

## SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMIA SOLIDARIA

### INFORME DE AUDITORIA AL PROCESO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

**Bogotá, D.C, junio de 2020**

“Super-Visión” para la transformaci<sup>o</sup>n

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

## TABLA DE CONTENIDO

### INTRODUCCIÓN

- I. OBJETIVO GENERAL
- II. ALCANCE
- III. METODOLOGIA UTILIZADA
- IV. DESARROLLO DE LA AUDITORIA.
- V. GESTION DOCUMENTAL
- VI. SEGUIMIENTO ACCIONES FURAG
- VII. OBSERVACIONES
- VIII. RESUMEN OBSERVACIONES

## INTRODUCCIÓN

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

De igual forma teniendo en cuenta que el artículo 6° del Decreto 648 de 2017, establece que le corresponde a la Oficina de Control Interno en cada entidad “Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles adoptados por la entidad, así como asesorar y apoyar a los directivos en el desarrollo y mejoramiento del Sistema Institucional de Control Interno a través del cumplimiento de los roles establecidos”, mediante la formulación de recomendaciones y observaciones para lograr el cumplimiento de las funciones y objetivos misionales, dando cumplimiento a lo dispuesto en el Programa Anual de Auditoría para la vigencia del año 2020, en su componente Auditoría a Procesos acorde con priorización, en su actividad No. 6 – Mejoramiento Continuo, la Oficina de Control Interno, presenta el informe que contiene la auditoria al proceso de mejoramiento continuo.

### I. Objetivo General

Realizar la auditoria al proceso de Mejoramiento Continuo de la Superintendencia de la Economía Solidaria, con el fin de verificar el cumplimiento del objetivo del proceso.

#### 1.1. Objetivos Específicos:

- Verificar el cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y normativas aplicables a la entidad.
- Formular recomendaciones dirigidas a mejorar el control interno y contribuir al fortalecimiento de la gestión pública, así como a la promoción de su eficiencia operativa.
- Verificar que efectivamente se mantiene el Sistema Integrado de Gestión de la entidad, fomentando la cultura en el recurso humano hacia el mejoramiento continuo de la entidad.

## II. ALCANCE

La auditoría se realizará sobre el objetivo y las actividades establecidas dentro de la caracterización del proceso de Mejoramiento Continuo, específicamente sobre actividades que tengan mayor impacto para la entidad.

Por lo anterior, se tendrán como base para la ejecución de la auditoría las caracterizaciones, manuales e instructivos que hacen parte del Proceso de Mejoramiento Continuo, contenidos en el Sistema Integrado de Gestión de la Superintendencia, los cuales se relacionan a continuación:

- Manual de calidad
- Matriz Identificación y evaluación de aspectos e impactos ambientales (Módulo Ambiental)
- R-MECO-001 Asesoría en organización, métodos y procedimientos
- R-MECO-003 Realización auditorías a los sistemas de gestión
- R-MECO-004 Tratamiento de Salidas No Conformes
- R-MECO-005 Acciones correctivas, preventivas y de mejora
- R-MECO-006 Revisión por la Dirección
- R-MECO-007 Formulación, seguimiento y evaluación al plan de mejoramiento
- D-MECO-003 Metodología Gestión Integral de Riesgo
- F-MECO-018 Matriz de Gestión Integral de Riesgos consolidada
- F-MECO-019 Mapa de Gestión Integral de Riesgos
- D-MECO-001 Metodología Herramienta Foro - Chat
- R-MECO-010 Identificación y evaluación de aspectos e impactos ambientales
- R-MECO-011 Seguimiento y medición
- R-MECO-012 Control operacional
- D-MECO-004 Plan de gestión integral PGIRESPEL
- Anexo No. 5 Metodología mto SGC
- Programa ambiental ahorro y uso eficiente de Agua
- Programa ambiental ahorro y uso eficiente de Energía
- Programa ambiental manejo de residuos peligrosos y especiales

Es importante señalar, que la oficina de control interno tiene conocimiento del proceso de actualización que se está realizando para la presente vigencia, lo que implica cambios en los documentos anteriormente señalados.

### III. Metodología Utilizada.

La evaluación se realizó de acuerdo con normas y técnicas de auditoría de general aceptación; a continuación, se detallan los principales procedimientos adelantados con base en la información suministrada:

Se realizó entendimiento del proceso, el cual contempló la siguiente actividad:

Identificación y evaluación de las actividades realizadas en el proceso

Se elaboró plan de auditoría con base en el entendimiento del proceso, el cual contiene las pruebas realizadas incluyendo los siguientes enfoques:

- ✓ Pruebas de cumplimiento: son aquellas encaminadas a verificar que los controles diseñados por la Entidad mitiguen el riesgo de error material en los estados contables de la Entidad.
- ✓ Se ejecutaron las pruebas de auditoría diseñadas y contenidas en el plan de auditoría.
- ✓ Los hallazgos y observaciones detectadas y contenidas en el presente informe preliminar deberán ser revisadas y soportadas por el responsable del proceso.

### IV. Desarrollo de la Auditoria

Se realizó la evaluación de la información allegada mediante memorando 20201200007173 del 21 de mayo de 2020, se procedió a verificar el cumplimiento de las actividades establecidas en la caracterización del proceso P-MECO-003 Mejoramiento Continuo.

#### 4.1. Hacer

- 4.1.1. *Elaboración o implementación de propuestas que conlleven al mejoramiento de procesos de la entidad, provenientes de diferentes fuentes.*

Frente a este punto, y de acuerdo a la caracterización del proceso de Mejoramiento Continuo, se observa que el Procedimiento Asesoría en Organización y Métodos, el cual tiene como "(...) OBJETIVO: Realizar mejoras y ajustes a los procesos y procedimientos de la entidad mediante solicitudes internas o revisiones y estudios desarrollados por la Oficina Asesora de Planeación. (...)". De acuerdo a lo anterior, y a la respuesta recibida mediante

memorando 20201200007173, se evidencia mediante los siguientes documentos la actualización de los procesos de la entidad.

- *Anexo 1.1 Plan de adopción de una Arquitectura Empresarial para la gestión de vigilancia.*
- *Anexo 1.2 Marco estratégico 19/22*
- *Anexo 1.3 Análisis de entorno*
- *Anexo 1.4 Talleres de Co –Creación de la hoja de ruta Estratégica*
- *Anexo 1.5 Talleres de Co –Creación de la hoja de ruta Estratégica (nivel directivo).*
- *Anexo 1.6 Nuevo mapa de procesos Supersolidaria.*

Por lo anterior, se puede concluir que se está realizando un mejoramiento continuo en los procesos de la superintendencia.

#### *4.1.2. Asesoría y documentación de la Matriz de Gestión Integral de Riesgos y de Aspectos e Impactos Ambientales.*

Se observaron los siguientes documentos que soportan la asesoría y documentación de la Matriz de Gestión Integral de Riesgos y Aspectos e Impactos Ambientales:

- *Anexo 2.1. Matriz de Gestión Integral de Riesgos*
- *Anexo 2.2. Mapa de Calor - Riesgo Inherente Proceso Mejoramiento continuo*
- *Anexo 2.3. Guía para la identificación de aspectos e impactos ambientales (D-MECO005)*
- *Anexo 2.4. Matriz de aspectos e impactos ambientales 2019.*  
*Este documento es copia de la matriz que se encuentra en ISOLución, Módulo Ambiental/Matriz de aspectos e impactos ambientales.*
- *Anexo 2.5. Caracterización de proceso Mejoramiento Continuo (Versión 37).*  
*Este documento es copia de la caracterización del proceso que se encuentra en ISOLución, Módulo Documentación/Mapa de procesos/Mejoramiento Continuo. En éste se evidencia la fecha de actualización de la Matriz de aspectos e impactos ambientales el 12 de julio de 2019 (ver Historial de cambios, versión 36).*
- *Anexo 2.6. Procedimiento para identificación de AIA (PR-PLES-013).*  
*Este documento es una versión en borrador del procedimiento actualizado para la vigencia 2020, el cual se encuentra en revisión y ajustes.*

Mediante el informe de desempeño ambiental 2019, se observa el seguimiento a la matriz de aspectos e impactos ambientales, en la cual se describen controles, como lo es el del programa ambiental de ahorro de agua, energía, el cual presenta actividades con corte a

diciembre de 2019, en dicho informe se observó el cumplimiento de las actividades propuestas, excepto en las correspondientes a diseño y socialización de buenas prácticas ambientales al interior de la entidad, esto debido a que se dio prioridad al rediseño de los procesos.

**4.1.3. Actividades realizadas para la recopilación y análisis de datos e indicadores para evaluar y autoevaluar el Sistema de Gestión Integral y la Gestión de Riesgos e identificar dónde pueden realizarse mejoras.**

Mediante memorando 20201200007173 la oficina OAPS, allego la siguiente información:

- Anexo 4.1 Informe de seguimiento de acciones de mejora de los riesgos 2019 □  
Anexo 4.2 Informe diagnóstico de estado de documentos riesgos 2019.
- Anexo 4.3 Matriz de seguimiento de indicadores 2019.
- Anexo 4.4 Informe de desempeño de los procesos 2019.
- Anexo 4.5 Matriz de seguimiento de indicadores enero-abril 2020.

Revisada la información recibida, para la vigencia 2019, se observa un listado con 80 indicadores, sin embargo, al consultar por el link de reportes, los indicadores son agrupados por efectividad (5); eficacia (51); eficiencia (15) y producto (11), para un total de 82 indicadores, analizada la información se evidencio que existe diferencia entre la información allegada frente a la registrada en el aplicativo Isolución.

1. Los siguientes indicadores de acuerdo al aplicativo isolución no se encuentran dentro de los indicadores de eficacia, sin embargo, en el archivo Anexo 4.3 Matriz de seguimiento de indicadores 2019, aparecen registrados como indicadores de eficiencia.

