



SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMIA SOLIDARIA

INFORME DE AUDITORIA AL PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Bogotá, D.C, junio de 2020



Código GP 006-1

Supervisión para el crecimiento social y económico del sector solidario

Carrera 7 No. 31-10 Piso 11. PBX (1) 7 560 557. Línea Gratuita 018000 180 430
www.supersolidaria.gov.co
NIT: 830.053.043 5 Bogotá D.C., Colombia



Código SC 5773-1



| | |
|--|--|
| TÍTULO DE LA AUDITORÍA: Auditoria Gestión Documental | RESPONSABLE: Secretaría General |
| LUGAR Y FECHA DE REALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA: Bogotá, 04 al 29 de mayo de 2020 | PERIODO A AUDITAR: Gestión de los procedimientos R-GEDO006, R-GEDO-009 y notificaciones de actos administrativos durante la vigencia 2019. |
| EQUIPO AUDITOR: Daniel Ricardo González Cuadros - Contratista | |

INTRODUCCIÓN

De conformidad con lo establecido en el artículo 9º 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 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, y dando cumplimiento



Código GP 006-1

Supervisión para el crecimiento social y económico del sector solidario

Carrera 7 No. 31-10 Piso 11. PBX (1) 7 560 557. Línea Gratuita 018000 180 430
www.supersolidaria.gov.co
NIT: 830.053.043 5 Bogotá D.C., Colombia



Código SC 5773-1





a lo dispuesto en el Programa Anual de Auditorías para la vigencia 2020 en su componente Auditorías a Procesos Acorde con Priorización, en su actividad No. 5 – Gestión Documental, la Oficina de Control Interno, se permite presentar el Informe de Auditoría.

I. OBJETIVOS GENERALES

Llevar a cabo la verificación de la correcta ejecución de los procedimientos R-GEDO-006 “Administración de los archivos de gestión y transferencia primaria”, R-GEDO009 “Planeación de la gestión documental” y R-GEDO-003 “Notificación y/o ejecutoria de los actos administrativos”; así como el cumplimiento de los procesos y procedimientos internos y externos y aplicación de puntos de control, a cargo de la Secretaría General.

Realizar el seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento suscrito por parte de la Secretaría General, respecto de las observaciones evidenciadas en auditoría interna de la vigencia 2019.

Verificar el cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y normativas aplicables a la gestión documental.

II. NORMATIVIDAD

Teniendo en cuenta la normatividad vigente al respecto, se llevó a cabo la verificación del grado de cumplimiento de las siguientes normas y criterios:

1. Ley 594 de 2000 - Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.
R-GEDO-006 - Administración de los archivos de gestión y transferencia primaria
2. R-GEDO-009 - Planeación de la gestión documental
3. R-GEDO-003 - Notificación y/o ejecutoria de los actos administrativos

III. ALCANCE

Verificación del correcto desarrollo de los procedimientos señalados en los objetivos de la presente auditoría por parte de la Secretaría, durante la vigencia 2019.



IV. DECLARACIÓN

Esta auditoría fue realizada con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas y se fundamenta en el siguiente soporte documental: procesos y procedimientos del Sistema de Gestión de la entidad, página web, intranet, normas internas y externas.

Una consecuencia de esto es la presencia del riesgo de muestreo, es decir, el riesgo de que la conclusión basada en la muestra analizada no coincida con la conclusión a que se habría llegado en caso de haber examinado todos los elementos que componen la población.

En aplicación del artículo 2.2.21.4.8 del Decreto 648 de 2017, la Oficina de Control Interno incorpora los siguientes instrumentos para la actividad de auditoría interna:

- a) Código de Ética del Auditor Interno que tendrá como bases fundamentales, la integridad, objetividad, confidencialidad, conflictos de interés y competencia de éste.
- b) Estatuto de auditoría, en el cual se establezcan y comuniquen las directrices fundamentales que definirán el marco dentro del cual se desarrollarán las actividades de la Unidad u Oficina de Control Interno, según los lineamientos de las normas internacionales de auditoría.

Compromiso del auditado

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

V. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la auditoría efectuada al proceso de gestión documental y teniendo en cuenta el objetivo y alcance mencionados anteriormente, los cuales fueron presentados a la Secretaría General a través del memorando 20201300006593 del 8 de mayo de 2020, se desarrollaron las siguientes actividades:

- a) Entendimiento del proceso: Se indagó sobre el estado del arte de las políticas de gestión documental aplicables en la Superintendencia, identificando la normatividad externa y documentación interna (manuales y procedimientos) adoptados para tal fin.





- 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) Reunión de apertura: Teniendo en cuenta la situación de emergencia sanitaria del país (COVID 19) que tuvo efectos en el normal desarrollo de las actividades en la entidad, la apertura de la auditoría se realizó a través del memorando 20201300006593 del 8 de mayo de 2020 donde se describió la metodología a utilizar para esta actividad.
- d) Obtención y análisis de la información: Fue solicitada la información suficiente, relacionada con la ejecución de los procedimientos relacionados en el alcance y un universo de notificaciones administrativos para efectos de seleccionar una muestra.
- e) Ejecución de pruebas: Se realizó la verificación sobre el cumplimiento de los requisitos normativos internos y externos, relacionados con las políticas de gestión documental adoptadas.
- 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.

VI. DESARROLLO DEL EJERCICIO DE AUDITORIA.

Riesgos de gestión

El proceso de GESTIÓN DOCUMENTAL, cuenta con los siguientes riesgos de gestión identificados:

1. *Pérdida o no entrega de la Información*
2. *Daño o deterioro de soportes de información*
3. *Sistemas de información susceptibles de consulta y manipulación indebida, y/o adulteración*

Estos riesgos cuya valoración inicial se encuentra en perfil inaceptable, tienen definidos veinticinco (25) controles, indicando que con posterioridad a la ejecución de los mismos, el riesgo residual queda de la siguiente manera:



1. Pérdida o no entrega de la Información – PERFIL INACEPTABLE
2. Daño o deterioro de soportes de información – PERFIL IMPORTANTE
3. Sistemas de información susceptibles de consulta y manipulación indebida, y/o adulteración – PERFIL MODERADO

Riesgos de corrupción

Verificada la matriz de riesgos de corrupción publicada en la intranet de la entidad, se pudo observar la existencia de la identificación de un riesgo definido de la siguiente manera:

“Sistemas de información susceptibles de consulta y manipulación indebida, y/o adulteración”

Este riesgo cuyo perfil es inaceptable como riesgo inherente, tiene diseñados tres (3) controles, indicando que una vez se ejecuten los mismos, el riesgo residual se señala como moderado, por lo que se hace necesario aplicar un plan de tratamiento para evitar la materialización del mismo.

