

MEMORANDO
20211300021213

PARA: LILIANA ANDREA FORERO GOMEZ
SUPERINTENDENTE
DE: MABEL NEIRA YEPES
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO
ASUNTO: Informe de Actividades Oficina de Control Interno
Julio a Agosto de 2021
FECHA: Bogotá D.C., 21/09/2021

130 - 20211300021213

Página 1 de 39

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

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

Para realizar las evaluaciones correspondientes tuvimos acceso a la información que soporta nuestras verificaciones relacionadas en los puntos 1 al 3 del presente memorando, sin que se hubiera presentado evento alguno que afectara el resultado de nuestras conclusiones; en consecuencia, la Oficina de Control Interno, informa que durante el periodo indicado se realizaron las actividades que se encontraban contempladas dentro del Programa Anual de Auditoría para la vigencia julio – agosto 2021.

1. Trabajos y auditorías realizadas – Julio – Agosto 2021

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

2. Seguimiento memorando emitidos por la Oficina de Control Interno pendientes de cierre, aclaración o respuesta en 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
5. Aprobación de la Actualización de la Política y metodología de riesgos y Resultado del monitoreo del mapa de riesgos institucionales del segundo trimestre de 2021 y del mapa de riesgos de corrupción del segundo cuatrimestre de 2021 de la Superintendencia de la Economía Solidaria - Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

1. TRABAJOS Y AUDITORIAS REALIZADAS – Julio – Agosto de 2021

1.1. Auditorías a Procesos

1.1.1 Planificación Estratégica (PLES) Radicado No. 20211300014443 del 8 de julio 2021. Respuesta con Radicado No. 20211210015563 de 22 de julio de 2021

La auditoría se realizó sobre lo establecido en la caracterización del proceso de planeación y específicamente se revisará:

- Diseño y actualización de la planeación estratégica.
- Seguimiento a la planeación estratégica.
- Así mismo, la auditoría se realizará mediante el análisis de los instrumentos archivísticos y los soportes que evidencien el desarrollo de las actividades propias de la gestión documental al interior de la entidad, por lo cual se tendrá en cuenta lo definido en los procedimientos asociados al proceso de gestión documental, cuyo alcance contemple la organización de los archivos de gestión de la entidad y por ende sean aplicables al proceso de planeación.

Observaciones

1. Observación 1. Formato Único de Inventario Documental del Archivo de Gestión diligenciado.

Condición (Descripción de lo evidenciado) Remisión errónea de inventarios.

El proceso de Planeación Estratégica indicó lo siguiente: “Por efecto de la pandemia no se realizó transferencia de gestión documental 2020 en la entidad. No obstante, se han venido realizando trabajos presenciales en la sede tales como: clasificar los documentos y depurar algunos para el proceso de eliminación documental, además se encuentran documentos para transferir bajo la competencia de otras oficinas para que surtan los procesos.”

Es pertinente indicar que el objetivo 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 justificación que argumenta el proceso auditado es errónea, dado que no se está solicitando soportes de las transferencias realizadas durante la vigencia 2020, sino que es la remisión del Formato Único de Inventario Documental diligenciado con los documentos pertenecientes al Archivo de Gestión, es decir, 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).

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 administración de los archivos de gestión y transferencia primaria, cuyo numeral 3 del apartado Generalidades y/o políticas de operación se estableció que el jefe es el responsable de la organización de los documentos en gestión de cada una de las dependencias y de la elaboración y actualización de los inventarios documentales.

Recomendación

- Aplicación y seguimiento al numeral 12 "Elaborar inventario documental de los expedientes" del PR-GEDO-005 Administración de archivos de gestión de transferencia primaria.

- Revisar los formatos actualizados contenidos en el sistema integral de gestión, relacionados con el “Formato Único de Inventario Documental – FUID”, para su correcto diligenciamiento.

Conclusión

La Oficina de Control solicita coordinar la elaboración de un plan de mejoramiento

1.1.2 Gestión de Grupos de Interés (GEGI) Radicado No. 20211300018513 del 31 de agosto de 2021. Respuesta mediante radicado No. 20211000019963 del 6 de septiembre de 2021

Se verificó la gestión dada, por parte de los Superintendentes Delegados y Comunicaciones a los riesgos asociados al nuevo proceso, la aplicación de controles y su efectividad desde su implementación en la entidad

Observaciones

1. Observación 1: No está definido el plan de acción anual del proceso para la vigencia

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Se evidencia que no hay un plan de acción anual del proceso para la vigencia donde se incluya Caracterización de los grupos de Interés, Plan anticorrupción y de atención y participación ciudadana

Recomendación

Elaboración del plan de acción anual teniendo en cuenta los temas que se deben incluir y los autodiagnósticos de MIPG ya que contienen un plan de acción definido como modelo.

2. Observación 2: No se evidencia el Procedimiento PR-GEGI-002 Definir y aplicar estrategias de comunicación

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Se evidencia que aún no se ha establecido en iSolución el procedimiento PR-GEGI-002 Definir y aplicar estrategias de comunicación.

Recomendación

Revisión, corrección y puesta en marcha del procedimiento “PR-GEGI-002 Definir y aplicar estrategias de comunicación”

3. Observación 3: Desconocimiento sobre eliminación de documentos y falta de evidencias que la avalen.

El grupo auditado 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.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	No está definido el plan de acción anual del proceso para la vigencia	No
2	No se evidencia el Procedimiento PR-GEGI-002 Definir y aplicar estrategias de comunicación	No
3	Desconocimiento sobre eliminación de documentos y falta de evidencias que la avalen.	No

Conclusión

La Oficina de Control interno reconoce la importancia de la aplicación de normas, parámetros y políticas del Modelo integrado de Planeación y Gestión por lo tanto de la movilización de los funcionarios, creación de metodologías y estrategias para su cumplimiento, entendiendo a su vez que la gestión de grupos de interés como parte integral del modelo es un proceso cuya integración a la entidad es relativamente nuevo en su implementación por lo que con esta auditoria se busca que los funcionarios vallan detectando debilidades, afianzando conocimientos y ejecutando mejoras.

1.1.3 Supervisión (SUPE) Radicado No. 20211300018943 de 31 de agosto de 2021. Pendiente de repuesta.

Se verificó el correcto desarrollo del proceso SUPERVISIÓN, a través de la evaluación de la ejecución de los controles establecidos en la matriz de riesgos de gestión aprobada 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

1. Observación 1: Se evidenció debilidad en el diseño del control para el riesgo SUPE-7 del proceso de Supervisión (SUPE)

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 Supervisión de acuerdo al mapa de riesgos publicado en la página web de la entidad a corte 01 de agosto de 2021, se pudo evidenciar que para el riesgo SUPE-7, el control no cuenta con la identificación de las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control, motivo por el cual, queda descubierto el riesgo.

El control en mención es el siguiente:

SUPE 7	El líder del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - SST cada vez que un servidor (es) vaya a salir de comisión realiza charla informativa presencial y/o virtual donde se socializan temas asociados a las recomendaciones establecidas por la entidad. Adicionalmente se socializará el formato de compromiso para su diligenciamiento. Como evidencia se dejará listado de asistencia en caso de ser presencial, ingreso a la plataforma dispuesta en caso de ser virtual, presentaciones, formatos de compromiso diligenciados.
--------	---

Como se puede observar, no se describe la acción a seguir en caso que no se realice la charla informativa y la socialización del formato de compromiso para su diligenciamiento, por lo que no es posible identificar el paso a seguir por parte del personal responsable.

Recomendación

Actualizar la matriz de riesgos del proceso de Supervisión, de tal manera que, si como resultado de un control preventivo se observan diferencias o aspectos que no se cumplen, la actividad no debería continuarse hasta que se subsane la situación o si es un control que detecta una posible materialización de un riesgo, deberían gestionarse de manera oportuna los correctivos o aclaraciones a las diferencias presentadas u observaciones

Comentario Delegatura Asociativa:

la Delegatura solicita de manera atenta se direccionen éstos hallazgos al área competente de gestionar el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SST; ya que la Delegatura Asociativa, no define las actividades de control en éstos temas transversales a la Entidad; ni tampoco realiza seguimiento trimestral a ésta actividad de control ni es responsable del cargue de las evidencias respectivas, tal como aparece en la matriz de seguimiento concertada a comienzos de éste año:

El líder del Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo realiza capacitación a los servidores de manera previa a las comisiones asignadas frente a los lineamientos del protocolo de bioseguridad y responsabilidad en el cumplimiento de los mismos.	Claudia Licinia Sánchez	1/4/2021	15/12/2021
--	-------------------------	----------	------------

Respuesta OCI:

De acuerdo a lo señalado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, el diseño del control relacionado con el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo estuvo a cargo del Coordinador del mismo, perteneciente a la Secretaría General de la entidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se trasladará la observación al coordinador del sistema para efectos de establecer las acciones de mejora necesarias para subsanar la debilidad en el diseño del control.

2. Observación 2: Se evidenció falta de diligenciamiento de la base de datos de los procesos administrativos sancionatorios.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Remitida la base de datos de los procesos administrativos sancionatorios por parte de la Delegatura Financiera, se pudo observar que, en primer lugar, no es el formato oficializado en el sistema Isolución, esto es, el formato F-CNTA-010 Base de datos para el control y

Comentario Delegatura Financiera:

“Como se mencionó anteriormente, se solicitará el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas para la creación de un mecanismo que nos permita contar con una base de datos de sanciones de tal manera que la misma nos permita contar con un histórico de procesos, que facilite la consulta de manera individualizada, no asociada al NIT de la cooperativa, del expediente padre que contenga toda la información de los sancionados, para una mejor búsqueda y suministro a los interesados cuando así lo soliciten. En esta labor se está verificando la pertinencia de utilizar el formato F-CNTA-010 Base de datos para el control y seguimiento del proceso de investigaciones administrativas sancionatorias, en razón a que como se informó las dos delegaturas realizan procesos sancionatorios con procedimientos operativos con algunas diferenciaciones.

