

INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA

Código:
FT-COIN-007
Nov-2020
Revisión: 00

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	30	Mes:	09	Año:	2021
-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

Unidad Auditada:	Supervisión - SUPE
Dependencia(s):	Delegatura para la Supervisión de la Actividad Financiera en el Cooperativismo Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Supersolidaria
Líder de la Unidad Auditada (Nombre y Cargo)	Gustavo Serrano Amaya – Superintendente Delegado Manuel Jesús Berrio Scaff - Superintendente Delegado
Objetivo de la Auditoría:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar la evaluación a la identificación de riesgos, diseño de controles y ejecución de los mismos, respecto del proceso CA-SUPE-001- "SUPERVISIÓN", específicamente el riesgo SUPE 1 de la matriz oficial de la entidad. 2. Seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento suscrito por parte de las Delegaturas, respecto de las observaciones evidenciadas en auditoría interna de la vigencia 2020 (Gestión de Interacción Ciudadana). 3. Verificación sobre la aplicación y cumplimiento de los lineamientos del DAFP, indicados en la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno.
Alcance de la Auditoría:	<p>Verificación del correcto desarrollo del proceso SUPERVISIÓN, a través de la evaluación de la ejecución de los controles establecidos en la matriz de riesgos de gestión aprobado por la entidad.</p> <p>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.</p>
Criterios de la Auditoría:	<ul style="list-style-type: none"> • Mapa de Procesos • Mapa de Riesgos Institucionales • Ley 489 de 1998 • Circular Básica Jurídica

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Martha Rocío Yanquén Parra Cargo: Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno

INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA

Código:
FT-COIN-007
Nov-2020
Revisión: 00

Reunión de Apertura			Ejecución de la Auditoría								Reunión de Cierre		
Día	Mes	Año	Desde	Día	Mes	Año	Hasta	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
N.A	N.A	N.A			15	09		2021		30	09	2021	N.A

Jefe oficina de Control Interno	Auditor
Mabel Astrid Neira Yepes	Ana Larissa Niño Collantes

I. DECLARACION

La auditoría se realiza con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por el auditor y se fundamenta en el siguiente soporte documental: expedientes fuente, procesos y procedimientos del sistema de gestión, reportes de los sistemas de información, cruces y validaciones, página web y normas internas y externas.

En aplicación al Decreto 648 de 2017 Artículo 2.2.21.4.8, la Oficina de Control Interno incorpora los siguientes instrumentos para la Actividad de la Auditoría Interna:

- i. Código de Ética del Auditor Interno que tiene como bases fundamentales, la integridad, objetividad, confidencialidad, conflictos de interés y competencia de esté.
- ii. Estatuto de auditoría, en el cual se establecen y comunican las directrices fundamentales que definen el marco dentro del cual se desarrollan las actividades de la Oficina de Control Interno, según los lineamientos de las normas internacionales de auditoría.

II. COMPROMISO DEL AUDITADO

Carta de representación en la que se establezca la veracidad, calidad y oportunidad de la entrega de la información presentada a las Oficinas de Control Interno.

III. NOTA DE SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:

Este documento contiene información de interés exclusivo del auditor y el auditado para surtir los trámites establecidos en la Guía de Auditoría. En ese sentido, hasta tanto no se constituya como informe final y sea publicado en la página Web de la Superintendencia de la Economía Solidaria, no podrá ser distribuido ni utilizado por terceros, ni se podrá hacer referencia a él en ningún otro asunto, sin el consentimiento previo y por escrito del jefe de Control Interno.

IV. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la auditoría efectuada al proceso de Gestión de Grupos de Interés y teniendo en cuenta el objetivo y alcance mencionados anteriormente, los cuales fueron presentados a las (Dependencias) a través del memorando 20211300015003 de 15 de julio de 2021, se desarrollaron las siguientes actividades:

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Martha Roció Yanquén Parra Cargo: Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno

- a) Entendimiento del proceso: Se verificó sobre el estado del arte de proceso de Supervisión – SUPE y teniendo en cuenta el objetivo y alcance mencionados anteriormente, los cuales fueron presentados a las Dependencias a través de los memorandos 20211300019983 y 20211300020023 del 7 de septiembre de 2021, se desarrollaron las siguientes actividades:
- b) Diseño del plan de auditoría: Se estableció la programación del plan de trabajo para el desarrollo de la auditoría, de modo que permitiera lograr el objetivo propuesto.
- c) La apertura de la auditoría se realizó a través de los memorandos 20211300019983 y 20211300020023 del 7 de septiembre de 2021, donde se describió la metodología a utilizar para esta actividad.
- d) Obtención y análisis de la información: Fue solicitada la información suficiente, relacionada con el universo de la Gestión de Grupos de interés para efectos de seleccionar una muestra.
- e) Ejecución de pruebas: Se realizó la verificación sobre el cumplimiento de los requisitos normativos internos y externos, sobre la identificación de riesgos, diseño y ejecución de controles.
- f) Definición de observaciones y recomendaciones: Surgieron producto de la comparación entre el estado correcto del requisito (criterio) y el estado actual, socializando cada uno de ellos con el líder del proceso y personal a cargo de la gestión.

RIESGOS EVALUADOS (Riesgos evaluados en el proceso de auditoría)

La Oficina de Control Interno, verifica la actualización de la Matriz de Riesgos Institucionales, en cuanto a la identificación de los Riesgos para el proceso de Supervisión - SUPE, donde se relacionan (7) riesgos:

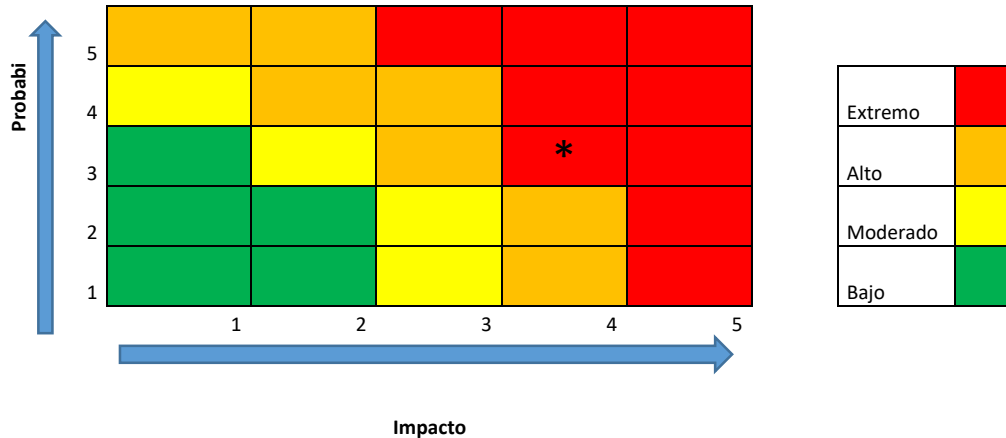
El riesgo analizado corresponde al SUPE 1, el cual en estado inherente se encuentra clasificado en perfil “extremo”; luego de aplicados los controles, pasa a nivel “moderado” en estado de riesgo residual.

Los riesgos descritos en la Matriz de riesgos se presentan a continuación:

No.	Riesgo	Tipo de riesgo	Nivel de riesgo	Nivel de riesgo residual
SUPE 1	Incumplimiento de las funciones de supervisión de la Supersolidaria establecidas en las normas legales.	Riesgo reputacional o de imagen	Extremo	Moderado

El mapa de calor para el riesgo inherente es el siguiente:

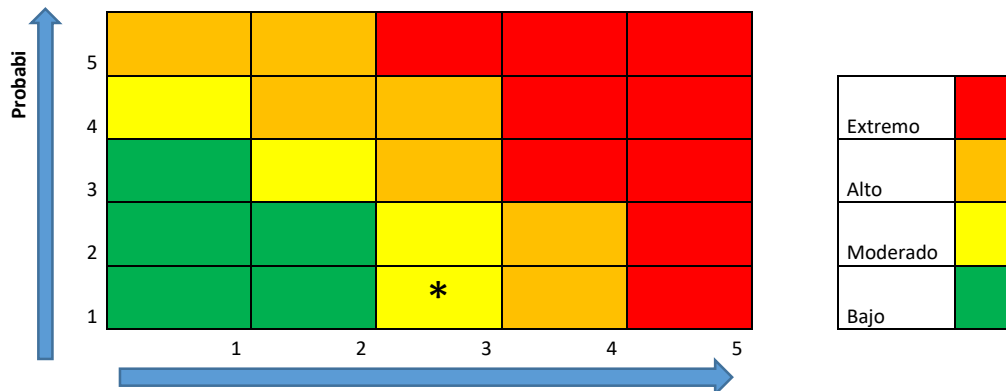
ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Martha Rocío Yanquén Parra Cargo: Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno



Este riesgo posee controles tales como:

1. Los supervisores delegados durante el último trimestre definen los recursos necesarios para llevar a cabo las funciones de supervisión, de acuerdo al presupuesto a través del formato de Plan Anual de Adquisiciones
2. Los supervisores delegados realizan seguimiento trimestral a la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones programado.
3. En caso de no contar con los recursos se adjuntará la información en el Plan Anual de Adquisiciones y las metas definidas.
4. Empezar acciones necesarias para que los procesos de apoyo cuenten con la capacidad del recurso humano que permita ejecutar el PAA
5. Atender sanciones impuestas por incumplir la labor de supervisión.
6. Atender de manera oportuna las PQRSD que se deriven del incumplimiento de la labor de supervisión.
7. Disponer las herramientas tecnológicas alternativas donde quede la trazabilidad de la gestión de supervisión.
8. Evaluar de manera oportuna las entidades identificadas de alto riesgo realizando requerimientos respectivos.

Después de aplicar los anteriores controles el riesgo residual es el siguiente:



ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Martha Rocío Yanquén Parra Cargo: Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno

INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA

Código: FT-COIN-007
Nov-2020
Revisión: 00

Impacto

Riesgos de Corrupción del Proceso:

En la Matriz de riesgos de corrupción, el proceso de supervisión cuenta con un riesgo y seis controles asociados para la vigencia 2021.

El riesgo de corrupción cuenta con la calificación inherente en zona “extremo” y después de la aplicación de controles se ubica en zona de riesgo residual “moderado”

No.	Riesgo	Nivel de riesgo	Nivel de riesgo residual
2	Expedición de actos administrativos o decisiones en los que se señalen u omitan hechos, con el fin de beneficiar intereses particulares o privados.	Extremo	Moderado

Se evidencia que de acuerdo al segundo monitoreo y seguimiento de Mapa de riesgos de Corrupción realizado a 30 de agosto de 2021 el reporte para cada actividad realizada por cada delegatura es el siguiente:

No.	Actividad	Responsable	Reporte
1.2.1.	El funcionario o contratista designado por el delegado del área reporta el seguimiento de entrenamiento y reentrenamiento realizado a los funcionarios y contratistas en el formato FT-PLES-019 y carga las evidencias enviadas por cada uno de los coordinadores de grupo. Se dejará como evidencia el formato diligenciado y las evidencias suministradas por parte de los coordinadores de grupo.	Delegatura Asociativa	Se verifica que de mayo a agosto la evidencia esta completa. Evaluación del corte: 66,66% del 66,66%
		Delegatura Financiera	Se verifica que esta actividad no reportó avance de cumplimiento de mayo a agosto. Evaluación del corte: 28% del 66,66%
1.2.2.	El delegado o intendente del área realiza seguimiento al entrenamiento y reentrenamiento de puestos de trabajo en los comités primarios o reuniones de área como evidencia quedará (ayudas de memoria o conclusiones enviadas por correo electrónico).	Delegatura Asociativa	Se verifica que de mayo a agosto la evidencia esta completa. Evaluación del corte: 66,66% del 66,66%
		Delegatura Financiera	Se verifica que no se realizó el reporte de agosto y no se está ejecutando esta actividad efectivamente. Evaluación del corte: 29,48% del 66,66%
2.1.1.	El funcionario o contratista designado por el delegado del área reporta las actualizaciones o ajustes a los procedimientos en el formato FT-PLES-019 y carga las evidencias enviadas por cada uno de los coordinadores de grupo. Como evidencia quedará los documentos relacionados a los procedimientos, los registros de actualización de ISOLUCION.	Delegatura Asociativa	Se verifica que de mayo, junio y agosto la evidencia esta completa. De Julio la evidencia está incompleta Evaluación del corte: 62,48% del 66,66%
		Delegatura Financiera	Se verifica que de mayo, junio y julio hay reporte, pero no hay evidencia, agosto no fue reportado Evaluación del corte: 45,81% del 66,66%

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Martha Rocío Yanquén Parra Cargo: Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno

De acuerdo a lo anterior se verifica que las evidencias aportadas en la realización de las actividades del mapa de riesgos de corrupción están incompletas por parte de la delegatura financiera.

