

 Supersolidaria	INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA	Código: FT-COIN-007 Agosto - 2026 Versión: 03
--	--	--

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	30	Mes:	09	Año:	2026
-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

Nombre de la auditoría	SEGUIMIENTO MAPA DE ASEGURAMIENTO II CUATRIMESTRE 2026
Dependencia, proceso y/o grupo de trabajo, objeto de auditoría	SECRETARÍA GENERAL/GRUPO DE CONTRATACIÓN/GRUPO TALENTO HUMANO/GRUPO GESTIÓN ADMINISTRATIVA; OPAS/PROCESO: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA/PROCESO SISTEMAS DE INFORMACIÓN/SUPERVISIÓN.
Funcionarios directivos, coordinadores o líderes del proceso a auditar	Magda Yiber Ramírez Rodríguez, Secretaria General (E); Ida Marcela Dikson, Coordinador grupo de contratos Oscar Iván Gil Vargas, Coordinador Grupo de Talento Humano Yesica Medina, Coordinadora Grupo de Gestión Documental y Administrativo Leonardo Peña Obando, Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Ing. César Macías, Profesional Especializado Oficina de Sistemas.
Tipo de Auditoría (Ley o Interna)	Ley
Objetivo y alcance	Evaluar de manera independiente y objetiva los controles de 2ª línea de defensa, consignados en el mapa de aseguramiento de la Supersolidaria, para asegurar su efectividad y cobertura; así mismo, evaluar los controles de 1ª línea de defensa que no se encuentren cubiertos - y los que inadecuadamente son cubiertos por la 2ª línea de defensa.
Objetivos específicos	Evaluar las acciones de control realizadas por la OAPS al mapa de aseguramiento, durante el periodo del 01 de mayo al 31 de agosto de 2026, determinando su efectividad. Evaluar la posible existencia de controles no realizados o no cubiertos por la 1ª línea de defensa, identificados mediante el monitoreo efectuado por la 2ª línea de defensa, durante el periodo 01 de mayo al 31 de agosto de 2026, respecto a saber si las medidas para su cumplimiento son efectivas.
Criterios Normativos y/o Administrativos:	• Estatuto de Auditoria y Código de Ética de la OCI • Guía de Auditoria de la OCI • Manual Operativo Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 7 de agosto de 2026 del DAFP, Dimensión siete (7) Control Interno "MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno

 Supersolidaria	INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA	Código: FT-COIN-007 Agosto - 2026 Versión: 03
--	--	--

	como mecanismos para la prevención y evaluación de éste. El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito.
--	--

1. COMPROMISO ÉTICO EN EL EJERCICIO DE LA AUDITORÍA INTERNA

La Oficina de Control Interno, tiene en cuenta para la actividad de auditoría, los siguientes documentos:

- i. Código de Ética del Auditor Interno que tiene como bases fundamentales, la integridad, objetividad, confidencialidad, conflictos de interés y competencia de éste.
- 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.

2. COMPROMISO DEL AUDITADO

De conformidad con el Decreto 648 de 2017, para la realización de la presente auditoría, se expidió la carta de representación de 04/09/2026, suscrita por Raiza Posada Cotes y Angelica María Zamora Acosta, como jefes de los procesos o unidades auditadas, mediante la cual, ha (n) declarado su responsabilidad en la oportuna preparación, presentación integral y consistencia de la información solicitada y entregada en el marco de la auditoría a la Oficina de Control Interno.

3. ACTIVIDADES REALIZADAS

Durante las etapas de planeación, apertura, ejecución y cierre de la actividad de auditoría, se desarrollaron las siguientes actividades:

- a) Conocimiento de los procesos o dependencias.
- b) Diseño del plan de trabajo de la actividad de auditoría: Se definieron el objetivo y los objetivos primarios, soportados en los criterios legales o administrativos a tener en cuenta para su definición y su respectivo cronograma de actividades de trabajo.
- c) Reunión de apertura: la apertura de la auditoría se realizó en reunión virtual, el 04/09/2026, en donde se expuso el plan de trabajo de la actividad de auditoría ante los responsables de la dependencia y grupo de trabajo sujetos de la auditoría, atendiendo con oportunidad inquietudes al respecto, para lo cual se dejó constancia en acta grabada de la reunión en la IA GEMINI.
- d) Obtención y análisis de la información: Fue solicitada la información pertinente, relacionada con el objetivo (s) y alcance(s), que fuese relevante, útil, basada en hechos

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno

 Supersolidaria	INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA	Código: FT-COIN-007 Agosto - 2026 Versión: 03
--	--	--

y confiable. Soportada en los respectivos papeles de trabajo. La información fue allegada a la OCI, el 08/09/2026 y 14/09/2026.