Riesgos identificados por la Oficina de Control Interno

Los siguientes riesgos fueron identificados, producto del análisis y desarrollo de la auditoría, los cuales no se encuentran incluidos en la matriz de riesgos del proceso:

- Incumplimiento a los términos internos para la elaboración de los diferentes planes archivísticos.
- Incumplimiento de las directrices establecidas internamente para la realización de las transferencias documentales.
- Falta de notificación de los actos administrativos gestionados por la entidad

Observación 1: Debilidad en la identificación de riesgos y el diseño de controles asociados al proceso GESTIÓN DOCUMENTAL.

Con el objetivo de verificar el cumplimiento de las directrices establecidas en la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y analizada la matriz de riesgos de gestión y corrupción pertenecientes al proceso GESTIÓN DOCUMENTAL, se pudo observar lo siguiente:

Evaluada la estructura de los controles asociados a los riesgos de gestión de acuerdo a lo señalado en la guía de la función pública, se pudo identificar que el 100% de los mismos presentan debilidades en su diseño, toda vez que carecen de uno o más componentes con que debe contar un control, tal y como se muestra en el anexo 1 del presente informe.

Para que un control se encuentre debidamente diseñado, debe contener cada uno de los componentes señalados en el siguiente cuadro, los cuales se definen:

| CONTROL | RESPONSABLE | PERIODICIDAD | PROPÓSITO | COMO | DESVIACIÓN | EVIDENCIA |
|--------------------|---|--|--|---|--|--|
| Diseño del control | Persona asignada para ejecutar el control. Debe tener la autoridad, competencias y conocimientos para ejecutar el control dentro del proceso y sus responsabilidades deben ser adecuadamente segregadas o redistribuidas entre diferentes individuos, para reducir así el riesgo de error o de actuaciones irregulares o fraudulentas | El control debe tener una periodicidad específica para su realización (diario, mensual, trimestral, anual, etc.) y su ejecución debe ser consistente y oportuna para la mitigación del riesgo. | El control debe tener un propósito que indique para qué se realiza, y que ese propósito conlleve a prevenir las causas que generan el riesgo (verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar) o detectar la materialización del riesgo, con el objetivo de llevar acabo los ajustes y correctivos en el diseño del control o en su ejecución. | El control debe indicar el cómo se realiza, de tal forma que se pueda evaluar si la fuente u origen de la información que sirve para ejecutar el control, es confiable para la mitigación del riesgo. | El control debe indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones como resultado de ejecutar el control. | Esta evidencia ayuda a que se pueda revisar la misma información por parte de un tercero y llegue a la misma conclusión de quien ejecutó el control y se pueda evaluar que el control realmente fue ejecutado de acuerdo con los parámetros establecidos |

Al observar el diseño de los controles correspondientes al proceso auditado, se puede evidenciar que no cuentan con cada uno de los componentes señalados en la guía expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, generando como consecuencia, que el riesgo se encuentre descubierto y se presente una alta probabilidad de materialización del mismo.

Si bien la Secretaría General presentó cada uno de los soportes relacionados con los controles definidos en la matriz, no hay una metodología documentada que le permita a un tercero, identificar de igual forma cada una de las herramientas adoptadas por la dependencia para demostrar la aplicación de sus controles; dicho de otra forma, la explicación que se encuentra en el memorando de respuesta por parte de la Secretaría General, debería verse reflejada en la matriz de riesgo del proceso.

Por otro lado, cada una de las causas identificadas en la matriz debe tener un control, lo cual no es posible observar debido a la forma como se encuentra organizada la información en esta herramienta.

Adicionalmente, la matriz de riesgos que se encuentra ubicada en el sistema ISOLUCION, no se encuentra diligenciada, no se encuentran los controles e identificación del perfil del riesgo.

Teniendo en cuenta que la actividad sobre notificaciones de actos administrativos se encuentra registrada en el proceso auditado, no se observa la identificación de riesgos asociados al mismo, por lo que se evidencia la debilidad en su identificación.

Finalmente, se puede observar de igual manera que los controles señalados en la matriz de riesgos de corrupción del proceso no cuentan con estas condiciones presentadas anteriormente.

Riesgos identificados:

Incumplimiento de las directrices establecidas en la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” del DAFP.

Materialización de los riesgos inherentes al proceso de Gestión Documental por debilidades en la formulación y posterior aplicación de los controles correspondientes.

Respuesta Secretaría General: *“Frente a lo expuesto en el informe con relación a que “...los controles asociados a los riesgos presentan debilidades en su diseño, ya que no cuentan con cada uno de los componentes señalados en la guía expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública...”, es pertinente señalar que el proceso de identificación de riesgos y diseño de controles asociados al proceso, se realiza atendiendo lo dispuesto en D-MECO-003 Metodología gestión integral de riesgos establecida por la Entidad, con el acompañamiento del profesional especializado de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, así definido en el documento citado.*

En este sentido, y en aras de lograr que la identificación de riesgos y el diseño de controles asociados contemple todos los aspectos contenidos en las normas y metodologías técnicas aplicables, se considera oportuno que lo expuesto en esta observación sea abordado a nivel del proceso de planificación de la entidad, el cual es liderado por la Oficina de Planeación y Sistemas, toda vez que, si bien es cierto que la identificación de los riesgos está a cargo de los responsables de los procesos por ser



quienes los conocen, es fundamental que como Entidad se garantice que exista un filtro capaz de identificar que hay debilidades frente a la formulación por parte de los líderes de los procesos y se tomen las acciones necesarias para garantizar que se haga de forma correcta; así mismo, se realice un seguimiento integral al proceso, que incluya entre otros el seguimiento al adecuado diligenciamiento de la matriz de riesgos que se encuentra ubicada en el Sistema ISOLUCION.

