

 <b>Supersolidaria</b> <small>Superintendencia de la Economía Solidaria</small>	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b>	30	<b>Mes:</b>	06	<b>Año:</b>	2021
-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

<b>Unidad Auditada:</b>	PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA
<b>Dependencia(s):</b>	PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA
<b>Líder de la Unidad Auditada (Nombre y Cargo)</b>	HILDA CRISTINA ALZATE MARTINEZ Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
<b>Objetivo de la Auditoría:</b>	<p>a. Verificar el cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y normativas aplicables a la gestión documental.</p> <p>b. 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.</p> <p>c. Ejecutar la auditoría de control interno prevista en el programa anual de auditoría al proceso de “Planeación Estratégica”, con un enfoque de cumplimiento que permita verificar la efectividad de los controles diseñados por la administración e identificar los riesgos de errores materiales que afecten el proceso y generar alertas tempranas.</p>
<b>Alcance de la Auditoría:</b>	<p>La auditoría se realizará sobre lo establecido en la caracterización del proceso de planeación y específicamente se revisará:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño y actualización de la planeación estratégica.</li> <li>• Seguimiento a la planeación estratégica.</li> <li>• Así mismo, la auditoría se realizará mediante el análisis de los instrumentos archivísticos y los soportes que evidencien el desarrollo de las actividades propias de la gestión documental al interior de la entidad, por lo cual se tendrá en cuenta lo definido en los procedimientos asociados al proceso de gestión documental, cuyo alcance contemple la organización de los archivos de gestión de la entidad y por ende sean aplicables al proceso de planeación.</li> </ul>
<b>Criterios de la Auditoría:</b>	<p><b>Normas Generales:</b></p> <p>Constitución Política de Colombia, Ley 87 de 1993 y sus decretos reglamentarios, Ley 30 de 1992, Decreto 219 de 2004, Decreto 1083 de 2015, Decreto 943 de 2014, Decreto 648 de 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Constitución Política Art. 39</li> <li>➤ Constitución Política Art. 342</li> <li>➤ Constitución Política Art. 343</li> <li>➤ Ley 152 de 1994</li> </ul>

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

 <b>Supersolidaria</b> <small>Superintendencia de la Economía Solidaria</small>	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ley 87 de 1993</li> <li>➤ Ley 38 de 1989</li> <li>➤ Ley 1151 de 2007</li> <li>➤ Ley 1955 de 2019 - Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.</li> </ul> <p><b>Normas Específicas:</b></p> <p>Plan Nacional de Desarrollo del Período Vigente, Metodología del DNP,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Decreto 689 de 2005</li> <li>➤ Decreto 111 de 1996 –Estatuto Orgánico del Presupuesto Nacional</li> <li>➤ Decreto 2844 de 2010</li> <li>➤ Decreto 019 de 2012</li> <li>➤ Resolución 584 de 2006 del MHCP</li> <li>➤ Resolución 5345 de 1993 del DNP</li> <li>➤ Decreto 1083 de 2015</li> <li>➤ Decreto 1499 de 2017</li> <li>➤ Decreto 612 de 2018</li> <li>➤ Resolución 231 de 2006</li> <li>➤ Resolución 10215 de 2014</li> <li>➤ Resolución 2014121001125</li> <li>➤ Resolución 7385 de 2013</li> <li>➤ Resolución 2015121001175</li> <li>➤ Resolución 2018121005965</li> <li>➤ Resolución 2016110002405</li> <li>➤ Resolución 2018140002425</li> <li>➤ Resolución 2017100007035</li> <li>➤ Resolución 2018410005975</li> <li>➤ Resolución 2019121001465</li> <li>➤ Resolución 2019121003135- Marco Estratégico Institucional 2019-2022</li> <li>➤ Resolución 2019410004525 DE 6 de septiembre de 2019</li> </ul>
--	--

Reunión de Apertura			Ejecución de la Auditoría								Reunión de Cierre		
Día	Mes	Año	Desde	Día	Mes	Año	Hasta	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
N.A	N.A	N.A		01	06	2021		30	06	2021	N.A.	N.A.	N.A.

<b>Jefe oficina de Control Interno</b>	<b>Auditor</b>
Mabel Astrid Neira Yepes	Martha Rocio Yanquen Parra

## I. DECLARACION

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

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

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

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

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

## II. COMPROMISO DEL AUDITADO

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

## III. NOTA DE SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:

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

## IV. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la auditoría efectuada al proceso Planeación Estratégica y teniendo en cuenta el objetivo y alcance mencionados anteriormente, los cuales fueron presentados a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas a través del memorando 20211300008283 del 15 de abril de 2021, se desarrollaron las siguientes actividades:

- a) Entendimiento del proceso: Se procedió a revisar los documentos que se encuentran en el aplicativo ISOLUCIÓN y a solicitar los soportes allí señalados.
- b) Diseño del plan de auditoría: Se estableció la programación del plan de trabajo para el desarrollo de la auditoría, de modo que permitiera lograr el objetivo propuesto.
- c) Reunión de apertura: Teniendo en cuenta la situación de emergencia sanitaria del país (COVID 19) que tuvo efectos en el normal desarrollo de las actividades en la entidad, la apertura de la

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

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

auditoría se realizó a través del memorando 20211300008283 del 15 de abril de 2021 donde se describió la metodología a utilizar para esta actividad.

- d) Obtención y análisis de la información: Fue solicitada la información suficiente, relacionada con el universo de documentos relacionados en la caracterización del proceso.
- e) Ejecución de pruebas: Se realizó la verificación sobre el cumplimiento de los requisitos normativos internos y externos, sobre el desarrollo del proceso Planeación Estratégica.
- f) Definición de observaciones y recomendaciones: Surgieron producto de la comparación entre el estado correcto del requisito (criterio) y el estado actual, socializando cada uno de ellos con el líder del proceso y personal a cargo de la gestión.

**RIESGOS EVALUADOS (Riesgos evaluados en el proceso de auditoría)**

El proceso de planeación estratégica tiene establecido los siguientes riesgos:

N.º De riesgo	ID Riesgo	Descripción del Riesgo	Proceso	Causa origen del riesgo	Riesgo inherente			
					Probabilidad	Impacto	Producto	Nivel de riesgo Inherent
2	PLES-1	Inadecuado direccionamiento estratégico de la entidad	PLES - Planificación Estratégica	Inadecuado establecimiento de contexto	3	4	12	Extremo
3	PLES-2	Ineficiente formulación de los planes, programas y proyectos institucionales	PLES - Planificación Estratégica	Deficiente planeación	3	4	12	Extremo
4	PLES-3	Inadecuado seguimiento a la gestión institucional	PLES - Planificación Estratégica	Falta de personal competente y motivado	3	3	9	Alto

Fuente: Matriz de Riesgos Institucionales SES.

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

 <b>Supersolidaria</b> <small>Superintendencia de la Economía Solidaria</small>	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

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

### 1. Descripción del proceso

El proceso de Planeación Estratégica, tiene como objetivo establecer el direccionamiento estratégico de la entidad a través de la definición de políticas, planes, proyectos y hacer seguimiento a su implementación para garantizar el logro de los objetivos y el fortalecimiento de la gestión institucional.

Para el cumplimiento de lo anterior, inicia con la adopción de lineamientos aplicables a la entidad y al sector solidario y, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, continúa con la alineación al Sistema Integrado de Gestión, la formulación de planes y proyectos institucionales, la programación de recursos, finaliza con el seguimiento a la gestión para la toma de decisiones y la generación de valor público.

### 2. Detalle de las validaciones realizadas.

#### 2.1. Verificación proceso

Se procedió a revisar la información solicitada mediante el memorando 20211300008283 del 15 de abril de 2021.

#### A. PLANEAR.

En este punto se observó dentro de la caracterización del proceso que se tiene planteado la formulación del Plan de Acción Anual del Proceso. En este punto, se evidenció el procedimiento PR-PLES-015 FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DEL PROCESO, sin embargo, dentro de los documentos allegados, no se observó el Plan de Acción Anual del Proceso de Planeación Estratégica, es importante señalar, que el procedimiento anteriormente mencionado fue aprobado en abril de 2021.

Sin embargo, mediante correo electrónico el 17 de junio de 2021, se solicitó información al respecto, a lo cual la respuesta dada es: “(...) *Plan de Acción Anual del proceso vigencia 2021* <http://181.48.249.36/Isolucion4/BancoConocimientoSupersolidaria/6/6b49572c8cf546daa832a60be6459c18/PRPLES015FormulacinseguimientoyevaluacindelPlandeAccindeProceso27042021.pdf> - Favor consultar el literal d punto 5.(...)”, el cual señala: *d. Este procedimiento inicia su socialización e implementación a partir del segundo semestre del 2021, obligatorio a todos los procesos de la Entidad.*

Por lo anterior, esta oficina concluye, que, si bien el procedimiento fue aprobado y debe ser implementado para el segundo semestre, se debe tener por lo menos en el anterior formato o documento que manejaba en el proceso, por lo tanto, se evidencia una posible materialización del riesgo PLES-02- Ineficiente formulación de los planes, programas y proyectos institucionales, puesto

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

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

que a la fecha del presente informe no se encuentra definido el documento de Plan de Acción Anual del proceso.

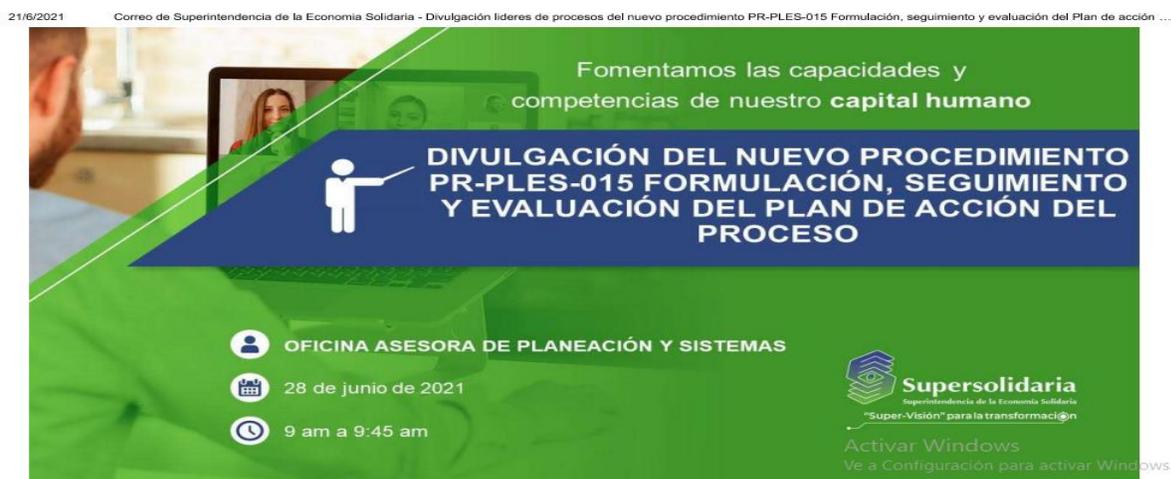
Teniendo en cuenta lo anterior, esta oficina recomienda, mantener la documentación anterior hasta que no se encuentre aprobada, socializada e implementada los nuevos formatos y procedimientos aplicables al proceso.

### Respuesta OAPS

En el rediseño del mapa de procesos y su documentación se analizó la necesidad institucional de incluir un nuevo documento denominado PR-PLES-015 FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DEL PROCESO; anteriormente no se contaba con documentación que permitiera aplicar esta buena práctica, por lo tanto, primero, la posible materialización del riesgo PLES-02 no se puede prever al no existir evidencia de haber sido aplicado con anterioridad.

Segundo, el plan de Acción Anual del proceso se inicia en su socialización e implementación a partir del segundo semestre de 2021, como lo indica el *literal d punto 5 del procedimiento: (...) Este procedimiento inicia su socialización e implementación a partir del segundo semestre del 2021, obligatorio a todos los procesos de la Entidad.*

Siendo, así las cosas, la Oficina Asesora de Planeación en cumplimiento del literal d, punto 5 del procedimiento, inicia su socialización el 28 de junio, como lo muestra la siguiente imagen, con el objeto de brindar a todos los líderes de proceso y sus equipos un nuevo instrumento de trabajo interno estandarizado y de autocontrol, además concientizar de sus beneficios y hacerlo parte de sus actividades diarias.