<b>Cumplimiento Del Plan De Acción Anual</b>
<b>Cumplimiento Del Programa De Ahorro Y Uso Eficiente De La Energía</b>
<b>Cumplimiento Del Programa De Ahorro Y Uso Eficiente Del Agua</b>
<b>Porcentaje Cierre De No Conformidades</b>
<b>Recursos De Reposición Y De Revocatoria Directa -Dif</b>

Fuente: Información Suministrada OAPS – ISOLUCIÓN

2. No se registran los siguientes indicadores dentro del aplicativo Isolución:



- Cooperativas Que Disminuyen El Nivel De Riesgo Por Seguimiento Extrasitu**
- Efectividad De Las Organizaciones De La Forma Asociativa**
- Organizaciones En Toma De Posesión Para Administrar Devueltas**
- Seguimiento A Las Quejas Reiteradas Sobre Las Irregularidades Cometidas Al Interior De Las Organizaciones Supervisadas**
- Actualización Manual Del Procedimiento Administrativo Sancionatorio**
- Seguimiento A Los Instrumentos De Salvamento**
- Entidades Autorizadas Oportunamente Para La Presentación De Estados Financieros A La Asamblea**

Fuente: Información Suministrada OAPS - ISOLUCIÓN

Es importante señalar, que los indicadores que presentaron alerta sobre la no oportuna ejecución de las metas, se les genero un plan de mejora en el aplicativo Isolución

Núm	Estado	Nombre	Objetivo	Proceso	Reporta	Responsable	Fecha de creación	Fecha de cierre
88	Cerrada	Cuente	OBJETIVO ESTRATÉGICO 1. MODELO DE GESTIÓN "Definir e implementar un modelo de supervisión basado en la gestión de riesgos, prospectivo, participativo y efectivo, que redunda en la sostenibilidad y el éxito de la economía solidaria."	GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA	Ronald Sarmiento Osuna	Ronald Sarmiento Osuna	21may-2020	21may-2020
82	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019	Apropiar la gestión por procesos y por proyectos, como modelo de operación ordenado en la entidad	MEJORAMIENTO CONTINUO	Marta Nohemy Arevalo Martínez	Angie Jennifer Rivera Hincapié	12may-2020	
81	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019	Apropiar la gestión por procesos y por proyectos, como modelo de operación ordenado en la entidad	MEJORAMIENTO CONTINUO	Marta Nohemy Arevalo Martínez	Carolina Huertas Tobón	12may-2020	
80	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019	Apropiar la gestión por procesos y por proyectos, como modelo de operación ordenado en la entidad	MEJORAMIENTO CONTINUO	Marta Nohemy Arevalo Martínez	Angie Jennifer Rivera Hincapié	12may-2020	
58	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019	Apropiar la gestión por procesos y por proyectos, como modelo de operación ordenado en la entidad	MEJORAMIENTO CONTINUO	Marta Nohemy Arevalo Martínez	Marta Nohemy Arevalo Martínez	12may-2020	
55	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019 - Planes de y Sistemas	Apropiar la gestión por procesos y por proyectos, como modelo de operación ordenado en la entidad	PLANIFICACION	Ronald Sarmiento Osuna	Carolina Huertas Tobón	24mar-2020	
52	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019 - Oficina de Control Interno	Desarrollar y fortalecer mecanismos que permitan un mejor y óptimo aprovechamiento de la información, para la toma de decisiones	CONTROL INTERNO	Marta Nohemy Arevalo Martínez	Marta Rocio Vanqu岸	17mar-2020	
51	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019 - Oficina de Control Interno	Desarrollar y fortalecer mecanismos que permitan un mejor y óptimo aprovechamiento de la información, para la toma de decisiones	CONTROL INTERNO	Marta Nohemy Arevalo Martínez	Marta Rocio Vanqu岸	17mar-2020	
50	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019 - Oficina Asesora Jurídica	Promover y organizar mecanismos que faciliten el diseño y formulación de políticas públicas integrales en favor del sector	GESTIÓN JURÍDICA	Marta Nohemy Arevalo Martínez	Kathryn Johanna Ballester Pico	17mar-2020	
48	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019 - Oficina Asesora Jurídica	Promover y organizar mecanismos que faciliten el diseño y formulación de políticas públicas integrales en favor del sector	GESTIÓN JURÍDICA	Marta Nohemy Arevalo Martínez	Kathryn Johanna Ballester Pico	17mar-2020	
47	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019 - Secretaría General	Desarrollar y fortalecer mecanismos que permitan un mejor y óptimo aprovechamiento de la información, para la toma de decisiones	TALENTO HUMANO	Marta Nohemy Arevalo Martínez	Adrián Johanna Varano León	17mar-2020	
46	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019 - Secretaría General	Diseñar, formular e implementar una política interna y un sistema integrado para asegurar el gobierno del dato y la información, su suficiencia, consistencia e integridad	TALENTO HUMANO	Marta Nohemy Arevalo Martínez	Adrián Johanna Varano León	17mar-2020	
45	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019 - Secretaría General	Diseñar, formular e implementar una política interna y un sistema integrado para asegurar el gobierno del dato y la información, su suficiencia, consistencia e integridad	TALENTO HUMANO	Marta Nohemy Arevalo Martínez	Adrián Johanna Varano León	17mar-2020	
44	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019 - Secretaría General	Implementar las estrategias definidas para la gestión del cambio, actualizadas en función de las dinámicas internas y externas que inciden en la entidad	TALENTO HUMANO	Marta Nohemy Arevalo Martínez	Adrián Johanna Varano León	17mar-2020	
43	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019 - Secretaría General	Definir e implementar el sistema de evaluación institucional y del capital humano de la entidad, para enfocarlo a resultados	TALENTO HUMANO	Marta Nohemy Arevalo Martínez	Adrián Johanna Varano León	17mar-2020	10Jun-2020
40	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019 - Planes de y Sistemas	Revisar y reestructurar los procesos de gestión del dato y la información, para la producción de conocimiento e información de valor agregado de uso interno y del sector	PLANIFICACION	Ronald Sarmiento Osuna	Luis Edwin Osorio Combaró	25feb-2020	
39	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019 - Planes de y Sistemas	Definir y adoptar herramientas de seguimiento y evaluación por resultados, respecto de los procesos y proyectos desarrollados por la entidad	MEJORAMIENTO CONTINUO	Ronald Sarmiento Osuna	Sonia Constanza Díaz Fonseca	25feb-2020	
38	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019 - Planes de y Sistemas	Definir y adoptar herramientas de seguimiento y evaluación por resultados, respecto de los procesos y proyectos desarrollados por la entidad	MEJORAMIENTO CONTINUO	Ronald Sarmiento Osuna	Carolina Huertas Tobón	25feb-2020	
37	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019 - Planes de y Sistemas	Disponer servicios digitales confiables y ágiles, alineados con el modelo estratégico y los requerimientos de los usuarios internos y externos	GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA	Ronald Sarmiento Osuna	Cesar Angelito Moscoso Mesa	25feb-2020	
36	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019 - Planes de y Sistemas	Desarrollar y fortalecer mecanismos que permitan un mejor y óptimo aprovechamiento de la información, para la toma de decisiones	GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA	Ronald Sarmiento Osuna	Marta Nohemy Arevalo Martínez	25feb-2020	
34	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019 - Planes de y Sistemas	Desarrollar y fortalecer mecanismos que permitan un mejor y óptimo aprovechamiento de la información, para la toma de decisiones	GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA	Ronald Sarmiento Osuna	William Segundo Barrios Barrios	25feb-2020	
33	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019 - Planes de y Sistemas	Desarrollar y fortalecer mecanismos que permitan un mejor y óptimo aprovechamiento de la información, para la toma de decisiones	GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA	Ronald Sarmiento Osuna	William Segundo Barrios Barrios	25feb-2020	
33	Alerta	Plan de mejora al nivel de riesgo 2019 - Planes de y Sistemas	Disponer servicios digitales confiables y ágiles, alineados con el modelo estratégico y los requerimientos de los usuarios internos y externos	GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA	Ronald Sarmiento Osuna	Marta Nohemy Arevalo Martínez	25feb-2020	

Fuente: Información Suministrada OAPS - ISOLUCIÓN

#### 4.1.4. Revisión informe de Auditoría Interna de Calidad, y demás documentos que evidencien el establecimiento del programa de auditoría, en el que se

*definen los objetivos, alcance, número de auditorías y criterios de auditoría. Definición y ejecución del plan de auditoría. Recopilación de información con auditados y generación de hallazgos y conclusiones. Elaboración y entrega del informe final. Plan de acciones para solucionar NC. Seguimiento a NC asociadas.*

Frente a lo anterior se recibió la siguiente información:

- Anexo 5.1 Plan Auditoria Interna Supersolidaria
  - Anexo 5.2 Lista de verificación Gestión Documental
  - Anexo 5.3 Lista de verificación Planificación Estratégica
  - Anexo 5.4 Lista de verificación Vigilancia Asociativa
  - Anexo 5.5 Lista de verificación Inspección Asociativa
  - Anexo 5.6 Lista de verificación Gestión de Comunicaciones
  - Anexo 5.7 Lista de verificación Mejora Continua
  - Anexo 5.8 Lista de verificación Control Financiero
  - Anexo 5.9 Lista de verificación Control Asociativo
  - Anexo 5.10 Lista de verificación Control Interno
  - Anexo 5.11 Lista de verificación Gestión de Infraestructura
  - Anexo 5.12 Lista de verificación Recursos Financieros
  - Anexo 5.13 Lista de verificación Vigilancia Financiera
  - Anexo 5.14 Lista de verificación Contratación
  - Anexo 5.15 Lista de verificación Talento Humano
  - Anexo 5.16 Lista de verificación Gestión Jurídica
  - Anexo 5.17 Lista de verificación Inspección Financiera
  - Anexo 5.18 Lista de verificación Gestión Interacción Ciudadana
  - Anexo 5.19 Informe consolidado
  - Anexo 5.20 Informe no conformidades
  - Anexo 5.21 Informe observaciones y oportunidades de mejora
  - Anexo 5.22 No conformidades auditoría interna 2018
- Este documento se generó con información que reposa en Isolución, Módulo Mejora/Reporte de mejoramiento.

De la revisión de este punto se evidenció que la entidad en diciembre de 2018 realizó la auditoría interna de calidad, de igual manera se evidencia que en el aplicativo ISOLUCION se cuenta con un módulo para el seguimiento a las acciones de mejora generadas.

isolución

Tareas Documentación Mediciones Auditoría Mejora Riesgos Sistemas

Hallazgos de Auditoría

Tipo: [Sin Selección] Estado: [Abierta] Reporte: [Sin Selección] Responsable: [Sin Selección] Auditor Global: [Sin Selección] Fecha Creación: [Sin Selección] Fecha Cierre: [Sin Selección]

Proceso: [Sin Selección] Es Observación: [Sin Selección] Requisitos Producto: [Sin Selección] Acción Eficaz: [Sin Selección] Acción Correctiva: [Sin Selección] Número de Acción: [Sin Selección]

Porcentaje de acciones correctivas cerradas 92 %  
Porcentaje de acciones eficaces sobre las cerradas 87 %

Filtrar por palabra

Número de resultados: (37)    Página 1 de 1

Núm.	Tipo	Estado	Descripción	Reporte	Responsable	Auditor Global	Proceso	Fecha de Creación	Fecha de Cierre	Es Observación	Requisitos Producto	Acción Eficaz	Acción Correctiva	% Avance Plan de Acciones	% Avance Tratamientos	% Total de Avance
453	Isl. Conformidad	Abierta	La Entidad no se asegura el Seguimiento, medición, análisis y evaluación, de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. La organización no asegura el seguimiento, medición, análisis y evaluación apropiados, dado que se evidencian incumplimientos en los tratamientos establecidos para la medición de indicadores como es el caso del indicador de atribución del sistema de estimación, además se presenta una meta del 95% para la liquidación de nómina y liquidación de apurtes parafiscales, este último, tema de cumplimiento legal que interesa cumplir según lo establece la ley.	Samantha Chaparro Gacón	Martha Lucía Cernago de la Pica		TALENTO HUMANO	08/ene/2019		NO		PE	35	0%	0%	0%
452	Isl. Conformidad	Abierta	La Entidad no se asegura el Seguimiento, medición, análisis y evaluación, de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. Organización de forma de presentar para adelantar devoluciones. La forma de medición no corresponde a la medición presentada. Se desconocen días, pero el indicador establece número de devoluciones / las administradas. No identifica la relación del resultado y la correspondencia de la meta.	Samantha Chaparro Gacón	Martha Nyary Beltrán Maza		CONTROL ASOCIATIVA	08/ene/2019		NO		PE	35	0%	100%	95%
427	Isl. Conformidad	Abierta	La Entidad no se asegura el Seguimiento, medición, análisis y evaluación, de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. Ante la ocurrencia de una no conformidad, la organización no adelanta las causas de la No Conformidad, implementa acciones correctivas, ni realiza la eficacia de acciones correctivas formales como es el caso de los incumplimientos del cumplimiento del cronograma de actividades que no presenta análisis de causas, ni planteamiento de acciones correctivas, ni correcciones.	Samantha Chaparro Gacón	Ingrid Valeria Palacios Pineda		GESTIÓN DE COMUNICACIONES	08/ene/2019		NO		PE	35	0%	0%	0%
456	Isl. Conformidad	Abierta	La Entidad no se asegura el Seguimiento, medición, análisis y evaluación, de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. Comparativo de entidades. Meta 2017: 100%. Resultado 100%. En el análisis se evidenció que no hay congruencia entre el resultado y el análisis realizado.	Samantha Chaparro Gacón	Mabel Judith Riera Vargas		CONTROL INTERNO	08/ene/2019		NO		PE	NO	-	0%	0%
455	Isl. Conformidad	Abierta	La Entidad no se asegura el Seguimiento, medición, análisis y evaluación, de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. Comparativo de entidades. Meta 2017: 100%. Resultado 100%. En el análisis se evidenció que no hay congruencia entre el resultado y el análisis realizado.	Samantha Chaparro Gacón	Martha Nyary Beltrán Maza		VIOLANCIA ASOCIATIVA	08/ene/2019		NO		PE	35	0%	-	0%
454	Isl. Conformidad	Abierta	La Entidad no se asegura el Seguimiento, medición, análisis y evaluación, de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. Se observa que existen indicadores que miden aspectos de obligatorio cumplimiento, más no lo están del proceso.	Samantha Chaparro Gacón	William Catalano Moreno		MEJORAMIENTO CONTINUO	08/ene/2019		NO		PE	NO	-	-	-

Fuente: Información Suministrada OAPS – ISOLUCIÓN

Con lo anterior se procede a revisar el avance registrado en el aplicativo isolución en el link: <http://181.48.249.36/Isolucion4/Mejoramiento/frmFiltroAccion.aspx?TipoAccion=Mg==&Auditoria=MQ==> y se observa acciones que tienen más de un año de creadas y presenta un avance menor o igual al 50%. Tal como se señala en la siguiente tabla:

Núm.	Tipo	Estado	Descripción	Responsable	Proceso	Fecha de Creación	Fecha de Cierre	Es Observación	Acción Eficaz	Acción Correctiva	%Avance Plan de Acciones	% Avance Tratamientos	% Total de Avance
492	No Conformidad	Abierta	La organización no determina las ¿oportunidades¿ que son necesario abordar para aumentar los efectos deseables y lograr los resultados previstos.	Ligia del Carmen Galvis Amaya	Mejoramiento Continuo	9-sep-19		NO	PE	SI	0%	0%	0%
491	No Conformidad	Abierta	En el SGC y SGA de la organización, no se pudo evidenciar que se haya determinado los requisitos pertinentes provenientes de las necesidades y expectativas de las partes interesadas relevantes.	Martha Nohemy Arévalo Martínez	Planificación	9-sep-19		NO	PE	SI	50%	0%	25%
487	No Conformidad	Abierta	La Entidad no se asegura el Seguimiento, medición, análisis y evaluación, de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. Ante la ocurrencia de una no conformidad, la organización no determina las causas de la No Conformidad, implementa acciones necesarias, ni revisa la eficacia de acciones correctivas tomadas como es el caso de los incumplimientos del cumplimiento del cronograma de actividades que no presenta análisis de causas, ni planteamiento de acciones correctivas, ni correcciones.	Ingrid Victoria Palacino Pereira	Gestión De Comunicaciones	8-ene-19		NO	PE	SI	0%	0%	0%
482	No Conformidad	Abierta	No se asegura que los Riesgos y Oportunidades para los procesos y el SGI se estén identificando y gestionando de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. El riesgo "Fallo ejecutoriado (En firme) en contra de la Superintendencia de la Economía Solidaria expedido por las jurisdicciones que integran la rama judicial del poder público" se encuentra establecido dentro de la matriz F-MECO-018 V2 16-112018, de acuerdo a los parámetros establecidos en esta matriz no se ha establecido el Plan de Tratamiento ni el Plan de Contingencia del riesgo relacionado.	Juan Carlos López Gómez	Gestión Jurídica	8-ene-19		NO	PE	SI	0%	-	0%

“Super-Visión” para la transformación

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

Núm.	Tipo	Estado	Descripción	Responsable	Proceso	Fecha de Creación	Fecha de Cierre	Es Observación	Acción Eficaz	Acción Correctiva	%Avance Plan de Acciones	% Avance Tratamientos	% Total de Avance
481	No Conformidad	Abierta	No se asegura que los Riesgos y Oportunidades para los procesos y el SGI se estén identificando y gestionando de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. Dentro de la matriz no se identifican controles asociados a la carga laboral del personal.	Mabel Astrid Neira Yepes	Control Interno	8-ene-19		NO	PE	SI	50%	0%	25%
480	No Conformidad	Abierta	No se asegura que los Riesgos y Oportunidades para los procesos y el SGI se estén identificando y gestionando de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. Se verifica que no hay riesgos asociados a la Actividad de Proyecto de Presupuesto.	Martha Luz Camargo de la Hoz	Recursos Financieros	8-ene-19		NO	PE	SI	0%	100%	50%
478	No Conformidad	Abierta	No se asegura el control de los proveedores. La organización no establece criterios para la reevaluación de proveedores externos, y aunque las evaluaciones se realizan periódicamente, al presentar cada facturación, no existe información documentada de las acciones derivadas de las evaluaciones.	Martha Luz Camargo de la Hoz	Contratación	8-ene-19		NO	PE	SI	0%	-	0%



474	No Conformidad	Abierta	La organización no determina los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de prevenir o reducir efectos no deseados como es el caso del riesgo asociado a pérdida de historias laborales y que incluye un control de mantener los expedientes bajo llave, existen expedientes en caja que no se encuentran bajo llave, además durante el desarrollo de la auditoria se identificaron riesgos que no están plasmados dentro de la matriz de riesgos consolidada como es el caso de cambios en reglamentación y dilaciones por temas de modificación en creación y/o modificación en	Martha Luz Camargo de la Hoz	Talento Humano	8-ene-19	NO	PE	SI	0%	50%	25%
-----	-------------------	---------	---	------------------------------------	-------------------	----------	----	----	----	----	-----	-----

Núm.	Tipo	Estado	Descripción	Responsable	Proceso	Fecha de Creación	Fecha de Cierre	Es Observación	Acción Eficaz	Acción Correctiva	%Avance Plan de Acciones	% Avance Tratamientos	% Total de Avance
			comités internos como es el caso del comité de capacitaciones.										
473	No Conformidad	Abierta	No conformidad: No se asegura que los riesgos y oportunidades para los procesos y el SGI se estén identificando y gestionando de acuerdo a lo definido por la organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015 Al realizar la planificación del Sistema de Gestión de Calidad, la organización no asegura que el sistema pueda lograr sus resultados previstos, ni previene o reduce los efectos no deseados teniendo en cuenta que no todas las causas identificadas tienen un control asociado como es el caso de las fallas en la plataforma. De otra parte, no se aumentan los efectos deseables dado que no se identifican oportunidades. Referencia: ISO 9001:2015 establece en el requisito 6.1. lo siguiente... "determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de: a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr los resultados previstos; b) aumentar los efectos deseables; c) prevenir o reducir efectos no deseados; d) lograr la mejora.".	Ingrid Victoria Palacino Pereira	Gestión De Comunicaciones	8-ene-19		NO	PE	SI	0%	-	0%
472	No Conformidad	Abierta	La entidad no asegura que la gestión del Cambio se esté llevando a cabo de manera planificada. Al revisar la aplicación del Procedimiento para la Gestión del Cambio R-PLAN-006 Fecha: 28-Jul-2017 Ver 0. Se verifica que el mismo desde su publicación no se ha implementado, a pesar que se han presentado cambios en la Organización relacionados con: Requisitos legales (El normograma publicado en la Página Web. No está actualizado 690 de 2018), cambios en la infraestructura tecnológica, cambios de	Ligia del Carmen Galvis Amaya	Planificación	8-ene-19		NO	PE	SI	0%	100%	50%



“Super-Visión” para la transformaci<sup>o</sup>n

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

Núm.	Tipo	Estado	Descripción	Responsable	Proceso	Fecha de Creación	Fecha de Cierre	Es Observación	Acción Eficaz	Acción Correctiva	% Avance Plan de Acciones	% Avance Tratamientos	% Total de Avance
			personal, cambios en los procesos, entre otros.										

Fuente: Información Suministrada OAPS – ISOLUCIÓN

Por lo anterior, es importante es generar un control para que las actividades propuestas se cumplan y ejecuten y de esta manera cumplir con el objetivo del proceso “(...) *Realizar mejoras y ajustes a los procesos y procedimientos de la entidad (...)*”.

Sin embargo, para la vigencia 2019, en el mes de septiembre, se realizó auditoria externa de certificación, y se evidenciaron las siguientes no conformidades, la cuales cuentan con la respectiva acción correctiva, preventiva o de mejora, registrada en el aplicativo isolución.

Núm.	Proceso	Responsable	Fecha Hallazgo	Estado	Descripción	Reportado Por	Actividad					
							Actividad	Responsable	Fecha Compromiso	Eficacia	Seguimiento	Fecha Seguimiento
490	PLANIFICACIÓN	Martha Nohemy Arévalo Martínez	09/sep./2019	Abierta	<a href="#">La organización no ha incluido las Condiciones Ambientales, dentro de las cuestiones del contexto, que afectan su capacidad para lograr los resultados previstos.</a>	Samanta Chaquea Garzón	Actualizar el contexto interno y externo de la Superintendencia de la Economía Solidaria, teniendo en cuenta las condiciones ambientales que son pertinentes para su propósito	Martha Nohemy Arévalo Martínez	31/mar./2020	-	Se valida el avance con respecto a la actualización del contexto interno y externo de la Entidad, el cual quedará actualizado una vez se apruebe la	27/dic./2019

“Super-Visión” para la transformación

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

Núm.	Proceso	Responsable	Fecha Hallazgo	Estado	Descripción	Reportado Por	Actividad						
							Actividad	Responsable	Fecha Compromiso	Eficacia	Seguimiento	Fecha Seguimiento	
							y que afecta a su capacidad para lograr los resultados de su sistema de gestión ambiental.					metodología definida para tal fin	
							Seleccionar metodología para el establecimiento del contexto interno y externo de la Entidad, que incluya las condiciones ambientales que afecten la capacidad para lograr los resultados de gestión ambiental.	Martha Nohemy Arévalo Martínez	31/mar./2020	SI		Se elaboró la Guía de Direccionamiento Estratégico y Planeación, la cual contempla la metodología para establecer el diagnóstico de capacidades y entono y la aplicación de herramientas de planificación en las siguientes: - Matriz DOFA O FODA y el análisis PEST contemplando los factores ambientales - El Marco Lógico. Metodología para la planificación, seguimiento y evaluación de proyectos	27/dic./2019



									Elaborar el documento con la guía metodológica para el establecimiento del contexto interno y externo de la	Martha Nohemy Arévalo Martínez	31/mar./2020	SI	Se elaboró la Guía de Direccionamiento Estratégico y Planeación, la cual contempla la metodología para establecer el	27/dic./2019
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--------------------------------	--------------	----	--	--------------