En este aspecto, es preciso señalar que actualmente la Supersolidaria, a través de la Oficina de Planeación y Sistemas, trabaja en el establecimiento de una nueva metodología de gestión integral de riesgos, por lo cual será necesario identificar nuevamente los riesgos con base en dicha metodología, momento en el cual Gestión Documental tendrá la oportunidad de replantear los riesgos y los controles del proceso.

Por lo anterior, se solicita eliminar la observación.”

Respuesta OCI: Verificada la respuesta, se le da la razón a la Dependencia en el sentido de que no solo le corresponde a la Secretaría General aplicar de manera correcta las directrices en materia de gestión del riesgo establecidas por el gobierno nacional, sino que también se debe involucrar a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, toda vez que es el área que coordina las políticas que serán de obligatoria aplicación en la entidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta Oficina cotejó la matriz de riesgo del proceso, con las directrices señaladas por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública en la guía mencionada en el informe, evidenciando que no se





estructura el diseño de controles e identificación de riesgos de acuerdo a lo planteado en dicha herramienta; por tal razón, se procederá a trasladar dicho informe de auditoría a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas para efectos de coordinar con el Grupo de Gestión Documental, un plan de acción que permita subsanar lo observado.

Es pertinente aclarar, que varias de las recomendaciones presentadas por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública en la medición del desempeño institucional para la vigencia 2019, precisamente se basan en la estructura de los controles de acuerdo a lo mencionado en la guía.

Es por lo anterior, que la observación se mantiene en los términos señalados en el informe, con la aclaración de que se dará traslado a las Oficina Asesora de Planeación y Sistemas para efectos de coordinar la formulación de las acciones de mejora correspondientes.

Recomendaciones:

1. Aplicar la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
2. Solicitar el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas en la revisión y ajustes a que haya lugar de a matriz de riesgos del proceso.
3. Revisar, ajustar y actualizar la matriz de riesgos del proceso, de modo que cuente con controles debidamente diseñados y adecuadamente aplicados con el fin de dar cubrimiento a los riesgos identificados, solicitando la colaboración del personal a cargo del proceso para que a través de un trabajo en equipo, se puedan identificar la totalidad de riesgos inherentes.
4. Ajustar la matriz de riesgos, diseñando un control por cada causa identificada.
5. Realizar una revisión periódica de los controles aplicables al proceso, con el objetivo de asegurar que las situaciones cambiantes no afecten la efectividad de las acciones.





Observación 2: Se evidenció el incumplimiento por parte de algunas áreas respecto del cronograma establecido para la realización de las transferencias primarias de documentos.

La Secretaría General, a través del memorando 20194000012633 del 13 de septiembre de 2019, remitió a las diferentes áreas de la entidad, el plan de transferencias documentales al archivo central.

En este documento, se señala el cronograma para que las áreas planifiquen y preparen su documentación de conformidad a las políticas de gestión documental adoptadas por la entidad, aplicando las tablas de retención documental y organizándola de acuerdo a lo señalado en el procedimiento para la transferencia primaria de documentación.

Cada ejercicio con el área correspondiente genera entre otros, un Formato Único de Inventario Documental y un informe sobre el proceso de revisión de la documentación objeto de transferencia por parte del Grupo de Gestión Documental.

Verificados los soportes correspondientes de acuerdo a la programación señalada en el memorando mencionado anteriormente, se pudo observar lo siguiente:

| DEPENDENCIA | CRONOGRAMA | TRANSFERENCIA EFECTUADA | No. GRUPOS |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|------------|
| Despacho | Septiembre | NO | 1 |
| Of. Control Interno | Septiembre | NO | 1 |
| Jurídica | Septiembre | SI | 2 |
| Planeación y sistemas | Octubre | SI | 1 |
| Secretaría general | Octubre | SI | 4 |
| Del. Financiera | Octubre - noviembre | SI | 7 |
| Del. Asociativa | Noviembre - diciembre | NO | 9 |

Cada dependencia debe ajustarse al programa establecido por parte del Grupo de Gestión Documental, anticipando la organización de la información para posteriormente solicitar a través del correo electrónico el acompañamiento en esta tarea.





Tres (3) de siete (7) dependencias incumplieron con la solicitud de acompañamiento para la realización de las transferencias primarias al archivo central de la entidad, incumplimiento con las directrices para la preservación de la información establecidas por el Archivo General de la Nación y omitiendo señalar la justificación de por qué no se gestionó esta tarea.

Si bien la Secretaría General informó sobre las fechas para la gestión de las transferencias, las áreas señaladas anteriormente no dieron cumplimiento, por lo que serán incluidas en la formulación del respectivo plan de mejoramiento.

Riesgos identificados:

Pérdida de la información

Incumplimiento a las tablas de retención documental, directrices y programas establecidos por el Grupo de Gestión Documental

Respuesta Secretaría General: *“Se considera oportuna la inclusión de las áreas que no realizaron la transferencia documental, en la formulación del respectivo plan de mejoramiento, toda vez que, aunque desde el grupo que lidera el Proceso de Gestión Documental se pone a disposición de la Entidad herramientas que le permiten a las áreas cumplir con el Plan de transferencias documentales, no es posible garantizar que se obtenga el efecto esperado.*

Por lo anterior, y frente a las recomendaciones relacionadas con:

“3. Generar un punto de control por parte del Grupo de Gestión Documental, para efectos de recordarles a las dependencias con cierta anticipación, en la programación para la realización de las transferencias primarias y los riesgos en el incumplimiento de esta actividad.”

“4. Capacitar a las áreas en la importancia de la realización de las transferencias primarias y demás directrices sobre el cumplimiento de los requisitos establecidos por el Archivo General de la Nación.”





Con respecto al Plan de transferencias documentales 2019, se realizaron las siguientes acciones, de las cuales se anexan evidencias (Ver carpeta Evidencias Observación 2):

- Capacitación sobre organización de archivos y transferencias documentales. - Establecimiento y socialización del plan de transferencias mediante memorando 20194000012633.
- Pieza de comunicaciones recordando fechas del plan de transferencias.
- Programación semanal de asistencia técnica sobre organización de archivos y plan de transferencias.
- Asistencia técnica sobre organización de archivos y plan de transferencias.

