989 | Artículos 1, 2, 5, 6 y 7 | |  |
| Decreto | 1481 | 1989 | Artículos 2, 3, 4, 5, 6, 16 y 32 | |  |
| Ley | 79 | 1988 | Artículos 4, 14, 19 y 125 | |  |

- Se validó que este trámite corresponde a uno de los más frecuentes que solicitan las Organizaciones Vigiladas, de acuerdo al reporte de la operación de gestión del trámite en SUIT, ante lo cual, el DAFP menciona que no es posible efectuar la eliminación, visto desde las necesidades de los grupos de valor de la Supersolidaria.
- Para llevar a cabo la acción de racionalización normativa, se debió realizar consulta a la ciudadanía, para conocer la percepción de los grupos de valor como sustentación para la eliminación del trámite. De acuerdo a lo expuesto, no se puede efectuar la eliminación de este trámite y esta acción debe retirarse tanto del PAAC 2021 como de la estrategia de racionalización de trámites de esta vigencia en el SUIT.

De acuerdo a lo expuesto, no se puede efectuar la eliminación de este trámite y esta acción debe retirarse tanto del PAAC 2021 como de la estrategia de racionalización de trámites de esta vigencia en el SUIT.

Recomendación

Eliminación de esta actividad tanto del PAAC 2021 como de la estrategia de racionalización de trámites.

Producto de la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno y del monitoreo de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, fueron evidenciadas las siguientes observaciones las cuales requieren de la formulación de acciones de mejora que permitan subsanar la causa que las generó:

| No | OBSERVACIONES | REPETITIVO |
|----|---|------------|
| 1 | Oficina de Relacionamiento con el ciudadano | No |
| 2 | Estrategia para la gestión preventiva y seguimiento de conflictos de interés; incluir 2 actividades en el PAAC 2021 | No |

| No | OBSERVACIONES | REPETITIVO |
|----|---|------------|
| 3 | La entidad no contempla seguimiento al aplicativo para funcionarios directivos y contratistas obligados a declarar y publicar bienes y rentas. | No |
| 4 | El trámite 743 “Control de legalidad de la constitución de entidades del sector real sometidas a supervisión de la Superintendencia de la Economía Solidaria” no se puede eliminar. | No |

Conclusión

La Oficina de Control Interno reconoce la realización de las actividades de socialización y divulgación del Plan anticorrupción y atención al ciudadano y del Mapa de riesgos de corrupción por parte de la Oficina asesora de planeación y sistemas y del equipo de comunicaciones de la entidad al igual que el avance en cada una de las acciones que promueven mejores prácticas, evitar la materialización de riesgos de corrupción para garantizar una gestión transparente y brindar la más eficiente atención a la ciudadanía.

1.4 Seguimientos Oficina de Control Interno

1.4.1 Seguimiento a Informe sobre convenios de Cooperación Radicado No. 20211300021113 del 17 de septiembre de 2021, Respuesta No. 20211000023083 del 19 de octubre de 2021

Verificar el cumplimiento por parte de la Superintendencia de la Economía Solidaria, de la correcta gestión en relación con los convenios celebrados, soportes de ejecución de los mismos y establecimientos de puntos de control.

Observaciones

- Observación 1:** No se evidencia un proceso y/o procedimiento documentado donde se establezca la metodología a aplicar para la estructuración y gestión de los convenios en los que hace parte la entidad.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

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

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

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

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

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

Recomendaciones:

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

Condición (Descripción de lo evidenciado)

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

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

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

Recomendaciones:

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

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

Conclusiones

Realizada la evaluación de la gestión de convenios celebrados por la entidad, se pudo evidenciar que es necesaria la asignación de un área líder que coordine el desarrollo, estructuración y directrices en la supervisión de los mismos.

Lo anterior, teniendo en cuenta que no existe uniformidad en el desarrollo de cada convenio, la información se encuentra dispersa y en poder de cada supervisor o área interesada, siendo dispendiosa la recopilación de la información una vez solicitada por esta Oficina.