- e) Análisis y evaluación de la información. La revisión se realizó en el plazo estipulado y fue basada en factores críticos de éxito, en estrategias y objetivos del aspecto evaluable, en los riesgos altos y extremos, metas y objetivos del proceso, con enfoque hacia la consecución de los alcances de la auditoría.
- f) Informe preliminar. Se emitió y notificó el informe preliminar, el 22/09/2026, a través de correo electrónico dirigido al jefe de la dependencia auditada y jefe de grupo respectivo, los cuales tuvieron un periodo de revisión para interponer observaciones, aclaraciones y solicitudes de precisión, conforme el debido proceso, ante el contenido del informe y los mismos hallazgos y observaciones.
- g) Presentación de observaciones al informe preliminar. El Jefe de la dependencia, reportó a la OCI, el 29/09/2026, mediante correo electrónico la aceptación de dicho informe.
- h) Respuesta de la OCI al oficio de observaciones del proceso auditado. No aplicó esta etapa).
- i) Informe definitivo de Auditoría. Una vez, realizada las anteriores actividades, se procede a presentar el presente informe definitivo.

4. DESARROLLO DE AUDITORÍA

4.1. Evaluar las acciones de control realizadas por la OAPS al mapa de aseguramiento, con corte al 31 de agosto de 2026, determinando su efectividad.

Criterio General: Manual Operativo Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 7 de agosto de 2026 del DAFP, Dimensión siete (7) Control Interno "MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades".

Condición General: La Oficina de Control Interno procedió a evaluar las evidencias de los atributos de control establecidos por los procesos, identificando que, si bien la mayoría se ejecutan y soportan adecuadamente, tres (3) de los atributos presentan deficiencias en sus soportes respecto a las actividades inicialmente programadas:

- a) **Sistema de Gestión SST:** El Líder del Sistema de Seguridad y Salud del trabajo realiza informe trimestral de seguimiento al plan de mejoramiento generado en las auditorías del SST y/o implementación de lineamientos establecidos a la norma aplicable para posteriormente, socializarlo ante del Comité Institucional de gestión y desempeño. En caso de identificar incumplimientos o situaciones de alerta se debe reportar al líder de gestión de riesgos para adelantar acciones de tipo correctivo y posteriormente, informar al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Como evidencia quedará el Informe, acta y/o correo electrónico enviado.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno

Resultado Seguimiento: Se revisó el plan de trabajo del SG-SST; sin embargo, no se evidenció la ejecución de auditorías al sistema durante el periodo evaluado. En consecuencia, a la fecha no se cuenta con los planes de mejoramiento requeridos. Una vez consultado con la líder del sistema, nos informa mediante correo electrónico del 18 de septiembre: "(...) actualmente la auditoría al SG-SST se encuentra en proceso de contratación, adelantándose la elaboración y revisión de los estudios previos requeridos para su desarrollo. De acuerdo con la programación informada por la profesional de Calidad de la OAPS, se tiene previsto que la auditoría sea ejecutada durante el mes de noviembre de 2026. Una vez se concrete el proceso de contratación y se cuente con la programación definitiva, se realizará el respectivo seguimiento y se dispondrán los soportes correspondientes para efectos del Mapa de Aseguramiento.(...)"

- b) Supervisión – Delegatura Financiera:** El coordinador del Grupo Transversal de la Delegatura Financiera mensualmente monitoreara los términos del cumplimiento de los trámites allegados a la delegatura. Como evidencia se debe remitir el cuadro resumen de la matriz de seguimiento y control.