Por lo anterior, estamos de acuerdo en que la observación involucre a cada área en la formulación del respectivo plan de mejoramiento, para subsanar el incumplimiento de su transferencia documental.”

Respuesta OCI: Como bien se plantea en la respuesta, serán incluidas las áreas que no dieron cumplimiento con la programación de las transferencias primarias, con el objetivo de que se involucren en la formulación del respectivo plan de mejora, el cual deberá ser coordinado por parte del Grupo de Gestión Documental.

Por otro lado, si bien es claro que las áreas omitieron la realización de estas actividades, es necesario que el Grupo de Gestión Documental replantee su estrategia, toda vez que el resultado sobre el incumplimiento, repercute en la gestión a nivel de entidad, por lo que las recomendaciones señaladas por parte de esta Oficina se encaminan a continuar con la realización de capacitaciones y recordatorios a las áreas.

Teniendo en cuenta lo anterior, la observación se mantiene y se procederá a dar traslado a cada una de las áreas involucradas en el incumplimiento para efectos de formular las acciones de mejora correspondientes.

Recomendaciones:

1. Planificar al interior de cada área, la organización y cumplimiento de las políticas de gestión documental, para efectos de dar cumplimiento a los términos programados por el Grupo de Gestión Documental para la realización de las transferencias primarias.





2. Solicitar por parte de cada área el acompañamiento del Grupo de Gestión Documental en la realización de las transferencias primarias en los periodos programados por la Secretaría General.
3. Generar un punto de control por parte del Grupo de Gestión Documental, para efectos de recordarles a las dependencias con cierta anticipación, en la programación para la realización de las transferencias primarias y los riesgos en el incumplimiento de esta actividad.
4. Capacitar a las áreas en la importancia de la realización de las transferencias primarias y demás directrices sobre el cumplimiento de los requisitos establecidos por el Archivo General de la Nación.

Observación 3: Se evidenció incumplimiento al procedimiento R-GEDO-009 – “Planeación de la gestión documental”, toda vez que no se evidencia la ejecución de los pasos señalados en el mismo.

El procedimiento R-GEDO-009 – “Planeación de la gestión documental”, aprobado el 14 de abril de 2016, señala en el numeral 3 lo siguiente:

“Una vez identificadas las necesidades institucionales en torno a la Gestión Documental el área de Archivo deberá proyectar un Plan de Trabajo Archivístico el cual será presentado de forma anual al Comité de Desarrollo T Administrativo”

Indagado sobre el plan de trabajo archivístico al Grupo de Gestión Documental, se informa que en la vigencia 2019, se realizó la aprobación de la Política de Gestión Documental de la entidad, que establece las directrices necesarias e identificación de necesidades para el cumplimiento de las normas relacionadas con el tema, expedidas por el Archivo General de la Nación y el cual hace las veces de plan de trabajo archivístico.

Esta herramienta debe ser presentada anualmente al Comité de Desarrollo Administrativo, el cual a la fecha, se encuentra absorbido por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, por lo que se hace necesario realizar la actualización del proceso en cuestión.





Verificados los soportes remitidos por el Grupo de Gestión Documental, no se pudo evidenciar la aprobación por parte del comité mencionado anteriormente y no se identificó la presentación de manera anual ante este colegiado para su discusión.

Por otro lado, la dependencia debe realizar un seguimiento de las actividades programadas en dicho plan, documentando a través de un informe la ejecución en donde se deben registrar las acciones realizadas con las actividades programadas, su cumplimiento o su aplazamiento y las causas por la cual se ocasiona esto, situación que tampoco fue identificada.

Riesgos identificados:

Incumplimiento del procedimiento adoptado por la entidad

Respuesta Secretaría General: *“El Programa de Gestión Documental – PGD, en concordancia con la Ley 1712 de 2014, se entenderá como “el plan elaborado por cada sujeto obligado para facilitar la identificación, gestión, clasificación, organización, conservación y disposición de la información pública...” (Subrayado fuera del texto). En este sentido, la Supersolidaria actualizó el PGD y la nueva versión fue aprobada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño en sesión llevada a cabo el pasado 29 de enero de 2020. Se anexa acta remitida por la Oficina de Planeación que evidencia la aprobación dada por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.*

En el cuarto trimestre de la vigencia 2019, en el marco del Proyecto de Arquitectura Empresarial, se revisaron y actualizaron todos los procedimientos asociados al proceso de Gestión Documental, entre ellos el procedimiento R-GEDO-009 – “Planeación de la gestión documental”. Dicha labor quedó formalizada mediante la entrega a la Oficina Asesora de Planeación el día 02 de diciembre de 2019 (Ver carpeta Evidencias Observación 3).

Los ajustes realizados al procedimiento con relación al plan de trabajo archivístico contemplaron un cambio frente a la periodicidad y aprobación por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, teniendo en cuenta que las políticas, planes, proyectos y programas asociados al Proceso de Gestión Documental, deben responder a lo contemplado en la normatividad archivística y a las necesidades





particulares frente al nivel de madurez de este proceso en cada entidad, y en este caso, es solo el PGD el instrumento que representa al “Plan de trabajo archivístico junto con el cronograma de actividades” solicitado por Control Interno.

En lo corrido del año 2020, a solicitud de la Oficina de Planeación y Sistemas, se realizó una nueva revisión y ajuste a todos los procedimientos asociados al proceso de Gestión Documental y en este momento están siendo revisados por la Oficina en mención, por lo que se espera que pronto estén publicadas las nuevas versiones.

Dado lo anterior, solicitamos reconsiderar la observación.”

Respuesta OCI: Revisadas las explicaciones presentadas por la Secretaría General, donde se señala que el Programa de Gestión Documental (PGD) es el instrumento que representa al “Plan de trabajo archivístico junto con el cronograma de actividades”, de manera previa se había indagado con el personal a cargo de la auditoría, donde se informó que se trataba de dos figuras diferentes, por este motivo se generó la observación.

Sin embargo, se tomará en cuenta la aclaración por parte de la dependencia tomando el PGD como el plan de trabajo archivístico.

No obstante, este plan según lo señalado en el procedimiento R-GEDO-009 – “Planeación de la gestión documental”, requiere de la aprobación por parte del Comité de Desarrollo Administrativo (actualmente el Comité Institucional de Gestión y Desempeño) y ser presentado de manera anual; adicionalmente, debe realizarse el correspondiente seguimiento soportado a través de un informe de actividades, situación que no fue evidenciada en los soportes remitidos.

Es pertinente aclarar que la verificación efectuada por esta Oficina, corresponde a la gestión de la vigencia 2019 y observada la información allegada, no fue posible observar las demás condiciones que plantea el procedimiento.

Finalmente, si el área determinó que el procedimiento es inefectivo y su actualización fue presentada para la aprobación por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, esta acción deberá ser incluida en el respectivo plan de mejoramiento, para efectos de realizar su posterior seguimiento y evaluar la efectividad de la misma.





La Oficina de Control Interno toma en cuenta los criterios (normas, procesos, procedimientos, manuales, etc) vigentes a la fecha del alcance de evaluación.

Teniendo en cuenta la anterior, la observación se modificará en el sentido de ajustar que el programa de gestión documental, hace las veces del plan de trabajo archivístico, sin embargo se evidenció el incumplimiento de los pasos subsiguientes contenidos en el procedimiento.

Recomendaciones:

1. Identificar las necesidades institucionales en torno a la gestión documental de la entidad, para la elaboración del plan de trabajo archivístico que deberá ser presentado ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
2. Actualizar el procedimiento R-GEDO-009 – “Planeación de la gestión documental” incluyendo la importancia de contar de manera inicial con la política de gestión documental y de ajustar la aprobación del Comité de Desarrollo Administrativo por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Observación 4: Desactualización del procedimiento R-GEDO-003 – “Notificación y ejecutoria de actos administrativos”.

Observado el procedimiento que se encuentra en el sistema ISOLUCION, se pudo evidenciar que el mismo se encuentra desactualizado, el mismo fue aprobado en el año 2008 y sin embargo no ha presentado ninguna modificación y/o actualización.

No se evidencian actividades como la citación para la notificación personal o notificación por aviso de conformidad a lo señalado en la ley 1437 de 2011.

Adicionalmente, se menciona la gestión de los actos administrativos a través del sistema ORFEO, el cual actualmente solo se encuentra para efectos de consulta.

Riesgo identificado:

Debilidades en la notificación de actos administrativos





Respuesta Secretaría General: *“En relación con la Observación 4 en la cual se señala:*

“Observado el procedimiento que se encuentra en el sistema ISOLUCION, se pudo evidenciar que el mismo se encuentra desactualizado, el mismo fue aprobado en el año 2008 y sin embargo no ha presentado ninguna modificación y/o actualización.” “No se evidencian actividades como la citación para la notificación personal o notificación por aviso de conformidad a lo señalado en la ley 1437 de 2011.”

“Adicionalmente, se menciona la gestión de los actos administrativos a través del sistema ORFEO, el cual actualmente solo se encuentra para efectos de consulta (...).”

Al respecto, el proceso y la Guía de Notificaciones fueron debidamente actualizadas y ajustadas a la norma aplicable, esto es la Ley 1437 de 2011, (la cual incluye paso a paso todas las actuaciones administrativas surtidas en los procesos de notificación, incluyendo la citación para la notificación personal o notificación por aviso). Dicha actualización se realizó durante la vigencia 2019 y fue remitida por Secretaría General al área de Planeación para los fines pertinentes en el mes de noviembre de 2019.

En consecuencia, y de acuerdo con lo informado por el área de Planeación, en la Plataforma Isolución se encuentra cargado el documento D-GEDO-009, referente a la GUÍA PARA NOTIFICACIÓN DE ACTOS ADMINISTRATIVOS, cuyo objetivo es el de Notificar el contenido de las decisiones adoptadas por la Superintendencia de la Economía Solidaria a través de actos administrativos, de conformidad con las normas establecidas en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y demás normas que lo adicionen, modifiquen o deroguen para contribuir al cumplimiento de la misión de la entidad.

En esta Guía se especifica el alcance, definiciones, descripción del procedimiento a seguir respecto a las notificaciones de aquellos actos administrativos que lo requieran, es decir, que la Guía detalla el paso a paso para hacer efectiva la notificación de un acto administrativo, y se incluyen los formatos que se deben diligenciar para surtir cada tipo de notificación.





Teniendo en cuenta lo anterior, la recomendación referente a “(...) Actualizar el procedimiento incluyendo los diferentes pasos para la notificación de actos administrativos de conformidad a lo señalado en la ley (...)”, se encuentra vigente y en aplicación.

Se adjunta pantallazo, en la que se informa que se encuentra cargada la guía en la plataforma Isolución.

(Imagen)

“Ahora bien, con respecto a la falta de notificación de actos administrativos, en virtud de solicitudes realizadas por la Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria, a través de los memorandos Nos. 20203900004753 y 20203900004863 y en relación con las afirmaciones según las cuales:

1. “Se identificaron expedientes a los cuales no se les ha efectuado el envío por correo certificado de la citación para que los investigados comparezcan a notificarse personalmente.
2. “Se identificaron expedientes en donde a la fecha, no se ha surtido la correspondiente notificación por aviso de conformidad con lo establecido en el Artículo 69 de la Ley 1437 de 2011.”
3. “Se identificaron expedientes en los que, pese a ejecutarse la notificación por aviso, el envío no fue efectivo, siendo necesario se realice la fijación del mismo y la correspondiente publicación en la página web de esta superintendencia.”

Es necesario señalar que estos fueron tramitados en su oportunidad, además, se indicó el estado en el que se encuentra cada acto administrativo, especificando las etapas surtidas dentro del acto administrativo a notificar, mediante radicados 20204000006403 y 20204000005543, en los cuales se consignó:

En atención a su solicitud y a la verificación del estado de notificación de los actos administrativos requeridos, me permito informar lo siguiente:

La Supersolidaria para evitar inconvenientes respecto de la notificación de sus actos administrativos, mediante Resolución 2020SES003695 de 19 de marzo del 2020, adoptó medidas transitorias por motivo de la propagación del virus COVID-19, consistentes en la suspensión de términos en las actuaciones administrativas y





procesales del régimen administrativo sancionatorio y disciplinario. Por lo anterior, en estos procedimientos no se está surtiendo trámite de notificación.

Por otra parte, es importante señalar que en virtud del aislamiento obligatorio decretado por el Gobierno Nacional, no contamos con el servicio ofrecido por 4-72, e igualmente no se puede surtir trámite de notificación de manera presencial.

En este sentido, una vez se reanuden los términos se continuará con el proceso de notificación de los actos administrativos, siempre y cuando se pueda surtir trámite de notificación personal electrónica ya que el aislamiento obligatorio fue prolongado hasta el 11 de mayo de 2020.

Ahora bien, la herramienta con la que cuenta la Supersolidaria, Esignabox, no siempre es válida para las notificaciones, ya que de acuerdo con la reunión celebrada el 24 de febrero de 2020 con esa Delegatura, el acta nos debe generar constancia de entrega en buzón, tanto para citaciones como para avisos. Así las cosas, si el acta no genera constancia de entrega de buzón se requerirá realizar los envíos por 4-72.

Cabe resaltar que antes de la reunión señalada no había distinción entre la entrega que se hacía en servidor y la entrega en buzón del acta generada por esignabox, por lo cual para las citaciones bastaba que el acta generara envío y para el aviso entrega, finalizándose así el proceso de notificación.

Por lo anterior, debemos reiniciar el trámite de los procesos de notificación que fueron finalizados en estos términos, realizando el envío de citación y aviso por 4-72, pero será tenido en cuenta como una nueva solicitud.

Así mismo, en lo que respecta a la manifestación según la cual:

4. Se identificaron expedientes en donde, aunque se surtió una efectiva notificación por aviso, ha trascurrido el término para interponer los recursos de ley por parte de las organizaciones solidarias y personas naturales investigadas, y a la fecha no cuentan con la correspondiente ejecutoria.”

Es importante precisar que para la expedición de las constancias de ejecutoria, se requiere que el área productora del acto administrativo notificado, informe al





funcionario notificador sobre el cumplimiento de los requisitos necesarios para ello, razón por la cual y teniendo en cuenta que el funcionario notificador no cuenta con la información de los recursos interpuestos o en curso, por no ser de su competencia, está sujeto a lo que informe el área productora del acto administrativo para proceder a la determinación de la fecha de ejecutoria y a la consecuente expedición de la certificación. Lo anterior, con el propósito de corregir los errores del pasado cuando se proferían constancias de ejecutoria desconociendo que existían recursos en trámite, de conformidad con lo estipulado en la Guía para notificación de actos administrativos D-GEDO- 009:

**PC*

Elaborar oficio de certificación de ejecutoria: Una vez efectuada la notificación, Funcionario gestor que solicite la actividad de notificación, procederá a proyectar el oficio de certificación de ejecutoria y que en todo caso lo firmara el funcionario notificador de la Secretaría General. Formato constancia de ejecutoria en la cual indicará: (...)

Es de anotar, que actualmente en la Superintendencia no existe un área, funcionario o funcionarios o un coordinador de planta encargado de la realización de las notificaciones, razón por la cual se han designado funcionarios de la Secretaría General para realizar esta gestión. Así mismo, para cumplir con el alto volumen de notificaciones se ha designado a dos de las funcionarias de la Secretaría General para liderar la gestión, así: los actos administrativos proferidos por el área de contribuciones y cobranzas, por su alto volumen, es liderado por la funcionaria de planta de esa misma área. Un segundo grupo a cargo de la funcionaria encargada del Control Interno Disciplinario, quien lidera los procesos de notificación de los actos administrativos proferidos por el Despacho del Superintendente, Secretaría General, Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria, Delegatura financiera para la Supervisión de la actividad financiera del cooperativismo, Oficina asesora Jurídica, guardando así la proporcionalidad en el número de actos a notificar.”

Respuesta OCI: Si bien se observa la guía de notificación en el sistema ISOLUCION, se observa de igual forma el procedimiento R-GEDO-003 – “Notificación y ejecutoria de actos administrativos”, el cual no ha sido actualizado según su historial de cambios, desde el año 2008.





Es pertinente hacer la diferenciación entre guía y procedimiento, ya que son dos figuras que hacen parte del sistema de gestión de la entidad; los dos documentos se encuentran en el sistema, sin embargo uno de ellos se encuentra desactualizado, motivo por el cual debe analizarse si se actualiza o se elimina teniendo en cuenta la guía oficializada en la presente vigencia.

Esta es la razón por la cual se generó la observación, ya que el procedimiento mencionado no contiene el paso a paso para la gestión de las notificación de acuerdo a lo señalado en la norma, adicionalmente, se hace referencia sobre el trámite de las notificaciones a través del sistema ORFEO, el cual solo opera para efectos de consulta.

Durante el trámite de traslado del informe para discusión con el área auditada, se pudo observar que fue eliminado el procedimiento del sistema ISOLUCION, por lo que la observación de la Oficina de Control Interno si fue procedente; la misma se mantiene en el informe toda vez que fue una situación evidenciada por el grupo auditor y el retiro del procedimiento R-GEDO-003 del sistema, podrá servir dentro de la formulación de la acción de mejora correspondiente.

Recomendación:

1. Analizar la actualización o eliminación del procedimiento R-GEDO-003, con el objetivo de que el mismo se encuentre acorde con la normatividad vigente.

VII. OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Se recomienda establecer las acciones pertinentes a que haya lugar para efectos de gestionar la notificación de los actos administrativos de manera oportuna, teniendo en cuenta los diferentes términos procesales establecidos en el ordenamiento jurídico.