Por otro lado, no se evidenciaron la totalidad de soportes que certifiquen la correcta ejecución de los convenios de acuerdo a las condiciones pactadas en los mismos, observando la debilidad en la supervisión por parte de la entidad en lo que le corresponde.

Estableciendo puntos de control específicos en la recopilación de soportes, a través de la creación de un proceso y/o procedimiento, se podría reducir en gran medida la materialización de riesgos asociados con los puntos mencionados anteriormente, aplicando de igual forma las políticas de gestión documental adoptadas por la entidad.

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

1.5. Otros Aspectos

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

“Super-Visión” para la transformación

Se socializó por correo electrónico a todos los funcionarios de la Superintendencia el Boletín No. 5 del mes de septiembre, emitido por la Oficina de Control Interno el cual contiene aspectos encaminados a la cultura del Autocontrol que debe tener cada servidor público, así:

Boletín No. 05 de septiembre 2021

- Tips de Autocontrol
- Como ser más eficiente en el trabajo
- Aplica el Autocontrol
- Conoce Isolución

1.5.2 Informe de Gestión (Informe de Actividades OCI) Radicado No. 20211300021213 del 21 de septiembre 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 julio y el 31 de agosto de 2021.

1.5.3 Ley de Cuotas Radicado No. 20211300021523 del 27 de septiembre de 2021

Se evidenció que la Superintendencia, dio cumplimiento a lo estipulado en el artículo 4 de la Ley 581 de 2000, por la cual se reglamenta la adecuada y efectiva participación de la mujer en los niveles decisorios de las diferentes ramas y órganos del poder público, de conformidad con los artículos 13, 40 y 43 de la Constitución.

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 16 de noviembre de 2021)

De conformidad con la revisión realizada por la Oficina de Control Interno sobre los memorandos emitidos por esta Oficina en el año 2020, a la fecha del presente memorando se tienen once (11) radicados pendientes de cierre, los cuales fueron emitidos por esta oficina en el año 2020, a continuación, se hace un resumen de las causas por las cuales dichos radicados continúan pendiente de cierre en el Sistema Documental eSigna:

- Nueve (9) memorandos han sido contestados por los líderes de los procesos o funcionarios responsables, y únicamente se encuentra pendiente la solicitud de cierre de

los mismos por parte del área responsable a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

- Dos (2) memorandos se encuentran pendientes de respuesta, pero se realizará validación del estado por la Oficina de Control Interno con los procesos 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 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 1).

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 16 de noviembre 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:

De los treinta y siete (37) radicados pendientes de cierre incluidos en este anexo:

- Catorce (14) memorandos han sido contestados por los líderes de los procesos o funcionarios responsables, y únicamente se encuentra pendiente la solicitud de cierre de los mismos por parte del área responsable a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.
- Quince (15) memorandos se encontraban dentro del plazo establecido por parte de la Oficina de Control Interno.
- Dos (2) memorandos se encuentran pendientes de respuesta, pero se realizará validación del estado por la Oficina de Control Interno con los procesos responsables.
- Dos (2) memorandos se encuentran pendientes de cierre por parte de la Oficina de control interno
- Cuatro (3) memorandos se encuentran pendientes de respuesta por parte de las áreas responsables
- Un (1) memorando con el cual se dio respuesta a la OCI está pendiente de envío por

130 - 20211300026723

Página 44 de 44

parte del Gestor

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 15 de septiembre 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 2).

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.

De acuerdo a lo anterior, se presentará para aprobación de los miembros del comité el Programa Anual de Auditoría propuesto y ajustado (Anexos 3 y 4)

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.

Atentamente,

MABEL ASTRID NEIRA YEPES

Jefe Oficina de Control Interno

Proyectó: ALEXANDRA PATRICIA FANDIÑO MERCADO
Revisó:

“Super-Visión” para la transformación