Finalmente, y aunque la Delegatura ha venido realizando esfuerzos conducentes a la implementación del plan de mejoramiento en el plazo inicialmente propuesto a Control Interno, el análisis y trámite de los diferentes temas que tiene a cargo el grupo jurídico, en los términos que exige la ley, no ha permitido finiquitar el plan, por lo que es necesario que se evalúe la ampliación del periodo de vencimiento hasta el mes de diciembre de 2021.”

Respuesta OCI:

De acuerdo a lo señalado por el área, se confirma la debilidad evidenciada por parte de esta Oficina, sin embargo, es pertinente aclarar que el proceso cuenta con un formato de base de datos de los procesos administrativos sancionatorios, el cual fue creado por parte de la Delegatura Asociativa.

Teniendo en cuenta que el proceso es uno solo, dicho formato podría ser utilizado por ambas áreas.

Adicionalmente, se debe aclarar, que la debilidad radica en la falta de diligenciamiento de la información relacionada con las investigaciones administrativas por lo que dificulta llevar el seguimiento de las investigaciones administrativas y el propósito de este punto de control.

seguimiento del proceso de investigaciones administrativas sancionatorias.

Si bien este formato fue establecido por parte de la Delegatura Asociativa, es un punto de control que puede ser utilizado por ambas áreas, teniendo en cuenta la unificación del proceso de Supervisión a cargo de las Delegaturas.

Adicionalmente, la información de la base de datos no se encuentra completa, toda vez que no es concordante con el estado del proceso y actuaciones documentadas en el sistema Esigna.

Recomendación

1. Dar aplicación al formato documentado en el sistema Isolución para el control de los procesos administrativos sancionatorios, esto es, el formato F-CNTA-010 Base de datos para el control y seguimiento del proceso de investigaciones administrativas sancionatorias.
2. Diligenciar permanentemente las actuaciones procesales de acuerdo a las casillas y requerimientos de formato F-CNTA-010 Base de datos para el control y seguimiento del proceso de investigaciones administrativas sancionatorias, incluyendo la información de cada actuación procesal adelantada o en su defecto, crear en el Sistema de Gestión un formato independiente para el registro de los procesos a cargo del área.

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	ÁREA RESPONSABLE
1	Se evidenció debilidad en el diseño del control para el riesgo SUPE-7 del proceso de Supervisión (SUPE)	SI	Secretaría General
2	Se evidenció falta de diligenciamiento de la base de datos de los procesos administrativos sancionatorios.	SI	Delegatura Financiera

Conclusión

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.

Adicionalmente, es necesario dar aplicación a los puntos de control establecidos en la guía para la gestión de los procesos administrativos sancionatorios, esto es, la aplicación de la base de datos y el diligenciamiento de la misma, con el objetivo de hacer el seguimiento de los registros y expedientes a cargo de la Delegatura Financiera

Por otro lado, se presentan dos oportunidades de mejora las cuales se ponen a consideración de las áreas para el establecimiento de acciones de mejora si bien lo consideran, ya que no corresponden a desviaciones o incumplimiento de una norma o procedimiento, pero que podrían generar valor agregado al desarrollo de su gestión.

En primer lugar, se presenta como oportunidad de mejora, el replanteamiento de las fechas de realización de las capacitaciones para el personal que gestiona los procesos administrativos sancionatorios, ya que realizando el mismo al principio de la vigencia, podría ser más efectiva su aplicación.

A su vez, se recomienda soportar el avance en la ejecución de los controles asociados al proceso, si bien se tiene como fecha de terminación el 31 de diciembre de la presente vigencia, es necesario soportar la ejecución de los mismos a través de la documentación correspondiente.

Con respecto de las acciones de mejora en estado PENDIENTE por parte de la Delegatura Financiera, es necesario que, de manera formal, soliciten a esta Oficina la modificación de la fecha de terminación, incluyendo la justificación por la no ejecución de la mismas, ya que se realizan seguimientos posteriores.

1.1.4 Gestión Jurídica (GEJU) Radicado No. 20211300014773 de 13 de julio de 2021. No requiere respuesta

Se verificó el correcto desarrollo de la Gestión Jurídica por parte de la Oficina Asesora Jurídica, durante la vigencia 2020.

Conclusiones

Producto de la evaluación efectuada por parte de la Oficina de Control Interno, se observó el cumplimiento en la ejecución del control que a la fecha se encontraba con fecha de inicio anterior a la presente verificación y que su periodicidad permitía generar los soportes formulados; adicionalmente, verificado el diseño de controles, no se presentan observaciones al respecto.

De igual forma, se evidencia el cumplimiento en el registro de los procesos judiciales en el sistema Ekogui, observando los soportes de las actuaciones procesales correspondientes y diligenciando la información requerida por el sistema, motivo por el cual no se genera observación alguna.

Sin embargo, el manejo del archivo en el Sistema de Gestión Documental no es gestionado de acuerdo a las directrices establecidas por parte del Archivo General de la Nación y normas internas de la entidad, respecto del manejo de expedientes; lo anterior teniendo en cuenta que no existe la unidad de expediente de los procesos y cada documento o actuación procesal es gestionada a través de ciclos de vida independientes.

Por otro lado, se evaluó la gestión de las acciones de tutela presentadas ante la entidad, observando que las mismas son contestadas dentro de los términos solicitados por la autoridad judicial, evidenciando el cargue de soportes en el Sistema de Gestión Documental.

Respecto de la verificación de los requisitos de tipo documental, se recomienda tener presente la programación de transferencias documentales e informar al Grupo de Gestión Documental las situaciones que consideren podrían afectar la ejecución del mismo.

1.2 Auditorias Especiales

1.2.1. Seguimiento Prestación Servicios Virtuales - Servicios Ciudadanos Digitales - COVID19 Radicado No. 20211300014233 de 7 de julio de 2021, Respuesta mediante radicado No. 20211000014793 del 14 de julio de 2021

Se verificó las actividades de contingencia propuestas en la entidad, con ocasión a la emergencia sanitaria por el COVID-19, para el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2020 y lo corrido de la actual vigencia

Observaciones

1. Observación 1: Ausencia de matriz de riesgos para el Plan de Contingencia (PC)

Condición (Descripción de lo evidenciado)

No se ha completado la elaboración e implementación de la matriz de riesgos para la gestión del Plan de Contingencia (PC).

Criterio:

En el seguimiento realizado en la anterior vigencia se determinó que no se había realizado identificación de los riesgos presentes en la implementación del plan de contingencia, para lo cual fue suscrita la acción de mejora relacionada con la identificación y construcción de la matriz de riesgo; dicha acción fue objeto de seguimiento durante la presente actividad, evidenciando que la misma no ha sido cumplida en su totalidad.

Recomendación

Dar prioridad en el diseño de la matriz de riesgos del plan de contingencia PC, en la cual se identifiquen claramente los riesgos relacionados con su implementación, su probabilidad e impacto, y se establezcan controles efectivos que eviten la materialización de hechos que afecten la gestión del proceso, y con ello dar garantías para asegurar la continuidad en la prestación de los servicios ofrecidos por la entidad.

2. Observación 2: Incumplimiento al numeral 7. Reuniones, del documento “Reglamento Grupo Coordinador PC”

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Se realizó requerimiento de soportes que evidenciaran el cumplimiento del reglamento Grupo Coordinador PC, puntualmente a su numeral 7. REUNIONES y 10. EVALUACIÓN, sin embargo, no fue posible obtener la totalidad de evidencias que dieran cuenta de su realización.

Causa:

Posiblemente se han presentado situaciones que han afectado la realización de las sesiones de trabajo con la periodicidad definida en el reglamento.

Recomendación:

Revisar el reglamento definido para el Grupo Coordinador PC y realizar las actualizaciones que sean requeridas al mismo, asegurando que se dé total cumplimiento a lo que se delimite en el mismo.

En la actualización que se lleve a cabo sobre el reglamento, se sugiere evitar la inclusión de nombres propios, por el contrario, que se relacionen únicamente cargos, teniendo en cuenta los movimientos propios de la planta de personal.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Ausencia de matriz de riesgos para el Plan de Contingencia (PC).	SI
2	Incumplimiento al numeral 7. Reuniones, del documento "Reglamento Grupo Coordinador PC".	NO

Conclusiones

De acuerdo a la información recopilada y a lo evidenciado por la Oficina de Control Interno en el presente seguimiento, se puede determinar que se han implementado estrategias efectivas que han coadyuvado a que las distintas áreas que conforman la Superintendencia de la Economía Solidaria, puedan continuar con la realización de sus actividades misionales y satisfacer las necesidades de sus usuarios, a través de los canales para el acceso a trámites y servicios como son los canales virtuales, entre ellos la Ventanilla Única Virtual y Sede Electrónica, el Sistema de Captura de Información Financiera (SICSES), los correos de atención al ciudadano, líneas de atención a usuarios y los canales presenciales como son la Ventanilla Única de Correspondencia y el Centro de Atención al Ciudadano (CAU).

Así mismo, para los funcionarios y contratistas de la entidad se han dispuesto medios como la VPN (Red privada virtual), el préstamo de equipos informáticos, el apoyo de los integrantes del grupo de Mesa de Ayuda, con su respectivo software de mesa de servicio y las respectivas extensiones y correos de sus integrantes.

1.2.2. Auditoria Aplicativo SIIGO Radicado No. 20211300018553 de 31 de julio de 2021, Respuesta mediante radicado No. 20214000020513 del 13 de septiembre de 2021

Se verificó la gestión al aplicativo SIIGO (Activos Fijos - Inventario), por parte de Secretaría General y su grupo Almacén, para el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2020 y lo corrido de la actual vigencia.