Lo anterior, en atención a las solicitudes por parte de la Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria, a través de los memorandos Nos. 20203900004753 y 20203900004863, donde se señala lo siguiente:





1. *“Se identificaron expedientes a los cuales no se les ha efectuado el envío por correo certificado de la citación para que los investigados comparezcan a notificarse personalmente.*
2. *Se identificaron expedientes en donde a la fecha, no se ha surtido la correspondiente notificación por aviso de conformidad con lo establecido en el Artículo 69 de la Ley 1437 de 2011.*
3. *Se identificaron expedientes en los que, pese a ejecutarse la notificación por aviso, el envío no fue efectivo, siendo necesario se realice la fijación del mismo y la correspondiente publicación en la página web de esta superintendencia.*
4. *Se identificaron expedientes en donde, aunque se surtió una efectiva notificación por aviso, ha transcurrido el término para interponer los recursos de ley por parte de las organizaciones solidarias y personas naturales investigadas, y a la fecha no cuentan con la correspondiente ejecutoria.”*

Estas situaciones fueron verificadas en desarrollo de la auditoría interna al proceso CONTROL ASOCIATIVA – Investigaciones administrativas.

- Se recomienda incluir en el sistema de la entidad, un formato estandarizado para el diligenciamiento de los pasos relacionados con la notificación de actos administrativos, con el objetivo de unificar criterios entre las áreas.

Lo anterior, teniendo en cuenta que se observó falta de coordinación en el establecimiento de puntos de control relacionados con las bases de datos de las notificaciones.

Solicitada la información relacionada con la base de datos de notificaciones de actos administrativos gestionados por parte de la entidad durante la vigencia 2019, se pudo observar la falta de coordinación en la estructuración de un punto de control para efectos de llevar el seguimiento y paso a paso de cada uno de los actos administrativos que son notificados.

Se evidenció una base de datos para lo relacionado con el Grupo de Contribuciones y Cobranzas y una base en donde se alimenta la información de los demás actos administrativos que gestiona la Superintendencia, de los cuales muchos de ellos no tienen la necesidad de notificarse por tratarse de situaciones administrativas de los funcionarios de la entidad.





Se evidenciaron casillas vacías de los ciclos de vida de algunos registros y no fueron evidenciados algunos otros que si se encuentran en los registros de los procesos administrativos sancionatorios de la Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria.

Las casillas e información que debe ser diligenciada difiere una de otra, en una de las bases de datos se diligencia la información paso a paso del trámite de notificación pero en la otra hace faltan estas casillas (Fecha y radicado de citación de notificación, fecha y radicado de notificación personal, fecha y radicado de la notificación por aviso, ciclo de vida, entre otras)

Por otro lado e indagado sobre la coordinación en la gestión de las notificaciones que se adelantan, se pudo identificar que no existe una directriz única para tal efecto; por el contrario, cada área crea sus propios mecanismos para llevar el seguimiento de las actividades, generando falta de uniformidad en la metodología utilizada.

Como conclusión, se pudo observar que cada dependencia gestiona sus puntos de control de manera independiente, generando confusión y falta de uniformidad sobre el universo de notificaciones que maneja la entidad, adicionalmente, no existe un formato oficial para la alimentación de esta información.

Respuesta Secretaría General: *“En cuanto al formato para el diligenciamiento de los pasos relacionados con la notificación de actos administrativos, con el objetivo de estandarizar el procedimiento de notificación, es importante aclarar que en materia de contribuciones y cobranzas, una sola resolución o acto administrativo se debe notificar a una cantidad considerable de cooperativas, por lo cual es menester tener una base de datos independiente para poder identificar el estado en el que se encuentra el trámite de notificación.*

Por otra parte, la Secretaría General cuenta con una base de datos en Excel de carácter general¹, en la que se consignan todos los actos administrativos expedidos², incluyendo tanto los que son objeto de notificación como aquellos que no la requieren.

Respecto de la observación de implementar un “formato estandarizado para el diligenciamiento de los pasos relacionados con la notificación de actos





administrativos”, considera esta Secretaría que acceder a esta solicitud generaría reprocesos innecesarios, en una u otra área, pues teniendo en cuenta las diferencias en la naturaleza de los actos administrativos proferidos por la Superintendencia, frente a los proferidos por el área de Contribuciones y Cobranzas, resulta más eficiente que cada grupo cuente con un formato de seguimiento que se ajuste a sus necesidades particulares, que le permita un adecuado y eficiente seguimiento y cumplimiento de las actividades y tareas propias de la gestión.

En otras palabras, la falta de estandarización del formato responde a la naturaleza de los actos y a la forma en que cada uno de ellos se notifica. Estandarizarlos no garantiza por sí mismo una mayor eficiencia y puede en cambio generar reprocesos.” **Respuesta OCI:** Las oportunidades de mejora son recomendaciones que presenta la Oficina de Control Interno, asesorando en la mejora de los procesos y que los mismos sean más efectivos; estos no corresponden como tal a una observación, por lo que la dependencia es autónoma en decidir si establece acción de mejora o no.

Teniendo en cuenta la aclaración, se hizo alusión en primer lugar a los memorandos remitidos por parte de la Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria, toda vez que en la auditoría interna al proceso Control Asociativa, se pudo identificar algunas debilidades en la notificación de los actos administrativos de los procesos administrativos sancionatorios.

Verificado el trámite y trazabilidad de notificación de los registros mencionados en el informe, se pudo observar que fueron tramitados con posterioridad a la solicitud presentada por parte de la Delegatura, motivo por el cual se presenta como oportunidad de mejora y no como observación, es por lo tanto, que la recomendación de esta Oficina, consiste en analizar la creación de un mecanismo o acción que permita realizar las notificaciones de manera oportuna, ya que este tipo de procesos cuenta con términos perentorios para ejercer la facultad sancionatoria.

En este mismo sentido la dependencia reconoce que no se cuenta con un área dentro de la estructura de la entidad que se encargue del trámite de las notificaciones y a través de la recomendación presentada por esta Oficina, se conmina al análisis de esta posibilidad.





Finalmente y respecto de la recomendación sobre la estandarización de las bases de datos que se manejan en la dependencia, se pretendía unificar criterios en el momento de realizar el seguimiento de las notificaciones, toda vez que en el sistema de gestión del proceso, no se cuenta con una directriz del contenido mínimo que debe tener esta herramienta, sin que sea necesario que las bases de datos sean las mismas.