“Super-Visión” para la transformación

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

Núm.	Proceso	Responsable	Fecha Hallazgo	Estado	Descripción	Reportado Por	Actividad						
							Actividad	Responsable	Fecha Compromiso	Eficacia	Seguimiento	Fecha Seguimiento	
							Supersolidaria, que incluya las condiciones ambientales que afecten la capacidad para lograr los resultados de gestión ambiental.					diagnóstico de capacidades y entono y la aplicación de herramientas de planificación en las siguientes: - Matriz DOFA O FODA y el análisis PEST contemplando los factores ambientales - El Marco Lógico. Metodología para la planificación, seguimiento y evaluación de proyectos	
							Actualizar el Procedimiento formulación, seguimiento y evaluación al plan estratégico (RPLAN-001), incluyendo la aplicación de la guía metodológica para el establecimiento del contexto interno y externo de la Supersolidaria.	Martha Nohemy Arévalo Martínez	30/jun./2020	-		Se actualizó el procedimiento para la formulación, seguimiento y seguimiento al plan estratégico, alineado con el ejercicio estratégico realizado en la SES	27/dic./2019
							Presentar para revisión y aprobación el documento con la guía metodológica para el	Ligia del Carmen Galvis Amaya	30/jun./2020	-		Está pendiente la revisión del documento preliminar, una vez se realice dicha revisión y solicitud	27/dic./2019



“Super-Visión” para la transformaci<sup>o</sup>n

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

Núm.	Proceso	Responsable	Fecha Hallazgo	Estado	Descripción	Reportado Por	Actividad						
							Actividad	Responsable	Fecha Compromiso	Eficacia	Seguimiento	Fecha Seguimiento	
							establecimiento del contexto interno y externo de la Supersolidaria, que incluya las condiciones ambientales que afecten la capacidad para lograr los resultados de gestión ambiental y el Procedimiento formulación, seguimiento y evaluación al plan estratégico (RPLAN-001).					de ajustes en caso de ser necesario, se procederá a enviar a revisión y aprobación.	
							Publicar la guía metodológica para el establecimiento del contexto interno y externo de la Supersolidaria, que incluya las condiciones ambientales que afecten la capacidad para lograr los resultados de gestión ambiental y el Procedimiento formulación, seguimiento y evaluación al plan estratégico (RPLAN-001).	Ronald Santamaría Gaona	30/jun./2020	-		Surtido el proceso de aprobación de la guía metodológica, se realizará la publicación de los documentos en Isolución	27/dic./2019



“Super-Visión” para la transformaci<sup>o</sup>n

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

Núm.	Proceso	Responsable	Fecha Hallazgo	Estado	Descripción	Reportado Por	Actividad					
							Actividad	Responsable	Fecha Compromiso	Eficacia	Seguimiento	Fecha Seguimiento
							Socializar la guía metodológica para el establecimiento del contexto interno y externo de la Supersolidaria, que incluya las condiciones ambientales que afecten la capacidad para lograr los resultados de gestión ambiental y el Procedimiento formulación, seguimiento y evaluación al plan estratégico (RPLAN-001).	Martha Nohemy Arévalo Martínez	30/jun./2020	-	Hasta tanto no se encuentren publicados los documentos, no se realiza la correspondiente socialización.	27/dic./2019
491	PLANIFICACIÓN	Martha Nohemy Arévalo Martínez	09/sep./2019	Abierta	<a href="#">En el SGC y SGA de la organización, no se pudo evidenciar que se haya determinado los requisitos pertinentes provenientes de las necesidades y expectativas de las partes interesadas relevantes.</a>	Samanta Chaquea Garzón	Identificar los requisitos en la matriz de partes interesadas.	Martha Nohemy Arévalo Martínez	31/mar./2020	-	Una vez se definió la Guía de Planificación estratégica, la cual contempla los requisitos de las partes interesadas, estos serán incluidos en la matriz	27/dic./2019
							Seleccionar metodología para el establecimiento del contexto de la Entidad, incluida la identificación de partes interesadas y sus requisitos asociados.	Martha Nohemy Arévalo Martínez	31/mar./2020	SI	Se elaboró la Guía de Direccionamiento Estratégico y Planeación, la cual contempla la metodología para establecer el diagnóstico de	27/dic./2019



“Super-Visión” para la transformaci<sup>o</sup>n

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

Núm.	Proceso	Responsable	Fecha Hallazgo	Estado	Descripción	Reportado Por	Actividad					
							Actividad	Responsable	Fecha Compromiso	Eficacia	Seguimiento	Fecha Seguimiento
											capacidades y entono y la aplicación de herramientas de planificación en las siguientes, en este mismo documento contempla la identificación, caracterización y definición de los requisitos de las partes interesadas o grupos de valor. Esta no conformidad se está trabajando a asociada a la 490, dado que el documento en elaboración da respuesta a los 2 planes de acción	
							Elaborar el documento con la guía metodológica para el establecimiento del contexto y la identificación de partes interesadas y sus requisitos asociados.	Martha Nohemy Arévalo Martínez	31/mar./2020	SI	Se elaboró la Guía de Direccionamiento Estratégico y Planeación, la cual contempla la metodología para establecer el diagnóstico de capacidades y entono y la aplicación de herramientas de planificación en las siguientes, en este mismo documento contempla la	27/dic./2019



“Super-Visión” para la transformaci<sup>o</sup>n

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

Núm.	Proceso	Responsable	Fecha Hallazgo	Estado	Descripción	Reportado Por	Actividad					
							Actividad	Responsable	Fecha Compromiso	Eficacia	Seguimiento	Fecha Seguimiento
											identificación, caracterización y definición de los requisitos de las partes interesadas o grupos de valor. Esta no conformidad se está trabajando a asociada a la 490, dado que el documento en elaboración da respuesta a los 2 planes de acción	
							Presentar para revisión y aprobación el documento con la guía metodológica para el establecimiento del contexto y la identificación de partes interesadas y sus requisitos asociados.	Ligia del Carmen Galvis Amaya	15/feb./2020	-	Está pendiente la revisión del documento preliminar, una vez se realice dicha revisión y solicitud de ajustes en caso de ser necesario, se procederá a enviar a revisión y aprobación.	27/dic./2019
							Publicar el documento con la guía metodológica para el establecimiento del contexto y la identificación de partes interesadas y sus requisitos asociados.	Ronald Santamaría Gaona	28/feb./2020	-	Surtido el proceso de aprobación de la guía metodológica, se realizará la publicación de los documentos en Isolución y su posterior socialización	27/dic./2019
492	MEJORAMIENTO CONTINUO	Ligia del Carmen Galvis Amaya	09/sep./2019	Abierta	<a href="#">La organización no determina las ;oportunidades; que</a>	Samanta Chaquea Garzón	Identificar oportunidades en todos los	Sonia Constanza Díaz Riveros	31/dic./2020	-	Una vez terminado el Plan de Acción, se identificarán las	27/dic./2019



“Super-Visión” para la transformaci<sup>o</sup>n

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

Núm.	Proceso	Responsable	Fecha Hallazgo	Estado	Descripción	Reportado Por	Actividad						
							Actividad	Responsable	Fecha Compromiso	Eficacia	Seguimiento	Fecha Seguimiento	
					<a href="#">son necesario abordar para aumentar los efectos deseables y lograr los resultados previstos.</a>		procesos, documentarlas y divulgarlas de acuerdo al Plan de Mejoramiento detallado en la NO Conformidad #492					oportunidades en los procesos, a partir de la gestión de riesgos.	
							Revisar y actualizar la Metodología de gestión integral de riesgos (D-MECO003).	Sonia Constanza Díaz Riveros	31/mar./2020	-		La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas se encuentra en revisión y actualización de la metodología para la administración de riesgos de la entidad, para lo cual, dentro de este ejercicio, se requiere hacer un análisis para establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de consecuencia o impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial, partiendo de eventos de riesgo materializados en los últimos tres (3) años que hayan generado pérdidas o afectado significativamente la utilidad operacional, el desarrollo de la	27/dic./2019



“Super-Visión” para la transformaci<sup>o</sup>n

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

Núm.	Proceso	Responsable	Fecha Hallazgo	Estado	Descripción	Reportado Por	Actividad				
							Actividad	Responsable	Fecha Compromiso	Eficacia	Seguimiento
											gestión y el cumplimiento de los objetivos institucionales de la entidad; información que se encuentra en proceso de solicitud a las áreas que manejan los temas relevantes.
							Presentar la Metodología de gestión integral de riesgos (D-MECO003) al comité directivo para revisión.	Sonia Constanza Díaz Riveros	15/abr./2020	-	Una vez actualizada y ajustada la metodología para la gestión de riesgos de la entidad de acuerdo a lineamientos establecidos por el DAFP y el análisis de información para la valoración del riesgo, se presentará al Comité Directivo el documento final.



						Presentar la Metodología de gestión integral de riesgos (D-MECO003) al comité de control interno para aprobación	Sonia Constanza Díaz Riveros	28/abr./2020	-	Una vez actualizada y ajustada la metodología para la gestión de riesgos de la entidad de acuerdo a lineamientos establecidos por el DAFP y el análisis	27/dic./201
--	--	--	--	--	--	--	------------------------------	--------------	---	---	-------------

ión" para la transformaci

io 11. PBX (1) 7 560 557. Línea Gratuita 018000 180 430  
[www.supersolidaria.gov.co](http://www.supersolidaria.gov.co)  
 830.053.043 5 Bogotá D.C., Colombia

Núm.	Proceso	Responsable	Fecha Hallazgo	Estado	Descripción	Reportado Por	Actividad						
							Actividad	Responsable	Fecha Compromiso	Eficacia	Seguimiento	Fecha Seguimiento	
												de información para la valoración del riesgo, se presentará al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el documento final para revisión y aprobación.	
							Publicar la Metodología de gestión integral de riesgos (D-MECO-003) actualizada.	Ronald Santamaría Gaona	15/may./2020	-		Una vez aprobada la metodología para la gestión de riesgos de la entidad por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se realizará la solicitud de la publicación del documento en intranet a la oficina de comunicaciones y en Isolución al administrador de este sistema.	27/dic./2019
							Capacitar a los responsables y participantes de los procesos sobre la Metodología de gestión integral de riesgos (D-MECO-003) actualizada.	Sonia Constanza Díaz Riveros	15/jun./2020	-		La capacitación a los líderes y participantes de proceso se realizará después de la publicación de la metodología para la administración de riesgos. Esta	27/dic./2019

Núm. Proceso	Responsable	Fecha Hallazgo	Estado	Descripción	Reportado Por	Actividad				
						Actividad	Responsable	Fecha Compromiso	Eficacia	Seguimiento
										puede ser virtual o presencial.
						Concertar fechas para realizar mesas de trabajo por proceso para la identificación de riesgos y oportunidades.	Sonia Constanza Díaz Riveros	30/jun./2020	-	A partir de la aprobación y publicación de la metodología para la administración de riesgos, se realizará la programación de las mesas de trabajo, bajo concertación con las áreas para la identificación de riesgos asociados a procesos con cada uno de los líderes y colaboradores.
						Ejecutar mesas de trabajo e identificar riesgos y oportunidades por proceso.	Sonia Constanza Díaz Riveros	31/jul./2020	-	Llevar a cabo mesas de trabajo con los líderes, de acuerdo a programación establecida, para la identificación de riesgos asociados al desarrollo de objetivo de proceso.