Resultado Seguimiento: Se evidenciaron las matrices en las cuales se relacionan los trámites allegados a la entidad y los actos administrativos generados. De los 1.065 trámites de posesión y cumplimiento normativo, el 10%, (108) no se cumplieron dentro de los términos establecidos (15 días hábiles para Posesiones y 30 días hábiles para Cumplimiento Normativo, contados a partir de la radicación completa de la documentación, según lo señalado en la Circular Básica Jurídica).

- c) Supervisión – Delegatura Asociativa:** El coordinador del Grupo Jurídico de la Delegatura Asociativa mensualmente monitoreara los términos del cumplimiento de los trámites allegados a la delegatura. Como evidencia se debe remitir el cuadro resumen de la matriz de seguimiento y control.

Resultado Seguimiento: Se evidenciaron las matrices de seguimiento de los trámites asignados a la entidad; sin embargo, se observó que la gestión mensual se mantiene de manera recurrente en estados como "Trámite de Firma", "En Trámite de Revisión" o "En Trámite de Gestor". Lo anterior evidencia represamiento y vencimiento de términos, identificando que de un total de 96 trámites, el 35% se gestionó dentro de los plazos establecidos.

HALLAZGO #1. Deficiencias en la oportunidad de atención de trámites de supervisión. En la evaluación de las acciones de control realizada con corte al 31 de agosto de 2026, se identificó el incumplimiento del atributo de oportunidad en la gestión de trámites a cargo de los procesos de Supervisión. Específicamente, se evidenció la inobservancia de los términos establecidos para la atención de solicitudes (15 días hábiles para Posesiones y 30 días hábiles para Cumplimiento Normativo, contados a partir de la radicación completa de la documentación, según lo señalado en la Circular Básica Jurídica).

Criterio: Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG),

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno

 Supersolidaria	INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA	Código: FT-COIN-007 Agosto - 2026 Versión: 03
--	--	--

Dimensión 7 (Control Interno), versión 7 de agosto de 2026; Circular Básica Jurídica y lineamientos del Mapa de Aseguramiento de la Entidad para la evaluación de controles de 1ª y 2ª línea de defensa.

Condición: Durante la evaluación a las acciones de control con corte al 31 de agosto de 2026, se identificaron incumplimientos y rezagos en los atributos de control establecidos:

Supervisión (Delegatura Financiera): De un total de 1.065 trámites de posesión y cumplimiento normativo evaluados, el 10% (108 trámites) superaron los términos legales establecidos para su gestión (15 días hábiles para Posesiones y 30 días hábiles para Cumplimiento Normativo, contados a partir de la radicación completa de la documentación, según lo señalado en la Circular Básica Jurídica).

Supervisión (Delegatura Asociativa): De 96 trámites asignados, solo el 35% fue gestionado dentro de los plazos normativos fijados, registrando un alto volumen de trámites represados en estados intermedios ("Trámite de Firma", "En Trámite de Revisión", "En Trámite de Gestor").

Causa:

En las Delegaturas Financiera y Asociativa, debilidades en los mecanismos de monitoreo y flujo continuo en el trámite de expedientes y toma de decisiones.

Efecto: Posible afectación a la oportunidad del servicio, represamiento institucional de decisiones administrativas o de supervisión.

Recomendaciones

Delegaturas Financiera y Asociativa: Implementar un plan de choque y rediseño de flujos operativos para descongestionar los trámites retenidos en revisión/firma, asegurando el cumplimiento estricto de los plazos legales.

4.2. Evaluar la posible existencia de controles no realizados o no cubiertos por la 1ª línea de defensa, identificados mediante el monitoreo efectuado por la 2ª línea de defensa, durante el periodo 01 de mayo al 31 de agosto de 2026, respecto a saber si las medidas para su cumplimiento son efectivas.

Criterio General: Manual Operativo Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 7 de agosto de 2026 del DAFP, Dimensión siete (7) Control Interno "MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades.

Condición General: Durante el seguimiento, se evaluaron trece (13) actividades programadas. Evidenciando que las mismas reportan avances , se identificó un rezago en dos actividades que presentan un 33% de ejecución, una actividad de secretaría general, (debido a que a la fecha no se ha ejecutado auditoría al SG-SST) Y una (1) de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas (debido a que el segundo informe de gestión de riesgos, se generará en el mes de septiembre).