Observaciones

- Observación 1: Riesgo de ocurrencia de errores durante el proceso de control de inventario de consumibles, teniendo en cuenta que se realiza manualmente.**

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Fue posible evidenciar que este proceso de inventario de consumibles presenta este riesgo, teniendo en cuenta que no es posible gestionarse a través del aplicativo SIIGO, por lo cual

se realiza a través de un formato en Excel (Kardex), el cual es alimentado manualmente, con el riesgo de ocurrencia de errores y de causar afectación sobre la integridad de la información.

Causa:

La versión contratada del aplicativo no tiene disponible una opción para la gestión del inventario de consumibles de manera sistematizada a través del mismo.

Recomendación:

Se recomienda que se sistematice este proceso a través de su inclusión en el aplicativo SIIGO, con el fin de evitar la materialización del riesgo de pérdida de elementos del inventario. En su defecto, se sugiere la implementación de una solución que posibilite la gestión sistematizada del proceso y con ello minimizar la ocurrencia del riesgo

2. Observación 2: Falta de ejecución de actividades de control definidas para el riesgo GEAD-4 Pérdida de elementos del inventario.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

El control suscrito para este riesgo, dentro de la matriz de seguimiento al mapa de riesgos institucionales, establece: ““El Profesional Universitario con funciones de almacenista semestralmente aplica un procedimiento para el control de inventarios, alineado a la política contable y revisa las opciones de desarrollo para el manejo automatizado del inventario a través del establecimiento de un cronograma de trabajo al cual se le hará seguimiento constante al interior del grupo de trabajo, así como reuniones de trabajo para realizar la alineación con la política interna contable y realizar la solicitud formal a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas para el desarrollo de una herramienta que facilite el control de inventarios. En caso de no ser posible llevar a cabo el desarrollo de la herramienta, se validará la oferta de módulos disponibles por SIIGO o SIIF Nación para el control de inventarios. Como evidencia se dejará el procedimiento diseñado y aplicado, formatos diligenciados, registro de asistencia y/o actas y/o ayudas de memoria sobre reuniones, comunicaciones electrónicas, correo electrónico o memorando de solicitud de desarrollo de herramienta”.

Teniendo en cuenta lo anterior, no se encontró evidencia de la realización semestral de un procedimiento para el control de inventarios o de la definición de un cronograma de trabajo, de acuerdo a la actividad de control suscrita dentro del mapa de riesgos institucional.

Causa:

Posiblemente, debido a cambios presentados durante la actual vigencia con los encargados de las funciones del Almacén, se han dejado de realizar estas actividades de control, suscritas para evitar la materialización del riesgo GEAD-4 Pérdida de elementos del

inventario.

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

3. Observación 3: Se evidenció la falta de homogeneidad en la identificación de los activos en el Inventario de Activos por responsable

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Muy a pesar que los gestores del proceso identifican a través del código los elementos que conforman el inventario de activos, es también visible que no se tiene unidad de criterio en el registro de la descripción de los elementos a través del aplicativo, encontrándose situaciones donde un mismo tipo de elemento puede registrarse de varias formas (un ejemplo de esto ocurre con las licencias de software), lo que puede ocasionar malinterpretaciones al momento del análisis de la información.

Causa:

Posiblemente el aplicativo no tiene estandarizados los elementos que conforman el inventario de activos, sino que el campo “Descripción” corresponde a un campo de texto abierto, en el cual el gestor puede registrar la característica del activo de distintas formas, haciendo más difícil su identificación.

Recomendación

Requerir al proveedor de la aplicación que se estandaricen los elementos que hacen parte del inventario de activos, por medio de una lista desplegable que esté acorde al código del activo (Ej.: Código: 028, Descripción: Licencia de Software), y que a través del campo “Descripción Ampliada del Activo Fijo”, el operador tenga la opción de registrar cualquier descripción adicional y/o característica del activo, facilitando la identificación y una eficiente gestión de los mismos

4. Observación 4: Se tiene contratada una versión desactualizada del SIIGO, lo cual no permite acceder a nuevas funciones, opciones de seguridad, actualizaciones y realizar mejoras a los reportes, afectando la gestión más eficiente del proceso de administración de activos fijos e inventario.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Se generan reportes del aplicativo que carecen de información relevante para la gestión de los activos fijos y de los elementos del inventario de la entidad.

Causa:

La versión contratada del aplicativo no permite efectuar mejoras sobre los reportes y ajustes a las funcionalidades del sistema.

Recomendación

Definir unas cláusulas en el contrato de renovación de licencias, mantenimiento y soporte al aplicativo, que permitan efectuar ajustes a los reportes del sistema de acuerdo a las necesidades de la entidad, o en su defecto y de llegar a ser necesario, realizar la migración a la nueva versión del aplicativo, asegurándose de que se va a contar con las opciones solicitadas, teniendo cuidado de no adquirir productos que no vayan a ser necesitados, para evitar la subutilización del sistema y un posible detrimento patrimonial.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Riesgo de ocurrencia de errores durante el proceso de control de inventario de consumibles, teniendo en cuenta que se realiza manualmente.	No
2	Falta de ejecución de actividades de control definidas para el riesgo GEAD-4 Pérdida de elementos del inventario.	No
3	Se evidenció la falta de homogeneidad en la identificación de los activos en el inventario de activos por responsable	No
4	Se tiene contratada una versión desactualizada del SIIGO, lo cual no permite acceder a nuevas funciones, opciones de seguridad, actualizaciones y realizar mejoras a los reportes, afectando la gestión más eficiente del proceso de administración de activos fijos e inventario.	No

Conclusiones

Luego de la realización de la actividad auditora, se puede establecer que el SIIGO es un sistema funcional, amigable y efectivo para las gestiones que realiza la entidad a través de Secretaría General, relacionadas con el proceso de Activos Fijos e Inventarios. 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 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

1.2.2 Seguimiento Verificación Página WEB e Intranet Supersolidaria - Principales y Adicionales, Radicado No. 20211300016633 de 5 de agosto de 2021. Respuesta correo electrónico del 11 de agosto de 2021.

Se verificó del cumplimiento e implementación de los estándares definidos en las normas y directrices que regulan la publicación de contenidos en la página web e Intranet de la entidad, a corte 30 de junio de la actual vigencia.

NOTA: La presente verificación no incluye la Intranet de la entidad, teniendo en cuenta que la misma se encuentra deshabilitada desde la vigencia anterior, en atención al inicio de la pandemia ocasionada por el COVID19 y a la estrategia de trabajo en casa implementada por la entidad.

Observaciones

- 1. Observación 1: No se dispone de una política para las copias de respaldo de la información publicada en el sitio web de la entidad, oficializada en el Sistema de Gestión de calidad (Isolución).**

Condición (Descripción de lo evidenciado)

En la validación de la información allegada por la Oficina de Comunicaciones se identificó un formato en Excel denominado POLITICA DE BACKUP PAGINA WEB, el cual no se encuentra codificado ni oficializado en el sistema de gestión de calidad de la Supersolidaria. Sin embargo, tampoco existe un documento o política que regule la ejecución del proceso de realización de respaldos de la información encontrada en la web de la entidad.

Causa:

Se evidencia la elaboración del citado formato, el cual es un control e insumo del proceso de respaldo de la información del portal web, sin embargo, no se ha plasmado el documento o política, con los lineamientos generales para la realización de las copias de seguridad, los requisitos y condiciones que deben cumplir las copias y las restauraciones, entre otros detalles propios de este importante proceso.

Recomendación

Diseñar la Política para la creación de respaldos de la información presente en el portal web e Intranet de la entidad, tomando como referencias las buenas prácticas contenidas en la familia de normas ISO 27000, en el Anexo 3 de la resolución 1519 de 2020 y demás normas concordantes. Posterior a ello, efectuar la correspondiente socialización y oficialización de la política y del formato relacionado, en el sistema de gestión de calidad (Isolución).

2. Observación 2: No se ha dado total cumplimiento al Anexo 2 de la Resolución 1519 de 2020 del MinTIC.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

El menú “Participa” no está presente en la página principal, como lo requiere el citado anexo en su numeral 2.4.4. Respecto a la “Sección de Noticias”, numeral 2.4.5, se encuentra presente a través del botón denominado Sala de Prensa, sin embargo, este numeral del anexo señala que la sección debe llamarse Noticias, por lo cual se sugiere efectuar las correcciones pertinentes, toda vez que la Resolución 1519 de 2020 busca estandarizar todos los portales web del estado.

Causa: Estos ítems se encuentran presentes en la página de Transparencia y Acceso a la Información Pública, pero adicionalmente, de acuerdo al anexo 2, deben ser publicados en la página principal de la entidad, lo cual no se ha realizado actualmente o no se encuentran identificados debidamente.

Recomendación

Ubicar, a la mayor brevedad posible, en la página principal de la entidad, el menú de Participación y modificar el nombre del botón “Sala de Prensa” por “Noticias”, con el fin de dar cumplimiento al citado anexo y sus requerimientos.

3. Observación 3: No se ha dado total cumplimiento al Anexo 3 de la Resolución 1519 de 2020 del MinTIC

Condición (Descripción de lo evidenciado)

La página web de la entidad no tiene instalado un certificado de seguridad, afectando el disponer de una conexión segura y la debida protección de la información. Al momento de realizar el ingreso a la página web de la Supersolidaria (<http://www.supersolidaria.gov.co/es>), utilizando por ejemplo el navegador Google Chrome, inmediatamente se evidencia el mensaje que indica que el sitio web no es seguro.

Causa: No se ha realizado la instalación de un certificado de seguridad SSL, lo cual conlleva a generar de paso una indebida imagen de inseguridad ante la ciudadanía, más tratándose de una entidad estatal.

Recomendación

Adoptar el protocolo HTTPS para hacer más seguro el sitio web de la entidad, permitiendo con ello una conexión cifrada entre el servidor y el usuario, y que permita a su vez mitigar riesgos de incidentes cibernéticos y/o la filtración de datos personales o sensibles.

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	No se dispone de una política para las copias de respaldo de la información publicada en el sitio web de la entidad, oficializada en el Sistema de Gestión de calidad (Isolución).	NO
2	No se ha dado total cumplimiento al Anexo 2 de la Resolución 1519 de 2020 del MinTIC.	NO
3	No se ha dado total cumplimiento al Anexo 3 de la Resolución 1519 de 2020 del MinTIC.	NO

Conclusiones

Se recomienda realizar de manera oportuna los ajustes requeridos sobre el sitio web de la entidad, tomando como referencia las observaciones y oportunidades de mejora registradas en el presente informe, las cuales están alineadas con los estándares de Accesibilidad, Publicación y Divulgación de Información, Seguridad Digital Web y Requisitos Mínimos de Datos Abierto, del MinTIC.

Así mismo, se sugiere revisar la totalidad de los requerimientos presentes en los anexos 1, 2, 3 y 4, de la resolución 1519 de 2020 y de los requisitos estipulados en la Norma Técnica Colombiana - NTC 5854, dando prioridad a la realización de las actividades que se tienen planeadas, teniendo en cuenta las fechas de implementación indicadas en estos anexos, con el fin de dar cumplimiento en los términos establecidos.

2.3. Informes de Ley


1.3.1 Informe de evaluación Institucional por dependencias, Radicado 20211300018503 del 31 de agosto de 2021.

La Oficina de Control Interno tomó como insumo el informe consolidado del avance del Plan de Acción Anual - PAA reportado por cada proceso, el cual es consolidado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas - OAPS, procede a realizar la correspondiente evaluación de los resultados de la gestión por dependencias para el primer semestre de 2021, el cual consistirá en el análisis de la información reportada resultado del acompañamiento en la gestión y seguimiento efectuado por la OAPS frente al cumplimiento de los compromisos establecidos.

La verificación por parte de la Oficina de Control Interno del procedimiento para la formulación, gestión, seguimiento y evaluación del Plan de Acción Anual establecida en el formato RPLAN-002, así como la verificación de los soporte de la evidencia objetiva cargada en el aplicativo dispuesto para tal fin por parte de la OAPS, será documentada en el informe independiente que se realizará sobre el seguimiento al Plan de Acción Anual con corte al 30 de junio de 2021, el cual se emitirá con posterioridad al presente informe.

A continuación, se presente el documento resumen de la evaluación de gestión por dependencias:

Conclusión

 <div style="float: right;"> EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS </div>							
FECHA EMISIÓN				31/08/2021			
Página				1 de 1			
PERÍODO DE VIGENCIA	DÍA	MES	AÑO	al	DÍA	MES	AÑO
	1	1	2021		30	6	2021
Resultados de la evaluación por áreas o dependencias							
N°	ÁREA O DEPENDENCIA.	AVANCE PLAN ACCIÓN ANUAL - PAA (%)		OBSERVACIONES			
1	DESPACHO SUPERINTENDENTE	51,7%		<p>Una vez realizada la evaluación de desempeño por parte de la Oficina de Control Interno sobre los compromisos del Despacho del Superintendente, y teniendo en cuenta el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, se observa que se presenta un porcentaje de avance en el Plan de Acción Anual - PAA del 51,7% al 30 de junio de 2021.</p> <p>Es importante resaltar que el Plan de Acción Anual - PAA de 2021, sobre el cual se realizó la evaluación de gestión por dependencias de la Superintendencia de la Economía Solidaria, fue aprobado mediante Resolución No. 2021121000445 del 1 de febrero de 2021.</p> <p>Una vez que sobre el Plan de Acción Anual - PAA, la Oficina de Control realice el seguimiento programado con corte al 30 de junio de 2021, de conformidad con lo establecido en el Programa Anual de Auditoría de la vigencia del 2021, el informe de verificación de avance y cargue de documentos por parte de los funcionarios designados por los líderes, a través del módulo de planeación estratégica de ISOLución, será socializado con la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y publicado en la página web de la entidad.</p>			
2	DELEGATURA PARA LA SUPERVISIÓN DE LA ACTIVIDAD FINANCIERA DEL COOPERATIVISMO	55,4%		<p>Una vez realizada la evaluación de desempeño por parte de la Oficina de Control Interno sobre los compromisos de la Delegatura para la Supervisión de la Actividad Financiera del Cooperativismo, y teniendo en cuenta el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, se observa que se presenta un porcentaje de avance en el Plan de Acción Anual - PAA del 53,3% al 30 de junio de 2021.</p> <p>Es importante resaltar que el Plan de Acción Anual - PAA de 2021, sobre el cual se realizó la evaluación de gestión por dependencias de la Superintendencia de la Economía Solidaria, fue aprobado mediante Resolución No. 2021121000445 del 1 de febrero de 2021.</p> <p>Una vez que sobre el Plan de Acción Anual - PAA, la Oficina de Control realice el seguimiento programado con corte al 30 de junio de 2021, de conformidad con lo establecido en el Programa Anual de Auditoría de la vigencia del 2021, el informe de verificación de avance y cargue de documentos por parte de los funcionarios designados por los líderes, a través del módulo de planeación estratégica de ISOLución, será socializado con la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y publicado en la página web de la entidad.</p>			

3	DELEGATURA PARA LA SUPERVISIÓN DEL AHORRO Y LA FORMA ASOCIATIVA SOLIDARIA	51,1%	<p>Una vez realizada la evaluación de desempeño por parte de la Oficina de Control Interno sobre los compromisos de la Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria, y teniendo en cuenta el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, se observa que se presenta un porcentaje de avance en el Plan de Acción Anual - PAA del 49,4% al 30 de junio de 2021.</p> <p>Es importante resaltar que el Plan de Acción Anual - PAA de 2021, sobre el cual se realizó la evaluación de gestión por dependencias de la Superintendencia de la Economía Solidaria, fue aprobado mediante Resolución No. 2021121000445 del 1 de febrero de 2021..</p> <p>Una vez que sobre el Plan de Acción Anual - PAA, la Oficina de Control realice el seguimiento programado con corte al 30 de junio de 2021, de conformidad con lo establecido en el Programa Anual de Auditoría de la vigencia del 2021, el informe de verificación de avance y cargue de documentos por parte de los funcionarios designados por los líderes, a través del módulo de planeación estratégica de ISOLución, será socializado con la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y publicado en la página web de la entidad.</p>
4	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS	40,0%	<p>Una vez realizada la evaluación de desempeño por parte de la Oficina de Control Interno sobre los compromisos de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, y teniendo en cuenta el seguimiento realizado por dicha Oficina, se observa que se presenta un porcentaje de avance en el Plan de Acción Anual - PAA del 42,5% al 30 de junio de 2021.</p> <p>Es importante resaltar que el Plan de Acción Anual - PAA de 2021, sobre el cual se realizó la evaluación de gestión por dependencias de la Superintendencia de la Economía Solidaria, fue aprobado mediante Resolución No. 2021121000445 del 1 de febrero de 2021.</p> <p>Una vez que sobre el Plan de Acción Anual - PAA, la Oficina de Control realice el seguimiento programado con corte al 30 de junio de 2021, de conformidad con lo establecido en el Programa Anual de Auditoría de la vigencia del 2021, el informe de verificación de avance y cargue de documentos por parte de los funcionarios designados por los líderes, a través del módulo de planeación estratégica de ISOLución, será socializado con la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y publicado en la página web de la entidad.</p>
5	SECRETARIA GENERAL	31,7%	<p>Una vez realizada la evaluación de desempeño por parte de la Oficina de Control Interno sobre los compromisos de la Secretaria General, y teniendo en cuenta el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, se observa que se presenta un porcentaje de avance en el Plan de Acción Anual - PAA del 31,7% al 30 de junio de 2021.</p> <p>Es importante resaltar que el Plan de Acción Anual - PAA de 2021, sobre el cual se realizó la evaluación de gestión por dependencias de la Superintendencia de la Economía Solidaria, fue aprobado mediante Resolución No. 2021121000445 del 1 de febrero de 2021.</p> <p>Una vez que sobre el Plan de Acción Anual - PAA, la Oficina de Control realice el seguimiento programado con corte al 30 de junio de 2021, de conformidad con lo establecido en el Programa Anual de Auditoría de la vigencia del 2021, el informe de verificación de avance y cargue de documentos por parte de los funcionarios designados por los líderes, a través del módulo de planeación estratégica de ISOLución, será socializado con la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y publicado en la página web de la entidad.</p>
6	OFICINA ASESORA JURÍDICA	53,3%	<p>Una vez realizada la evaluación de desempeño por parte de la Oficina de Control Interno sobre los compromisos de la Oficina Asesora Jurídica, y teniendo en cuenta el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, se observa que se presenta un porcentaje de avance en el Plan de Acción Anual - PAA del 53,3% al 30 de junio de 2021.</p> <p>Es importante resaltar que el Plan de Acción Anual - PAA de 2021, sobre el cual se realizó la evaluación de gestión por dependencias de la Superintendencia de la Economía Solidaria, fue aprobado mediante Resolución No. 2021121000445 del 1 de febrero de 2021.</p> <p>Una vez que sobre el Plan de Acción Anual - PAA, la Oficina de Control realice el seguimiento programado con corte al 30 de junio de 2021, de conformidad con lo establecido en el Programa Anual de Auditoría de la vigencia del 2021, el informe de verificación de avance y cargue de documentos por parte de los funcionarios designados por los líderes, a través del módulo de planeación estratégica de ISOLución, será socializado con la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y publicado en la página web de la entidad.</p>

Observaciones generales:

Teniendo en cuenta los porcentajes de avance, anteriormente señalados, es importante que los procesos que presentan avance inferiores al 50%, evalúen las actividades a fin de validar oportunamente el cumplimiento de las mismas o si se requieren ajustes al PAA 2021.

De acuerdo con lo anterior, y ante la actual crisis sanitaria producida por el COVID-19, que está provocando que todas las entidades se vean enfrentadas a afrontar un contexto muy distinto al inicialmente planeado, es clave que se esté realizando un permanente y adecuado monitoreo y control al plan de acción establecido por cada una de las dependencias, de forma tal que:

- Se asegure la coherencia y efectividad de todas las actividades
- Facilite la adecuada asignación de los recursos
- Se anticipe a posibles errores y desviaciones y se permita responder de manera anticipada y contundente
- Se Gestionen los distintos impactos en el plan de acción (reputacionales, normativos, en las operaciones, entre otros)

- De igual forma, tal como se ha manifestado en informes anteriores por parte de esta oficina, en cuanto al seguimiento realizado sobre el cumplimiento del PAA y aun cuando las Dependencias y o áreas responsables de las actividades programadas, a nivel general realizaron y adelantaron un porcentaje importante de las actividades establecidas para el mejoramiento de la gestión y por ende el logro de los objetivos misionales, se recuerda que tal como se realizó este año por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas es preciso que las metas propuestas sean oportunas y adecuadamente planeadas desde el inicio del año de forma tal que se dé cumplimiento a las mismas y en caso de ajustes o modificaciones, estos sean incluidos y claramente establecidos en las Actas de Comité Directivo, informando de manera explícita el porqué de los ajustes, reiterándose que los mismos deberán ser aprobados, socializados y publicados.

- Por último y de conformidad con lo establecido en la normatividad relacionada, se recuerda que esta información deberá tomarse como uno de los criterios en la concertación de los compromisos del siguiente periodo de evaluación así insumo para la formulación de los acuerdos de gestión.

Es importante señalar que la Oficina Asesora de Planeación y sistemas mediante correo del 30 de agosto de 2021, informa que en el "(...)Eje Estructural - Modelo de Gestión, la Actividad: Adelantar la revisión jurídica del reporte inicial de idoneidad (constitución) de los Fondos de Empleados cuando lo soliciten, se elimina del Plan de Acción de acuerdo con la aprobación del Comité Directivo del 30/07/2021, por lo tanto, no debe ser tenida en cuenta para la próxima auditoría de Evaluación de Gestión por Dependencias. (...)"

1.3.2 Informe sobre mecanismos de Participación Ciudadana y Atención de PQRS por parte de la Superintendencia *Norma técnica NTC 6047 de infraestructura Radicado 20211300016193 del 30 de julio de 2021, Respuesta mediante radicado No. 20211000017353 del 13 de agosto de 2021

Se revisó el proceso y procedimiento de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias - PQRS, presentadas y atendidas en la Superintendencia de la Economía Solidaria por el período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2021

1. Observación # 1: Tiempos establecidos para responder las PQRS

Condición (Descripción de lo evidenciado)

La entidad presenta un total de 638 PQRS que fueron contestadas fuera de tiempo, es decir que el 12% del total de PQRS 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 116 días en dar respuesta.

Causa: No hay un sistema de gestión documental que genere seguimientos y alarmas de manera propia y automática para así darle prioridad a la contestación de estas peticiones.

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).

2. Observación 2: Parámetros formulados en la Norma NTC 6047 de 2013

Condición (Descripción de lo evidenciado)

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

Causa: Los lineamientos de la arquitectura y estructura en las instalaciones de la Supersolidaria no tomaron en cuenta, en su etapa de diseño y construcción, los parámetros establecidos por la norma para el correcto funcionamiento del edificio y/o seguridad del usuario.

Recomendación

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

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Tiempos establecidos para responder las PQRSD	SI
2	Parámetros formulados en la Norma NTC 6047 de 2013	SI

Conclusión

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

1.3.3 Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa del Estado (e-KOGUI). Radicado No 20211300016163 de 29 de julio de 2021. Oficio remitido a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado - No requiere respuesta

La Oficina de Control Interno de la Superintendencia de la Economía Solidaria, emitió la certificación del asunto de la referencia, dando cumplimiento a lo establecido en la Circular Externa No. 03 expedida por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado el 12 de julio de 2021 y específicamente a lo ordenado el artículo 2.2.3.4.1.14 del Decreto 1069 de 2015 el cual establece que "Los Jefes de Control Interno de cada entidad verificarán el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente capítulo (...) (Capítulo 4 - Información Litigiosa del Estado) (...) a través de los procedimientos internos que se establezcan y de conformidad con los protocolos establecidos por la Dirección de Gestión de Información de la Agencia y enviarán semestralmente a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, certificación sobre el resultado de la verificación, sin perjuicio de las acciones que se estimen pertinentes dentro de los planes de mejoramiento institucionales para asegurar calidad de la información contenida en el Sistema".

1.3.4 Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno del 1 de enero al 30 de junio de 2021 (Informe Pormenorizado de Control Interno Publicado página Web Superintendencia. No requiere respuesta

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

A continuación, se presenta el resultado del Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno con corte al 30 de junio de 2021:



Nombre de la Entidad:		Superintendencia de la Economía Solidaria				
Periodo Evaluado:		Del 1 de enero al 30 de junio del 2021				
Estado del sistema de Control Interno de la entidad		84%				
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno						
¿Están todas las componentes operando contra el riesgo asignado? (20 en proceso y 160) (Justifique su respuesta):	En proceso	A la fecha del presente informe de evaluación del sistema de control interno, Junio 30 de 2021, y a través de la evaluación independiente, se establece que el Estado del Sistema de Control Interno de la Superintendencia de la Economía Solidaria, se encuentra en proceso y su resultado fue de 84%.				
¿La efectividad del sistema de control interno para los objetivos asignados? (20) (Justifique su respuesta):	No	Una vez analizados los 5 componentes y cada uno de los controles establecidos, así como el resultado de su implementación (84%), se establece que no ha sido totalmente efectivo, por lo cual se requiere de la implementación de planes de mejoramiento que permitan cubrir la brecha del 16% existente, de forma tal que se pueda cumplir con los lineamientos mínimos requeridos.				
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una herramienta (Línea de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (2) (Justifique su respuesta):	Si	La definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa ha sido incluida dentro de la Política para la Administración de Riesgos de la Superintendencia Solidaria.				
Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual, Explicación de las Deficiencias y Fortalezas	Nivel de Cumplimiento del Informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance Final del componente
Ambiente de control	Si	85%	El Componente del Ambiente de Control en la Superintendencia, el cual busca asegurar las condiciones mínimas para el ejercicio del Control Interno en la entidad, presentó el 31 de diciembre de 2020 un nivel de cumplimiento del 85%, con una brecha de 15%, la cual requiere del cumplimiento de la línea estratégica y de las tres líneas de defensa, quienes observaron acciones de mejora que permitan alcanzar el nivel de cumplimiento deseado. Teniendo en cuenta que en el Componente de Ambiente de Control se definieron 5 lineamientos con 24 preguntas, se observa que estos aquellos controles requerimientos establecidos: 1. El 95.8% de los mismos se encuentran presentes, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa. 2. El 42.3% de las actividades están desactivadas o en proceso de diseño, pero estas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño. En cuanto a su funcionamiento: 1. El 78.9% de los controles funcionan operando como están diseñados y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo. 2. El 29.2% el control opera como está diseñado, pero con algunas falencias.	81%	El Componente del Ambiente de Control en la Superintendencia, el cual busca asegurar las condiciones mínimas para el ejercicio del Control Interno en la entidad, presentó el 31 de diciembre de 2020 un nivel de cumplimiento del 81%, con una brecha de 19%, la cual requiere del cumplimiento de la línea estratégica y de las tres líneas de defensa, quienes observaron acciones de mejora que permitan alcanzar el nivel de cumplimiento deseado. Teniendo en cuenta que en el Componente de Ambiente de Control se definieron 5 lineamientos con 24 preguntas, se observa que estos aquellos controles requerimientos establecidos: 1. El 95.8% de los mismos se encuentran presentes, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa. 2. El 42.3% de las actividades están desactivadas o en proceso de diseño, pero estas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño. En cuanto a su funcionamiento: 1. El 82.6% de los controles funcionan operando como están diseñados y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo. 2. El 37.5% el control opera como está diseñado, pero con algunas falencias.	4%
Evaluación de riesgos	Si	79%	El 31 de diciembre de 2020, el componente de evaluación de riesgos mediante el cual se gestionan los riesgos materiales para evitar su materialización, presentó un estado de implementación en la Superintendencia de la Economía Solidaria del 79%, por lo cual se deberán diseñar acciones que permitan fortalecer el mismo y cubrir la brecha existente del 21%. En este Componente se han establecido 4 lineamientos, con 17 controles, sobre las cuales se establece el siguiente porcentaje de avance: 100% de los controles se encuentran presentes y requieren acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa. En cuanto a su funcionamiento, el 58.8% (10 controles) operan como están diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo y el 41.2% (7 controles) operan como están diseñados, pero con algunas falencias. Dicha evaluación de riesgos hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.	74%	El 31 de diciembre de 2020, el componente de evaluación de riesgos mediante el cual se gestionan los riesgos materiales para evitar su materialización, presentó un estado de implementación en la Superintendencia de la Economía Solidaria del 74%, por lo cual se deberán diseñar acciones que permitan fortalecer el mismo y cubrir la brecha existente del 26%. En este Componente se han establecido 4 lineamientos, con 17 controles, sobre las cuales se establece el siguiente porcentaje de avance: 100% de los controles se encuentran presentes y requieren acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa. En cuanto a su funcionamiento, el 47.1% (8 controles) operan como están diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo y el 52.9% (9 controles) operan como están diseñados, pero con algunas falencias. Dicha evaluación de riesgos hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.	5%
Actividades de control	Si	83%	La Superintendencia define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso implementando políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que dan cuenta de su aplicación en el día de las operaciones, las cuales presentan una implementación del 83%. En cuanto a la existencia de los mismos, se observa que el 100% de los mismos se encuentran presentes, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa. Con respecto a su funcionamiento el 66.7% operan como están diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo y el 33.3% de los mismos operan como están diseñados, pero con algunas falencias.	71%	La Superintendencia define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso implementando políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que dan cuenta de su aplicación en el día de las operaciones, las cuales presentan una implementación del 71%. En cuanto a la existencia de los mismos, se observa que el 63.2% de los mismos se encuentran presentes, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa y el 36.8% de las actividades están desactivadas o en proceso de diseño, pero estas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas y por lo tanto requieren acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño. Con respecto a su funcionamiento el 41.7% operan como están diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo y el 58.3% de los mismos operan como están diseñados, pero con algunas falencias.	12%
Información y comunicación	Si	79%	Dentro de este componente se presentan 3 lineamientos con 14 controles, cuya finalidad es la verificación de la información y la comunicación sean efectivas para adecuada operación en la Superintendencia mediante este componente se verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés. Se requiere que todos los servidores de la entidad reciban un claro mensaje de la Alta Dirección sobre las responsabilidades de control. Deben comprender su función dentro del Sistema de Control Interno. El siguiente es el grado de implementación de este componente en su funcionamiento en la Superintendencia: 1. El 57.1% operan como están diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo. 2. El 42.9% operan como están diseñados, pero con algunas falencias. En cuanto a su existencia, el 100% de los mismos se encuentran presentes, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa.	79%	Dentro de este componente se presentan 3 lineamientos con 14 controles, cuya finalidad es la verificación de la información y la comunicación sean efectivas para adecuada operación en la Superintendencia mediante este componente se verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés. Se requiere que todos los servidores de la entidad reciban un claro mensaje de la Alta Dirección sobre las responsabilidades de control. Deben comprender su función dentro del Sistema de Control Interno. El siguiente es el grado de implementación de este componente en su funcionamiento en la Superintendencia: 1. El 57.1% operan como están diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo. 2. El 42.9% operan como están diseñados, pero con algunas falencias. En cuanto a su existencia, el 100% de los mismos se encuentran presentes, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa.	0%
Monitoreo	Si	93%	Teniendo en cuenta que mediante este componente se realiza el monitoreo y la evaluación de la gestión institucional, a través de la autoevaluación y la evaluación independiente en la Superintendencia, con corte al primer semestre del presente año, se observa que el mismo presenta un nivel de implementación del 93%. Este componente define 2 lineamientos, y contiene 14 preguntas sobre requerimientos específicos en cuanto a diseño y funcionamiento, de las mencionadas preguntas el 85.7% de las actividades se encuentran desactivadas, documentadas y actualizadas y el 14.3% de las actividades están desactivadas o en proceso de diseño, pero estas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas. En cuanto a su funcionamiento en el 80.7% el control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo y el 19.3% el control opera como está diseñado, pero con algunas falencias. La evaluación permanente al estado del SCI implica el seguimiento al conjunto de dimensiones del Modelo, de tal manera que la autoevaluación y la evaluación independiente se convierten en la base para emprender acciones para subsanar las deficiencias detectadas y enmarcarse en la mejora continua (COSO, 2013: 143). Este tipo de actividades se pueden dar en el día a día de la gestión institucional o a través de evaluaciones continuas y separadas (autoevaluación, auditorías), y su propósito es verificar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública (ii) la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos, y (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.	82%	Teniendo en cuenta que mediante este componente se realiza el monitoreo y la evaluación de la gestión institucional, a través de la autoevaluación y la evaluación independiente en la Superintendencia, con corte al primer semestre del presente año, se observa que el mismo presenta un nivel de implementación del 82%. Este componente define 2 lineamientos, y contiene 14 preguntas sobre requerimientos específicos en cuanto a diseño y funcionamiento, de las mencionadas preguntas el 78.6% de las actividades se encuentran desactivadas, documentadas y actualizadas y el 21.4% de las actividades están desactivadas o en proceso de diseño, pero estas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas. En cuanto a su funcionamiento en el 71.4% el control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo, el 28.6% el control opera como está diseñado, pero con algunas falencias y en el 7.1% el control no opera como está diseñado o bien no está presente ni se ha implementado. La evaluación permanente al estado del SCI implica el seguimiento al conjunto de dimensiones del Modelo, de tal manera que la autoevaluación y la evaluación independiente se convierten en la base para emprender acciones para subsanar las deficiencias detectadas y enmarcarse en la mejora continua (COSO, 2013: 143). Este tipo de actividades se pueden dar en el día a día de la gestión institucional o a través de evaluaciones continuas y separadas (autoevaluación, auditorías), y su propósito es verificar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública, (ii) la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos, (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos, y (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.	11%

"Super-Visión" para la transformación

1.3.5 Informe Austeridad en el Gasto - Envío Archivo validación Informe Trimestral Ahorro en el gasto, Radicado No. 20211300016543 del 4 de agosto de 2021, No requiere respuesta.

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

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

1.4 Seguimientos Oficina de Control Interno

1.4.1 Plan de mejoramiento Institucional suscrito con la Contraloría General de la República (CGR - Min hacienda), Validado con las dependencias involucradas y enviado vía SIRECI a la CGR y al Ministerio de hacienda - publicado en la página web de la entidad). No requiere respuesta

En cumplimiento a lo dispuesto por la Contraloría General de la República CGR, la Oficina de Control Interno realizó seguimiento a los avances en el cumplimiento de las acciones de mejora y metas durante el segundo (II) Semestre de 2020, formuladas en el Plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República y la Superintendencia de la Economía Solidaria por las vigencias 2013 y 2014, auditoría financiera 2017, auditoría de cumplimiento 2018 y las Denuncias 2015-84955-82111-D y 2015-85249-82110-D y 2016-108095-82111-D

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

Fecha de generación: 2021/07/14

Hora de generación: 09:50:44

Consecutivo: 16662021-06-30

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

1.4.2 Seguimiento Ejecución Presupuestal Radicado 20211300018533 del 31 de agosto 2021). No requiere respuesta.

Se verificó la ejecución presupuestal en el periodo comprendido entre el 1º de enero y el 30 de junio de 2021, tomando como soporte la información arrojada por el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF y los informes de presupuesto publicados en la página WEB de la Superintendencia de Economía Solidaria, se realizan por parte de la Oficina de Control Interno algunas oportunidades de mejora, para fortalecer este proceso, las cuales se relacionan a continuación:

Oportunidades de Mejora:

- ✓ La oficina de control interno evidencia una oportunidad de mejora en cuanto al reporte y consolidación de evidencias del riesgo 4 y 6 para el primer trimestre y del riesgo 4 para el segundo trimestre.
- ✓ La Oficina de Control interno evidencia que el proyecto de inversión: “Adquisición de una nueva sede integrada para la Supersolidaria en Bogotá”, tiene una ejecución de 0,50%, por lo que se genera una oportunidad de mejora teniendo en cuenta las alarmas verbales y escritas allegadas a gerentes del proyecto y directivos para que gestionen o determinen acciones para la devolución de los recursos en caso que definan que no van a comprar la sede.
- ✓ Así mismo se genera una oportunidad de mejora en el proyecto “Fortalecimiento de la arquitectura tecnológica de la Supersolidaria en Bogotá” para su seguimiento por su bajo porcentaje de ejecución (37,54%).
- ✓ La oficina de control interno genera una oportunidad de mejora en cuanto a la creación de un control o mecanismo para asegurar la publicación de los Informes Presupuestales en la Página web de la entidad en las fechas acordadas para ello.

Conclusiones

La Oficina de Control interno reconoce la labor de ejecución presupuestal realizada por el área encargada que en este caso es la Secretaria General, para informar y hacer seguimiento a las cuentas presupuestales para lograr su ejecución en la vigencia.

1.4.3 Seguimiento Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (Ley 1712 de 2014 - Decreto 103 de 2015) Radicado No. 20211300015273 de 19 de julio de 2021. Respuesta radicado No. 20211200015973 del 28 de julio de 2021.

Se validó el cumplimiento a los ítems definidos en la matriz ITA definida por la Procuraduría General de la Nación, tomando como base la sección de Transparencia y Acceso a la Información Pública, ubicada en la página web de la Superintendencia de la Economía

130 - 20211300021213

Página 27 de 39

Solidaria, a corte 30 de junio de 2020.

Observaciones

1. Observación 1: No se cumple en su totalidad con los requerimientos de la matriz de Índice de Transparencia y Acceso a la Información - ITA, dispuesta por la Procuraduría General de la Nación.

Condición (Descripción de lo evidenciado)

Durante la validación efectuada a la página de Transparencia y Acceso a la Información Pública, presente en el portal web de la entidad, tomando como base la matriz ITA de la Procuraduría General de la Nación, se evidenciaron los siguientes incumplimientos:

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	NORMATIVIDAD	OBSERVACIÓN OCI
3. Estructura orgánica y talento humano	3.5 Directorio de información de servidores públicos, contratistas y empleados	Art. 9, lit c), Ley 1712 de 2014 Art. 5, Dec 103 de 2015 Par.1	Se evidenció que no se encuentra actualizada la información de funcionarios y contratistas registrada en SIGEP II (Aparecen 146 servidores públicos y apenas 46 contratistas). De acuerdo a lo informado por la OAPS, este ítem es responsabilidad de Secretaria General Grupo de Talento Humano y Contratación, razón por la cual deberán suscribir las acciones de mejora correspondientes.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	NORMATIVIDAD	OBSERVACIÓN OCI
10. Instrumentos de gestión de información pública	10.2. Registro de Activos de Información	Arts.13 y 16, Ley 1712 de 2014 Arts. 37 y 38, Dec. 103 de 2015	No se evidenciaron los siguientes campos en el formato REGISTRO DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN E ÍNDICE DE INFORMACIÓN CLASIFICADA Y RESERVADA: f. Medio de conservación (físico, análogo y/o digital). h. Información publicada o disponible. Responsabilidad de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, quien deberá suscribir

			las acciones de mejora correspondientes.
	10.3. Índice de Información Clasificada y Reservada	Art.20, Ley 1712 de 2014, Arts. 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32 y 33, Dec. 103 de 2015	No se evidenciaron los siguientes campos en el formato REGISTRO DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN E ÍNDICE DE INFORMACIÓN CLASIFICADA Y RESERVADA: f. Medio de conservación (físico, análogo y/o digital). i. Objetivo legítimo de la excepción. m. Fecha de la calificación. n. Plazo de clasificación o reserva. Este ítem es responsabilidad de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

Causa:

No se ha realizado la publicación de los contenidos en las condiciones requeridas por la matriz ITA de la Procuraduría General de la Nación.

Recomendación

Revisión de cada una de las situaciones de incumplimiento mencionadas en la anterior tabla, confrontarlas con las publicaciones presentes en la página de Transparencia y Acceso a la Información Pública del sitio web de la entidad y realizar las actualizaciones correspondientes, con el fin de dar total cumplimiento a los requerimientos y condiciones de las publicaciones, señalados en la matriz de Índice de Transparencia y Acceso a la Información – ITA.

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 cumple en su totalidad con los requerimientos de la matriz de Índice de Transparencia y Acceso a la Información - ITA, dispuesta por la Procuraduría General de la Nación.	SI

Conclusión

Se puede concluir que la Superintendencia de la Economía Solidaria, como sujeto obligado, cumple en términos generales con el deber de divulgar información y permitir el acceso de la

ciudadanía, de acuerdo con los parámetros y lineamientos establecidos en la Ley 1712 de 2014, en la matriz de Índice de Transparencia y Acceso a la Información - ITA, diseñada por la Procuraduría General de la Nación y demás normas relacionadas al tema, sin lograr el cumplimiento total, debido a que las actividades registradas en el numeral OBSERVACIONES DE LA AUDITORIA (Principales Situaciones Detectadas), no cumplen en su totalidad con los requisitos exigidos para su publicación.

Es por ello que es imperativamente necesario que se realice a la mayor brevedad, la actualización y publicación de estos contenidos en la sección “Transparencia y acceso a Información Pública”, en la página web del Instituto, para dar total cumplimiento a las directrices de la Ley 1712 de 2014 y a los requerimientos definidos en la matriz ITA

1.4.4 Plan de Acción Anual - PAA (Seguimiento al PAA) Radicado No. 20211300018523 de 31 de agosto de 2021. No requiere respuesta.

Se verificó el seguimiento al Plan de Acción Anual – PAA, realizado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas de la Superintendencia, para lo cual la Oficina de Control Interno revisará el 100% de las actividades programadas en el Plan de Acción Anual, así como la totalidad de los soportes de la evidencia objetiva cargada en el aplicativo dispuesto para tal fin por parte de la OAPS con corte a 30 de junio de 2021

Conclusión

La Oficina de Control interno reconoce todo el empeño y dedicación de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas en la actualización de sus procesos, cumplimiento en evidencias, procedimientos y la creación de herramientas para articular y orientar la gestión de la entidad al logro de las metas del Plan Estratégico a través de la formulación, consolidación y seguimiento al Plan de Acción anual 2021, se realizan algunas oportunidades de mejora por parte de la Oficina de Control Interno de control interno, las cuales se relacionan a continuación:

Oportunidades de Mejora

- ✓ La oficina de control interno genera una oportunidad de mejora en cuanto a la consolidación y reporte de evidencias del riesgo 3 (acción 1) en el primer trimestre y en el riesgo 1 del segundo trimestre. Así mismo en el riesgo 2 en el segundo trimestre realizar un seguimiento total, en el plan de acción anual, que incluya planes institucionales tales como plan de prevención de recursos humanos, plan de trabajo de seguridad y salud en el trabajo, plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información y plan de seguridad y privacidad de la información.
- ✓ Se genera una oportunidad de mejora en cuanto al aumento del porcentaje de

cumplimiento de las siete (7) actividades que presentan un avance del 20% y en las ocho (8) actividades que presentan avance del 30% teniendo en cuenta el periodo actual. Aunque es pertinente aclarar que varias actividades que presentaban bajos porcentajes, sufrieron cambios de metas para el segundo semestre.

- ✓ La Oficina de control interno evidencia una oportunidad de mejora en cuanto a la inclusión del Numeral 19. Compras y Contratación Pública (Numeral 19, adicionado por el Art. 1 del Decreto 742 de 2 de julio de 2021. En la normatividad del plan de acción anual y por ende de las actividades a realizar.
- ✓ En las Actividades No.1,12, 20, 41 y 51: se evidencia una oportunidad de mejora en cuanto a la corrección del porcentaje de avance de las tareas, en el sistema de gestión de calidad iSolución, se aclara que la solicitud de corrección ya fue realizada por parte de los responsables de la auditoría.
- ✓ En las actividades No. 28, 29, 32, 33, 40, 41, 45, 48, 51, 52, 53, 54, 55 se evidencia una oportunidad de mejora en cuanto a la trazabilidad y descripción de la actividad, en el sistema de gestión de calidad iSolución, se aclara que la solicitud de corrección ya fue realizada por parte de los responsables de la auditoría.

1.4.5 Seguimiento a la Valoración de los nuevos Pasivos contingentes y la Actividad Litigiosa del Estado. Radicado No. 20211300018543 de 31 de agosto de 2021. No requiere respuesta.

El alcance estuvo previsto para esta actividad conlleva la verificación de la provisión contable de los procesos judiciales a cargo de la entidad activos a la fecha del presente seguimiento.

Conclusión

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

Por lo anterior, se recomienda continuar aplicando los controles establecidos para la calificación del riesgo y provisión contable de los procesos judiciales de la entidad. Por otro lado, de acuerdo al procedimiento PR-GEJU-002 - Representación en procesos judiciales en calidad de demandante y demandado, se hace alusión al diligenciamiento del formato FT-GEJU-008 procesos judiciales, para efectos de realizar la calificación del riesgo y provisión contable por parte de los apoderados, sin embargo, este formato no se encuentra ubicado en el proceso de gestión jurídica dentro del sistema de gestión de la entidad, por lo que se recomienda realizar los ajustes pertinentes con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

Teniendo en cuenta lo anterior, no se generan observaciones al respecto, presentando como

“Super-Visión” para la transformación

oportunidad de mejora el ajuste del formato mencionado anteriormente.

1.4.6 Seguimiento al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público "SIGEP" Radicado No. 20211300016013 del 28 de julio de 2021. No requiere respuesta

Comprobar el cumplimiento del registro de la información de funcionarios públicos y contratistas de la Superintendencia de la Economía Solidaria, en el SIGEP (Sistema de Información y Gestión del Empleo Público), a corte 31 de mayo de 2021.

Nota: Es pertinente señalar que, durante el proceso de verificación por parte de esta Oficina, el sistema SIGEP presentó fallas respecto del rol de consulta del jefe de la Oficina de Control Interno, limitando la verificación de los ajustes que realizó el Grupo de Talento Humano durante el desarrollo del presente trabajo de seguimiento.

Oportunidades de mejora:

Entendiendo y evidenciando todas las gestiones realizadas por el Grupo de Talento Humano de la entidad, encaminadas a que los funcionarios y contratistas realicen el registro oportuno y correcto de la información a través del aplicativo SIGEP, es claro que se siguen presentando casos de registros inoportunos y registros con errores en el citado aplicativo, teniendo en cuenta las inconsistencias mencionadas con anterioridad, por lo que esta oficina presenta las siguientes oportunidades de mejora, enfocadas en el fortalecimiento del proceso:

1. Fortalecer los controles y las estrategias implementadas para asegurar que la información, tanto de los funcionarios públicos como de los contratistas de la entidad, sea registrada en SIGEP de manera oportuna, veraz y confiable, con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente en la materia.
2. Realizar comprobación de manera periódica, de la veracidad del contenido de los registros de información realizados en SIGEP, mediante sistema de muestreo o selección al azar y aplicar los ajustes que sean necesarios oportunamente.
3. Continuar con el requerimiento de los servidores públicos que no registraron la información en términos o que su registro presenta inconsistencias, para efectos de que se realicen las correcciones a que haya lugar.
4. Comunicar al grupo de procesos disciplinarios el incumplimiento de las obligaciones de registro y actualización de la información en el SIGEP, para efectos de dar inicio con las acciones a que haya lugar.
5. Continuar con la remisión de las inconsistencias que se detecten en el sistema al Departamento Administrativo de la Función Pública para garantizar el cumplimiento de la función del Grupo de Talento Humano en el seguimiento de las obligaciones de los

servidores públicos en el SIGEP.