Núm.	Proceso	Responsable	Fecha Hallazgo	Estado	Descripción	Reportado Por	Actividad					
							Actividad	Responsable	Fecha Compromiso	Eficiencia		
							Publicar Matriz integral de riesgos (F-MECO-018) aprobada.	Ronald Santamaría Gaona	04/sep./2020	-		
							Socializar Matriz integral de riesgos (F-MECO-018) aprobada.	Sonia Constanza Díaz Riveros	30/sep./2020	-		
	MEJORAMIENTO	Ligia del			<a href="#">La organización no determina apropiadamente los aspectos ambientales en los</a>	Samanta	Elaborar matriz de aspectos e impactos	Javier Segura Restrepo	31/dic./2019	SI		



493	CONTINUO	Carmen Galvis Amaya	09/sep./2019	Abierta	<a href="#">que puede influir ni lo asociados a los desarrollos nuevos o planificados o las actividades nuevas o modificadas.</a>	Chaquea Garzón	ambientales (AIA) para el proyecto de transformación digital (renovación tecnológica).			
-----	----------	---------------------	--------------	---------	---	----------------	--	--	--	--

ión" para la transformaci

o 11. PBX (1) 7 560 557. Línea Gratuita 018000 180 430  
[www.supersolidaria.gov.co](http://www.supersolidaria.gov.co)  
 830.053.043 5 Bogotá D.C., Colombia

Núm. Proceso	Responsable	Fecha Hallazgo	Estado	Descripción	Reportado Por	Actividad				
						Actividad	Responsable	Fecha Compromiso	Eficacia	Seguimiento
										digital (renovación tecnológica)
						Elaborar matriz de aspectos e impactos ambientales para el proyecto de remodelación del piso 16.	Javier Segura Restrepo	31/dic./2019	SI	Se elaboró matriz de aspectos e impactos ambientales (AIA) de acuerdo a los criterios definidos en el Módulo Ambiental de Resolución, para el proyecto de remodelación del piso 16
						Actualizar la Guía para la identificación de aspectos ambientales, evaluación y valoración de impactos ambientales y determinación de controles operacionales (DMECO-005), incluyendo el análisis de aspectos e impactos ambientales para los proyectos propuestos.	Javier Segura Restrepo	30/nov./2019	SI	Se actualizó la Guía para la identificación de aspectos ambientales, evaluación y valoración de impactos ambientales y determinación de controles operacionales (GU-PLES-001), incluyendo el análisis de aspectos e impactos ambientales para los



Núm. Proceso	Responsable	Fecha Hallazgo	Estado	Descripción	Reportado Por	Actividad				
						Actividad	Responsable	Fecha Compromiso	Eficacia	Seguimiento
						análisis de aspectos e impactos ambientales previo a la ejecución de un proyecto.				afecten el Sistema Integrado de Gestión (GUGECI-00) incluyendo el análisis de aspectos e impactos ambientales previo a la ejecución de un proyecto.
						Publicar la Guía para la identificación de aspectos ambientales, evaluación y valoración de impactos ambientales y determinación de controles operacionales (DMECO-005) y el Procedimiento para la gestión del cambio (R-PLAN006) actualizados.	Ronald Santamaría Gaona	31/mar./2020	-	La Guía Para la identificación de Aspectos Ambientales, Evaluación y Valoración de Impactos Ambientales Determinación de Controles Operacionales se actualizó dentro del proceso de rediseño institucional, pero se bin a Isolución para divulgación sólo hasta que sea aprobado el



								nuevo mapa de procesos.			
						Socializar la Guía para la identificación de aspectos ambientales, evaluación y valoración de impactos	Carolina Huertas Tobón	30/abr./2020	-	La Guía Para la identificación de Aspectos Ambientales, Evaluación y Valoración de Impactos Ambientales y	16/dic./2

ión" para la transformaci<sup>o</sup>n

io 11. PBX (1) 7 560 557. Línea Gratuita 018000 180 430  
[www.supersolidaria.gov.co](http://www.supersolidaria.gov.co)  
 830.053.043 5 Bogotá D.C., Colombia

Núm.	Proceso	Responsable	Fecha Hallazgo	Estado	Descripción	Reportado Por	Actividad					
							Actividad	Responsable	Fecha Compromiso	Eficacia	Seguimiento	Fecha Seguimiento
							ambientales y determinación de controles operacionales (DMECO-005) y el Procedimiento para la gestión del cambio (R-PLAN006) actualizados.				Determinación de Controles Operacionales se actualizó dentro del proceso de rediseño institucional, pero se subirá a Isolución para divulgación sólo hasta que sea aprobado el nuevo mapa de procesos.	
494	MEJORAMIENTO CONTINUO	Ligia del Carmen Galvis Amaya	09/sep./2019	Abierta	<a href="#">No se evidencia en la información documentada del proceso de auditoría interna, que en la elaboración del programa de auditoría se haya tenido en consideración la importancia de los procesos involucrados y los cambios que afectan a la organización.</a>	Samanta Chaquea Garzón	Incluir en el Programa Anual de Auditorías Internas (F-MECO-014) los criterios utilizados para definir la importancia de los procesos auditados para el ciclo de auditoría ejecutado en diciembre de 2018.	Javier Segura Restrepo	30/sep./2019	SI	Se incluyen los criterios para priorizar los procesos a auditar en el F-MECO-014 Programa anual de auditorías	16/dic./2019
							Definir criterios de priorización para auditoría de procesos y asignarles escala de valoración.	Javier Segura Restrepo	30/sep./2019	SI	Se realiza reunión con el grupo de procesos de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y se definen los criterios para priorizar los procesos a auditoría y se asigna escala de valoración	16/dic./2019



“Super-Visión” para la transformaci<sup>o</sup>n

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

Núm.	Proceso	Responsable	Fecha Hallazgo	Estado	Descripción	Reportado Por	Actividad				
							Actividad	Responsable	Fecha Compromiso	Eficacia	Seguimiento
							Actualizar el procedimiento Realización auditorías a los sistemas de gestión (R-MECO-003) y el formato Programa anual de auditorías internas (FMECO-014).	Javier Segura Restrepo	31/oct./2019	SI	Se realiza revisión y actualización de procedimiento RMECO-003 donde se establecen nuevas actividades, se fortalece la metodología de planificación de auditorías y se incluyen los criterios para priorizar los procesos a auditar, así mismo, se cambió nombre y código al documento, alineándolo al proyecto de rediseño institucional y nuevo mapa de procesos definido para la entidad. GU-EVSG-001 GUÍA PARA LA PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE AUDITORIAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN



						Publicar el procedimiento Realización auditorías a los sistemas de gestión (R-MECO-	Ronald Santamaría Gaona	29/feb./2020	-	Aun no se ha realizado la publicación de la nueva guía GUEVSG-001 GUÍA PARA LA	16/dic./
--	--	--	--	--	--	---	-------------------------	--------------	---	--	----------

ión” para la transformación

io 11. PBX (1) 7 560 557. Línea Gratuita 018000 180 430  
[www.supersolidaria.gov.co](http://www.supersolidaria.gov.co)  
 830.053.043 5 Bogotá D.C., Colombia

Núm.	Proceso	Responsable	Fecha Hallazgo	Estado	Descripción	Reportado Por	Actividad						
							Actividad	Responsable	Fecha Compromiso	Eficacia	Seguimiento	Fecha Seguimiento	
							003) y el formato Programa anual de auditorías internas (FMECO-014) actualizados.					PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE AUDITORIAS AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN hasta tanto sea oficial el nuevo Mapa de procesos definido en el proyecto de arquitectura empresarial	
							Socializar el procedimiento Realización auditorías a los sistemas de gestión (R-MECO-003) y el formato Programa anual de auditorías internas (FMECO-014) actualizados.	Javier Segura Restrepo	31/mar./2020	-		Está pendiente la socialización de la nueva guía GUEVSG-001 GUÍA PARA LA PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE AUDITORIAS AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN hasta tanto sea oficial el nuevo Mapa de procesos definido en el proyecto de arquitectura empresarial	26/dic./2019

Fuente: Información Suministrada OAPS – ISOLUCIÓN



“Super-Visión” para la transformaci<sup>o</sup>n

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

*4.1.4.1. Revisión del registro de actividades desarrolladas con respecto a las salidas no conformes internas y entre procesos y registro de ejecución, seguimiento y eficacia de las acciones correctivas, preventivas o de mejora.*

La oficina de control interno, teniendo en cuenta las observaciones generadas como resultado de la Auditoria Interna de Calidad, y de acuerdo la información allegada mediante el archivo Anexo 6.1 Matriz de seguimiento a no conformidades 2019, se procedió a revisar el respectivo avance al plan de mejoramiento suscrito para subsanar dichos hallazgos y observaciones y observó que algunas no conformidades, se encuentran vencidas y no presentan avance, tal como lo señala el siguiente cuadro que fue entregado por la OAPS:

Fuente	Abierta	Cerrada	Con Gestión	Sin Gestión
No Conformidad	22	16	30	8
TOTAL	22	16	30	8
			79%	21%

Fuente: Información Suministrada OAPS – ISOLUCIÓN

*4.1.5. Registro de actividades desarrolladas con respecto a las quejas sobre la gestión y el servicio de la entidad, establecer y ejecutar el tratamiento y las acciones para solucionar la queja, en el cual se haya definido el responsable y la fecha de compromiso.*

Teniendo en cuenta la respuesta dada a la solicitud de información realizada, la oficina de control interno recibió la siguiente información:

- Anexo 7.1 Plan de Acción de Trámites 2020.
- Anexo 7.2 Informe de gestión institucional 2019

Revisada la información, se observan los anteriores archivos allegados, de los cuales se concluye que se han tomado acciones como lo describe el archivo de Plan de Acción de Trámites 2020, el cual va a desarrollar acciones respecto a la gestión de trámites, teniendo en cuenta aspectos identificados dentro del ejercicio de autoevaluación realizado a través del instrumento de autodiagnóstico de MIPG para la política de trámites.

De igual manera, se observa un documento de Informe de Gestión Institucional 2019, en el cual se describe las actividades desarrolladas con respecto a la atención presencial (numeral 2.2.2) y la atención virtual (numeral 2.2.4) y las actividades para el mejoramiento de la atención al ciudadano (2.2.3), los logros (2.2.6) y los retos (2.2.7).

## 2.2 Gestión de Interacción Ciudadana

Dentro de las actividades desarrolladas en la vigencia 2019 en relación al proceso de interacción ciudadana, se encuentra el conocer y tramitar los derechos de petición, las consultas de carácter general, personales, telefónicas y escritas de los ciudadanos, así como las quejas, reclamos, derechos de petición y solicitudes de información relacionadas con la prestación de los servicios de las organizaciones vigiladas por la Superintendencia y que están a cargo de la Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria. A continuación, se presenta el comportamiento mensual de las PQRSD recibidas y respondidas durante el periodo mencionado anteriormente:

### 2.2.1 Quejas y peticiones

#### 2.2.1.1 Quejas contra las vigiladas

En el periodo 2019, el Grupo de Servicio al Ciudadano atendió alrededor de 7077 solicitudes de PQRS, en los cuales se analizaron las solicitudes y se realizaron los traslados a los entes de control de las organizaciones solidarias y los respectivos acuses a los peticionarios por medio del sistema de gestión documental, indicando que en la vigencia 2019 se atendió el 92% de las solicitudes allegadas, cumpliendo con lo dispuesto en el Decreto 1755 de 2015, adicional se tramitaron solicitudes que venían del mes de diciembre de 2018.

De acuerdo con la relación anterior, a continuación, se detallan los trámites recibidos y realizados por mes de estudio, tal como se observa en la tabla adjunta y se grafican los datos.

MESES	RECIBIDAS	TRAMITES
ENERO	235	164
FEBRERO	453	340
MARZO	611	546
ABRIL	744	539
MAYO	817	950
JUNIO	667	855
JULIO	755	578
AGOSTO	648	485
SEPTIEMBRE	550	620
OCTUBRE	451	609
NOVIEMBRE	346	719
DICIEMBRE	147	672
<b>TOTAL</b>	<b>6424</b>	<b>7077</b>

Fuente: Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa – Supersolidaria

Fuente: Información Suministrada OAPS – Informe de Gestión Institucional



Fuente: Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa – Supersolidaria

La Delegatura para la Supervisión de la Actividad Financiera del Cooperativismo durante el transcurso de 2019 recibió 1.059 PQRS, de las cuales se atendieron 1.044 que equivale al 98.6% tramitadas durante el período; las restantes peticiones se recibieron al finalizar el año y fueron tramitadas en los primeros días de enero de 2020.

El 52.3% de las quejas se concentra en ocho (8) cooperativas de ahorro y crédito. De estas, 6 organizaciones tienen domicilio en Bogotá y concentran el 42.1% de las quejas; el 7.7% corresponde a una cooperativa con sede en el departamento de Santander y el 2.5% a una cooperativa del departamento de Antioquia.

Las causas más frecuentes que motivaron la presentación de quejas ante la Superintendencia fueron las siguientes:

No.	ASUNTO	No. CASOS	%
1	SOLICITUDES DE INFORMACIÓN, PAZ Y SALVOS, RETIROS, DOCUMENTOS, OTROS	125	11,8%
2	RETIRO VOLUNTARIO Y DEVOLUCIÓN DE APORTES	106	10,0%
3	INCONFORMIDAD RESPUESTA COOPERATIVA	64	6,0%
4	COBRO EXCESIVO DE INTERESES Y CUOTA	38	3,6%
5	COBRO DE OBLIGACIONES, POLIZAS, APORTES, HONORARIOS, OTROS.	34	3,2%
6	COPIA DE OFICIOS, DERECHOS DE PETICIÓN, POLIZAS, DOCUMENTOS EN GENERAL	31	2,9%
7	FALTA DE RESPUESTA	31	2,9%
8	ACUERDO DE PAGO	30	2,8%
9	IRREGULARIDADES CREDITO - GESTIÓN DE COBRO	29	2,7%
10	CRUCE DE CUENTAS	27	2,5%
11	NEGATIVAS DE LA COOPERATIVA SOBRE CIERRE DE PRODUCTOS	20	1,9%
12	REPORTE NEGATIVO A CENTRALES DE RIESGO	20	1,9%
<b>SUBTOTAL</b>		<b>555</b>	<b>52,4%</b>
<b>OTROS TIPOS DE ASUNTOS (187)</b>		<b>504</b>	<b>47,6%</b>

Fuente: Delegatura para la Supervisión de la Actividad Financiera del Cooperativismo – Supersolidaria

Como se evidencia en el cuadro, en 12 tipo de asuntos se concentra el 52.4% de las quejas presentadas (555 quejas) por asociados vinculados a cooperativas de ahorro y crédito.

Fuente: Información Suministrada OAPS – Informe de Gestión Institucional

“Super-Visión” para la transformación

Como se observa en las anteriores imágenes tomadas del informe de gestión institucional, se evidencia que la mayor cantidad de PQRS, se encuentra en la solicitud de paz y salvos, retiros, documentos y retiro voluntario y devolución de aportes, de igual manera, dentro del mismo informe la entidad plantea las siguientes acciones:

“(…) 2.2.7 Retos

- ✓ *Seguir disminuyendo los términos de respuesta de las PQRSD, a través de estrategias operativas que nos permitan ser más eficientes en la respuesta y el requerimiento realizado a las organizaciones solidarias. L A través de la transferencia de conocimiento permanente de los funcionarios y contratistas, se propenderá por generar respuestas más idóneas y eficaces en pro de los diferentes grupos de interés.*
- ✓ *Realizar seguimiento y cierres de queja a todas las respuestas emitidas por las organizaciones solidarias vigiladas por esta Superintendencia, producto del traslado y requerimiento realizado por esta Superintendencia en el trámite de PQRSD.*
- ✓ *Fortalecer los canales de atención virtual y telefónico con el fin de acercarnos al ciudadano y lograr mayor efectividad en nuestra misionalidad.*
- ✓ *Propender por la integración y el trabajo mancomunado de los diferentes grupos, pues de esta manera se realiza una supervisión más efectiva, oportuna y prospectiva. (…)*”

Por lo anterior se concluye, que si bien el proceso de PQRS, no es parte del proceso de mejoramiento continuo, las mismas permiten identificar mejoras al interior de la entidad, las cuales de acuerdo al Informe de Gestión Institucional 2019, se tuvieron en cuenta para la mejora continua en la presente vigencia.

*4.1.6. Acta Revisión Gerencial (Incluye decisiones relacionadas con mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión Integral y del Modelo Estándar de Control Interno, la mejora de productos y/o servicios y la asignación de recursos).*

Se procedió a realizar la revisión del acta de revisión gerencial la cual se llevó a cabo el 8 de mayo de 2019, allí se evidenció que existen punto revisados que no se habían ejecutado y, sin embargo, no les fue asignada tareas y responsables para la vigencia 2019, por lo

tanto, esta oficina recomienda revisar de nuevo el acta y evaluar la necesidad de establecer y ejecutar las actividades que no quedaron con tareas, responsables y fechas.

	REVISIÓN REALIZADA	TAREA	RESPONSABLE	FECHA	RECURSOS
7. Desempeño del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	<b>7.3 Seguimiento al cumplimiento del Plan de Trabajo Anual</b> De acuerdo a lo establecido se cumplió al 100%, el plan anual de trabajo de Seguridad y Salud en el trabajo. Se destacan actividades como: conformación y capacitación del COPASST, visitas domiciliarias teletrabajo, pausas activas, conformación y capacitación de brigadistas.				
	<b>7.4 Resultado satisfacción de necesidades en SST</b> En el 2018 no se midió la satisfacción de las necesidades.				
	<b>7.5 Resultado de indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo</b> Dentro del plan de mejoramiento del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, se planea iniciar la medición de indicadores en el año 2019.				
	<b>7.5.1 Reporte e investigación de los incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales</b> Para la vigencia 2018, se reportaron a ARL POSITIVA: 2 Accidentes Laborales				
	<b>7.5.2 Ausentismo laboral por causas asociadas con Seguridad y Salud en el Trabajo</b> Para la vigencia 2018, no se reportaron ausentismos laborales, por causas asociadas con el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.				
	<b>7.6 Rendición de cuentas en Seguridad y Salud en el Trabajo</b> La rendición de cuentas se realizó en el mes de Diciembre de 2018, con una presentación a la Alta Dirección donde se evidenció el cumplimiento del Plan Anual de Trabajo y demás acciones de mejora que se adelantaron, gracias a la asesoría de la Profesional especialista con licencia vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo.				
	<b>7.7 Promoción de la participación de los trabajadores</b> Se informa a la Alta Dirección que durante estas primeras fases de implementación se ha promovido la participación de los funcionarios en los comités y en las actividades planeadas desde bienestar y capacitación. • Copasst • Comité de Convivencia laboral • Brigada • Inducción y reinducción • Semana de estilos de vida saludable				
	<b>7.8 Resultados de inspecciones</b> Se realizaron 0 visitas domiciliarias dentro del Proyecto Piloto Gratuito de Teletrabajo, de las cuales se obtuvo, la aprobación de 3 puestos de trabajo TELETRABAJABLES.				
	<b>7.9 Vigilancia de las condiciones de salud de los trabajadores</b> En el mes de Noviembre de 2018 se realizaron los exámenes periódicos ocupacionales y encuestas de riesgo psicosocial, el resultado de los mismos será el insumo para diseñar los programas de vigilancia epidemiológica en la vigencia 2019.				
	<b>7.10 Pérdidas como daños a la propiedad, máquinas y equipos entre otros, relacionados con Seguridad y Salud en el Trabajo</b> A la fecha no tenemos reportada novedad administrativa relacionada con el aspecto indagado.				

Fuente: Información Suministrada OAPS

## V. GESTION DOCUMENTAL

La parte de gestión documental del proceso de mejoramiento continuo, se evaluó a partir de los documentos remitidos para la auditoria del proceso de Planeación y dado que la información ya está contenida en este no se relaciona nuevamente en el presente informe.

## VI. SEGUIMIENTO ACCIONES FURAG

Teniendo en cuenta el resultado del FURAG, y las recomendaciones emitidas en el mismo, la oficina de control interno procedió a realizar seguimiento a la implementación de las acciones, a fin de mejorar el puntaje para la siguiente vigencia. Por lo tanto, mediante correo electrónico el 4 de junio del año en curso, se solicitó el diligenciamiento del siguiente cuadro el cual fue respondido por el mismo medio el día 18 de junio, con la siguiente información:

RECOMENDACIÓN	Cumple En Vigencia 2020 SI/NO	Evidencia
Se tienen en cuenta sugerencias, expectativas, quejas, peticiones, reclamos o denuncias por parte de la ciudadanía para llevar a cabo mejoras a los procesos y procedimientos de la entidad.	Fecha máxima de cumplimiento del plan de acción para la vigencia 2020: 30 de noviembre	<p><b>Vigencia 2020:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualizar la documentación asociada con las PQRSD (Proceso Gestión de Grupos de Interés).</li> <li>- Actualizar los indicadores asociados a PQRSD</li> </ul> <p><b>Vigencia 2021:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medir los indicadores asociados a las PQRSD,</li> <li>- Analizar los resultados obtenidos e identificar las mejoras a los procesos y procedimientos de la entidad.</li> </ul>
Se efectúa análisis de costo-beneficio de los procesos para llevar a cabo mejoras a los procesos y procedimientos de la entidad.	Fecha máxima de cumplimiento del plan de acción para la vigencia 2020: 30 de noviembre	<p><b>Vigencia 2020:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir la metodología para efectuar el análisis costo beneficio de los procesos - Divulgar y aplicar la metodología.</li> </ul> <p><b>Vigencia 2021:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analizar los resultados e identificar mejoras a los procesos y procedimientos.</li> </ul>
Se Realiza seguimiento a los indicadores de gestión y utilizar los resultados para llevar a cabo mejoras a los procesos y procedimientos de la entidad.	Fecha máxima de cumplimiento del plan de acción para la vigencia 2020: 30 de noviembre	<p><b>Vigencia 2020:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analizar las mejoras a los procesos y procedimientos según el nuevo mapa de procesos y definir plan de trabajo para actualizar los indicadores de gestión.</li> <li>- Ejecutar el plan de trabajo para actualización de indicadores.</li> <li>- Hacer seguimiento a los indicadores.</li> </ul> <p><b>Vigencia 2021:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analizar los resultados, identificando las mejoras a los procesos y procedimientos de la entidad.</li> </ul>
Se Realiza seguimiento a través de indicadores sobre uso y apropiación de TI en la entidad, para optimizar su implementación y el resultado de la misma en la entidad.	No corresponde a Mejoramiento Continuo	N.A

Se ejecutan acciones de mejora a partir de los resultados obtenidos a través de los indicadores de uso y apropiación.	No corresponde a Mejoramiento Continuo	N.A
Se diseñan los indicadores para medir las características y preferencias de los ciudadanos como indicador de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la	No corresponde a Mejoramiento Continuo	N.A
<b>RECOMENDACIÓN</b>	<b>Cumple En Vigencia 2020 SI/NO</b>	<b>Evidencia</b>
política de servicio al ciudadano de la entidad.		

## VII. OBSERVACIONES

### Observación # 1. Matriz de Indicadores.

**Criterio:** Caracterización del proceso de mejoramiento continuo

**Condición:** Inconsistencia en la Recopilación y análisis de datos e indicadores para evaluar y autoevaluar el Sistema de Gestión Integral y la Gestión de Riesgos e identificar dónde pueden realizarse mejoras.

**Causa:** Posible falta de unificación de información.

**Descripción del Riesgo:** Posible incumplimiento de lo establecido en la caracterización del proceso.

#### Observaciones:

Los siguientes indicadores de acuerdo al aplicativo de solución no se encuentran dentro de los indicadores de eficacia, sin embargo, en el archivo Anexo 4.3 Matriz de seguimiento de indicadores 2019, aparecen registrados como indicadores de eficiencia, lo que genera inconsistencia en la información

**Cumplimiento Del Plan De Acción Anual**

<b>Cumplimiento Del Programa De Ahorro Y Uso Eficiente De La Energía</b>
<b>Cumplimiento Del Programa De Ahorro Y Uso Eficiente Del Agua</b>
<b>Porcentaje Cierre De No Conformidades</b>
<b>Recursos De Reposición Y De Revocatoria Directa -Dif</b>

Fuente: Información Suministrada OAPS – ISOLUCIÓN

No se registran los siguientes indicadores dentro del aplicativo Isolución, teniendo en cuenta que actualmente el proceso está siendo sistematizado es importante que se unifiquen criterios e información.

<b>Cooperativas Que Disminuyen El Nivel De Riesgo Por Seguimiento Extrasitu</b>
<b>Efectividad De Las Organizaciones De La Forma Asociativa</b>
<b>Organizaciones En Toma De Posesión Para Administrar Devueltas</b>
<b>Seguimiento A Las Quejas Reiteradas Sobre Las Irregularidades Cometidas Al Interior De Las Organizaciones Supervisadas</b>
<b>Actualización Manual Del Procedimiento Administrativo Sancionatorio</b>
<b>Seguimiento A Los Instrumentos De Salvamento</b>
<b>Entidades Autorizadas Oportunamente Para La Presentación De Estados Financieros A La Asamblea</b>

Fuente: Información Suministrada OAPS - ISOLUCION

### Respuesta Mejoramiento Continuo:

- Respecto a los cinco (5) indicadores que se encuentran registrados como de eficiencia en la Matriz de seguimiento de indicadores 2019, pero que corresponden a indicadores de eficacia, nos permitimos aclarar que se trató de un error involuntario en el documento Excel, el cual fue corregido (ver adjunto).*
- Tres de los siete indicadores que se indica que no se aparecen registrados en ISOLución; tal como se puede evidenciar en las imágenes anexas, si se encuentran en el aplicativo:*
  - Cooperativas Que Disminuyen El Nivel De Riesgo Por Seguimiento Extrasitu:*

Núm	Indicador	Actualizado	Familia
132	Cooperativas que Disminuyen el Nivel de Riesgo por Seguimiento Extra Situ	 Anual	Efectividad

Link

<http://181.48.249.36/Isolucion4/Medicion/frmIndicadoresBase.aspx?CodIndicador=MTMy>

- Organizaciones En Toma De Posesión Para Administrar Devueltas:

Núm	Indicador	Actualizado	Familia
161	Organizaciones de Toma de Posesión Para Administrar Devueltas	 Anual	Efectividad

Link

<http://181.48.249.36/Isolucion4/Medicion/frmIndicadoresBase.aspx?CodIndicador=MTYx>

- Entidades Autorizadas Oportunamente Para La Presentación De Estados Financieros A La Asamblea:

Núm	Indicador	Actualizado	Familia
134	Entidades Autorizadas Oportunamente Para la Presentación de Estados Financieros a las Asambleas	 Anual	Eficiencia

Link

<http://181.48.249.36/Isolucion4/Medicion/frmIndicadoresBase.aspx?CodIndicador=MTM0>

- c. Los otros cuatro indicadores no se encuentran activos en ISolución por solicitud de los líderes de proceso, según se explica a continuación:

- Efectividad de las Organizaciones de la forma Asociativa: Se inactivó el 20 de abril por solicitud del proceso
- Seguimiento a las quejas reiteradas sobre las irregularidades cometidas al interior de las organizaciones supervisadas: se inactiva el 30 de abril debido a que hacia parte de la Política de Prevención del daño Antijurídico del año 2019. Para la vigencia 2020 se actualizó la política y los indicadores asociados.
- Actualización manual del procedimiento administrativo sancionatorio: se inactiva el 30 de abril debido a que hacia parte de la Política de Prevención del daño Antijurídico del año 2019. Para la vigencia 2020 se actualizó la política y los indicadores asociados.

- *Seguimiento a los instrumentos de salvamento: se inactiva el 30 de abril debido a que hacía parte de la Política de Prevención del daño Antijurídico del año 2019. Para la vigencia 2020 se actualizó la política y los indicadores asociados.*

### **Respuesta OCI:**

Teniendo en cuenta la respuesta, se acepta la respuesta frente a los indicadores que no se encuentran activos, sin embargo, se debe realizar los respectivos ajustes en el aplicativo para que aparezcan como inactivos y se ingresen los indicadores que hacen falta. Por lo tanto, se reitera la observación frente a los ajustes y unificación de información.

### **Observación # 2. Seguimiento no conformidades Auditoria Externa de Calidad**

**Criterio:** \* Plan de acciones para solucionar NC. \*  
Seguimiento a NC asociadas.

**Condición:** Falta de Seguimiento a NC asociadas.

**Causa:** Debilidad en los controles de seguimiento a las no conformidades.

**Descripción del Riesgo:** Posible incumplimiento de lo establecido en la caracterización del proceso.

### **Observaciones:**

Se procede a revisar el avance registrado en el aplicativo solución en el link: <http://181.48.249.36/Isolucion4/Mejoramiento/frmFiltroAccion.aspx?TipoAccion=Mg==&Auditoria=MQ==> y se observa acciones que tienen más de un año de creadas y presenta un avance menor o igual al 50%.

Por lo anterior, es importante es generar un control para que las actividades propuestas se cumplan y ejecuten y de esta manera cumplir con el objetivo del proceso "(...) *Realizar mejoras y ajustes a los procesos y procedimientos de la entidad (...)*".

### **Respuesta Mejoramiento Continuo:**

No se comparte la observación relacionada con el seguimiento a no conformidades de auditoría externa de calidad de acuerdo con las siguientes consideraciones:

- a. Las acciones a las que hace referencia la observación no contemplan más de un año de creación, dado que la auditoría externa se realizó en los días 12, 13 y 14 de agosto de 2019, una vez recibido el informe de auditoría por parte del ente certificador, se procedió a su registro en ISolución; creación que data del 9 de septiembre de 2019, razón por la cual, para la fecha de realización de la auditoría de Control Interno, dichas acciones han sido gestionadas durante 8 meses.

Recibidos (5) - atores@supers... x

Isolución - Hallazgos de Auditor... x

Isolución - No Conformidad #45... x

Isolución - No Conformidad #46... x

No seguro | 181.48.249.36/Isolucion4/Mejoramiento/frmFiltroAccion.aspx?TipoAccion=Mg=&Auditoria=MQ=... ☆

Número de Acción

Porcentaje de acciones correctivas cerradas 95 %

Porcentaje de acciones eficaces sobre las cerradas 86 %

Filtrar por palabra

Número de resultado(s): (23)      Página 1 de 1

Núm.	Tipo	Estado	Descripción	Reporta	Responsable	Proceso	Fecha de Creación	Fecha de Cierre	Es Observación	Requisitos Producto	Acción Eficaz	Acción Correctiva	% Avance Plan de Acciones	% Avance Tratamientos	% Total de Avance
494	No Conformidad	Abierta	No se evidencia en la información documentada del proceso de auditoría interna, que en la elaboración del programa de auditoría se haya tenido en consideración la importancia de los procesos involucrados y los cambios que afectan a la organización.	Samanta Chaquea Garzon	Ligia del Carmen Galvis Amaya	MEJORAMIENTO CONTINUO	09/sep./2019		NO	PE	SI	50%	100%	75%	
493	No Conformidad	Abierta	La organización no determina apropiadamente los aspectos ambientales en los que puede influir ni lo asociados a los desarrollos nuevos o planificados o las actividades nuevas o modificadas.	Samanta Chaquea Garzon	Ligia del Carmen Galvis Amaya	MEJORAMIENTO CONTINUO	09/sep./2019		NO	PE	SI	50%	100%	75%	
492	No Conformidad	Abierta	La organización no determina las oportunidades, que son necesario abordar para aumentar los efectos deseables y lograr los resultados previstos.	Samanta Chaquea Garzon	Ligia del Carmen Galvis Amaya	MEJORAMIENTO CONTINUO	09/sep./2019		NO	PE	SI	0%	0%	0%	
491	No.	Abierta	En el SGC y SGA de la organización, no se pudo evidenciar que se haya determinado los requisitos	Samanta Chaquea	Martha Nohemy	PLANIFICACIÓN	09/sep./2019		NO	PE	SI	50%	0%	25%	

Escribe aquí para buscar

13:04 22/06/2020

- b. El apartado del objetivo del proceso relacionado en la observación, no corresponde con el objetivo real del proceso de Mejoramiento continuo; el objetivo definido en la caracterización para el proceso en mención, se encuentra definido como “Mantener el Sistema Integrado de Gestión, fomentando la cultura en el recurso humano hacia el mejoramiento continuo de la entidad, mediante el apoyo, asesoría, acompañamiento en la apropiación de diferentes sistemas de gestión, planes y estrategias del Gobierno Nacional, realizando el seguimiento a los mismos, y con ello impactar positivamente a nuestros grupos de interés” En ningún componente del objetivo se detalla el texto relacionado “(...) Realizar mejoras y ajustes a los procesos y procedimientos de la entidad (...)”.

La anterior información puede constatarse en el siguiente link  
<http://181.48.249.36/Isolucion4/Administracion/frmFrameSet.aspx?Ruta=Li4vRnJhbWVTZXRlc3R5Y3Vsby5hc3A/UGFnaW5hPUJhbmNvQ29ub2NpbWllbnRvU3VwZXJzb2xpZGFyaWEvMi8yQzNERUE5Ny1DQzBGLTRFMDEtODk1OS04MEYzQU RBNUU2QzkvMkMzREVBOtctQ0MwRi00RTAxLTg5NTktODBGMOFEQTVFNkM5LmFzcCZJREFSVEIDVUxPPTIyODg=>

c. Las tres (3) no conformidades impuestas al proceso de Mejoramiento continuo como resultado de la auditoria externa realizada en agosto de 2019 corresponden a las 492, 493 y 494 del consecutivo manejado en ISOLución, para las que nos permitimos precisar:

- **NC 492:** presenta un 0% de porcentaje de avance en el cierre de actividades propuestas, sin embargo, en todas las acciones del plan de acción, se permite evidenciar el seguimiento realizado por el responsable, por lo cual se solicita consultar el siguiente link:

<http://181.48.249.36/Isolucion4/Mejoramiento/frmAccion.aspx?IdAccion=Nzc3&Consecutivo=NDky&TipoAccion=Tm8gQ29uZm9ybWlkYWQ=>

- **NC 493:** presenta un 75% de porcentaje de avance en el cierre de actividades propuestas, así mismo en el link

<http://181.48.249.36/Isolucion4/Mejoramiento/frmAccion.aspx?IdAccion=Nzc4&Consecutivo=NDkz&TipoAccion=Tm8gQ29uZm9ybWlkYWQ=> se puede consultar que las actividades que aún no han sido cerradas, sí registran el respectivo seguimiento por parte del responsable.

- **NC 494:** presenta un 75% de porcentaje de avance en el cierre de actividades propuestas; así mismo, en el link

<http://181.48.249.36/Isolucion4/Mejoramiento/frmAccion.aspx?IdAccion=Nzc5&Consecutivo=NDk0&TipoAccion=Tm8gQ29uZm9ybWlkYWQ=> se puede consultar que las actividades que aún no han sido cerradas, sí registran el respectivo seguimiento por parte del responsable.

d. Por último, es necesario precisar que las dos (2) no conformidades restantes de la auditoria externa (**490** y **491**) que no fueran impuestas al proceso de Mejoramiento Continuo si no al proceso de Planificación, registran el seguimiento asociado por parte de los responsables, de acuerdo con el procedimiento Acciones correctivas, preventivas y de mejora (R-MECO-005) en sus actividades 11 y 12.

10	DEFINIR LA NOTA DE MEJORA	<p>se documenta como acciones preventivas.</p> <p>Una Nota de Mejora se genera a partir de la necesidad de aumentar la capacidad de cumplir un propósito relacionado con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desempeño de los procesos</li> <li>• Análisis de resultados de encuestas de satisfacción</li> <li>• Oportunidades identificadas</li> <li>• Revisión de los procesos</li> <li>• Aspectos por mejorar identificados en las Auditorías Internas y Externas.</li> </ul> <p>Una vez definida la mejora, se documenta la situación actual y la situación deseable, es decir lo que existe y lo que se quiere llegar a cumplir.</p>	Responsables de procesos o funcionario designado		Campo "situación actual" y "situación deseable" del Módulo "Mejoramiento" del software Isolución
11	REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN LA CORRECCIÓN	<p>Por cada actividad de corrección, se diligencia en ISOlución - campo de "Seguimiento", describiendo las acciones realizadas y los resultados obtenidos una vez finalizada la fecha de compromiso. En caso de que se finalice la fecha de compromiso y no se ha implementado la corrección, se registra la justificación y la nueva fecha de compromiso.</p>	Responsables de procesos o funcionario designado	Evidencias objetivas de la realización de la actividad: actas, formatos diligenciados, correos electrónicos, listados de asistencia, etc.	Campo Corrección - Seguimiento, del Módulo de Mejoramiento, del software Isolución.
12	REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA	<p>Por cada acción correctiva, preventiva y de mejora, se diligencia en ISOlución - campo de "Seguimiento", describiendo las acciones realizadas y los resultados obtenidos una vez finalizada la fecha de compromiso. En caso de que se finalice la fecha de compromiso y no se ha implementado las acciones, se registra la justificación y la nueva fecha de compromiso.</p>	Responsables de procesos o funcionario designado	Evidencia de la ejecución de las acciones	Campo "Plan de Acciones" - "Seguimiento", del Módulo de Mejoramiento, del software Isolución
13	EVALUAR LA EFICACIA DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	<p>Evaluar la eficacia de las acciones correctivas y preventivas de acuerdo a sus evidencias, frente a su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad en eliminar las causas y evitar que la no conformidad real se vuelva a presentar y la no conformidad potencial no se presente.</p>	Auditor interno o Responsables de procesos o funcionario asignado		Campo "Eficacia", del Módulo de Mejoramiento, del software Isolución

El procedimiento puede ser consultado en el siguiente link  
<http://181.48.249.36/Isolucion4/Administracion/frmFrameSet.aspx?Ruta=Li4vRnJhbWVTZXRBcnRpY3Vsby5hc3A/UGFnaW5hPUJhbmNvQ29ub2NpbWllbnRvU3VwZXJzb2xpZGFyaWEvMi8yQzNERUE5Ny1DQzBGLTRFMDEtODk1OS04MEYzQU RBNUU2QzkvMkMzREVBOtctQ0MwRi00RTAxLTg5NTktODBGMOFEQTVFNkM5LmFzcCZJREFSVEIDVUxPPTIyODQ=>

### Respuesta OCI:

Se acepta parcialmente la respuesta, puesto que el seguimiento a las acciones de la auditoria externa 2018, aún se encuentran abiertas, tal como se muestran en el siguiente link y sobre el cual se estableció la observación:  
<http://181.48.249.36/Isolucion4/Mejoramiento/frmFiltroAccion.aspx?TipoAccion=Mg==&Auditoria=MQ==>.

No. Conformidad	Estado	Descripción	Responsable	Funcionario	Área	Fecha	Indicador	Valor	Indicador	Valor	Indicador	Valor	
483	No Conformidad	Abierta	proceso de Control Interno ya que únicamente se evalúa cumplimiento. La Entidad no se asegura el Seguimiento, medición, análisis y evaluación, de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. La organización no analiza y evalúa los datos que surgen por el seguimiento y la medición con el fin de evaluar la eficacia de acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades como es el caso del riesgo relacionado con la conformación de expedientes al cual se le asignó un indicador o estadísticas de expedientes conformados, pero a la fecha no se cuenta con estadísticas de conformación de expedientes.	Samantha Chaquea Garzon	Diana Carolina Sanchez Sepulveda	GESTIÓN DOCUMENTAL	08/ene/2019	NO	SI	SI	100%	100%	100%
482	No Conformidad	Abierta	No se asegura que los Riesgos y Oportunidades para los procesos y el SGI se estén identificando y gestionando de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. El riesgo "Fallo ejecutorial (En firme) en contra de la Superintendencia de la Economía Solidaria expedido por las jurisdicciones que integran la rama judicial del poder público" se encuentra establecido dentro de la matriz F-MECCO-019 V2 16-11-2018, de acuerdo a los parámetros establecidos en esta matriz no se ha establecido el Plan de Tratamiento ni el Plan de Contingencia del riesgo relacionado.	Samantha Chaquea Garzon	Juan Carlos Lopez Gomez	GESTIÓN JURIDICA	08/ene/2019	NO	FE	SI	0%	-	0%
481	No Conformidad	Abierta	No se asegura que los Riesgos y Oportunidades para los procesos y el SGI se estén identificando y gestionando de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. Dentro de la matriz no se identifican controles asociados a la carga laboral del personal.	Samantha Chaquea Garzon	Mabel Arshid Narea Yepes	CONTROL INTERNO	08/ene/2019	NO	FE	SI	50%	0%	25%
480	No Conformidad	Abierta	No se asegura que los Riesgos y Oportunidades para los procesos y el SGI se estén identificando y gestionando de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. Se verifica que no hay riesgos asociados a la Actividad de Proyecto de Presupuesto.	Samantha Chaquea Garzon	Martha Luz Camargo de la Hoz	RECURSOS FINANCIEROS	08/ene/2019	NO	FE	SI	0%	100%	50%
479	No Conformidad	Abierta	No se asegura el control de los proveedores.	Ronald Santamaría Gaoana	Martha Luz Camargo de la Hoz	CONTRATACIÓN	08/ene/2019	NO	FE	SI	0%	-	0%
477	No Conformidad	Abierta	La organización no establece criterios para la reevaluación de proveedores externos, y aunque las evaluaciones se realizan periódicamente, al presentar cada facturación, no existe información documentada de las acciones derivadas de las evaluaciones.	Ronald Santamaría Gaoana	Mabel Arshid Narea Yepes	CONTROL INTERNO	08/ene/2019	NO	FE	SI	80%	-	80%
474	No Conformidad	Abierta	La organización no determina los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de prevenir o reducir efectos no deseados como es el caso del riesgo asociado a pérdida de historial laboral y que incluye un control de mantener los expedientes bajo llave, existen expedientes en caja que no se encuentran bajo llave, además durante el desarrollo de la auditoría se identificaron riesgos que no están planteados dentro de la matriz de riesgos consolidada como es el caso de cambios en legislación y dilacones por temas de modificación en creación y/o modificación en cambios internos como es el caso del comité de capacitaciones.	Ronald Santamaría Gaoana	Martha Luz Camargo de la Hoz	TALENTO HUMANO	08/ene/2019	NO	FE	SI	0%	50%	25%
473	No Conformidad	Abierta	No conformidad: No se asegura que los riesgos y oportunidades para los procesos y el SGI se estén identificando y gestionando de acuerdo a lo definido por la organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. Al realizar la planificación del Sistema de Gestión de Calidad, la organización no asegura que el sistema pueda lograr sus resultados previstos, ni prevenir o reducir los efectos no deseados teniendo en cuenta que no todas las causas identificadas tienen un control asociado como es el caso de las fallas en el plataforma. De otra parte, no se aumentan los efectos deseados dado que no se identifican oportunidades. Referencia: ISO 9001:2015 establece en el requisito 6.1 lo siguiente: "determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de: a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr los resultados previstos; b) aumentar los efectos deseados; c) prevenir a	Ronald Santamaría Gaoana	Trinidad Victoria Palacios Perera	GESTIÓN DE COMUNICACIONES	08/ene/2019	NO	FE	SI	0%	-	0%

Fuente: Información Suministrada OAPS – ISOLUCION

### Observación # 3. Acta de Revisión por la Gerencia

**Criterio:** Caracterización del proceso de mejoramiento continuo

**Condición:** Debilidades en la elaboración de Acta Revisión Gerencial (Incluye decisiones relacionadas con mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión Integral y del Modelo Estándar de Control Interno, la mejora de productos y/o servicios y la asignación de recursos)

**Causa:** Posible falta de revisión final del documento.

**Descripción del Riesgo:** Posible incumplimiento de lo establecido en la caracterización del proceso.

#### Observaciones:

Como resultado de la revisión del acta de revisión gerencial la cual se llevó a cabo el 8 de mayo de 2019, se evidenció que existen puntos revisados que no se habían ejecutado y, sin embargo, no les fue asignada tareas y responsables para la vigencia 2019, por lo tanto, esta oficina recomienda revisar de nuevo el acta y evaluar la necesidad de establecer y ejecutar las actividades que no quedaron con tareas, responsables y fechas para la vigencia 2019.

### Respuesta Mejoramiento Continuo:

Se acepta la observación.

### VIII. RESUMEN DE OBSERVACIONES

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Matriz de Indicadores.	NO
2	Seguimiento no conformidades Auditoria Externa de Calidad	NO
3	Acta de Revisión por la Gerencia	NO

Es importante señalar, que la oficina de control interno tiene conocimiento de que actualmente la entidad se encuentra en un proceso de Arquitectura Empresarial, y que en la actualidad se viene adelantando una actualización y modificación de los procesos por parte de la Oficina de Planeación y Sistemas, por lo tanto, se recomienda tener en cuenta los anteriores aspectos.

Se recomienda tener en cuenta las observaciones incluidas en el presente informe con el objeto de que se establezca el plan de mejoramiento correspondiente, y así mismo se solicita dar respuesta al presente memorando por este mismo medio y sobre este mismo expediente a más tardar en cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de recibido.

Las observaciones comunicadas se deberán incluir en el plan de mejoramiento a suscribir, contemplando acciones preventivas y/o correctivas para el caso mencionado de forma tal que se subsane la observación presentada, para la presentación del Plan de Mejoramiento se deberá utilizar el formato F-COIN-016 Seguimiento Cumplimiento Planes de mejoramiento (el cual se anexa al presente informe)

Lo anterior con el fin de que se fortalezcan las debilidades evidenciadas y así mismo se asegure el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas en los planes fijados por la Superintendencia.

Cordialmente,

**ORIGINAL FIRMADO**  
**MABEL ASTRID NEIRA YEPES**

Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Martha Rocio Yanquen Parra