DESARROLLO DEL EJERCICIO DE AUDITORÍA (Resultados de los Aspectos Evaluados)

Como parte de la ejecución del trabajo y en virtud de la mejora continua, la Oficina de Control Interno desarrolló las siguientes actividades a saber:

1. MATRIZ DE RIESGOS

Fue analizado el riesgo de gestión (SUPE 1) y de corrupción establecidos en la matriz de riesgos publicado en la página web de la Superintendencia, evaluando su diseño y ejecución de los controles formulados, para lo cual fueron solicitados los soportes suficientes de cada uno de ellos, verificando que su desarrollo permita lograr los objetivos propuestos, mitigando los riesgos identificados y generando los soportes y evidencias del control.

1.1. Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Supersolidaria

Se verifica el seguimiento trimestral realizado por el superintendente delegado, a la fecha se han realizado dos (2) seguimientos cuya evidencia es el acta de comité primarios realizado los días 26 de abril y 28 de julio del presente año.

Así mismo se evidencia la generación de una alerta temprana por incumplimiento en el plan de acción anual, en lo que respecta a su programación, por falta de contratación del equipo necesario para realizar las visitas de inspección, pasando de 80 a 60 visitas programadas.

1.2. Delegatura para la Supervisión de la Actividad Financiera en el Cooperativismo

No hay evidencia del seguimiento trimestral realizado por el superintendente delegado como lo indica el control. Así mismo no hay evidencia del diligenciamiento del cuadro de programación de recursos de inversión para los meses de abril, mayo y de junio.

No se está diligenciando de manera completa el cuadro de monitoreo de riesgos institucionales en donde no contestó las preguntas: ¿se ha materializado el riesgo? Y ¿se ha detectado que se puede materializar?

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Martha Roció Yanquén Parra Cargo: Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno

2. VERIFICACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Durante la vigencia 2020, la Oficina de Control Interno realizó la verificación del proceso de “Gestión de Interacción Ciudadana” realizado por parte de las dos delegaturas, obteniendo como producto la formulación de los planes de mejoramiento correspondientes.

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó la verificación del cumplimiento de las acciones de mejora que en la base de datos se encontraban en estado “Abierto”, con el objetivo de señalar las recomendaciones necesarias o proceder a cerrar las mismas.

2.1. Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Supersolidaria

A través del memorando No. 20201000020753 de 29 de diciembre de 2020 suscribe plan de mejoramiento que se viene ejecutando desde el mes de agosto de 2020 y que fue ratificado solo para los hallazgos que persistían, de los cuales tres (3) pertenecen al tema de gestión de interacción ciudadana y (6) corresponden a gestión documental.

En revisión realizada el pasado 13 de septiembre se verificó que las tres (3) actividades de gestión de interacción ciudadana presentan las evidencias y se cierran los hallazgos las otras (6) actividades presentan evidencias y se cierran contando con previa aprobación de gestión documental en la revisión de la pertinencia y eficiencia de las actividades.

2.2 Delegatura para la Supervisión de la Actividad Financiera en el Cooperativismo

Por medio de memorando No. 202013000011273 de 31 de julio de 2020 se socializa el Informe Auditoria Proceso Gestión de Interacción Ciudadana - Delegatura para la Supervisión de la Actividad Financiera del Cooperativismo, con su respectivo plan de mejoramiento que contenía seis (6) observaciones; A través de correo electrónico enviado el 2 de agosto de 2020 se suscribe el plan de mejoramiento con cinco (5) actividades que fueron verificadas el pasado 30 de mayo dando como resultado cinco (5) actividades cerradas y una (1) que continua abierta:

6. Organización de Archivos y aplicación de Tabla de Retención Documental – TRD: Se ha informado en repetidas ocasiones a las personas encargadas (Carolina Torres y Mauricio Gómez) respecto a que este hallazgo no presenta actividad de mejora.

3. VERIFICACION DE PQRSD

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Martha Rocío Yanquén Parra Cargo: Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno

3.1. Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Supersolidaria

La verificación de las PQRSD a cargo de la Delegatura Asociativa, fue realizada durante el primer semestre de la vigencia 2021 en la Auditoria de Mecanismos de Participación Ciudadana y Atención de PQRSD y así mismo la revisión del proceso **PR-GEGI-004 Atención a los grupos de Interés** se realizó en la Auditoria de Gestión de Grupos de Interés – GEGI del 31 de agosto.

3.2. Delegatura para la Supervisión de la Actividad Financiera en el Cooperativismo

Teniendo en cuenta la matriz de riesgo institucional y la revisión que se realiza en la presente auditoría del riesgo SUPE 1, y considerando que una de las consecuencias nombradas en la matriz son las PQRSD, se procese a hacer una revisión de las PQRSD de la dependencia.

ID Riesgo	Riesgo	Tipo de Riesgo	Causa priorizada	Consecuencias
SUPE-1	Incumplimiento de las funciones de supervisión de la Supersolidaria establecidas en las normas legales.	Riesgo de Supervisión	Fallas en la Planeación del proceso de supervisión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisión deficiente 2. Precaria gestión y retención del conocimiento de las entidades vigiladas 3. Información sin valorar, revisar o evaluar 4. Incumplimiento de metas 5. Sanciones 6. PQRSD 7. Inadecuada e inoportuna toma de decisiones

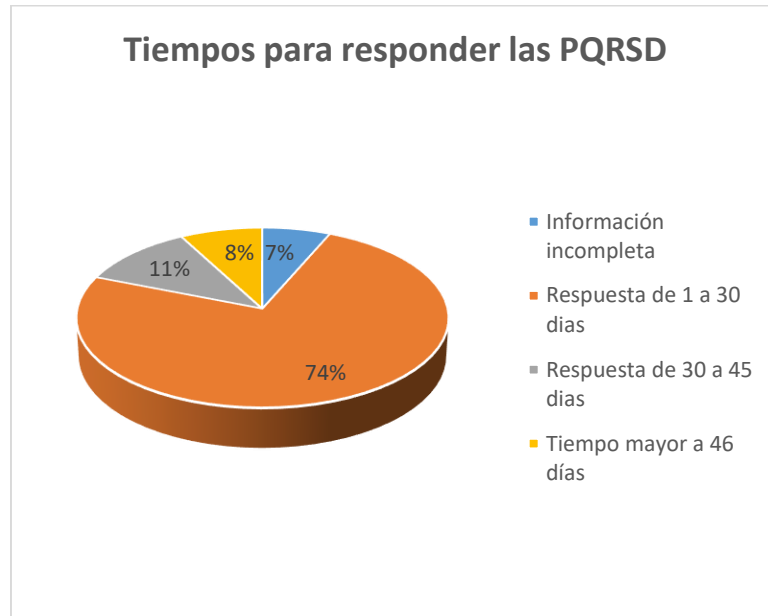
Se solicitó cuadro de tiempos de respuesta de las peticiones allegadas al área para su contestación por el periodo de 1 de junio de 2020 a 30 de junio de 2021, en donde la delegatura informa que se recibieron 2.804 peticiones:

Tiempos de respuesta de las PQRSD	
Ινφορμαχι ἴν ινχομπλετα	183
Ρεσπυεστα δε 1 α 30 διασ	2087
Ρεσπυεστα δε 30 α 45 διασ	313
Τιεμπο μαγορ α 46 δῆ ασ	221
Τοταλ πετιχιονεσ	2804

Fuente: Elaboración propia con datos suministrados por la Delegatura Financiera

De acuerdo a las cifras anteriores se elabora la siguiente grafica con porcentajes:

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Martha Rocío Yanquén Parra Cargo: Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno



Fuente: Elaboración propia con datos suministrados por la Delegatura Financiera

De acuerdo a lo anterior, el 74% de las peticiones, o 2087 peticiones se tramitaron dentro de los tiempos establecidos, sin embargo, se evidencia que el 11%, es decir 313 tramites fueron resueltas entre los 30 y 45 días y que el 8% o 221 tramites fueron resuelto de 46 días en adelante, es decir radicadas por fuera de los plazos., por lo tanto, nuevamente se recomienda seguir implementando estrategias establecidas en la Superintendencia, para que se gestionen las PQRSD dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente y evitar así el vencimiento de términos.

Se reitera lo establecido en la ley 1755 de 2015, "(...) artículo 31. Falta disciplinaria. La falta de atención a las peticiones y a los términos para resolver, la contravención a las prohibiciones y el desconocimiento de los derechos de las personas de que trata esta Parte Primera del Código, constituirán falta para el servidor público y darán lugar a las sanciones correspondientes de acuerdo con el régimen disciplinario. (...)".

4. Oportunidades de mejora:

- ✓ La oficina de control interno genera una oportunidad de mejora para la delegatura Asociativa en la consolidación de evidencias del riesgo 2.1.1. del mapa de riesgos de corrupción en cuanto a la evidencia relacionada del mes de julio.
- ✓ La Oficina de control Interno genera una oportunidad de mejora para la delegatura financiera en cuanto a la organización de las actividades y evidencias del plan de mejoramiento respecto de la observación relacionada de gestión documental.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Martha Rocío Yanquén Parra Cargo: Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno

- ✓ La Oficina de control Interno genera una oportunidad de mejora para la delegatura financiera en cuanto a la elaboración de un formato único de recepción y manejo de peticiones con el fin de controlar los tiempos de respuesta de cada una de ellas.

OBSERVACIONES DE LA AUDITORIA (Principales Situaciones Detectadas)

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

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

Criterio: Según el Concepto NIA 500 *se requiere que la evidencia sea competente, es decir con calidad en relación a su relevancia y confiabilidad y suficiente en términos de cantidad, al tener en cuenta los factores como: posibilidad de información errónea, importancia y costo de la evidencia.*

Una evidencia se considera competente y suficiente si cumple las características siguientes:

Relevante - *Cuando ayuda al auditor a llegar a una conclusión respecto a los objetivos específicos de auditoría.*

Auténtica - *Cuando es verdadera en todas sus características.*

Verificable - *Es el requisito de la evidencia que permite que dos o más auditores lleguen por separado a las mismas conclusiones, en iguales circunstancias.*

Causa: Falta de entendimiento y recopilación de información necesaria.

Efecto: Se materializa el riesgo de baja confianza o credibilidad en los resultados obtenidos.

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

Observación # 2: Tiempos establecidos para responder las PQRSD – Delegatura Financiera

Condición: La entidad presenta un total de 221 PQRSD que fueron contestadas fuera de tiempo, es decir que el 8% del total de PQRSD recibidas no se gestionaron en los términos establecidos por la ley 1755 de 2015, según el tipo de peticiones presentadas por los usuarios tardando hasta 127 días en dar respuesta.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Martha Rocío Yanquén Parra Cargo: Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno

Criterio: Se cumple lo establecido en la ley 1755 de 2015, “(...) artículo 31. Falta disciplinaria. La falta de atención a las peticiones y a los términos para resolver, la contravención a las prohibiciones y el desconocimiento de los derechos de las personas de que trata esta Parte Primera del Código, constituirán falta para el servidor público y darán lugar a las sanciones correspondientes de acuerdo con el régimen disciplinario. (...)”.

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.

Efecto: Posibles sanciones, materialización del riesgo: contestar por fuera de los términos de ley establecidos.

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 sicses).

RESUMEN DE OBSERVACIONES

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

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

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA (Pueden incluir, antecedentes y resúmenes)

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

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Martha Rocío Yanquén Parra Cargo: Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno

INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA

Código: FT-COIN-007
Nov-2020
Revisión: 00

Finalmente, se solicita coordinar la elaboración de un plan de mejoramiento con el área auditada, en el formato “F-COIN-016 Seguimiento Cumplimiento Planes de mejoramiento” adjunto al presente informe, que permita subsanar las debilidades identificadas, el cual deberá ser presentado a la Oficina de Control Interno dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de remisión del presente informe.

(Original Firmado)

MABEL ASTRID NEIRA YEPES
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Ana Larissa Niño Collantes

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Martha Roció Yanquén Parra Cargo: Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Mabel Astrid Neira Yepes Cargo: Jefe Oficina de Control Interno