Observación Secretaría General:

“Validadas las oportunidades de mejora encontramos oportuno manifestar lo siguiente:

- *Las acciones descritas en los numerales forman partes de las actividades que ha implementado Talento Humano desde su ejercicio de liderar el proceso de gestión y administración del SIGEP, las cuales quedaron efectivamente evidenciadas con los diferentes soportes documentales que fueron entregados; por tanto, consideramos que se debe reconocer los avances y señalar no oportunidades de mejora sino por el contrario mantener las acciones implementadas, reconociendo el esfuerzo desplegado y los logros obtenidos, los cuales se vieron reflejados en los resultados obtenidos en la evaluación de MIPG.*
- *Igualmente, insistimos en el momento en que se efectuó la auditoria, lo que nos impidió cerrar el proceso en los tiempos y términos establecidos e incluso depurar la información, situación y espacio con que cuentan los funcionarios para hacer de su reporte lo más exacto posible.*
- *También es importante que se considere que acabamos de surtir un proceso de migración de un sistema a otro y como se evidenció en los soportes, relaciones e informes expedidos posteriormente al cierre de la vigencia 2020 nuestra planta quedo organizada y conforme a su estructura, no obstante, como el sistema aún está en proceso de ajustes, es probable que posterior al proceso migratorio la información varié, situación ajena a nuestra voluntad y la cual no depende de seguimientos del grupo de Talento Humano sino directamente del administrador del sistema.*

Así las cosas, solicitamos se replantee las oportunidades de mejora y se hable de mantener, conservar las acciones implementadas que han fortalecido el proceso y mejorado los resultados.”

Respuesta OCI:

En atención a la respuesta del Grupo de Talento Humano, respecto al informe preliminar y a las oportunidades de mejora registradas en el mismo, es importante señalar que en el informe se resalta las acciones y estrategias implementadas por el grupo, entendiendo de antemano que su labor es de establecer los medios y formas para que los funcionarios y contratistas de la entidad registren de manera oportuna y veraz su información en el SIGEP, y que la mayor responsabilidad sobre el correcto registro de esta información corre por cuenta de los funcionarios y contratistas; es por esto, que la Oficina de Control Interno no registró ninguna observación en el informe, sino que quiso plasmar una serie de recomendaciones y/o sugerencias de acciones que se considera pueden fortalecerse, teniendo en cuenta que, a pesar de las estrategias implementadas, se siguen presentando

inconsistencias, errores y registros inoportunos de la información en el SIGEP, evidenciando que hay aún situaciones susceptibles de mejora.

Finalmente, es pertinente indicar que es potestad del Grupo de Talento Humano la suscripción de un plan de mejoramiento, el cual siempre va a tener como finalidad el establecimiento de acciones de mejora encaminadas a fortalecer la gestión y la mejora continua del proceso.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta Oficina insiste en mantener las oportunidades de mejora contenidas en el informe, buscando brindar la asesoría necesaria a través de una evaluación independiente.

Conclusión

El presente informe de seguimiento fue realizado en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 2.2.17.7 del Decreto 1083 de 2015, el cual señala que “Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces, como responsables en el acompañamiento en la gestión institucional, deben realizar un seguimiento permanente para que la respectiva entidad cumpla con las obligaciones derivadas del presente título, en los términos y las condiciones en él establecidos y de acuerdo con las instrucciones que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública”, para lo cual se efectuó validación de la información de la entidad registrada en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público -SIGEP, plasmando algunas inconsistencias evidenciadas y registrando una serie de recomendaciones, con el fin que sean tenidas en cuenta se tomen de manera oportuna y efectiva los correctivos a que haya lugar, para de esta manera lograr la consecución de las metas definidas en la normatividad que regula el registro de la información en el SIGEP.

Cada evidencia se presenta en archivo adjunto, los cuales reflejan las verificaciones efectuadas a las bases de datos obtenidas a través del rol de consulta del Jefe de la Oficina de Control Interno e información suministrada por el área de Talento Humano.

1.4.7. Seguimiento de verificación a la efectividad de las Acciones suscritas en el Plan de Mejoramiento CGR - Auditoria de Cumplimiento. Radicado No. 20211300015143 de 16 de julio de 2021, Respuesta mediante radicado No. 20215000016483 de 3 de agosto de 2021

Producto del diagnóstico del estado de cumplimiento de los planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría entre 2015 y 2018 y del análisis de efectividad de las acciones formuladas y adoptadas por la administración en el marco de los diferentes procesos auditados se establecen los siguientes hechos:

- Un 67% de los hallazgos corresponden a secretaria general y refieren a la liquidación de tasa de contribución, aspectos de la gestión que impactan los estados financieros de la entidad, y a otros aspectos administrativos.

- Estos hallazgos se explican deficiencias en el ejercicio de la supervisión, deficiencias en la gestión de información, debilidades en los controles de gestión de tasa de contribución.
- Con sustento en el levantamiento de información actualizada y soportes de gestiones realizadas con corte a junio de 2021, para las 46 actividades establecidas se determina una efectividad del 54% en la gestión de la entidad al resolver las causas identificadas por el órgano de control o al realizar correcciones que impactan directamente los hechos identificados en los hallazgos.
- El 46% de las actividades para los cuales no fue efectiva la acción formulada, se refiere a temas de liquidación de tasa de contribución para los que no se resolvieron las causas de deficiencias en la liquidación y cobro de la tasa de contribución.
- Para las 25 acciones (54%), si bien el análisis de la oficina de control interno establece la viabilidad de su cierre, ya sea porque con las acciones implementadas se resolvieron las causas identificadas, o porque con posterioridad al informe de contraloría se implementaron acciones para resolver los hechos observados; es necesario que las dependencias responsables al interior de la entidad continúen con los procesos de autocontrol para que no se reiteren nuevamente los hallazgos.

PROCESO	REFORMULAR LA ACCIÓN		TOTAL
	NO	SI	
Despacho Secretaría General	2	0	2
Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	0	3	3
Secretaría General	10	3	13
Secretaría General - Grupo Financiero	0	2	2
Secretaría General - Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	0	1	1
Total general	12	9	21
%	57%	43%	100%

Fuente: Elaboración Oficina de Control Interno – Información Procesos Supersolidaria

Es importante señalar, que, si bien 12 acciones no se reformulan, tampoco se puede decir que son efectivas, puesto que son acciones que para el presente seguimiento no han sido efectivas, debido a que dependen de la sistematización del proceso, a pesar de haber cumplido con la actividad establecida.

PROCESO	EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN		TOTAL
	NO	SI	
Delegatura Asociativa Delegatura Financiera	0	1	1

Despacho	0	4	4
Despacho - Secretaria General	2		2
Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	3	6	9
Secretaría General	13	14	27
Secretaría General - Grupo Financiero	2	0	2
Secretaría General - Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	1	0	1
Total general	21	25	46
%	46%	54%	100%

Fuente: Elaboración Oficina de Control Interno – Información Procesos Supersolidaria

Observaciones

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

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

2015 -2018 #Hallazgo	REFORMULAR LA ACCIÓN		TOTAL
	NO	SI	
1	5	1	6
2	2	0	2
3	2	0	2
4	2	0	2
7	1	2	3
22 02 002	0	1	1
Total general	12	4	16

Fuente: Elaboración Oficina de Control Interno – Información Procesos Supersolidaria

2019 #Hallazgo	REFORMULAR LA ACCIÓN		TOTAL
	NO	SI	
1	4	0	4
2	3	1	4
3	4	1	5
4	4	0	4

2019 #Hallazgo	REFORMULAR LA ACCIÓN		TOTAL
	NO	SI	
5	4	1	5
6	4	0	4
11	0	1	1
13	1	0	1
1 2019	0	1	1
H06-2017	1	0	1
Total general	25	5	30

Fuente: Elaboración Oficina de Control Interno – Información Procesos Supersolidaria

Condición (Descripción de lo evidenciado)

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

Recomendaciones

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

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

1.5. Otros Aspectos

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

“Super-Visión” para la transformaci^on

Se socializó por correo electrónico a todos los funcionarios de la Superintendencia el Boletín No. 4 del mes de julio, emitido por la Oficina de Control Interno el cual contiene aspectos encaminados a la cultura del Autocontrol que debe tener cada servidor público, así:

Boletín No. 04 de julio 2021

- Tips de Autocontrol
- Proceso
- Análisis del proceso
- Procedimiento
- Riesgo

1.5.2 Informe de Gestión (Informe de Actividades OCI) Radicado No. 20211300015553 del 22 de julio 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 mayo y el 30 de junio de 2021.

2. Seguimiento memorandos emitidos por la Oficina de Control Interno pendientes de cierre, aclaración o respuesta en al Sistema de Gestión Documental eSigna – Vigencia 2020 (Corte al 15 de septiembre 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 6).

3. Seguimiento memorandos emitidos por la Oficina de Control Interno pendientes de cierre, aclaración o respuesta en al Sistema de Gestión Documental eSigna – Vigencia 2021 (Corte al 15 de septiembre 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 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 7).

4. Plan Anual de Auditoria - Vigencia 2021

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

La Jefe de Control Interno de la entidad presentará a los miembros del comité para su modificación y aprobación, el Programa Anual de Auditoría de la vigencia 2021, en el cual se incluyen los cambios realizados en las fechas de presentación de algunos informes.

De acuerdo a lo anterior, en la reunión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno a celebrarse el próximo 29 de septiembre de 2021, se presentará para aprobación de los miembros del comité el Programa Anual de Auditoría propuesto y ajustado (Anexos 8 y 9)

No obstante, lo anterior es importante reiterar que teniendo en cuenta los recursos humanos con que cuenta en la actualidad la Oficina de Control Interno de la Superintendencia, es posible que se presenten modificaciones al mismo en el transcurso del año.

5. Socialización Oficina Asesora de Planeación y Sistemas - Riesgos

La Oficina Asesora de Planeación y Sistema presentará a los miembros del Comité la actualización de la Política y la metodología de riesgos de la Superintendencia de la Economía Solidaria para su aprobación, de igual forma se socializará el resultado del monitoreo del mapa de riesgos institucionales del segundo trimestre de 2021 y del mapa de riesgos de corrupción del segundo cuatrimestre de 2021.

Cordialmente,

MABEL ASTRID NEIRA YEPES
Jefe Oficina de Control Interno

Proyectó: ALEXANDRA PATRICIA FANDIÑO MERCADO
Revisó:

“Super-Visión” para la transformación