Continuaremos con la socialización y acompañamiento para cada uno de los 15 procesos, a través de mesas de trabajo.

Por lo enunciado, solicitamos a la OCI validar y ajustar la observación de auditoría.

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

 <b>Supersolidaria</b> <small>Superintendencia de la Economía Solidaria</small>	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

## Conclusión OCI

Se acepta la respuesta y se retira la observación.

### B. HACER

Dentro de este punto del ciclo, el proceso desarrolla los siguientes aspectos:

Documento		Existe	Observación OCI
2	Programa o lineamientos gubernamentales o internos adoptado.	SI	Se evidenció Excel en el cual se relacionan las políticas a cumplir y el Informe de seguimiento y evaluación a la política, programa o lineamientos gubernamentales o internos adoptados
3	Informe de seguimiento y evaluación a la política, programa o lineamientos gubernamentales o internos adoptados.	SI	Se evidenció Excel en el cual se relacionan las políticas a cumplir y el Informe de seguimiento y evaluación a la política, programa o lineamientos gubernamentales o internos adoptados
4	Marco Estratégico.	SI	Se evidenció que mediante RESOLUCIÓN 2019121003135 DE 14 de junio de 2019, se adopta el Marco Estratégico Institucional 2019 – 2022 “Super - Visión para la transformación”, de la SES.
5	Plan Estratégico institucional.	SI	Se evidenció en la página de la Supersolidaria, el documento que relaciona 19 metas para el cuatrienio, de igual manera, el seguimiento al cumplimiento del mismo.
6	Plan de acción sectorial para la vigencia.	NO	Se observó el archivo de seguimiento al plan de acción sectorial para la vigencia 2020 y sin embargo se solicitó la información 2021.
7	Plan de acción anual de la vigencia de la Entidad.	SI	Se evidenció el documento de plan de acción 2021

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

 <b>Supersolidaria</b> <small>Superintendencia de la Economía Solidaria</small>	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

Documento		Existe	Observación OCI
8	Lineamientos para la formulación de los planes institucionales.	SI	Se evidenció los procedimientos para la construcción del marco estratégico, el documento de despliegue estratégico, seguimiento y evaluación, el procedimiento de Formulación, gestión, seguimiento y evaluación del PAA, y la integración de planes al PAA

Fuente: Elaboración Propia OCI-SES.

De lo anterior, en el punto 6, se solicita mediante correo electrónico 17 de junio de 2021, allegar la información relacionada con el plan anual sectorial para la vigencia 2021, lo cual fue allegado el mismo día y evidenciando el plan sectorial 2021, publicado en la página web de la Supersolidaria.

### Observado OAPS

Teniendo en cuenta que se atendió oportunamente la solicitud de la OCI (correo del 17 de junio), sugerimos hacer parte del recuadro lo cotejado y observado por la OCI que indica:

*De lo anterior, se solicita mediante correo electrónico 17 de junio de 2021, allegar la información relacionada con el plan anual sectorial para la vigencia 2021, lo cual fue allegado el mismo día y evidenciando el plan sectorial 2021, publicado en la página web de la Supersolidaria (adicionar el Link) <http://www.supersolidaria.gov.co/es/nuestra-entidad/plan-de-desarrollo-administrativo>.*

Por supuesto, respetando el resaltado de color de la auditoría. Nótese que otras observaciones contienen lo informado por el auditado en su momento, de esta manera el lector ubica si se subsanó oportunamente el concepto NO o cualquier otra falencia.

### Conclusión OCI

Se procedió a ajustar la redacción.

Documento		Existe	Observación OCI
9	Anteproyecto de presupuesto - recursos de inversión.	SI	En la página web de la entidad, se observa el documento de justificación del anteproyecto de presupuesto, junto con dos Excel en los cuales se describe el gasto e ingresos del a vigencia 2021
10	Plan Operativo Anual de Inversión para cada vigencia.	SI	Se observó en la página web de la entidad, el documento Proyectos de Inversión 2021, en el cual se desagrega el valor destinado a cada proyecto.

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

Documento		Existe	Observación OCI
11	Plan para la Dirección del Proyecto.	SI	Se observó dentro del drive, la documentación de PMO con un listado de 39 formatos que pretenden ser diligenciados en el desarrollo de un proyecto. Los cuales se encuentran en proceso de aprobación.
12	Información de gestión de las actividades por parte de los gerentes de proyecto.	SI	Se observó el seguimiento a la ejecución de los proyectos de inversión con corte a mayo de 2021
13	Informe mensual de ejecución de proyectos (Financiero, producto y gestión).	SI	Se observó el seguimiento a la ejecución de los proyectos de inversión con corte a mayo de 2021
14	Informe de Seguimiento trimestral.	SI	Se observó el seguimiento realizado mediante la página del DNP
15	Reporte de seguimiento antes de control (SPI-DNP).	SI	Se evidenció en la página web el seguimiento de los proyectos de inversión.
16	Reporte de incidentes.	NO	Se recibió los formatos de la documentación de la PMO, los cuales se encuentran en proceso para aprobación. Según lo informado por la OAPS, se encuentra en proceso de aprobación
17	Acta de entregas de los bienes o servicios.	NO	Se recibió los formatos de la documentación de la PMO, los cuales se encuentran en proceso para aprobación. Según lo informado por la OAPS, se encuentra en proceso de aprobación
18	Acta de cierre de los proyectos.	NO	Se recibió los formatos de la documentación de la PMO, los cuales se encuentran en proceso para aprobación. Según lo informado por la OAPS, se encuentra en proceso de aprobación
19	Informe de lecciones aprendidas.	NO	Se recibió los formatos de la documentación de la PMO, los cuales se encuentran en proceso para aprobación. Según lo informado por la OAPS, se encuentra en proceso de aprobación

**ELABORADO POR**

**Nombre:** Martha Roció Yanquén Parra  
**Cargo:** Profesional Especializado - Oficina de Control Interno

**REVISADO POR**

**Nombre:** Mabel Astrid Neira Yepes  
**Cargo:** Jefe Oficina de Control Interno

**APROBADO POR**

**Nombre:** Mabel Astrid Neira Yepes  
**Cargo:** Jefe Oficina de Control Interno

Documento		Existe	Observación OCI
20	Mapa de procesos actualizado.	SI	Se evidenció tanto en la página web, como en el aplicativo ISOLUCIÓN, el mapa de procesos actualizado.
21	Procesos actualizados.	SI	Se evidenció tanto en la página web, como en el aplicativo ISOLUCIÓN, los procesos actualizados.
22	Tablero de control de indicadores.	SI	Se evidenció Excel en el cual se señalan los indicadores y sus actualizaciones.
23	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo definido.	SI	Se observó el plan de trabajo anual de SST 2021
24	Programas ambientales definidos.	SI	Se observa el programa ambiental 2021
25	Mapa de riesgos institucional.	SI	Se evidenció el mapa de riesgos institucionales V1 - 19/10/2020
26	Mapa de calor.	SI	Se evidenció el mapa de riesgos institucionales V0 - 19/10/2020
27	Portafolio de trámites actualizado.	SI	Se observó acceso a la página de la sede electrónica, sin embargo en la misma no se señala la fecha de la última actualización. De igual manera, se observa un consolidado de tramites en el que se registra los trámites internos y externos.
28	Informe de resultados de plan de trabajo de la estrategia de racionalización de trámites	SI	Se observó dos archivos para la ejecución del plan de trabajo de la racionalización y estrategia de tramites
29	Informes periódicos de gestión de operación de trámites.	SI	Se observó un archivo de Excel en el cual se registra trimestralmente los tramites registrados en SUIT atendidos
30	Autodiagnósticos diligenciados.	SI	Se evidenció el registro de los autodiagnósticos establecidos por el DAFP.
31	Resultados consolidados de los autodiagnósticos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.	SI	Se evidenció el Excel consolidado de los resultados de los autodiagnósticos, junto con el plan de trabajo a realizar.
32	Reporte de Resultados del Índice de Desarrollo Institucional.	SI	Se evidenció las actas en las cuales se presenta al comité directivo y los resultados del índice de desarrollo institucional
33	Plan de acción del modelo integrado de planeación y Gestión.	NO	No Se evidenció el documento del PA-MIPG2021.

**ELABORADO POR**
**Nombre:** Martha Roció Yanquén Parra  
**Cargo:** Profesional Especializado - Oficina de Control Interno

**REVISADO POR**
**Nombre:** Mabel Astrid Neira Yepes  
**Cargo:** Jefe Oficina de Control Interno

**APROBADO POR**
**Nombre:** Mabel Astrid Neira Yepes  
**Cargo:** Jefe Oficina de Control Interno

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

Documento		Existe	Observación OCI
34	Informes de Rendición de Cuentas.	SI	Se evidenció en la página web de la entidad la estrategia y el informe de evaluación de rendición de cuenta 2020.
35	Informe de Evaluación de la Estrategia de Rendición de Cuentas.	SI	Se evidenció en la página web de la entidad la estrategia y el informe de evaluación de rendición de cuenta 2020.

Fuente: Elaboración Propia OCI-SES.

Frente al punto de Gestión de Proyectos, es importante señalar que no se evaluará, toda vez que no se encuentra estructurado totalmente y se encuentra en proceso de elaboración, aprobación y socialización los procedimientos y formatos que conlleva el proceso.

Documento		Existe	Observación OCI
27	Portafolio de trámites actualizado.	SI	Se observó acceso a la página de la sede electrónica, sin embargo en la misma no se señala la fecha de la última actualización. De igual manera, se observa un consolidado de tramites en el que se registra los trámites internos y externos.

Fuente: Elaboración Propia OCI-SES.

Por otro lado, en Gestión de Tramites, se evidenció en la página de la sede electrónica, sin embargo, en la misma no se señala la fecha de la última actualización.

### Observado OAPS

El portafolio de trámites y OPA de la SES se encuentra actualizado en la sede electrónica (catálogo de trámites/entidades vigiladas) de acuerdo a la información que registra en el SUIT y a la actualización de la Circular Básica Jurídica; esta actualización la realizó el ing. Gerardo Matiz y se inició el día 02 de noviembre de 2020. (Se anexa informes).

### Conclusión OCI

Se observó el archivo allegado, sin embargo, la observación va dirigida a que, en la página web de la sede electrónica, es importante señalar la fecha de actualización, a fin de brindar seguridad al ciudadano de que la información que se encuentra en dicha página es la última versión válida. Por lo anterior, se reafirma como una oportunidad de mejora, más no como observación.

33	Plan de acción del modelo integrado de planeación y Gestión.	NO	No Se evidenció el documento del PA-MIPG2021.
----	--	----	---

Fuente: Elaboración Propia OCI-SES.

En cuanto al Plan de Acción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, se solicitó mediante correo electrónico la información correspondiente, a lo que se recibió la siguiente respuesta: "(...) Se encuentra en construcción conjunta con los líderes de políticas, como se dio a conocer hoy en

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

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

*el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, con base en las recomendaciones emitidas por el DAFP, producto de los resultados del FURAG 2020. Este plan debe ser aprobado en un próximo comité (mes-julio 2021) que se programe para tal fin. (...)*

### **Observado OAPS**

Teniendo en cuenta que se atendió oportunamente la solicitud de la OCI (correo del 17 de junio), sugerimos hacer parte del recuadro lo cotejado y observado que indica:

*En cuanto al Plan de Acción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, se solicitó mediante correo electrónico la información correspondiente, a lo que se recibió la siguiente respuesta: “(...) Se encuentra en construcción conjunta con los líderes de políticas, como se dio a conocer hoy en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, con base en las recomendaciones emitidas por el DAFP, producto de los resultados del FURAG 2020. Este plan debe ser aprobado en un próximo comité (mes-julio 2021) que se programe para tal fin. (...)”.*

Se corrige (mes-julio-2021) a (mes-agosto-2021, segunda semana), propuesto por la ingeniera Hilda Cristina en el Comité, para permitir los ejercicios de participación de los líderes de las 18 políticas del MIPG en la construcción del plan.

### **2.2. Gestión Documental. (Carlos Ballesteros)**

Acorde con la información allegada por parte del proceso de Planeación Estratégica, se evidenció lo siguiente:

#### **a. Ítem 36. Tabla de Retención Documental – TRD que emplea para organizar el archivo de gestión**

El proceso allegó las tres (3) versiones de la TRD (versión 2015, 2005 y 2003) de manera completa, es decir, remitió todas las TRD de la Entidad sin indicar cuál de ellas es la empleada para organizar el archivo de gestión. En ese sentido, se sugiere que se indique en documento anexo cuál TRD aplica según la versión, como se ejemplifica:

- TRD versión 2015: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas (1200) páginas: de la 16 a la 24.
- TRD versión 2005: Oficina Asesora de Planeación (1200), páginas: de la 9 a la 11.
- TRD versión 2003: Oficinas de Planeación y Sistemas (4000), páginas: de la 35 a la 36.

De ese modo, es claro cuál TRD se está empleando en la organización del archivo de gestión.

### **Observado OAPS**

Aplican todas las versiones teniendo en cuenta que el archivo del OAPS desde el 2003, 2005, y 2015 hacia atrás se deben registrar en las versiones que se encuentran disponibles en ISolucion. Las

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

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

versiones son vigentes para aplicarlas de acuerdo con la antigüedad del archivo, nunca se han derogado.

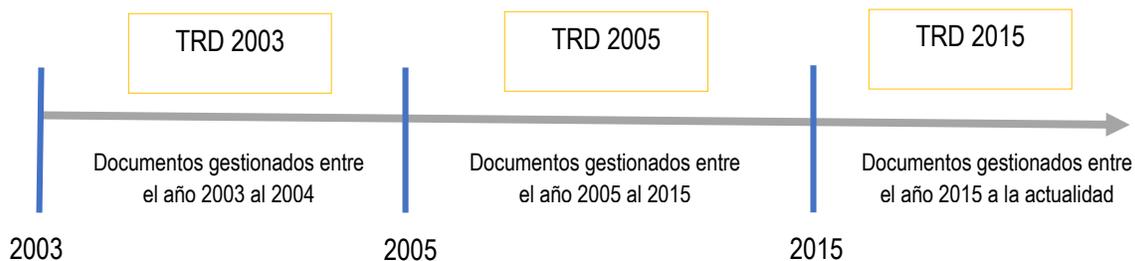
### Respuesta Gestión Documental

Se acepta la respuesta, se da por cumplido y se elimina. Sin embargo, se recomienda tener claro el uso de las versiones de la TRD, dado que se entiende dos situaciones:

- **Situación a:** Si no se menciona ni el área ni el rango de páginas cuando se anexa la TRD de manera completa (como se sugirió en la recomendación inicial), se entiende que el proceso auditado es responsable del empleo en extenso de todas las TRD allí consignadas, es decir, sería competencia del proceso de Planeación Estratégica la aplicación y uso de la TRD del Despacho, Delegaturas, Oficinas y Grupos de trabajo allí consignadas.
- **Situación b:** Si se usan todas las versiones de TRD, eso significa que el proceso auditado tiene documentos en gestión, sin cerrar su trámite, y, por lo tanto, vigentes, desde el año 2003.

De igual manera, a modo de ilustración, se indica que las versiones de la TRD responden a una actualización que la Entidad tuvo en su organización interna de creación, supresión y/o fusión de grupos de trabajo; por ende, afecta directamente la producción, organización, trámite y aplicación de tiempos de retención en el Archivo de Gestión.

Si existen 3 versiones, los marcos de referencia son los siguientes:



### b. Ítem 37. Formato Único de Inventario Documental del Archivo de Gestión diligenciado El proceso remitió dos documentos:

- Un documento en Excel titulado “TRANSFERENCIA 2019.xlsx”, en el cual se encuentra diligenciado los documentos que son objeto de transferencia al Archivo Central.
- Un correo electrónico del 19/04/2021 denominado “Solicitud de Asistencia técnica en el archivo.eml”, donde se refiere lo indicado en el asunto.

Una vez revisado el documento en Excel, se constató que éste no refleja la producción documental actual del proceso, pues el requerimiento es claro al indicar la remisión del

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

 <b>Supersolidaria</b> <small>Superintendencia de la Economía Solidaria</small>	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

Inventario Único de Inventario Documental del Archivo de Gestión previamente diligenciado, esto es, los documentos que actualmente están en gestión en el proceso auditado. En ese sentido, no se da por cumplida el requerimiento de este ítem.

### Observado OAPS

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

Lo anterior se justifica con el correo electrónico del 19/04/2021, “*Solicitud de Asistencia técnica en el archivo.eml*”. Sin embargo, por efecto de la pandemia y algunos casos positivos Covid-19 en la Supersolidaria, fue necesario las restricciones para el desplazamiento e ingreso a la entidad.

### Respuesta Gestión Documental

La justificación que argumenta el proceso auditado es errónea, dado que no se está solicitando soportes de las transferencias realizadas durante la vigencia 2020, sino que es la remisión del Formato Único de Inventario Documental diligenciado con los documentos pertenecientes al Archivo de Gestión, es decir, los documentos que actualmente están en trámite, aún no se ha cerrado su gestión, independientemente del soporte documental en donde los mismos se encuentren.

En ese sentido, la observación se mantiene y se recomienda al proceso solicitar Asistencia Técnica para el diligenciamiento de este formato para documentos diferentes al soporte papel, como los documentos que se encuentran en formato electrónico y que están en trámite.

**c. Ítem 38. Hojas de control diligenciadas correspondientes a expedientes de series complejas que se conforman en la dependencia.**

El proceso auditado indicó que, por no manejar series complejas, no manejan hojas de control.

**d. Ítem 39. Formato de control consulta y/o préstamo documental para archivos de gestión diligenciado.**

El proceso auditado manifestó que el año anterior (2020) no se realizaron consulta y/o préstamos documentales, por lo que es coherente con la situación de emergencia económica decretada el año anterior. Responde al ítem requerido sin novedad.

**e. Ítem 40. Soporte de la última transferencia documental efectuada**

El proceso auditado remitió dos documentos:

- El Acta suscrita entre las partes en donde se constató la transferencia realizada el 3 de diciembre de 2019.

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

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

- El Inventario en donde se encuentran los documentos objeto de transferencia, denominado "TRANSFERENCIA 2019.pdf".

Estos documentos responden al ítem requerido sin ningún contratiempo. Sin embargo, es necesario indicar que el inventario aquí remitido por el proceso auditado en formato pdf es el mismo que se envió al ítem 36, por lo que se enfatiza que el Inventario para transferencia no es equivalente al inventario del archivo de gestión.

#### Observado OAPS:

Aplican todas las versiones tenido en cuenta que el archivo del OAPS desde el 2003, 2005, y 2015 hacia atrás se deben registrar en las versiones que se encuentran disponibles en ISolucion. Las versiones son vigentes para aplicarlas de acuerdo con la antigüedad del archivo, nunca se han derogado.

#### Respuesta Gestión Documental

En el informe preliminar se indicó que el proceso auditado cumplió con satisfacción este ítem.

**f. Ítem 41. Actas de eliminación de documentos.**

El proceso auditado explicó que están en proceso de clasificación de los documentos, por lo que aún no se ha presentado la eliminación. Esta explicación está acorde con la lógica de aplicación de la TRD. Responde al ítem requerido sin novedad.

**g. Ítem 42. Inventarios documentales de entrega de documentos por desvinculación o retiro de servidores públicos.**

El proceso auditado remitió trece (13) documentos en Excel, cada uno denominado de diferente manera, por lo que se sugiere unificar el criterio de marcación de este documento con los colaboradores.

Debido a algunas inconsistencias vistas en los documentos en lo que respecta a su diligenciamiento, se procede a realizar oportunidad de mejora sobre la misma.

#### Observado OAPS

Se acoge la recomendación de la OCI.

#### Respuesta Gestión Documental

El proceso auditado acogió la recomendación.

ÍTEM	OBSERVACIÓN	RESPUESTA PROCESO AUDITADO	VALIDACIÓN GESTIÓN DOCUMENTAL
36	Tabla de Retención Documental – TRD empleada para	El proceso auditado mencionó que usan todas las versiones de la TRD, dado que "el archivo del OAPS desde el 2003, 2005, y	Se acepta la respuesta, se da por cumplido y se elimina.

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



ÍTEM	OBSERVACIÓN	RESPUESTA PROCESO AUDITADO	VALIDACIÓN GESTIÓN DOCUMENTAL
	organizar el archivo de gestión.	2015 hacia atrás se deben registrar en las versiones que se encuentran disponibles en ISolucion. Las versiones son vigentes para aplicarlas de acuerdo con la antigüedad del archivo, nunca se han derogado".	
37	Formato Único de Inventario Documental del Archivo de Gestión diligenciado	El proceso de Planeación Estratégica indicó lo siguiente: "Por efecto de la pandemia no se realizó transferencia de gestión documental 2020 en la entidad. No obstante, se han venido realizando trabajos presenciales en la sede tales como: clasificar los documentos y depurar algunos para el proceso de eliminación documental, además se encuentran documentos para transferir bajo la competencia de otras oficinas para que surtan los procesos."	La justificación que argumenta el proceso auditado es errónea, dado que no se está solicitando soportes de las transferencias realizadas durante la vigencia 2020, sino que es la remisión del Formato Único de Inventario Documental diligenciado con los documentos pertenecientes al Archivo de Gestión, es decir, los documentos que actualmente están en trámite, aún no se ha cerrado su gestión, independientemente del soporte documental en donde los mismos se encuentren.  En ese sentido, <b>la observación se mantiene</b> y se recomienda al proceso solicitar Asistencia Técnica para el diligenciamiento de este formato para documentos diferentes al soporte papel, como los documentos que se encuentran en formato electrónico y que están en trámite
40	Soporte de la última transferencia documental efectuada	En el informe preliminar se indicó que el proceso auditado cumplió con satisfacción este ítem	
42	Inventarios documentales de entrega de documentos por desvinculación o retiro de servidores públicos	El proceso auditado acogió las recomendaciones.	Se acepta la respuesta, se da por cumplido y se elimina.

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

 <b>Supersolidaria</b> <small>Superintendencia de la Economía Solidaria</small>	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

### 2.3. Seguimiento a los controles

Dentro del proceso de auditoría se procedió a revisar los controles del proceso, evidenciando lo siguiente:

ID Riesgo	Descripción del Riesgo	Proceso	Causa origen del riesgo	N.º De control	Descripción de la(s) actividad(es) de control	Revisión Control OCI
PLES-1	Inadecuado direccionamiento estratégico de la entidad	PLES - Planificación Estratégica	Inadecuado establecimiento de contexto	PLES-C1	El profesional especializado del grupo de planeación con una periodicidad semestral revisa si se han producido cambios en el entorno interno y externo de la entidad mediante la aplicación de encuestas de percepción a los grupos de valor y ejercicios de participación, en caso de contar con resultados suficientes, se hará revisión de estudios generados por el Gobierno nacional frente a factores que tengan incidencia en la planeación institucional y a partir de esto, realizar propuesta a la alta dirección. Se dejará como evidencia el informe de resultados de encuesta, registro de actividades de participación e informe con recomendaciones.	En el mes de octubre se observó la propuesta de ajuste al plan de acción 2020, debido a la afectación de la pandemia del COVID 19. Por otro lado se revisó los soportes correspondientes al último trimestre 2020, y se observó que la encuesta realizada en la rendición de cuentas que soporta dicho control, no corresponde a cambios en el entorno interno y externo de la entidad. Por otro lado si la información no es suficiente, tampoco se observa la revisión de estudios generados por el Gobierno Nacional frente a factores que tengan incidencia en la planeación institucional.
PLES-2	Ineficiente formulación de los planes, programas y proyectos institucionales	PLES - Planificación Estratégica	Deficiente planeación	PLES-C2	El profesional especializado del grupo de planeación con una periodicidad trimestral debe analizar los resultados de los indicadores y las variaciones respecto a las metas planteadas a través del tablero de control de indicadores, en caso de no contar con la información actualizada, se evalúa las tendencias frente a las metas definidas para la vigencia, teniendo como herramienta una matriz de seguimiento, para posteriormente presentar propuesta a la alta dirección. Se dejará como evidencia el tablero de control y el reporte de los resultados del seguimiento y recomendaciones dadas desde la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.	Se observó el drive, los archivos de seguimientos a los proyectos de inversión, más no el tablero de control de indicadores y el reporte de los resultados del seguimiento y las recomendaciones dadas para el primer trimestre 2021,

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

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

ID Riesgo	Descripción del Riesgo	Proceso	Causa origen del riesgo	N.º De control	Descripción de la(s) actividad(es) de control	Revisión Control OCI
PLES-3	Inadecuado seguimiento a la gestión institucional	PLES - Planificación Estratégica	Falta de personal competente y motivado	PLES-C3	El Profesional Especializado del grupo de planeación semestralmente identifica la necesidad de personal en el grupo de planeación de acuerdo a las labores de seguimiento a los planes y proyectos institucionales mediante la cuantificación de actividades de seguimiento y el tiempo estimado en horas dedicadas para realizar la labor, en caso de no contar con recursos para contratar de acuerdo a los resultados del reporte de cuantificación, se redistribuirán los seguimientos a realizar entre los funcionarios que tengan funciones asociadas en el grupo de planeación. Se dejará como evidencia el reporte de cuantificación de actividades de seguimiento y actas de reunión.	Se observaron los archivos relacionados con el estudio de cargas, y las necesidades de contratación del proceso

Fuente: Matriz de Controles – SES – Elaboración Propia OCI.

Para el control PLES-C1, dentro del monitoreo y seguimiento, se evidenció que no se cuenta con las evidencias relacionadas en la descripción del control, “el informe de resultados de encuesta, registro de actividades de participación e informe con recomendaciones.” Ya que el documento que se adjuntó, es el resultado de la encuesta de rendición de cuentas

### PLES-1

**Observado OCI:** Para el control PLES-1, dentro del monitoreo y seguimiento, se evidenció que no se cuenta con las evidencias relacionadas en la descripción del control, “el informe de resultados de encuesta, registro de actividades de participación e informe con recomendaciones.” Ya que el documento que se adjuntó, es el resultado de la encuesta de rendición de cuentas.

**Observado OAPS:** En cuanto a esta observación de la OCI, en el informe de monitoreo realizado por la OAPS y presentado al CICI en el cuarto trimestre de 2020, se realizó la siguiente observación: “Se registra seguimiento y las evidencias se encuentran en la carpeta dispuesta. Se recomienda revisar las evidencias que se documentaron en el control frente a las evidencias aportadas.

Se acoge la observación de la OCI.

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

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

## PLES-2

**Observado OCI:** Se observó el drive, los archivos de seguimientos a los proyectos de inversión, más no el tablero de control de indicadores y el reporte de los resultados del seguimiento y las recomendaciones dadas para el primer trimestre 2021.

**Observado OAPS:** En cuanto a esta observación de la OCI, en el informe de monitoreo realizado por la OAPS y presentado al CICI en el cuarto trimestre de 2020, se realizó la siguiente observación: Se registra seguimiento, sin embargo, se recomienda tener en cuenta lo definido en el control "realizar un análisis de los indicadores y las variaciones respecto a las metas planteadas" y las evidencias deberían encontrarse en la carpeta del mes de octubre debido a que las acciones fueron en esa fecha.

Se acoge la observación de la OCI.

### 2.4. Lineamientos MIPG – MECI

ID	COMPONENTE MECI	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECIFICO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación
2.2	<b>AMBIENTE DE CONTROL:</b> La entidad debe asegurar un ambiente de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. El Ambiente de Control es el fundamento de todos los demás componentes del control interno, se incluyen la integridad y valores éticos, la competencia (capacidad) de los servidores de la entidad; la manera en que la Alta Dirección asigna autoridad y responsabilidad, así como también el direccionamiento estratégico definido.	<b>Lineamiento 2:</b> Aplicación de mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno	2.2 Definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa	<p>OAPS: La definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa se encuentran en la Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria, frente a las responsabilidades en la gestión del riesgo.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria <a href="http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno">http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno</a></p> <p>OCI: En Comité Institucional de Coordinación de Control Interno celebrado el 29 de mayo de 2020, se realizó la socialización de la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>1. Acta No 001 del 29 de mayo de 2020 en la cual se socializó la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p>
2.3	<b>AMBIENTE DE CONTROL:</b> La entidad debe asegurar un ambiente de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. El Ambiente de Control es el fundamento de todos los demás componentes del control interno, se incluyen la integridad y valores éticos, la competencia (capacidad) de los servidores de la entidad; la manera en que la Alta Dirección asigna autoridad y responsabilidad, así como también el direccionamiento estratégico definido.	<b>Lineamiento 2:</b> Aplicación de mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno	2.3 Definición de líneas de reporte en temas clave para la toma de decisiones, atendiendo el Esquema de Líneas de Defensa	<p>OAPS: La definición de líneas de reporte están dadas en las responsabilidades por Líneas de Defensa, las cuales se encuentran documentadas en la Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria, frente a las responsabilidades en la gestión del riesgo.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria <a href="http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno">http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno</a></p> <p>OCI: En Comité Institucional de Coordinación de Control Interno celebrado el 29 de mayo de 2020, se realizó la socialización de la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>1. Acta No 001 del 29 de mayo de 2020 en la cual se socializó la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>Of. Comunicaciones: La Política de Gestión del Riesgo fue recientemente publicada y socializada para todos los servidores de la Entidad. Desde nuestra área, publicamos en la página web dicha política; así como la Resolución que la rige. Apoyamos a la profesional de planeación en la creación de una campaña para divulgar dicha política y se publicaron algunas piezas de Comunicación. Actualmente, estamos trabajando con ella y el líder de atención al ciudadano en la identificación de riesgos del proceso gestión de Grupos de Interés. Y vamos en la Fase 3, iniciando la 4</p> <p>- La documentación de Gestión de Riesgos de Grupos de Interés se encuentra en construcción. Actualmente estamos adelantando las mesas de trabajo y llevamos 3 fases Piezas de comunicación sobre la campaña para divulgar la política de gestión del riesgo, el Drive de gestión del Riesgo de Grupos de interés.</p>

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

 <b>Supersolidaria</b> Superintendencia de la Economía Solidaria	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

ID	COMPONENTE MECI	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECIFICO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación
3.1	<b>AMBIENTE DE CONTROL:</b> La entidad debe asegurar un ambiente de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. El Ambiente de Control es el fundamento de todos los demás componentes del control interno, se incluyen la integridad y valores éticos, la competencia (capacidad) de los servidores de la entidad; la manera en que la Alta Dirección asigna autoridad y responsabilidad, así como también el direccionamiento estratégico definido.	<b>Lineamiento 3:</b> Establece la planeación estratégica con responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento. Así mismo a partir de la política de riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección.	3.1 Definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo (Acorde con lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas). La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo.	<p>OAPS: La Política para la Administración de Riesgos de la entidad acoge los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas del DAFP, en cuanto al establecimiento del contexto. De igual forma en la metodología para la evaluación de riesgos institucionales se dan orientaciones para tener en cuenta los cambios en el entorno dentro del análisis de riesgos.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria <a href="http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno">http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno</a></p> <p>2. Metodología para la Evaluación de Riesgos Institucionales Isolución</p> <p>OCI: En Comité Institucional de Coordinación de Control Interno celebrado el 29 de mayo de 2020, se realizó la socialización de la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>1. Acta No 001 del 29 de mayo de 2020 en la cual se socializó la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>De conformidad con lo socializado en los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en las reuniones celebradas el 27 de mayo, el 27 de noviembre y el 17 de diciembre de 2020., frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del presente lineamiento, las cuales se pueden consultar en los informes presentados, los cuales hacen parte integral de las Actas de los Comités celebrados en esas fechas.</p>
3.2	<b>AMBIENTE DE CONTROL:</b> La entidad debe asegurar un ambiente de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. El Ambiente de Control es el fundamento de todos los demás componentes del control interno, se incluyen la integridad y valores éticos, la competencia (capacidad) de los servidores de la entidad; la manera en que la Alta Dirección asigna autoridad y responsabilidad, así como también el direccionamiento estratégico definido.	<b>Lineamiento 3:</b> Establece la planeación estratégica con responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento. Así mismo a partir de la política de riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección.	3.2 La Alta Dirección frente a la política de Administración del Riesgo definen los niveles de aceptación del riesgo, teniendo en cuenta cada uno de los objetivos establecidos.	<p>OAPS: Dentro de la Política para la Administración del Riesgo de la entidad se definen los niveles de aceptación del riesgo.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria <a href="http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno">http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno</a></p> <p>OCI: En Comité Institucional de Coordinación de Control Interno celebrado el 29 de mayo de 2020, se realizó la socialización de la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>1. Acta No 001 del 29 de mayo de 2020 en la cual se socializó la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>De conformidad con lo socializado en los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en las reuniones celebradas el 27 de mayo, el 27 de noviembre y el 17 de diciembre de 2020., frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del presente lineamiento, las cuales se pueden consultar en los informes presentados, los cuales hacen parte integral de las Actas de los Comités celebrados en esas fechas.</p>
3.3	<b>AMBIENTE DE CONTROL:</b> La entidad debe asegurar un ambiente de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. El Ambiente de Control es el fundamento de todos los demás componentes del control interno, se incluyen la integridad y valores éticos, la competencia (capacidad) de los servidores de la entidad; la manera en que la Alta Dirección asigna autoridad y responsabilidad, así como también el direccionamiento estratégico definido.	<b>Lineamiento 3:</b> Establece la planeación estratégica con responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento. Así mismo a partir de la política de riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección.	3.3 Evaluación de la planeación estratégica, considerando alertas frente a posibles incumplimientos, necesidades de recursos, cambios en el entorno que puedan afectar su desarrollo, entre otros aspectos que garanticen de forma razonable su cumplimiento.	<p>OAPS: Se documentó el seguimiento al plan estratégico institucional de la vigencia 2019, definiendo los planes de mejoramiento para aquellas actividades que presentaron ejecución inferior al 100% frente a la meta.</p> <p>1. Código Formato: F-PLAN-002 Versión 3 - Seguimiento al plan estratégico <a href="http://www.supersolidaria.gov.co/sites/default/files/public/data/formato_seguiimiento_plan_estrategico_2019.pdf">http://www.supersolidaria.gov.co/sites/default/files/public/data/formato_seguiimiento_plan_estrategico_2019.pdf</a></p> <p>2. Plan de Mejoramiento de Plan de Acción Anual Formato 016- Seguimiento planes de mejoramiento remitido a la Oficina de Control Interno con Memorando No. 20201210007743 de fecha 5 de junio de 2020 <a href="https://portalempleado.supersolidaria.gov.co/PortalEmpleado/#start">https://portalempleado.supersolidaria.gov.co/PortalEmpleado/#start</a></p> <p>3. Gestión y seguimiento de evidencias en el módulo de mejora ISolucion- Planes y programas <a href="http://181.48.249.36/Isolucion4/Mejoramiento/frmFiltroPlanPrograma.aspx">http://181.48.249.36/Isolucion4/Mejoramiento/frmFiltroPlanPrograma.aspx</a></p> <p>De conformidad con lo socializado en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en la reunión celebradas el 28 de septiembre, frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del mismo, las cuales se pueden consultar en el informe presentado, el cual hace parte integral de la Acta del Comité celebrado en esa fechas.</p>

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

ID	COMPONENTE MECI	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECIFICO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación
5.1	<b>AMBIENTE DE CONTROL:</b> La entidad debe asegurar un ambiente de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. El Ambiente de Control es el fundamento de todos los demás componentes del control interno, se incluyen la integridad y valores éticos, la competencia (capacidad) de los servidores de la entidad; la manera en que la Alta Dirección asigna autoridad y responsabilidad, así como también el direccionamiento estratégico definido.	<b>Lineamiento 5:</b> La entidad establece líneas de reporte dentro de la entidad para evaluar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.	5.1 Acorde con la estructura del Esquema de Líneas de Defensa se han definido estándares de reporte, periodicidad y responsables frente a diferentes temas críticos de la entidad.	<p>OAPS: En la Política para la administración de riesgos de la entidad se establecieron en el esquema de líneas de defensa, las responsabilidades en lo relacionado con el reporte y periodicidad.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria <a href="http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno">http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno</a></p> <p>OCI: En Comité Institucional de Coordinación de Control Interno celebrado el 29 de mayo de 2020, se realizó la socialización de la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>1. Acta No 001 del 29 de mayo de 2020 en la cual se socializó la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>De conformidad con lo socializado en los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en las reuniones celebradas el 27 de mayo, el 27 de noviembre y el 17 de diciembre de 2020, frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del presente lineamiento que se pueden consultar y hacen parte integral de las Actas de los Comités celebrados en esas fechas.</p>
5.3	<b>AMBIENTE DE CONTROL:</b> La entidad debe asegurar un ambiente de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. El Ambiente de Control es el fundamento de todos los demás componentes del control interno, se incluyen la integridad y valores éticos, la competencia (capacidad) de los servidores de la entidad; la manera en que la Alta Dirección asigna autoridad y responsabilidad, así como también el direccionamiento estratégico definido.	<b>Lineamiento 5:</b> La entidad establece líneas de reporte dentro de la entidad para evaluar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.	5.3 Teniendo en cuenta la información suministrada por la 2a y 3a línea de defensa se toman decisiones a tiempo para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos.	<p>OAPS: Para la toma de decisiones se estableció el formato de mapa de riesgos institucionales, para dar a conocer los resultados de la evaluación del riesgo en la entidad.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria <a href="http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno">http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno</a></p> <p>2. Formato de Mapa de Riesgos Isolución</p> <p>OCI: En Comité Institucional de Coordinación de Control Interno celebrado el 29 de mayo de 2020, se realizó la socialización de la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>1. Acta No 001 del 29 de mayo de 2020 en la cual se socializó la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>SG: Se sugiere que por parte de la OAPS se realice la revisión de las actas de comité de gestión y desempeño, para ver si en ella se encuentra evidencia de este tema.</p> <p>De conformidad con lo socializado en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno la Secretaría General en la presentación realizada el 17 de diciembre de 2020, frente a este lineamiento SOCIALIZO EL AVANCE Y EJECUCIÓN de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del presente lineamiento, las cuales se pueden consultar en la presentación realizada, la cual hace parte integral del Acta del Comité celebrado en esa fecha.</p>
5.4	<b>AMBIENTE DE CONTROL:</b> La entidad debe asegurar un ambiente de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. El Ambiente de Control es el fundamento de todos los demás componentes del control interno, se incluyen la integridad y valores éticos, la competencia (capacidad) de los servidores de la entidad; la manera en que la Alta Dirección asigna autoridad y responsabilidad, así como también el direccionamiento estratégico definido.	<b>Lineamiento 5:</b> La entidad establece líneas de reporte dentro de la entidad para evaluar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.	5.4 Se evalúa la estructura de control a partir de los cambios en procesos, procedimientos, u otras herramientas, a fin de garantizar su adecuada formulación y afectación frente a la gestión del riesgo.	<p>OAPS: El nuevo Mapa de procesos incluye un cuarto nivel de procesos: Procesos de Evaluación, compuesto por Control Interno, Control Disciplinario y Evaluación de los Sistemas de Gestión. A través de estos se hace seguimiento y evaluación a la gestión institucional, contribuyendo al análisis de la información generada y apoyando la mejora continua frente a la gestión del riesgo.</p> <p>- MP-PLES-001 - Mapa de procesos Procedimientos nuevos/actualizados por proceso</p> <p>Se creó una nueva plantilla para los procedimientos de los nuevos procesos, la cual incluye la identificación de puntos de control que buscan garantizar la corrección de desviaciones en la ejecución de actividades.</p> <p>- Plantilla de procedimiento</p>

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

ID	COMPONENTE MECI	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECIFICO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación
6.1	<p><b>EVALUACIÓN DEL RIESGO:</b> Este componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.</p> <p>La condición para la evaluación de riesgos es el establecimiento de objetivos, vinculados a varios niveles de la entidad, lo que implica que la Alta Dirección define objetivos y los agrupa en categorías en todos los niveles de la entidad, con el fin de evaluarlos</p>	<p><b>Lineamiento 6:</b> Definición de objetivos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados: i)Estratégicos; ii)Operativos; iii)Legales y Presupuestales; iv)De Información Financiera y no Financiera.</p>	<p>6.1 La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos estratégicos y estos a su vez con los objetivos operativos.</p>	<p>OAPS: El proceso de planificación contempla la construcción del Marco estratégico 2019 - 2022 Supervisión - para la Transformación como la hoja de ruta para el despliegue del Plan Estratégico en sus perspectivas, ejes temáticos, objetivos estratégicos e iniciativas las cuales se desarrollan a través del plan de acción para cada vigencia.</p> <p>Se diseñaron las caracterizaciones para los nuevos procesos, relacionando los Objetivos Estratégicos aplicables.</p> <p>1. Marco Estratégico 2019 2022</p> <p><a href="http://www.supersolidaria.gov.co/sites/default/files/public/data/marco_estrategico_supersolidaria_2019-2022.pdf">http://www.supersolidaria.gov.co/sites/default/files/public/data/marco_estrategico_supersolidaria_2019-2022.pdf</a></p> <p>2. Plan Estratégico Institucional</p> <p><a href="http://www.supersolidaria.gov.co/sites/default/files/public/data/plan_estrategico_institucional_2019-2022.pdf">http://www.supersolidaria.gov.co/sites/default/files/public/data/plan_estrategico_institucional_2019-2022.pdf</a></p> <p>3. Plan de Acción Anual <a href="http://www.supersolidaria.gov.co/es/nuestra-entidad/planes-operativos">http://www.supersolidaria.gov.co/es/nuestra-entidad/planes-operativos</a></p> <p>4. Manual del Sistema de Gestión <a href="http://181.48.249.36/Isolucion4/Documentacion/frmVerPublicacion.aspx?Sigla=TUFD">http://181.48.249.36/Isolucion4/Documentacion/frmVerPublicacion.aspx?Sigla=TUFD</a></p> <p>5. Caracterización de procesos Se incluye el proceso de planificación y el mapa de procesos</p> <p>De conformidad con lo socializado en el Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en la reunión celebradas el 28 de septiembre, 27 de noviembre y 17 de diciembre frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del mismo, las cuales se pueden consultar en los informes presentados, los cuales hacen parte integral de las Actas del Comité celebrados en esas fechas.</p>
6.2	<p><b>EVALUACIÓN DEL RIESGO:</b> Este componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.</p> <p>La condición para la evaluación de riesgos es el establecimiento de objetivos, vinculados a varios niveles de la entidad, lo que implica que la Alta Dirección define objetivos y los agrupa en categorías en todos los niveles de la entidad, con el fin de evaluarlos</p>	<p><b>Lineamiento 6:</b> Definición de objetivos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados: i)Estratégicos; ii)Operativos; iii)Legales y Presupuestales; iv)De Información Financiera y no Financiera.</p>	<p>6.2 Los objetivos de los procesos, programas o proyectos (según aplique) que están definidos, son específicos, medibles, alcanzables, relevantes, delimitados en el tiempo.</p>	<p>OAPS: Los objetivos de los procesos se actualizaron garantizando su alineación con el marco estratégico y con el modelo de operación de la entidad.</p> <p>1. Caracterizaciones de proceso</p> <p>Se tienen indicadores de gestión que miden las actividades contenidas en cada proceso, los proyectos, el plan estratégico y el plan anual de la vigencia, dispuestos en el módulo de medición del Aplicativo Isolución.</p> <p>Cada indicador se documenta en fichas técnicas.</p> <p>1. Matriz de Indicadores de gestión</p> <p>2. Indicadores de gestión</p> <p><a href="http://181.48.249.36/Isolucion4/Medicion/frmReportesBase.aspx?TipoAccion=Mg=&amp;Medicion=M">http://181.48.249.36/Isolucion4/Medicion/frmReportesBase.aspx?TipoAccion=Mg=&amp;Medicion=M</a> Q==</p> <p>De conformidad con lo socializado en el Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en la reunión celebradas el 28 de septiembre, frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del mismo, las cuales se pueden consultar en el informe presentado, el cual hace parte integral de la Acta del Comité celebrado en esa fechas.</p>

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

ID	COMPONENTE MECI	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECIFICO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación
6.3	<p><b>EVALUACIÓN DEL RIESGO:</b> Este componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.</p> <p>La condición para la evaluación de riesgos es el establecimiento de objetivos, vinculados a varios niveles de la entidad, lo que implica que la Alta Dirección define objetivos y los agrupa en categorías en todos los niveles de la entidad, con el fin de evaluarlos</p>	<p><b>Lineamiento 6:</b> Definición de objetivos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados: i)Estratégicos; ii)Operativos; iii)Legales y Presupuestales; iv)De Información Financiera y no Financiera.</p>	<p>6.3 La Alta Dirección evalúa periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo apropiados para la Entidad.</p>	<p>OAPS: La Alta Dirección evalúa periódicamente los porcentajes de cumplimiento de los objetivos estratégicos programados en el Plan Estratégico Institucional para asegurar que estos continúan siendo consistentes con la misionalidad de la entidad. El reporte institucional es el seguimiento al plan estratégico Institucional para cada vigencia cerrada.</p> <p>1. Código Formato: F-PLAN-002 Versión 3 - Seguimiento Plan Estratégico</p> <p><a href="http://www.supersolidaria.gov.co/sites/default/files/public/data/formato_seguintamiento_plan_estrategico_2019.pdf">http://www.supersolidaria.gov.co/sites/default/files/public/data/formato_seguintamiento_plan_estrategico_2019.pdf</a></p> <p>La Alta Dirección revisa anualmente el desempeño del Sistema Integrado de Gestión, con el fin de evaluar su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia, efectividad, mejora continua y su alineación con la dirección estratégica.</p> <p>1. Acta del Comité Directivo Archivo físico bajo la responsabilidad de la Secretaría Técnica - Secretaría General</p> <p>2. Procedimiento R-MECO-006 Revisión por la Dirección</p> <p><a href="http://181.48.249.36/Isolucion4/Administracion4/frmFrameSet.aspx?Ruta=Li4vRnJhbWVWTZRBRnRyY3VsbY5hc3A/UGFnaW5hPUJhbmNvQ29ub2NpbWlbnRvU3VwZXJzb2xpZGFyaWVvMi8yQzNE RUE5Ny1DQzBGLTRFMDEtODk1OS04MEYzQURBNUU2QzkvMkMzREVBTctQ0MwRi00RTAxLTg5NTktODBG0FEQTVFNkM5LmFzcCZJREFSVEIDVUxPPTlyODg=">http://181.48.249.36/Isolucion4/Administracion4/frmFrameSet.aspx?Ruta=Li4vRnJhbWVWTZRBRnRyY3VsbY5hc3A/UGFnaW5hPUJhbmNvQ29ub2NpbWlbnRvU3VwZXJzb2xpZGFyaWVvMi8yQzNE RUE5Ny1DQzBGLTRFMDEtODk1OS04MEYzQURBNUU2QzkvMkMzREVBTctQ0MwRi00RTAxLTg5NTktODBG0FEQTVFNkM5LmFzcCZJREFSVEIDVUxPPTlyODg=</a></p> <p>De conformidad con lo socializado en el Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en la reunión celebradas el 28 de septiembre, frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del mismo, las cuales se pueden consultar en el informe presentado, el cual hace parte integral de la Acta del Comité celebrado en esa fechas.</p>
7.1	<p><b>EVALUACIÓN DEL RIESGO:</b> Este componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.</p> <p>La condición para la evaluación de riesgos es el establecimiento de objetivos, vinculados a varios niveles de la entidad, lo que implica que la Alta Dirección define objetivos y los agrupa en categorías en todos los niveles de la entidad, con el fin de evaluarlos</p>	<p><b>Lineamiento 7:</b> Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).</p>	<p>7.1 Teniendo en cuenta la estructura de la política de Administración del Riesgo, su alcance define lineamientos para toda la entidad, incluyendo regionales, áreas tercerizadas u otras instancias que afectan la prestación del servicio.</p>	<p>OAPS: La Política para la Administración del Riesgo define lineamientos para todas las áreas de la entidad a través del esquema de líneas de defensa.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria <a href="http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno">http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno</a></p> <p>OCI: En Comité Institucional de Coordinación de Control Interno celebrado el 29 de mayo de 2020, se realizó la socialización de la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>1. Acta No 001 del 29 de mayo de 2020 en la cual se socializó la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>De conformidad con lo socializado en los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en las reuniones celebradas el 27 de mayo, el 28 de septiembre, el 27 de noviembre y el 17 de diciembre de 2020., frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del presente lineamiento que se pueden consultar y hacen parte integral de las Actas de los Comités celebrados en esas fechas.</p>
7.2	<p><b>EVALUACIÓN DEL RIESGO:</b> Este componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.</p> <p>La condición para la evaluación de riesgos es el establecimiento de objetivos, vinculados a varios niveles de la entidad, lo que implica que la Alta Dirección define objetivos y los agrupa en categorías en todos los niveles de la entidad, con el fin de evaluarlos</p>	<p><b>Lineamiento 7:</b> Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).</p>	<p>7.2 La Oficina de Planeación, Gerencia de Riesgos (donde existan), como 2a línea de defensa, consolidan información clave frente a la gestión del riesgo.</p>	<p>OAPS: La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas como segunda línea de defensa es la encargada de consolidar el mapa de riesgos institucionales</p> <p>1. Mapa de Riesgos de Corrupción <a href="http://www.supersolidaria.gov.co/es/nuestra-entidad/plan-anticorruptcion-y-atencion-al-ciudadano">http://www.supersolidaria.gov.co/es/nuestra-entidad/plan-anticorruptcion-y-atencion-al-ciudadano</a></p> <p>OCI: En Comité Institucional de Coordinación de Control Interno celebrado el 29 de mayo de 2020, se realizó la socialización de la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>1. Acta No 001 del 29 de mayo de 2020 en la cual se socializó la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>De conformidad con lo socializado en los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en las reuniones celebradas el 27 de mayo y el 17 de diciembre de 2020., frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del presente lineamiento que se pueden consultar y hacen parte integral de las Actas de los Comités celebrados en esas fechas.</p>

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

ID	COMPONENTE MECI	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECIFICO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación
7.3	<p><b>EVALUACIÓN DEL RIESGO:</b> Este componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.</p> <p>La condición para la evaluación de riesgos es el establecimiento de objetivos, vinculados a varios niveles de la entidad, lo que implica que la Alta Dirección define objetivos y los agrupa en categorías en todos los niveles de la entidad, con el fin de evaluarlos</p>	<p><b>Lineamiento 7:</b> Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).</p>	<p>7.3 A partir de la información consolidada y reportada por la 2a línea de defensa (7.2), la Alta Dirección analiza sus resultados y en especial considera si se han presentado materializaciones de riesgo.</p>	<p>OAPS: Dentro de las responsabilidades asignadas a la segunda línea de defensa se realizará reporte a la línea estratégica para el análisis de la gestión de riesgos.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria <a href="http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno">http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno</a></p> <p>OCI: En Comité Institucional de Coordinación de Control Interno celebrado el 29 de mayo de 2020, se realizó la socialización de la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>1. Acta No 001 del 29 de mayo de 2020 en la cual se socializó la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p>
7.4	<p><b>EVALUACIÓN DEL RIESGO:</b> Este componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.</p> <p>La condición para la evaluación de riesgos es el establecimiento de objetivos, vinculados a varios niveles de la entidad, lo que implica que la Alta Dirección define objetivos y los agrupa en categorías en todos los niveles de la entidad, con el fin de evaluarlos</p>	<p><b>Lineamiento 7:</b> Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).</p>	<p>7.4 Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se definen los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente.</p>	<p>OAPS: Dentro de los lineamientos establecidos en la Política para la Administración del Riesgo de la Supersolidaria, se encuentran definidas las acciones de tratamiento y acciones a llevar a cabo en caso de materialización del riesgo.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria <a href="http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno">http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno</a></p> <p>OCI: En Comité Institucional de Coordinación de Control Interno celebrado el 29 de mayo de 2020, se realizó la socialización de la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>1. Acta No 001 del 29 de mayo de 2020 en la cual se socializó la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>De conformidad con lo socializado en los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en las reuniones celebradas el 27 de mayo, el 28 de septiembre y el 17 de diciembre de 2020., frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del presente lineamiento que se pueden consultar y hacen parte integral de las Actas de los Comités celebrados en esas fechas.</p>
7.5	<p><b>EVALUACIÓN DEL RIESGO:</b> Este componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.</p> <p>La condición para la evaluación de riesgos es el establecimiento de objetivos, vinculados a varios niveles de la entidad, lo que implica que la Alta Dirección define objetivos y los agrupa en categorías en todos los niveles de la entidad, con el fin de evaluarlos</p>	<p><b>Lineamiento 7:</b> Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).</p>	<p>7.5 Se llevan a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas.</p>	<p>OAPS: Dentro de la Metodología para la Evaluación de Riesgos Institucionales, se definieron lineamientos para el seguimiento a los controles definidos a los riesgos.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria <a href="http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno">http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno</a></p> <p>2. Metodología para la Evaluación de Riesgos Institucionales Isolución</p> <p>OCI: En Comité Institucional de Coordinación de Control Interno celebrado el 29 de mayo de 2020, se realizó la socialización de la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>1. Acta No 001 del 29 de mayo de 2020 en la cual se socializó la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>De conformidad con lo socializado en los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en las reuniones celebradas el 27 de mayo, el 28 de septiembre y el 17 de diciembre de 2020., frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del presente lineamiento que se pueden consultar y hacen parte integral de las Actas de los Comités celebrados en esas fechas.</p>
9.1	<p><b>EVALUACIÓN DEL RIESGO:</b> Este componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.</p> <p>La condición para la evaluación de riesgos es el establecimiento de objetivos, vinculados a varios niveles de la entidad, lo que implica que la Alta Dirección define objetivos y los agrupa en categorías en todos los niveles de la entidad, con el fin de evaluarlos</p>	<p><b>Lineamiento 9:</b> Identificación y análisis de cambios significativos</p>	<p>9.1 Acorde con lo establecido en la política de Administración del Riesgo, se monitorean los factores internos y externos definidos para la entidad, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes.</p>	<p>OAPS: La OAPS orientará a la primera línea de defensa en el análisis de factores internos y externos que incidan en el cumplimiento de los objetivos institucionales de acuerdo a lo establecido en la Política para la Administración de Riesgos de la Entidad.</p> <p>1. Establecimiento de contexto (interno y externo) de los procesos Isolución</p> <p>2. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria <a href="http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno">http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno</a></p> <p>OCI: En Comité Institucional de Coordinación de Control Interno celebrado el 29 de mayo de 2020, se realizó la socialización de la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>1. Acta No 001 del 29 de mayo de 2020 en la cual se socializó la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>De conformidad con lo socializado en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en la reunión celebrada el 28 de septiembre de 2020., frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del mismo, el cual se puede consultar en el Acta del Comité celebrado en esa fecha y hace parte integral del mismo.</p>

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

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

ID	COMPONENTE MECI	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECIFICO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación
9.3	<p><b>EVALUACIÓN DEL RIESGO:</b> Este componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.</p> <p>La condición para la evaluación de riesgos es el establecimiento de objetivos, vinculados a varios niveles de la entidad, lo que implica que la Alta Dirección define objetivos y los agrupa en categorías en todos los niveles de la entidad, con el fin de evaluarlos</p>	<p><b>Lineamiento 9:</b> Identificación y análisis de cambios significativos</p>	<p>9.3 La Alta Dirección monitorea los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos.</p>	<p>OAPS: La Política para la Administración de Riesgos de la entidad acoge los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas del DAFP, en cuanto al establecimiento del contexto.</p> <p>De igual forma en la metodología para la evaluación de riesgos institucionales se dan orientaciones para tener en cuenta los cambios en el entorno dentro del análisis de riesgos.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria <a href="http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno">http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno</a></p> <p>2. Metodología para la Evaluación de Riesgos Institucionales Isolución</p> <p>3. Formato matriz de evaluación de riesgos institucionales Isolución</p> <p>OCI: En los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno celebrados el 29 de mayo de 2020 y el 28 de septiembre de 2020, se realizó la socialización de la Política para la administración de Riesgos y de la Matriz de evaluación de riesgos institucionales por parte de la OAPS</p> <p>1. Acta No 001 del 29 de mayo de 2020 en la cual se socializó la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>De conformidad con lo socializado en los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en las reuniones celebradas el 27 de mayo, el 27 de noviembre y el 17 de diciembre de 2020., frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del presente lineamiento, las cuales se pueden consultar en los informes presentados, los cuales hacen parte integral de las Actas de los Comités celebrados en esas fechas.</p>
9.4	<p><b>EVALUACIÓN DEL RIESGO:</b> Este componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.</p> <p>La condición para la evaluación de riesgos es el establecimiento de objetivos, vinculados a varios niveles de la entidad, lo que implica que la Alta Dirección define objetivos y los agrupa en categorías en todos los niveles de la entidad, con el fin de evaluarlos</p>	<p><b>Lineamiento 9:</b> Identificación y análisis de cambios significativos</p>	<p>9.4 La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa.</p>	<p>OAPS: La Política para la Administración de Riesgos de la entidad acoge los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas del DAFP, en cuanto al establecimiento del contexto.</p> <p>De igual forma en la metodología para la evaluación de riesgos institucionales se dan orientaciones para tener en cuenta los cambios en el entorno dentro del análisis de riesgos.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria <a href="http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno">http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno</a></p> <p>2. Metodología para la Evaluación de Riesgos Institucionales Isolución</p> <p>3. Formato matriz de evaluación de riesgos institucionales Isolución</p> <p>OCI: En los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno celebrados el 29 de mayo de 2020 y el 28 de septiembre de 2020, se realizó la socialización de la Política para la administración de Riesgos y de la Matriz de evaluación de riesgos institucionales por parte de la OAPS</p> <p>1. Acta No 001 del 29 de mayo de 2020 en la cual se socializó la Política para la administración de Riesgos por parte de la OAPS</p> <p>De conformidad con lo socializado en los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en las reuniones celebradas el 27 de mayo, el 27 de noviembre y el 17 de diciembre de 2020., frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del presente lineamiento, las cuales se pueden consultar en los informes presentados, los cuales hacen parte integral de las Actas de los Comités celebrados en esas fechas.</p>
12.1	<p><b>ACTIVIDADES DE CONTROL:</b> La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso.</p> <p>Implementa políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en el día a día de las operaciones.</p>	<p><b>Lineamiento 12:</b> Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos).</p>	<p>12.1 Se evalúa la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales u otras herramientas para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control.</p>	<p>OAPS: Se creó una nueva plantilla para los procedimientos de los nuevos procesos, la cual incluye la identificación de puntos de control que buscan garantizar el control adecuado durante la ejecución de las actividades, así como la corrección oportuna de desviaciones.</p> <p>- Plantilla de procedimiento - Procedimientos nuevos/actualizados por proceso</p> <p>De conformidad con lo socializado en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en la reunión celebrada el 28 de septiembre, frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del mismo, las cuales se pueden consultar en el informe presentado, el cual hace parte integral de la Acta del Comité celebrado en esa fechas.</p>

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

ID	COMPONENTE MECI	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECIFICO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación
12.2	<p><b>ACTIVIDADES DE CONTROL:</b> La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso.</p> <p>Implementa políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en el día a día de las operaciones.</p>	<p><b>Lineamiento 12:</b> Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos).</p>	<p>12.2 El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo.</p>	<p>OAPS: Dentro de la Metodología para la Evaluación del riesgo se definen criterios para el diseño y evaluación de los controles atendiendo lineamientos dados desde función pública (guía de riesgos DAFP).</p> <p>1. Metodología para la Evaluación de Riesgos Institucionales Solucion</p> <p>2. Matriz de evaluación de riesgos Solucion</p> <p>Cada líder de proceso tendrá en cuenta los pasos establecidos en la metodología de riesgos para definir los controles a cada una de las causa principales de los riesgos identificados, posteriormente, realizará la evaluación de los mismos teniendo en cuenta los criterios establecidos en la metodología.</p> <p>Líderes de los procesos</p> <p>S.G.: A la fecha los diferentes grupos de trabajo de la Secretaría General han venido adelantando 4 mesas de trabajo con la funcionaria de la OAPS encargada de la Política de Gestión del Riesgo, para la identificación, diseño y manejo de la Gestión del Riesgo de cada uno de los procesos de la Secretaría General.</p> <p>- Correos electrónicos de la invitación de las mesas de trabajo de las Fases 1,2,3,4 <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1FuUkw4w4z1CMSY0F2o_wDawzj1l3wmb">https://drive.google.com/drive/folders/1FuUkw4w4z1CMSY0F2o_wDawzj1l3wmb</a></p> <p>Del. Asociativa: Se tienen identificados puntos de control en los procedimientos; adicionalmente, se han realizado dos (2) mesas de trabajo con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación y Sistema para la identificación y evaluación de los riesgos al proceso de Supervisión</p> <p>- Grabaciones y evidencias de las mesas de trabajo - Los soportes de las mesas de trabajo se conservan en la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas</p> <p>Of. De Comunicaciones: Se han adelantado 3 mesas de trabajo con Sonia Díaz de Planeación y Sistemas y hemos realizado Reuniones de Grupo Primario para identificar riesgos, causas y consecuencias, esto dentro de la Gestión de Riesgos Grupos de Interés. Se encuentra en construcción el Protocolo de Relacionamiento y Comunicaciones de los Servidores públicos de la Entidad frente a los Grupos de Interés</p> <p>- Grabaciones y evidencias de las Mesas de trabajo y Actas de Reunión Grupo Primario. Así mismo, la matriz de gestión de riesgos</p> <p>Las actas se ubican en el Drive de Comunicaciones, Carpeta 2020</p> <p>De conformidad con lo socializado en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en la reunión celebradas el 28 de septiembre, frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del mismo, las cuales se pueden consultar en el informe presentado, el cual hace parte integral de la Acta del Comité celebrado en esa fechas.</p>

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

ID	COMPONENTE MECI	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECIFICO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación
12.3	<p><b>ACTIVIDADES DE CONTROL:</b> La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso.</p> <p>Implementa políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en el día a día de las operaciones.</p>	<p><b>Lineamiento 12:</b> Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos).</p>	<p>12.3 Monitoreo a los riesgos acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad.</p>	<p>OAPS: La Política para la administración de riesgos establece responsabilidades para el monitoreo a los riesgos desde el esquema de líneas de defensa.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria <a href="http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno">http://www.supersolidaria.gov.co/es/modelo-de-control-interno</a></p> <p>2. Seguimiento a riesgos Documento Drive dispuesto</p> <p>Cada líder de proceso reportará a la OAPS, el monitoreo y seguimiento a los riesgos del proceso de acuerdo a la periodicidad establecida en la Política.</p> <p>Líderes de los procesos</p> <p>S.G.: A la fecha los diferentes grupos de trabajo de la Secretaría General han venido adelantando 4 mesas de trabajo con la funcionaria de la OAPS encargada de la Política de Gestión del Riesgo, para la identificación, diseño y manejo de la Gestión del Riesgo de cada uno de los procesos de la Secretaría General.</p> <p>- Correos electrónicos de la invitación de las mesas de trabajo de las Fases 1,2,3,4 <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1FuUkw4w4zICMSY0F2o_wDawzjll3wwmb">https://drive.google.com/drive/folders/1FuUkw4w4zICMSY0F2o_wDawzjll3wwmb</a></p> <p>Del. Asociativa: Se tienen identificados puntos de control en los procedimientos; adicionalmente, se han realizado dos (2) mesas de trabajo con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación y Sistema para la identificación y evaluación de los riesgos al proceso de Supervisión</p> <p>- Grabaciones y evidencias de las mesas de trabajo</p> <p>- Los soportes de las mesas de trabajo se conservan en la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas</p> <p>Of. De Comunicaciones: Se han adelantado 3 mesas de trabajo con Sonia Díaz de Planeación y Sistemas y hemos realizado Reuniones de Grupo Primario para identificar riesgos, causas y consecuencias, esto dentro de la Gestión de Riesgos Grupos de Interés. Se encuentra en construcción el Protocolo de Relacionamento y Comunicaciones de los Servidores públicos de la Entidad frente a los Grupos de Interés</p> <p>- Grabaciones y evidencias de las Mesas de trabajo y Actas de Reunión Grupo Primario. Así mismo, la matriz de gestión de riesgos</p> <p>Las actas se ubican en el Drive de Comunicaciones, Carpeta 2020</p> <p>De conformidad con lo socializado en los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en las reuniones celebradas el 27 de mayo, el 28 de septiembre y el 17 de diciembre de 2020., frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del presente lineamiento que se pueden consultar y hacen parte integral de las Actas de los Comités celebrados en esas fechas.</p>
12.4	<p><b>ACTIVIDADES DE CONTROL:</b> La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso.</p> <p>Implementa políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en el día a día de las operaciones.</p>	<p><b>Lineamiento 12:</b> Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos).</p>	<p>12.4 Verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados.</p>	<p>OAPS: Dentro del seguimiento a reportar por cada uno de los líderes de proceso, la OAPS realizará el monitoreo al cumplimiento de los controles establecidos para los riesgos en zona extrema, alta y moderada de acuerdo con lo establecido en la Política para la Administración del Riesgo de la entidad.</p> <p>- Formato Mapa de riesgos Solución</p> <p>De conformidad con lo socializado en los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en las reuniones celebradas el 27 de mayo, el 28 de septiembre y el 17 de diciembre de 2020., frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del presente lineamiento que se pueden consultar y hacen parte integral de las Actas de los Comités celebrados en esas fechas.</p>

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

ID	COMPONENTE MECI	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECIFICO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación
12.5	<p><b>ACTIVIDADES DE CONTROL:</b> La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso.</p> <p>Implementa políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en el día a día de las operaciones.</p>	<p><b>Lineamiento 12:</b> Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos).</p>	<p>12.5 Se evalúa la adecuación de los controles a las especificidades de cada proceso, considerando cambios en regulaciones, estructuras internas u otros aspectos que determinen cambios en su diseño.</p>	<p>OAPS: A partir de los posibles reportes que alleguen los líderes de proceso en cuanto a cambios en regulaciones y/o en estructuras internas que hayan generado ajustes a los controles, realizará los ajustes correspondientes en el mapa de riesgos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formato Mapa de riesgos</li> <li>Isolución</li> </ul> <p>2. Cada líder de proceso en caso de presentarse algún cambio en regulaciones, estructuras internas u otros aspectos, ajustará los controles establecidos e informará a la OAPS.</p> <p>Cada líder de proceso reportará a la OAPS, el monitoreo y seguimiento a los riesgos del proceso de acuerdo a la periodicidad establecida en la Política.</p> <p>Líderes de los procesos</p> <p>S.G.: A la fecha los diferentes grupos de trabajo de la Secretaría General han venido adelantando 4 mesas de trabajo con la funcionaria de la OAPS encargada de la Política de Gestión del Riesgo, para la identificación, diseño y manejo de la Gestión del Riesgo de cada uno de los procesos de la Secretaría General.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Correos electrónicos de la invitación de las mesas de trabajo de las Fases 1,2,3,4 <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1FuUkw4w4zICMSY0F2o_wDawzjI3wwmb">https://drive.google.com/drive/folders/1FuUkw4w4zICMSY0F2o_wDawzjI3wwmb</a></li> </ul> <p>Del. Asociativa: Se tienen identificados puntos de control en los procedimientos; adicionalmente, se han realizado dos (2) mesas de trabajo con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación y Sistema para la identificación y evaluación de los riesgos al proceso de Supervisión</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grabaciones y evidencias de las mesas de trabajo</li> <li>- Los soportes de las mesas de trabajo se conservan en la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas</li> </ul> <p>Of. De Comunicaciones: Se han adelantado 3 mesas de trabajo con Sonia Díaz de Planeación y Sistemas y hemos realizado Reuniones de Grupo Primario para identificar riesgos, causas y consecuencias, esto dentro de la Gestión de Riesgos Grupos de Interés. Se encuentra en construcción el Protocolo de Relacionamiento y Comunicaciones de los Servidores públicos de la Entidad frente a los Grupos de Interés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grabaciones y evidencias de las Mesas de trabajo y Actas de Reunión Grupo Primario. Así mismo, la matriz de gestión de riesgos</li> </ul> <p>Las actas se ubican en el Drive de Comunicaciones, Carpeta 2020</p> <p>De conformidad con lo socializado en los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en las reuniones celebradas el 27 de mayo, el 27 de noviembre y el 17 de diciembre de 2020., frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del presente lineamiento que se pueden consultar y hacen parte integral de las Actas de los Comités celebrados en esas fechas.</p>
16.4	<p><b>ACTIVIDADES DE MONITOREO:</b> Este componente considera actividades en el día a día de la gestión institucional, así como a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías). Su propósito es valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.</p>	<p><b>Lineamiento 16.</b> Evaluaciones continuas y/o separadas (autoevaluación, auditorías) para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno están presentes y funcionando.</p>	<p>16.4 Acorde con el Esquema de Líneas de Defensa se han implementado procedimientos de monitoreo continuo como parte de las actividades de la 2a línea de defensa, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones.</p>	<p>OAPS: Dentro del ejercicio de caracterización de procesos se está validando el proceso de gestión de riesgos, el cual se ajustará de acuerdo con las responsabilidades de monitoreo definidas en la política para la administración de riesgos de la entidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Política de administración de riesgos y acto administrativo de aprobación</li> <li>- Metodología para la evaluación de riesgos</li> <li>- Matriz de riesgos</li> </ul> <p>Seguimiento a los riesgos Drive dispuesto por la Oficina de Control Interno.</p>
16.5	<p><b>ACTIVIDADES DE MONITOREO:</b> Este componente considera actividades en el día a día de la gestión institucional, así como a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías). Su propósito es valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.</p>	<p><b>Lineamiento 16.</b> Evaluaciones continuas y/o separadas (autoevaluación, auditorías) para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno están presentes y funcionando.</p>	<p>16.5 Frente a las evaluaciones independientes la entidad considera evaluaciones externas de organismos de control, de vigilancia, certificadores, ONG's u otros que permitan tener una mirada independiente de las operaciones.</p>	<p>OAPS. Considera que las evaluaciones independientes están en cabeza de la tercera línea de defensa</p> <p>No obstante se aclara, por parte de la OCI que el lineamiento se enfoca a si la entidad Frente a las evaluaciones independientes considera las evaluaciones externas de organismos de control, de vigilancia, certificadores, ONG's u otros que permitan tener una mirada independiente de las operaciones.</p> <p>De conformidad con lo socializado en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, en la reunión celebrada el 17 de diciembre, frente a este lineamiento SOCIALIZO LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones que evidencian el cumplimiento del mismo, las cuales se pueden consultar en el informe presentado, el cual hace parte integral de la Acta del Comité celebrado en esa fechas.</p>

**ELABORADO POR**

**Nombre:** Martha Rocío Yanquén Parra  
**Cargo:** Profesional Especializado - Oficina de Control Interno

**REVISADO POR**

**Nombre:** Mabel Astrid Neira Yepes  
**Cargo:** Jefe Oficina de Control Interno

**APROBADO POR**

**Nombre:** Mabel Astrid Neira Yepes  
**Cargo:** Jefe Oficina de Control Interno

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

ID	COMPONENTE MECI	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECIFICO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación
17.4	<b>ACTIVIDADES DE MONITOREO:</b> Este componente considera actividades en el día a día de la gestión institucional, así como a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías). Su propósito es valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.	<b>Lineamiento 17.</b> Evaluación y comunicación de deficiencias oportunamente (Evalúa los resultados, Comunica las deficiencias y Monitorea las medidas correctivas).	17.4 La Alta Dirección hace seguimiento a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el Sistema de Control Interno y si se han cumplido en el tiempo establecido.	<p>OAPS: En cuanto a riesgos, las acciones correctivas atienden a los riesgos materializados al interior de la entidad. Un vez se cuente con la implementación de la Política y metodología de riesgos de podrán determinar este tipo de acciones en caso de que aplique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Política de administración de riesgos y acto administrativo de aprobación Metodología para la evaluación de riesgos</li> <li>- Drive dispuesto por la Oficina de Control Interno.</li> <li>• Actas Comité Institucional de Coordinación de Control Interno</li> <li>• Informes actividades Oficina de Control Interno</li> <li>• Informe seguimiento planes de mejoramientos suscritos con la Oficina de Control Interno con corte al 31 de octubre de 2020</li> </ul> <p>De conformidad con lo socializado en los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno que fueron celebrados el 29 de Septiembre y el 17 de diciembre de 202, la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y la Oficina de Control Interno frente a este lineamiento SOCIALIZARON LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones y el avance que evidencia en el cumplimiento del mismo, las cuales se pueden consultar en las presentaciones realizadas que hacen parte integral de las Actas de los Comités celebrados en esas fechas.</p>
17.9	<b>ACTIVIDADES DE MONITOREO:</b> Este componente considera actividades en el día a día de la gestión institucional, así como a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías). Su propósito es valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.	<b>Lineamiento 17.</b> Evaluación y comunicación de deficiencias oportunamente (Evalúa los resultados, Comunica las deficiencias y Monitorea las medidas correctivas).	17.9 Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes?	<p><b>Líderes de los procesos</b></p> <p><b>OAPS</b> Líderes de proceso. Cada responsable de proceso , monitorea los resultados, proyecta y documenta las acciones de mejora para ser remitido a la oficina de control interno mediante el formato F-COIN-016 Seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento y se procede a registrar en el aplicativo Isolución en el módulo de mejora</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan mejoramiento y planes remitidos a control interno por medio de eSigna</li> <li>-Formato F-COIN-016 Seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento remitidos a la Oficina de Control Interno, SIRECI, Planes de acción 2019 y auditoria de evidencias al FURAG 2019 en el indicativo Isolución</li> </ul> <p><b>Del. Asociativa:</b> La Oficina Asesora de Planeación y Sistema dentro de las mesas de trabajo que se están realizando para la identificación y evaluación de los riesgos al proceso de Supervisión, debe definir la metodología para la comunicación de las deficiencias de control interno.</p> <p><b>Del. Financiera:</b> la OAPS está liderando proceso para la identificación y evaluación de los riesgos de supervisión, y uno de sus insumos debería ser el procedimiento para informar las deficiencias de control interno.</p> <p><b>Of. Comunicaciones:</b> la OAPS está liderando proceso para la identificación y evaluación de los riesgos, a través de las mesas de trabajo para implementar la política de administración de riesgos. De esas sesiones de trabajo saldrá la necesidad de plantear una metodología para informar las deficiencias de control interno.</p> <p>Política de Gestión de Riesgos , las grabaciones de las Sesiones de trabajo con la líder del proceso de Gestión de Riesgos y los documentos diligenciados en cada una de estas sesiones.</p>

Fuente: Consolidado Lineamientos - OCI

De acuerdo a la revisión, y a lo señalado por los procesos, se observaron los respectivos soportes y cumplimiento de las actividades, lo cual también se vio reflejado en el resultado del FURAG 2020.

### 3. Oportunidad de Mejora (Relacionada con la evaluación realizada)

- Se observó acceso a la página web de la sede electrónica, sin embargo, en la misma no se señala la fecha de la última actualización, lo cual no permite evidenciar que el portafolio de tramites efectivamente este actualizado, por lo que se recomienda establecer dentro de la página web la visualización de la última fecha de actualización.
- El proceso auditado remitió trece (13) documentos en Excel, cada uno denominado de diferente manera, por lo que se sugiere unificar el criterio de marcación de este documento con los colaboradores.  
xDebido a algunas inconsistencias vistas en los documentos en lo que respecta a su diligenciamiento, se procede a realizar observación sobre la misma.

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

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

#### 4. Seguimiento al plan de mejoramiento (Verificación de la ejecución de acciones de mejora del plan de mejoramiento del proceso)

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	CAUSA DEL HALLAZGO	ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES / DESCRIPCIÓN	ACTIVIDADES / UNIDAD DE MEDIDA
"Contingencia Aplicativos de Misión Crítica - El Plan de Continuidad del negocio (BCP) que según el plan de mejoramiento debía ponerse en marcha en febrero de 2014, no ha sido implementado, únicamente se tiene el BIA, el cual hace un análisis de los riesgos y el impacto que tendrían en el evento de una contingencia. Está situación constituye un riesgo de seguridad física y lógica..."	Debilidades en cuanto a la planeación tecnológica	Ejecutar las directrices establecidas en el plan de continuidad del negocio, elaborado por la oficina Asesora de Planeación y Sistemas con el fin de minimizar los riesgos relacionados con respecto a la seguridad de la información y la pérdida de la capacidad operativa tecnológica de la entidad.	Hacer seguimiento semestral al cumplimiento de las acciones establecidas en el plan de continuidad del negocio de la entidad.	Informe técnico de seguimiento al plan de continuidad del negocio de la entidad.
En conclusión, las situaciones descritas muestran debilidades en el ejercicio de la función de Control Interno de vigilar que las operaciones institucionales se enmarquen dentro de las normas legales y reglamentarias vigentes.	Debilidades de control interno en las diferentes áreas o grupos de trabajo evaluados,	Revisar y actualizar el mapa de procesos de la entidad	Validar el mapa de procesos y sus procedimientos.	Mapa de procesos

Fuente: Plan de Mejoramiento Suscrito con la CGR

- ✓ La oficina de control interno, evidenció los informes de seguimiento al plan de continuidad del negocio de la entidad, mediante el seguimiento realizado al plan de mejoramiento de la CGR en el mes de enero de 2021, de igual manera, en el proceso de auditoria se observó dentro de la planeación estratégica actividades relacionadas con la estructura tecnológica lo cual permite atacar la causa del hallazgo, y por ende se considera que la actividad es efectiva y procederá a cerrar en el siguiente seguimiento del plan de mejoramiento de la CGR.
- ✓ Respecto a la actividad relacionada con el mapa de procesos de la entidad, se concluye que es efectiva, toda vez que se realizó la actualización total de los procesos, de tal manera que se identificaron riesgos y se establecieron controles para cada causa identificada.
- ✓ Se recomienda tener claro el uso de las versiones de la TRD, dado que se entiende dos situaciones:

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

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

- Situación a: Si no se menciona ni el área ni el rango de páginas cuando se anexa la TRD de manera completa (como se sugirió en la recomendación inicial), se entiende que el proceso auditado es responsable del empleo en extenso de todas las TRD allí consignadas, es decir, sería competencia del proceso de Planeación Estratégica la aplicación y uso de la TRD del Despacho, Delegaturas, Oficinas y Grupos de trabajo allí consignadas.
- Situación b: Si se usan todas las versiones de TRD, eso significa que el proceso auditado tiene documentos en gestión, sin cerrar su trámite, y, por lo tanto, vigentes, desde el año 2003.
- ✓ El proceso auditado remitió trece (13) documentos en Excel, cada uno denominado de diferente manera, por lo que se sugiere unificar el criterio de marcación de este documento con los colaboradores.  
Debido a algunas inconsistencias vistas en los documentos en lo que respecta a su diligenciamiento, se procede a realizar oportunidad de mejora sobre la misma.

## 5. Observaciones:

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

**Condición:** Remisión errónea de inventarios.

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

Es pertinente indicar que el objetivo del diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental del Archivo de Gestión es controlar la producción de los documentos que están en trámite, y, por tanto, debe diligenciarse frecuentemente para mantenerlo actualizado, además de conocer con certeza la cantidad de carpetas y cajas en formato físico y la cantidad de carpetas almacenadas en forma electrónica (servidor Atila, Drive) que están en gestión (trámite).

En ese sentido, la justificación que argumenta el proceso auditado es errónea, dado que no se está solicitando soportes de las transferencias realizadas durante la vigencia 2020, sino que es la remisión del Formato Único de Inventario Documental diligenciado con los documentos pertenecientes al Archivo de Gestión, es decir, los documentos que actualmente están en trámite, aún no se ha cerrado su gestión, independientemente del soporte documental en donde los mismos se encuentren (físico y electrónico).

Lo anterior pone en evidencia que el proceso auditado tiene falencias en la comprensión del ciclo vital del documento, fases de archivo y su interacción con los diferentes propósitos del Inventario,

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

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

dado que pueden existir varios Inventarios para los diferentes fines, entre ellos, el inventario para transferencias documentales y el inventario de archivo de gestión.

Ello implica que es probable que el proceso auditado puede incurrir en el incumplimiento de lo establecido en el Acuerdo 042 de 2002, especialmente en lo contenido en el artículo segundo frente a la organización de archivos de gestión de conformidad con las Tablas de Retención Documental, manuales de procedimientos y funciones de la respectiva entidad y el artículo cuarto que define los criterios para la organización de archivos de gestión.

Con relación a este numeral, es importante señalar que el art. 26 de la Ley 594 de 2000 establece que, "... Es obligación de las entidades de la Administración Pública elaborar inventarios de los documentos que produzcan en ejercicio de sus funciones, de manera que se asegure el control de los documentos en sus diferentes fases" y en concordancia con esta y otras normas (Ley 594 del 2000, Artículo 4, literal d), Ley 734 de 2002, Código Único Disciplinario, Artículo 34. Deberes. Numeral 5), Acuerdo AGN 038 de 2002, Artículo Primero y Artículo Cuarto, -Acuerdo AGN 042 del 2002, Artículo 3 y Decreto Único Sector Cultura 1080 del 2015, Artículo 2.8.2.5.3), la Superintendencia documentó la actividad mediante el procedimiento PR-GEDO-005 administración de los archivos de gestión y transferencia primaria, cuyo numeral 3 del apartado Generalidades y/o políticas de operación se estableció que el jefe es el responsable de la organización de los documentos en gestión de cada una de las dependencias y de la elaboración y actualización de los inventarios documentales.

#### **Criterios:**

- Ley 734 de 2002, Código Único Disciplinario, Artículo 34. Deberes. Numeral 5
- Acuerdo AGN 038 de 2002, Artículo Primero y Artículo Cuarto.
- Acuerdo AGN 042 del 2002, Artículo 3.
- Decreto 080 del 2015, Artículo 2.8.2.5.3.
- PR-GEDO-005 Administración de archivos de gestión de transferencia primaria.

#### **Causa identificada**

- Desconocimiento del objetivo de diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental – FUID para el Archivo de Gestión.
- Desconocimiento de las normas legales vigentes relacionadas con la materia, tales como el Acuerdo AGN 038 de 2002, Artículo Primero y Artículo Cuarto, Acuerdo AGN 042 del 2002, Artículo 3 y Procedimiento interno, PR-GEDO-005 Administración de archivos de gestión de transferencia primaria.

#### **Efecto identificado**

Teniendo en cuenta los inventarios, los efectos identificados son los siguientes:

- Incumplimiento de lo establecido en la normatividad archivística.
- Búsquedas extensas para atención de consultas y préstamos de información, dado que se desconoce el diligenciamiento del Inventario para el Archivo de Gestión.
- Se dificulta la continuidad en la gestión pública de acuerdo al objetivo de la existencia de los inventarios.

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

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

## Recomendación

- Aplicación y seguimiento al numeral 12 “Elaborar inventario documental de los expedientes” del PR-GEDO-005 Administración de archivos de gestión de transferencia primaria.
- Revisar los formatos actualizados contenidos en el sistema integral de gestión, relacionados con el “Formato Único de Inventario Documental – FUID”, para su correcto diligenciamiento.

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

Finalmente, se solicita coordinar la elaboración de un plan de mejoramiento con el área auditada, en el formato “FCOIN008 Seguimiento Cumplimiento Planes de mejoramiento” adjunto al presente informe, que permita subsanar las debilidades identificadas, el cual deberá ser presentado a la Oficina de Control Interno dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de remisión del presente informe.

Cordialmente,

*(Original Firmado)*

**Mabel Astrid Neira Yepes**  
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Martha Rocio Yanquen Parra

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