La recomendación presentada, está encaminada a realizar un análisis sobre las bases de datos que se manejan en cada una de las dependencias que requieren realizar notificaciones, por lo que esta Oficina se mantiene en los términos señalados en el informe, aclarando que es discrecional del área establecer acciones de mejora o no.

VIII. SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Una vez verificado el cumplimiento y ejecución de las acciones de mejora planteadas para subsanar las debilidades evidenciadas en el seguimiento de la vigencia 2019, se pudo observar lo siguiente:

- Diez (10) de las quince (15) acciones de mejora formuladas fueron ejecutadas dentro de los términos propuestos, procediendo a señalarlas como CUMPLIDAS.
- Tres (3) de las quince (15) acciones de mejora formuladas aún cuentan con términos para su ejecución, la dependencia ha realizado avances los cuales se encuentran señalados en el formato de plan de mejoramiento. Teniendo en cuenta lo anterior se procederán a señalar como EN TÉRMINO.
- Dos (2) de las quince (15) acciones de mejora formuladas fueron ejecutadas dentro de los términos propuestos, sin embargo, la causa raíz que generó la observación no se subsanó, motivo por el cual se procederá a señalarlas como INEFECTIVAS y deberán reformularse en el plan de mejoramiento que se genere para la presente evaluación.

Dichas acciones de mejora son las siguientes:

| ACCIÓN | FECHA FIN | COMENTARIO S.G | COMENTARIO OCI |
|--------|-----------|----------------|----------------|
|--------|-----------|----------------|----------------|





| | | | |
|--|------------------|--|---|
| Establecer y divulgar el cronograma de transferencias documentales para la vigencia 2019. | 31/08/2019 | "El día 13 de agosto de 2019 se elaboró cronograma de transferencias y se proyecta comunicación en la cual se establece el plan de transferencia documental primaria, se remite a la Secretaría General para su revisión y aprobación, una vez surtido el proceso se divulgo a la Entidad mediante memorando interno No. 20194000012633 y pieza de comunicaciones mediante correo masivo." | |
| Incluir en el procedimiento Transferencia Documental la actividad de elaborar y divulgar cronograma de transferencias documentales el primer trimestre de cada vigencia. | | "Se incluyó esta condición en el numeral 10 de GENERALIDADES Y/O POLÍTICAS DE OPERACIÓN del procedimiento R-GEDO-006 ADMINISTRACIÓN DE LOS ARCHIVOS DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIA PRIMARIA. | Se evidenc el cumplimiento de acción de mejora, sin embargo la situación se vuelve presentar ya que no se cumple con cronograma para as |
| ACCIÓN | FECHA FIN | COMENTARIO S.G | COMENTARIO OCI |
| | 30/11/2019 | Para la vigencia 2020 se elaboró el plan de transferencias, sin embargo este no fue divulgado dada la contingencia del COVID-19 por lo que se informó que será divulgado en el segundo semestre del año." | transferencias documentales |

IX. CONCLUSIONES

Realizada la evaluación al proceso de Gestión Documental, de acuerdo al alcance propuesto por la Oficina de Control Interno, se pudo observar que se hace necesario realizar la actualización de la matriz de riesgos del proceso, de forma que sean incluidos los riesgos que se encuentren relacionados con la totalidad de actividades relacionadas en la caracterización del mismo.

Para tal efecto, se recomienda dar aplicación a la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, donde se establecen las directrices para la





formulación de controles lo suficientemente robustos para mitigar la materialización de los riesgos asociados al proceso.

Dicha actualización, debe realizarse con la asesoría de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y su producto deberá incluirse en el sistema ISOLUCION, estableciendo responsables y periodos de seguimiento correspondientes.

Por otro lado, las acciones de mejora que se generen producto de la presente evaluación, deben encaminarse en la mejora de la gestión de las notificaciones de os actos administrativos, toda vez que fueron evidenciadas algunas falencias respecto de la coordinación en el desarrollo de esta actividad.

Se deben aplicar las acciones necesarias para garantizar la efectividad en el trabajo de notificación, teniendo en cuenta la cantidad de registros, expedientes y/o actos administrativos que deben ser gestionados; el personal con el que cuenta la entidad no es suficiente para abarcar de manera oportuna esta tarea.

Se recomienda verificar los procedimientos incluidos en el proceso, si bien se han actualizado algunos de ellos, es necesario evaluar la viabilidad de algunos pasos en su ejecución, aclarando que cada uno de ellos corresponden a un criterio y son de obligatorio cumplimiento, situación que no fue evidenciada en la presente evaluación.

Finalmente, se deberá coordinar la suscripción de un plan de mejoramiento en el formato "F-COIN-016 Seguimiento Cumplimiento Planes de mejoramiento" con el líder del proceso, para efectos de subsanar las debilidades evidenciadas por esta Oficina y el cual debe ser presentado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a partir de la fecha de remisión para posteriores seguimientos.

IX. RESUMEN DE OBSERVACIONES

| No | OBSERVACIONES | REPETITIVO |
|----|---|------------|
| 1 | Debilidad en la identificación de riesgos y el diseño de controles asociados al proceso GESTIÓN DOCUMENTAL. | NO |





| | | |
|---|---|----|
| 2 | Se evidenció el incumplimiento por parte de algunas áreas respecto del cronograma establecido para la realización de las transferencias primarias de documentos. | SI |
| 3 | Se evidenció incumplimiento al procedimiento R-GEDO009 – “Planeación de la gestión documental”, toda vez que no se evidencia la ejecución de los pasos señalados en el mismo. | NO |
| 4 | Desactualización del procedimiento R-GEDO-003 – “Notificación y ejecutoria de actos administrativos”. | NO |

Cordialmente,

ORIGINAL FIRMADO

MABEL ASTRID NEIRA YEPES

Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Daniel Ricardo González Cuadros



Código GP 006-1

Supervisión para el crecimiento social y económico del sector solidario

Carrera 7 No. 31-10 Piso 11. PBX (1) 7 560 557. Línea Gratuita 018000 180 430
www.supersolidaria.gov.co
NIT: 830.053.043 5 Bogotá D.C., Colombia



Código SC 5773-1