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno

 Supersolidaria	INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA	Código: FT-COIN-007 Agosto - 2026 Versión: 03
--	--	--

Ítem	ASPECTO CLAVE DE ÉXITO (Programa, Proyecto, Proceso, Sistema, entre otros)	Área Funcional	Estado de cumplimiento de los controles de evaluación de confianza.
1	PQRSDF	Secretaría General	67%
2	Supervisión	Delegatura Financiera	67%
3	Supervisión	Delegatura Asociativa	67%
4	Gestión Contractual	Secretaría General	67%
5	Gestión Contractual PAA	Secretaría General	67%
6	Gestión de TI	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	67%
7	Gestión Financiera (Contabilidad-presupuesto-Tesorería)	Secretaría General	67%
8	Gestión Financiera (Contabilidad-presupuesto-Tesorería)	Secretaría General	67%
9	Proceso Evaluación de Sistemas de Gestión	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	67%
10	Sistema de Gestión SST	Secretaría General	33%
11	Gestión de Riesgos	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	33%
12	Gestión Talento Humano	Secretaría General	67%
13	Gestión de planes y proyectos	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	67%

Fuente: Mapa de Aseguramiento II Cuatrimestre 2026

5. PLAN DE MEJORAMIENTO

Se adjunta formato FT-COIN-008, con la FORMULACIÓN del plan de mejoramiento, la cual es un resumen de la auditoría y es competencia de la OCI; en cuanto a la parte de DEFINICIÓN la OCI propone la misma recomendación, sin embargo, el proceso auditado debe redactarla y acomodarla que le apunte a la recomendación de la OCI. Se debe otorgar al proceso auditado, un plazo máximo de hasta 5 días hábiles para su trámite respectivo.

Tenga en cuenta los siguientes aspectos legales y algunos lineamientos antes de diligenciar el formato adjunto.

NORMAS:

- El artículo 4 Ley 87 /93, establece que la responsabilidad de sus directivos "g. Aplicación de las recomendaciones resultantes de las evaluaciones del control interno "
- El artículo 12. Establece como función de la OCI, k) Verificar que se implanten las

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno

 Supersolidaria	INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA	Código: FT-COIN-007 Agosto - 2026 Versión: 03
--	--	--

medidas respectivas recomendadas

- Conceto DAFP 391261 de 2025 Departamento Administrativo de la Función Pública, orientado sobre el rol con entes externos, establece: que en relación con el plan de mejoramiento el Jefe de Control Interno debe: Acompañar a cada área en la formulación adecuada, rigurosa y con enfoque estratégico de las acciones de mejora (rol de prevención, resultante de trabajos de auditoría), entonces como valor agregado la OCI lo toma internamente, ya que es compatible con la Ley.

RECOMENDACIONES Y ORIENTACIONES:

- Lea el INSTRUCTIVO del formato, en la parte FORMULACION Y DEFINICION. Va en una hoja del archivo Excel del formato FT_COIN_008.
- Se debe revisar y definir la parte de DEFINICION, la cual lleva una propuesta de la OCI y tenga en cuenta como referencia la parte de FORMULACION, la cual es de competencia de la OCI, siendo inobservable.
- La acción de mejoramiento debe atacar cada causa posible y por ende evitar el hallazgo se repita. Un hallazgo puede tener más de una acción de mejoramiento.
- Fije acciones de mejoramiento acordes con las recomendaciones del informe de auditoría.
- Las acciones de mejoramiento de tipo CORRECTIVO, se debe ejecutar, ya que provienen de la materialización de un riesgo.
- Cuando la acción la puede realizar en forma DIRECTA el proceso auditado, tiene un plazo de 1 a 3 meses; cuando es COMPARTIDA, por qué dependen de otro proceso, se otorga de 1 a máximo 6 meses y cuando la acción es de tipo INSTITUCIONAL, conlleva un plazo de 1 a 12 meses, como máximo.
- Las evidencias deben apuntar en forme definitiva e implicar demostrar su gestión de la acción correctiva, siendo eficaces y eficientes. Son tangibles generalmente y deben ser explicadas en la siguiente columna.

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO)

JORGE HERNANDO PEDRAZA VARGAS
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Martha Rocio Yanquen Parra – Profesional Especializada.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno