

MEMORANDO
No.20181100221683

FECHA: 28/09/2018

PARA: **FERNANDO MARTÍNEZ BRAVO**
Superintendente de Vigilancia y Seguridad Privada
CARLOS MANUEL PEÑA IRAGORRI
Secretario General
JAMES RICARDO CELIS
Superintendente Delegado para el Control
ANGELA POVEDA CABEZAS
Superintendente Delegada para la Operación (E)
DANIEL ENRIQUE PEDROZA VANEGAS
Jefe Oficina Asesora de Planeación
LUZ ELENA MORALES MALAVER
Jefe de Oficina Asesora Jurídica
CLAUDIA MARCELA LADINO
Jefe Oficina de Informática y Sistemas

DE: **SANDRA MILENA NEIRA SANCHEZ**
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

ASUNTO: INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS INFORMES DE CONTROL INTERNO PRIMER SEMESTRE 2018

Respetados doctores,

De manera atenta remito para su conocimiento el informe del asunto, en el cual se realizó seguimiento a los informes emitidos por esta Oficina durante el primer semestre de la vigencia 2018.

La Oficina de Control Interno elaboró en el primer semestre 51 informes de Ley, de seguimiento y auditoria, formulando 334 hallazgos y observaciones y consolidando una cultura del autocontrol en la que se han formulado planes de mejoramiento interno que se encuentran en desarrollo, para beneficio de la entidad.

Agradezco compartirlo con sus coordinaciones y tener en cuenta las observaciones de sus informes para culminar las acciones que están pendientes.

Cordialmente,

Firmado digitalmente: SANDRA NEIRA SANCHEZ

JEFE DE OFICINA DE CONTROL INTERNO CODIGO 1 4 GRADO 16

Anexo: Lo enunciado en catorce (14) folios.

FUNCIONARIO O ANALISTA	NOMBRE
Tramitado y Proyectado por	NATHALIA ANDREA PINEDA CAMELO
Revisado para firma por	
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.	

INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS INFORMES DE CONTROL INTERNO PRIMER SEMESTRE DE LA VIGENCIA 2018

OBJETIVO

El presente seguimiento permite determinar el grado de efectividad de las acciones de mejora implementadas por la entidad frente a lo observado por Control Interno en lo que va corrido de la vigencia 2018.

ALCANCE

La Oficina de Control Interno efectuó seguimiento a los hallazgos y acciones formuladas en cada uno de los informes realizados en el primer semestre de la vigencia 2018.

METODOLOGIA

Es importante anotar que para poder tener una visión general y amplia del estado de las observaciones y hallazgos se realizó seguimiento a los informes que requirieron planes de mejoramiento, para determinar el nivel de cumplimiento en el que se encuentra cada uno de los informes presentados para la presente vigencia.

RESULTADOS

La Oficina de Control Interno elaboró para el primer semestre 51 informes de Ley, seguimiento y auditoría, de los cuales 19 son informes de ley, 22 de seguimiento y 10 son informes de auditoría.

Del seguimiento realizado a cada uno de los informes se pudo evidenciar que a la fecha se cuenta con 11 Planes de Mejoramiento Interno producto de las auditorías del año en curso; sin embargo, el proceso que demuestra un atraso significativo en la presentación oportuna de los entregables en la Suite Visión en el de Gestión de la Operación, ya que de 13 de acciones propuestas solo han se han podido validar 2, finalizada 1, 7 devueltas o pasadas de la fecha final planificada y 2 que aun están en desarrollo dado que su fecha final para presentar los entregables son en 31 de diciembre.

Por consiguiente, para el primer semestre de la presente vigencia se formularon 364 acciones para subsanar tanto hallazgos, como observaciones, de los cuales 117 acciones continúan abiertas, 208 hallazgos/observaciones en seguimiento y 39 cerrados, para un porcentaje de avance del 10,7%. Cabe resaltar que los líderes de procesos han adelantado acciones de mejora frente a los hallazgos relacionados en precedencia, sin embargo, aun el nivel de cumplimiento en la presentación de los planes de mejoramiento es bajo, al igual que el cumplimiento a las acciones que se establecieron y quedaron consignadas en la Suite Visión.

RECOMENDACIONES

1. Es importante que se realice de manera oportuna la presentación de los planes de mejoramiento para mitigar las causas de los hallazgos y observaciones detectadas a tiempo, pues de no hacerlo se incurriría en incumplimiento al numeral 8 del Procedimiento de Auditorías Interna, pues en él se establece la importancia de ser presentado a la Oficina Asesora de Planeación y en caso de no entregarse, se podrá en conocimiento de la Secretaria General con funciones disciplinarias para que realice la investigación del caso.
2. Cumplir con los criterios de formulación definidos para las acciones de mejora en el Manual de Planes que lidera el proceso de Gestión de Calidad.
3. Fortalecer la Cultura de Autocontrol y autoevaluación entre los líderes de proceso, con el fin de mantener actualizado el Sistema de Gestión Administrativa (SUITE).
4. Evitar la materialización de riesgos por no formular acciones tendientes a controlar los hallazgos detectados.

FUNCIONARIO O CONTRATISTA	NOMBRE
Tramitado y Proyectado por	Nathalia Pineda
Revisado para firma por	Sandra Neira
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.	

Número de Informe	Informe	Fecha suscrita en el PAJ	Fecha de Memorando Removido	# de Hallazgos	Hallazgos Principales	PLAN DE MEJORAMIENTO		# De Plan	Seguimiento	Abierta	Cerrada	
						SI APLICA	NO APLICA					
1	SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO	16/01/2018	18/01/2018	1	Plan Anticorrupción: se observo que se plantearon 83 actividades de las cuales no se dio cumplimiento a 19, para un porcentaje de cumplimiento del 78%.		x		Aun se encuentra en seguimiento, no obstante, a la fecha en la Suite Visión empresarial se evidencia que el estado de avance del Plan es de 60,43%.	N/A		
2	SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS ANTICORRUPCIÓN	15/02/2017	18/01/2018	2	Se identificaron 14 riesgos , con 48 acciones formuladas en total. A 31 de diciembre se tenían planteadas 13 acciones y solo se cumplieron 2, para un porcentaje de cumplimiento de 15%.		x		En cuanto al mapa de riesgos de corrupción, se tienen identificados 14 Riesgos, con 48 acciones formuladas en total, con sus respectivas fechas y responsables concretos. A 31 de diciembre se tenían planeadas 13 acciones, de las cuales sólo 2 se observan cumplidas, para un porcentaje de cumplimiento de 15%.	x		
				3	Confusión en la identificación del riesgo de corrupción y el riesgo del proceso					x		
				4	Debilidades en el cumplimiento de las acciones dispuestas en el mapa de riesgos					x		
				5	No se relacionan los riesgos con el objetivo del proceso.					x		
3	INFORME DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS	30/01/2018	30/01/2018	6	Es necesario la reformulación de algunos de los indicadores con que cuentan las áreas, toda vez que de la revisión que se efectuó no aportan información para la toma de decisiones.		X		Es necesario la reformulación de algunos de los indicadores con que cuentan las áreas, toda vez que de la revisión que se efectuó no aportan información para la toma de decisiones.	x		
4	INFORMES DE AVANCE PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL EN EL SIRECI	2/02/2018	2/02/2018	7	De 167 acciones de mejora previstas en el Plan, se ejecutaron al 100%.		X		De 167 acciones de mejora previstas en el Plan, se ejecutaron al 100%.		x	
5	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL MINISTERIO DE DEFENSA.	28/02/2018	5/02/2018	8	Atención al Usuario: Ajustar el procedimiento del PQRS para hacer seguimiento mensual.		X		Para el seguimiento realizado en el mes de julio se pudo evidenciar que a la fecha se encuentra incorporado a la Suite la nueva versión del procedimiento en el que se establece el seguimiento mensual al tema de PQRS en la actividad 10. Se observan en la Suite los 09 informes solicitados. Se evidencia vinculado al Sistema de Gestión de Administrativa el Memorando No. 20174000057483 del 31 de mayo de 2017, mediante el cual se presentó a los directivos de la Entidad el documento que presenta la estructuración del flujo del proceso de recepción y resolución de las solicitudes a cargo de las áreas misionales. Es actividad se observa de difícil cumplimiento, en los términos planteados, porque la Delegada modificó los procedimientos, ya no tiene 14, sino solo tiene uno denominado "Procedimiento de Autorizaciones, Permisos, Acreditaciones y Licencias" donde no se observa la priorización planteada. En relación con esta acción se escribirá al Ministerio para su concepto. Se llevó nuevamente al Comité institucional de Coordinación de Control Interno, donde se requirió el concepto por parte de la Oficina Asesora Jurídica, quien emitió el mismo mediante memorando No. 20181300152543 del 25 de junio de 2018, presentado en comité nuevamente y en el cual se determinó enviar a la Secretaría General, con funciones disciplinarias el caso. Se evidencia modificación a los procedimientos del 28 de abril de la presente vigencia en la que se establecieron puntos de control en las actividades de: solicitud acompañamiento jurídico cuando se trata de contratos de TIC, revisión de estudios de mercado, revisión de estudios previos, revisión del plazo y el valor del contrato, acta de inicio. Se llevó nuevamente al comité de Coordinación de Control Interno, donde se requirió el concepto por parte de la Oficina Asesora Jurídica, quien emitió el mismo mediante memorando No. 20181300152543 del 25 de junio de 2018, presentado en comité nuevamente y en el cual se determinó enviar a la Secretaría General, con funciones disciplinarias el caso. Se llevó nuevamente al comité de Coordinación de Control Interno, donde se requirió el concepto por parte de la Oficina Asesora Jurídica, quien emitió el mismo mediante memorando No. 20181300152543 del 25 de junio de 2018, presentado en comité nuevamente y en el cual se determinó enviar a la Secretaría General, con funciones disciplinarias el caso. Se llevo nuevamente al Comité de Coordinación de Control Interno, donde se requirió el concepto por parte de la Oficina Asesora Jurídica, quien emitió el mismo mediante memorando No. 20181300152543 del 25 de junio de 2018, presentado en comité nuevamente y en el cual se determinó enviar a la Secretaría General, con funciones disciplinarias el caso. Se evidencia registro de la realización de las 2 capacitaciones. Revisada esta tarea con el área se determinó que no podían adelantar ellos como tal una auditoria sino un seguimiento, el cual se consigno en el informe con radicado 20183200161823 del 13 de julio de 2018, subido en la Suite "Informe de Seguimiento a la Actividad de Supervisión". Se incluyó dentro del certificado de la Supervigilancia como cliente SSL, y caduca el 29 de diciembre de 2018, subido en la Suite.		x	
				9	Atención al Usuario: Elaborar el informe sobre las fallas en el proceso que con llevan al incumplimiento en el tiempo de las respuestas para incluir un punto de control.							
				10	Superintendente Delegado para la Operación: Presentar documento guía a la alta dirección para su evaluación y socialización.							
				11	Superintendente Delegado para la Operación: Procedimientos ajustados.							
				12	Oficina de Informática y Sistemas: Elaborar informe de supervisor o interventor que refleje el estado actual del contrato y remitirlo a la Oficina Jurídica y al Secretario General para que determine las acciones jurídicas que se requieran.							
				13	Oficina de Informática y Sistemas: Creación de punto de control en el procedimiento donde se verifique la entrega de los estudios de mercado para los procesos contractuales.							
				14	Oficina de Informática y Sistemas: Elaborar informe de supervisor o interventor que refleje el estado actual del contrato y remitirlo a la Oficina Jurídica y al Secretario General para que determine las acciones jurídicas que se requieran.							
				15	Oficina de Informática y Sistemas: Solicitud de concepto a la Oficina Jurídica.							
				16	Oficina de Informática y Sistemas: Elaborar informe de supervisor o interventor que refleje el estado actual del contrato y remitirlo a la Oficina Jurídica y al Secretario General para que determine las acciones jurídicas que se requieran.							
				17	Grupo de Contratos/ Sec. General: Realizar 2 capacitaciones del Manual de contratación.							
18	Grupo de Contratos/ Sec. General: Realizar auditoría a la actividad de interventoría en la entidad.											
19	Oficina de Informática y Sistemas: Adquisición de certificados SSL para conexiones seguras, contemplado en el plan de adquisiciones para la oficina de informática y sistemas vigencia 2017.											

7	INFORME SEMESTRAL eKogui.	28/02/2018	28/02/2018	34	Crear los mecanismos de control que permitan asegurar que la información sea registrada en el eKogui por parte de los abogados y un adecuado seguimiento por parte de la Administradora del Sistema para que este permanezca actualizado.	X		embargo, esta Oficina continua realizando seguimiento hasta que se logren cumplir. Sin embargo, en el seguimiento realizado ha 31 de agosto se solicito Plan de Mejoramiento.	x	
				35	No se encontró soporte documental de las comunicaciones enviadas a la ANDJE sobre procesos con cuantía superior a 33,000SMLV.				N/A	
8	INFORME FINAL AL PROCESO DE COMUNICACIONES	21/02/2018	28/02/2018	36	No hacen alusión a las actividades de participación ciudadana ni sobre la elaboración del plan de participación ciudadana, que es la esencia del procedimiento.	X	2	El Plan de Mejoramiento fue aprobado el 20/04/2018, en el cual se plantearon las siguientes acciones de mejora: 1. Actualizar el Manual de Comunicaciones, con las actividades a realizar, con los responsables de la ejecución, para la construcción y desarrollo del Plan en lo referente a la Promoción, invitación, socialización de los espacios de participación creados y presentar el informe final. Cabe resaltar que esta 2. Enviar memorando a la Oficina de Sistemas, recordando la responsabilidad de contar con copias de seguridad y de cumplimiento de las obligaciones del contrato, para preservar la información publicada.	x	
				37	Se observan debilidades en relación con el registro de los eventos realizados y respecto de la programación de los eventos.			3. Asignar un responsable del manejo y alimentación de la carpeta, dentro del grupo de comunicaciones. Esta acción ya cuenta con entregable y ya fue aprobada y validada por la Oficina de Control Interno.		x
				38	Al verificar la existencia de los protocolos de los eventos, estos no reposan en una carpeta debido a que para la Oficina de comunicaciones los protocolos son documentos de apoyo que no requieren ser archivados.			4. Incorporar en el Manual de Comunicaciones las actividades que le corresponde al proceso estratégico de Gestión de Comunicaciones relacionadas con la adecuada planeación de los eventos de la entidad y su correspondiente registro. Cabe resaltar que esta acción tenía como fecha final planificada el 30 de julio 5. Designar un responsable de dicha actividad y registro al interior del grupo de comunicaciones. Se evidencia Memorando No.20181000117603 del 07/05/2018 donde se asigna como responsable al contratista Joe Quesada de la Pagina Web de la Entidad por parte de la Oficina Asesora de	x	
				39	No fue posible evidenciar el plan de participación ciudadana de la vigencia 2017.			6. Elaborar un nuevo formato, para dicho registro de las solicitudes de publicación. Esta acción ya cuenta con entregable y ya fue aprobada y validada por la Oficina de Control Interno, donde se creó el Formato SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD, Código: FOR-GCM-100-006, Aprobación: 15/05/2018 Versión: 01.		x
				40	Debilidades en el registro de solicitud de publicación,			7. Elaborar informe de seguimiento, identificando que información hace falta actualmente. Esta acción ya cuenta con entregable y ya fue validada por la Oficina Asesora de Planeación.	x	
				41	Registro de las solicitudes: no se pudo evidenciar información de la vigencia 2017 dado que la página está en un proceso de migración.			8. Enviar memorando a cada una de las áreas que no cuentan con la información actualizada o que no reposa en la página web. Esta acción ya cuenta con entregable y ya fue validada por la Oficina de Control Interno.		x
								9. Mejorar el diseño de la matriz de transparencia, agregando unas columnas demarcadas con los meses del año, para el seguimiento mensual por parte de esta dependencia. Esta acción ya cuenta con entregable y ya fue validada por la Oficina de Control Interno.		x
								10. Presentar ante el Comité de Desarrollo Institucional el seguimiento trimestral de las presente actividades. Entregable: 3 informes trimestrales (mayo, julio y octubre). Esta acción aun no tiene entregables adjuntos, sin embargo se cuenta con un plazo para reportar hasta el 30 de diciembre de 2018.	x	
								11. Realizar seguimiento mensual a los documentos que deben reposar en la página web, generando correo. Entregable: 7 correos. Esta acción aun no tiene entregables adjuntos, sin embargo se cuenta con un plazo para reportar hasta el 30 de diciembre de 2018.	x	
								12. Formular política en relación con la publicación de documentos en la página web, determinar cuanto tiempo, vigencias debe reposar, el tiempo de cada documento en la página. Igualmente, incluir en la política que debe observarse claramente la fecha de elaboración y de publicación de los documentos. Cabe resaltar que esta acción tenía como fecha final planificada el 30 de julio del 2018, aun no se han presentado ningún entregable.		x
								13. Enviar memorando a la Oficina de Sistemas, recordando la responsabilidad de contar con copias de seguridad y de cumplimiento de las obligaciones del contrato, para preservar la información publicada.- Plan de Mejoramiento Institucional. Se evidencia Memorando No.20181000118813 del 08/05/2018, donde se solicita a la Oficina de Sistemas mantener las copias de seguridad de la información publicada en la pagina web.	x	
9	INFORME DE SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS DE LA SUPERINTENDENCIA.	15/02/2018	28/02/2018	42	El Mapa de Riesgos Institucional de la Superintendencia cuanta con un total de 64 riesgos.	X		Estas acciones encontradas aun se encuentran en desarrollo por parte de las oficinas responsables, sin embargo, esta Oficina continua realizando seguimiento hasta que se logren cumplir. A la fecha el Plan cuenta con un nivel de avance del 34,36%.	x	
				43	43 riesgos clasificados en zonas extremas y alto riesgo.				x	
				44	40 acciones cumplidas de 118, quedando pendientes 78 acciones.				x	
10	INFORME DE CONTROL INTERNO CONTABLE VIGENCIA 2017	26/02/2018	6/03/2018	45	A la fecha el estado contable de la Entidad se encuentra con un puntaje de 4,56, es decir un nivel adecuado.	X		A la fecha el estado contable de la Entidad se encuentra con un puntaje de 4,56, es decir un nivel adecuado.		x
11	INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO	12/03/2018	12/03/2018	46	Actualización del Manual de Funciones y Competencias.	X		Estas acciones encontradas aun se encuentran en desarrollo por parte de las oficinas responsables, sin embargo, esta Oficina continua realizando seguimiento hasta que se logren cumplir. En el ultimo seguimiento realizado en el mes de julio se realizaron 5 recomendaciones para tener en cuenta.	x	
				47	Gestiones necesarias para la presentación y seguimiento al proyecto de restructuración de la planta de personal y profesionalización de la misma ante el Ministerio de Defensa.				N/A	
				48	Actualización de los procesos de Disciplinario, Contratación Estatal y Constitución Política.					x
				49	Aprobación y socialización del Programa de bienestar.					x
				50	43 riesgos clasificados en zonas extremas y alto riesgo.					x
				51	No se evidenció la formulación de acciones preventivas y correctivas sobre los hallazgos y no conformidades en el aplicativo Suite Visión.					x
				52	Los líderes de los procesos auditados no formulan dentro del termino establecido en el procedimiento el correspondiente plan de mejoramiento.					x
				53	Debilidades en la plataforma eSigna, ya que existen procedimientos que se encuentran todavía en desarrollo.					x
				54	No se logra evidencia que el sistema de quejas y reclamos de la entidad haya mejorado en el cumplimiento de los tiempos de respuesta.					x
12	INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS INFORMES DE CONTROL INTERNO	28/02/2018	12/03/2018	55	Se detectaron 177 hallazgos, de los cuales 47 se encuentran abiertos (45 con planes de mejoramiento y 102 sin acción de mejora) y 30 hallazgos cerrado.	X		En el presente seguimiento se evidenció que lo que va corrido de la vigencia 2018 la Oficina de Control Interno ha emitido 51 informes, para un total de 334 hallazgos y 11 planes de mejoramiento.	x	

13	INFORME DE SEGUIMIENTO IMPLEMENTACIÓN NORMAS INTERNACIONALES DE INFORMACIÓN FINANCIERA NIFSP	20/02/2018	12/03/2018	56	No se incluye el instructivo 002 de 2015	X		Estas acciones encontradas aun se encuentran en desarrollo por parte de las oficinas responsables, sin embargo, esta Oficina continua realizando seguimiento hasta que se logren cumplir.	N/A	
				57	Se evidencia que el periodo de revisión de las estimaciones debe ser mas corto por parte del grupo coactivo, en vista de la debilidad que presenta la entidad por el cobro de cartera de acuerdo a lo evidenciado en el comité de sostenibilidad contable.				N/A	
				58	La matriz de controles no esta integrada en el procedimiento del responsable de la entidad.				N/A	
				59	La matriz de controles incluida en la politica no se evidencia en el proceso del area de Recursos Fisicos como procedimiento y la periodicidad para actualizarla				N/A	
				60	No se evidencia matriz de control transversal al proceso responsable de evidenciar hechos ocurridos después del cierre de periodo contable.			N/A		
14	INFORME DE AUDITORIA AL PROCESO DE SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	20/03/2018	20/03/2018	61	No se evidencian los informes trimestrales de seguimiento a la ejecución de acciones correctivas y preventivas de la entidad, establecida 5.3 del procedimiento de acciones preventivas y correctivas.	X	3	A la fecha se encuentra en ejecución el Plan de Mejoramiento, sin embargo este no cuenta con fecha de presentación; sin embargo en la Suite se logran evidenciar las siguientes acciones para mitigar los hallazgos producto de la Auditoría: 1. Actualizar el procedimiento de acciones correctivas y preventivas incluyendo un punto de control para la realización de los informes trimestrales y la publicación en la pagina web de la entidad en el link de transparencia. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de 2. Solicitar mediante memorando a la oficina de Comunicaciones la creación de un link de Informes sobre planes para publicar los informes de seguimiento. Esta tarea ya se encuentra Finalizada. 3. Actualizar el Instructivo de control de documentos incluyendo una actividad referente a la verificación de la utilización de los formatos que son aprobados. Esta tarea ya se encuentra finalizada. 4. Realizar reuniones con los procesos donde se identificaron los formatos no utilizados con el fin de establecer su pertinencia o la eliminación del sistema de gestión de calidad. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno.	X	
				62	Se observa que en el proceso de Gestión Financiera no se está haciendo uso del formato (FOR-GFI-320-016 VERSIÓN 9 APROBADO EL 09/01/2018)					X
				63	Se evidencia en la Suite Visión empresarial que la entidad cuenta con 404 acciones de mejora abiertas que provienen de auditorías desde 2014 hasta la fecha, situación que demuestra que la gestión de mejoramiento continuo del sistema de gestión de la institución no es suficiente en la ejecución.					X
				64	Las actas de las sesiones del Comité de Desarrollo no se encuentran firmadas.					
				65	No se utiliza el formato de planilla de préstamo de historias laborales.			X		
15	ARQUEO DE CAJA MENOR	30/03/2018	21/03/2018	66	A la fecha no se ha realizado ninguna operación con recursos de la caja menor	X		Estas acciones encontradas aun se encuentran en seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno.	N/A	
				67	La Coordinadora de Recursos Físicos manifiesta que aún no tiene asignación formal de la custodia y responsabilidad de la caja menor.				N/A	
				68	No se ha efectuado movimiento del rubro de caja menor durante la presente vigencia.				N/A	
16	INFORME SOFTWARE - DERECHOS DE AUTOR	15/03/2018	20/03/2018	69	Revisado el inventario de licencias de software se observa que no es preciso, en cuanto a cantidad y valor.	X		Estas acciones encontradas aun se encuentran en seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno.	N/A	
				70	Se evidencia que en un par de registro del mes de diciembre de 2017 de 1157 no corresponden con la compra realizada al igual que otros 1115, pues no aparecen sus registros en Recursos Físicos.				N/A	
				71	No se observa con precisión cuál es el destino final de las licencias que se dan de baja en la Entidad.				N/A	
17	AUDITORIA AL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL	15/03/2018	23/03/2018	72	Los puntos de control no están cumpliendo su función primordial.	X	4	A la fecha se encuentra en ejecución el Plan de Mejoramiento, y en la Suite se evidenciaron las siguientes acciones para subsanar los hallazgos: 1. Actualizar el Instructivo que corresponde a este procedimiento, incluyendo puntos de control y tiempos, de acuerdo a la normatividad vigente. Adicionalmente se tendrán en cuenta los ajustes que resultan aplicables del gestor documental eSigna de la entidad. Esta acción se encuentra finalizada en la Suite Visión. 2. Incluir en el instructivo de correspondencia la actividad de registrar la guía de envío del documento y que pueda ser consultada. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno. 3. Incluir en el instructivo de correspondencia la actividad donde se defina la importancia de recibir o enviar comunicaciones de carácter urgente y diferentes formas de envío. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno. 4. Realizar 2 mesas de trabajo con las áreas involucradas según estadísticas de documentos devueltos, para tomar acciones de mejora. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno. 5. Actualizar el Instructivo que corresponde a este procedimiento, incluyendo puntos de control y tiempos, de acuerdo a la normatividad vigente. Adicionalmente se tendrán en cuenta los ajustes que resultan aplicables del gestor documental eSigna de la entidad. Esta acción se encuentra finalizada en la Suite Visión. 6. Continuar con las mesas de trabajo que se han venido realizando con el AGN y la empresa Informática Documental para la presentación al comité de las TRD. Esta tarea no evidencia entregable, debido a que la acción finaliza hasta el 31 de diciembre de 2018."		X
				73	Es preciso anotar que se han presentado dificultades en la ejecución del procedimiento, como quiera que hubo transición del sistema Orfeo a eSigna.				X	
				74	SIPOST: al revisar el procedimiento y dichas planillas se observó que no está dando respuesta al área solicitada del envío, lo cual conlleva a debilidad en el control de documentos.				X	
				75	Se requiere ajustar el procedimiento en términos de entrega de documento, ya que no hay claridad en el procedimiento o de las diferentes formas de envío.				X	
				76	No se tienen datos sobre los motivos de las devoluciones.					X
				77	No se realiza un efectivo control a la oportuna respuesta de las peticiones.					
				78	Frente a la convalidación de las tablas de retención hay ajustes que a la fecha no se han subsanado.					X
18	INFORME SEGUIMIENTO AL SIIF - POLITICAS DE SEGURIDAD	30/03/2018	12/04/2018	79	No se observa la cláusula de confidencialidad del sistema SIIF.	X		Estas acciones encontradas aun se encuentran en seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno.	N/A	
				80	No se observa bitácora de incidentes y novedades en SIIF Nación,				N/A	
				81	No se observa inclusión en el mapa de riesgos las políticas de operación y seguridad SIIF Nación.				N/A	
				82	No se observa plan de contingencia para dar continuidad a la operación del Sistema Financiero SIIF.				N/A	
19	INFORME DE AUDITORIA AL PROCESO DE GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL	16/03/2018	19/04/2018	83	Incumplimiento de los términos establecidos en el procedimiento para dar respuesta a las solicitudes de consulta de antecedentes, efectuadas por las dependencias de la Superintendencia, específicamente en el tramite de blindaje.	X	5	A la fecha se encuentra en ejecución el Plan de Mejoramiento, que fue presentado el día 04 de mayo de 2018, en el se contemplaron las siguientes acciones para subsanar los hallazgos: 1. Actualizar el procedimiento Consulta de Información Judicial, PRO AIN-150- 005, ver 5, a fin de revisar y ajustar los tiempos de las actividades de este procedimiento, a la realidad que se viene dando referente al volumen de antecedentes solicitados por la entidad. Esta acción se encuentra finalizada en la Suite 2. Reformular las variables y actualización de ficha del indicador, que conforman el indicador Eficiencia en la consulta de información judicial a fin de cambiar la línea tope de tiempo de repuesta de antecedentes. Esta acción se encuentra finalizada en la Suite Visión 3. Solicitar a la Dirección de Investigación Criminal e Interpol DIJIN, a fin de corregir y actualizar el sustento jurídico en las respuestas de antecedentes judiciales. Esta acción se encuentra finalizada en la		X
				84	El término de los tramites deben ser revisados					X
				85	Normatividad derogada en el formato de respuesta del Grupo Auditado.					X

				86	No se encuentra incluida la respuesta de consulta de antecedentes en la resolución de información clasificada y reservada.				4. Solicitar a la Dirección de Investigación Criminal e Interpol DIJIN y SVSP, a fin de solicitar concepto jurídico y dar precisión sobre si debe o no, estar incluida la respuesta de antecedentes dentro de la R No. 2018130002097. Por la cual se adopta el Registro de activos de información. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno.	x	
20	INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DE GESTIÓN	30/03/2018	20/04/2018	87	57 indicadores de los cuales a la fecha se encuentran con información completa 42 de ellos (74%).				Estas acciones encontradas aun se encuentran en seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno.	N/A	
				88	Se debe verificar la cantidad de indicadores vigentes de la entidad, ya que no coincide con la presentada por la Oficina Asesora de Planeación.					N/A	
				89	Revisar la pertinencia, definición y alcance de los indicadores con el fin de que se reduzcan para efectos de centrasen solo en los asuntos estratégicos. Se dejan de monitorear asuntos claves con ejecución de planes de capacitación y bienestar, salud ocupacional y actualización de hojas de vida en el SIGEP.					N/A	
				91	Revisar los indicadores de eficacia y eficiencia de cartera contra el indicador de recaudo de cartera del proceso de Gestión financiera.					N/A	
21	INFORME DE SEGUIMIENTO AL SIGEP	16/04/2018	26/04/2018	92	De los 90 empleados públicos con los que cuenta la entidad solo 6 hojas de vida se encuentran aprobadas en el SIGEP.		X		Estas acciones encontradas aun se encuentran en desarrollo por parte de las oficinas responsables, sin embargo, esta Oficina continua realizando seguimiento hasta que se logren cumplir.	N/A	
				93	De 183 contratistas solo han sido aprobadas 17 hojas de vida en el SIGEP.					N/A	
				94	82 empleados públicos con hojas de vida actualizadas y 8 no actualizadas.					N/A	
				95	89 contratistas actualizaron su hoja de vida y 94 aun no cuentan con un registro de actualización.					N/A	
22	INFORME DE SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA EN LA SUITE VISIÓN EMPRESARIAL	20/04/2018	27/04/2018	96	Se encontraron 392 acciones correctivas, preventivas y hallazgos de la CGR y el Ministerio de Defensa pendientes por revisar.		X		Este informe realizó como seguimiento a las acciones de mejoras pendientes en la Suite Visión, no obstante, aun se continua depurando las acciones para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno.	N/A	
				98	231 acciones continuaron en el flujo, es decir fueron devueltas a la Oficina Asesora de Planeación para que sean finalizadas.					N/A	
				100	Se cerraron 92 acciones de mejora, fueron devueltas 6 acciones dado que el entregable no correspondía a lo solicitado y 3 acciones que aun se encuentran abiertas.					N/A	
23	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	13/04/2018	30/04/2018	101	Se elaboraron 7 Planes de Mejoramiento Internos, fruto de las auditorias realizadas en la vigencia 2017.		X		En el presente seguimiento se realizó monitorio y seguimiento a las acciones formuladas en cada uno de los Planes de Mejoramiento 2018.	N/A	
				102	Se solicitó plan de mejoramiento de los procesos de Gestión Documental, pero dicha área manifestó que no consideraba necesario formular plan de mejoramiento y actualmente fue requerido nuevamente el plan por parte de la Oficina de Control Interno.					N/A	
				103	Del seguimiento realizado a cada uno de los Planes de Mejoramiento indicados, se pudo evidenciar que se formularon 65 hallazgos, incluyendo las 5 No conformidades Reales y se formularon 110 acciones de mejora.					N/A	
				104	13 acciones tenían fecha de vencimiento y sólo 5 acciones reportaron avance.					N/A	
24	INFORME DE SEGUIMIENTO AL SUIT	30/06/2018	30/04/2018	105	De otro lado se encuentra que 97 acciones todavía están dentro del plazo de ejecución las cuales corresponden al 87% de las acciones planteadas en el plan de mejoramiento institucional.		X		A la fecha el ultimo seguimiento se realizó el 30 de agosto de 2018.	N/A	
				106	Una vez revisada esta información en el sistema SUIT, se encuentra que el único trámite programado para racionalizar durante la vigencia 2017, es el de "Licencia de funcionamiento para servicios de vigilancia y seguridad privada", y no ha sido actualizado desde septiembre de 2015.					N/A	
				107	Se evidencia que el trámite "Licencia de funcionamiento para servicios de vigilancia y seguridad privada" es presencial, situación que no se corresponde con el uso que actualmente se hace del trámite desde la Sede Electrónica de la Superintendencia.					N/A	
				108	No se evidencia avance en las etapas de racionalización de trámites de la Superintendencia, como quiera que se encuentran en la actividad de definición de la Estrategia del trámite, que es una de las etapas iniciales.					N/A	
				109	Para la presente vigencia se ha propuesto como actividad "Actualizar los tiempos de respuesta y las actividades en el Sistema Único de Información de Trámites SUIT", con plazo máximo al 28 de diciembre de 2018.					N/A	
25	INFORME DE AUDITORIA DELEGADA PARA LA OPERACIÓN.	20/04/2018	30/04/2018	110	No se evidencia la conformación de Expedientes físicos para cada uno de los tramites de licencia de 2017 y 2018 realizados por la Superintendencia.		x	6	A la fecha se encuentra en ejecución el Plan de Mejoramiento, presentado el día 03 de marzo de 2018, en él se contemplaron las siguientes acciones para subsanar los hallazgos: 1. Enviar base de datos con información relacionada a los tramites a descongestionar a la oficina de control interno. El entregable fue rechazado el día 23 de agosto, debido a que el entregable es: 3 Bases de datos de los grupos de la Delegada con los tramites a descongestionar según el plan de descongestión y se subieron a la Suite las Bases de datos, pero no la evidencia de que hayan sido enviadas a la Oficina de Control Interno, por ello la Oficina Asesora	x	
				111	No se evidencian expedientes virtuales que faciliten localización organización de todos los documentos correspondientes a un mismo tramite de licencia.					x	
				112						x	
								5. Enviar un memorando por parte del Delegado para la Operación a los funcionarios de la Delegada para que cada vez que emitan un documento a través del gestor documental, lo asocien o incluyan dentro del expediente padre y que en cualquiera de los 2 casos el expediente deberá ser completado por el Pro. A la fecha no se evidencian entregables, teniendo en cuenta que la fecha final para la acción era el 31 de julio del 2018.	x		
								6. Enviar un memorando por parte del Delegado de Operación a los funcionarios de la Delegada para que cada vez que emitan un documento a través del gestor documental, lo asocien o incluyan dentro del expediente padre y que en cualquiera de los 2 casos el expediente deberá ser completado por el Profeso. A la fecha no se evidencian entregables, teniendo en cuenta que la fecha final para la acción era el 31 de julio del 2018.	x		

				114	Se observa que desde el año 2015, esa Delegada no ha registrado en el SUIT las actividades de mejoramiento y seguimiento propuestas, sin ajustar términos y sin concluir los relacionado con trámites en línea.				7. Realizar capacitación a los funcionarios de la Delegada para que asocien todos los radicados pertenecientes al trámite específico al expediente padre. Esta tarea ya se encuentra finalizada en la Suite.		x
									8. Realizar informe de seguimiento verificando aleatoriamente que se hayan incorporado la totalidad de los documentos pertenecientes al expediente. A la fecha no se evidencian entregables, teniendo en cuenta que la fecha final para la acción era el 31 de julio del 2018.	x	
									9. Solicitar a la Secretaria General que se expida una política para la entidad que determine claramente cuáles son las directrices para el manejo de los expedientes físicos, virtuales e híbridos y su forma de aplicación. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte	x	
									10. Enviar un memorando por parte del Delegado para la Operación a los funcionarios de la Delegada para que cada vez que emitan un documento a través del gestor documental, lo asocien o incluyan dentro del expediente padre y que en cualquiera de los 2 casos el expediente deberá ser completado por el Pro. A la fecha no se evidencian entregables, teniendo en cuenta que la fecha final para la acción era el 31 de julio del 2018.	x	
									11. Realizar capacitación a un funcionario de planta para que este en capacidad de manejar la base de datos de la Delegada. A la fecha no se evidencian entregables, teniendo en cuenta que la fecha final para la acción era el 31 de julio del 2018.	x	
									12. Requerir a la Oficina de Informática para que se realicen las copias de seguridad de la base y para que incorpore las medidas de seguridad de la misma o en su defecto que se diseñe en otro aplicativo para el manejo de esta información. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para	x	
									13. Continuar desarrollando las mesas de trabajo con el DAFP con el fin de actualizar la información de los trámites en el SUIT referente a costos, tiempos y requisitos de los trámites que desarrolla la entidad. A la fecha no se evidencian entregables, teniendo en cuenta que la fecha final para la acción era el 31 de	x	
									Para el mes de abril de la presente vigencia aun no se ha soportado el cumplimiento de la actividad programada, porque se realizó modificación pero no con los cambios previstos.	x	
									De acuerdo al seguimiento realizado en el mes de abril se evidencia la modificación de los procedimientos de la Delegada para la Operación, no cuentan con la tarea propuesta, es decir, la ponderación de factores de urgencia y complejidad en los recursos allegados. Específicamente en el procedimiento de "trámites resueltos por resolución" no se evidencia lo que se planteó en la acción de mejora, sólo el tema de la revisión de la carga laboral pero nada sobre su evaluación previa para priorizarlo y determinar su urgencia y complejidad. Se debe incorporar y subir el procedimiento a probado con lo que se pide específicamente.	x	
26	INFORME PLAN DE MEJORAMIENTO MINISTERIO DE DEFENSA.	18/04/2018	30/04/2018	115	Atención al Usuario: Ajustar el procedimiento del PQRS para hacer seguimiento mensual.				Se evidencia vinculado al Sistema SUITE los Memorandos dirigidos a la Oficina Jurídica y a la Secretaria General, remitiendo el informe de supervisión del contrato 277 de 2015, pero no los conceptos por parte de esas áreas determinando las acciones a seguir.	x	
				116	Superintendente Delegado para la Operación: Procedimientos ajustados.				Se evidencia modificación a los procedimientos del 28 de abril de la presente vigencia en la que se establecieron puntos de control en las actividades de: solicitud acompañamiento jurídico cuando se trata de contratos de TIC, revisión de estudios de mercado, revisión de estudios previos, revisión de plazo y		x
				117	Oficina de Informática y Sistemas: Elaborar informe de supervisor o interventor que refleje el estado actual del contrato y remitirlo a la Oficina Jurídica y al Secretario General para que determine las acciones jurídicas que se requieran.				Se evidencia vinculado al sistema de gestión administrativa el memorando 20171400046703 del 10 de mayo de 2017, mediante el cual la Oficina de informática remite a la Oficina Asesora Jurídica el informe de supervisión del contrato 277 de 2015, pero no se evidencia respuesta de la Oficina Jurídica y de la	x	
				118	Oficina de Informática y Sistemas: Creación de punto de control en el procedimiento donde se verifique la entrega de los estudios de mercado para los procesos contractuales.				Se evidencia vinculado al sistema el Memorando 20171400046713 de 10 de mayo de 2017, mediante el cual la Oficina de Informática solicita a la Oficina Asesora Jurídica la emisión de un concepto frente a la ejecución del contrato 277 de 2015, pero no los conceptos por parte de esas áreas determinando las	x	
				119	Oficina de Informática y Sistemas: Elaborar informe de supervisor o interventor que refleje el estado actual del contrato y remitirlo a la Oficina Jurídica y al Secretario General para que determine las acciones jurídicas que se requieran.				Se evidencia vinculado al sistema de gestión administrativa el memorando 20171400046703 del 10 de mayo de 2017, mediante el cual la Oficina de informática remite a la Oficina Asesora Jurídica el informe de supervisión del contrato 277 de 2015, pero no los conceptos por parte de estas áreas determinando las	x	
				120	Oficina de Informática y Sistemas: Solicitud de concepto a la Oficina Jurídica.				Se evidencia informe que relaciona las políticas de seguridad, con las acciones implementadas en la entidad, pero no hay evidencia de la bitácora definida en el entregable, que debe contener el detalle de los incidentes de seguridad y su correspondiente gestión.	x	
				121	Oficina de Informática y Sistemas: Elaborar informe de supervisor o interventor que refleje el estado actual del contrato y remitirlo a la Oficina Jurídica y al Secretario General para que determine las acciones jurídicas que se requieran.		X		Se evidencia procedimiento de vinculación con Código: PRO –GTH-310-001, Fecha aprobación: 23/04/2018, Versión:11. Este fue socializado el día 22/06/2018. En el numeral 18 del procedimiento se determinó lo siguiente: Realizar inducción y firmar Acta; Realizar la inducción general y presentar al servidor, al jefe del área respectiva; con el fin de que realice la capacitación y firmen el acta donde se indiquen las funciones a desarrollar en el puesto de trabajo y relacionan que la evidencia sería el Formato acta de inducción debidamente firmado, Acta de compromiso de SST y acta de funciones del puesto de trabajo.	x	
				122	Oficina de Informática y Sistemas: Elaborar Informe semestral de seguimiento con su correspondiente bitácora.				Se evidencian documentos relacionados con el rediseño de la planta, pero no hay evidencia de un informe como tal. Los 2 informes allegados en la SUITE son idénticos, pero la idea es que sean dos informes que reflejen de un periodo a otro, el avance del proceso. Adicionalmente aparecen documentos sin tener estructura de presentación de informes y sin firmas lo que evidencia que la tarea no se ha cumplido	x	
				123	Grupo de Recursos Humanos: Socializar el procedimiento de vinculación para que se firmen las actas y de las funciones a desarrollar en el proceso en el que se reubique.						
				124	Grupo de Recursos Humanos: Informe de los avances del rediseño de planta.						
27	INFORME DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA LEY 1712 DE 2014	19/04/2018	8/05/2018	125	No se reporta directorio que identifique el cargo de acuerdo con la estructura organizacional con los datos de los funcionarios, direcciona a la pagina del SIGEP.					N/A	
				126	No se reporta directorio que identifique el contratista. Direcciona al SIGEP.					N/A	
				127	Las decisiones judiciales no se encuentran publicadas en la pagina web,					N/A	
				128	El presupuesto desagregado no registra evidencia.					N/A	
				129	No se registra evidencia del plan anti tramites de la entidad en la pagina web.					N/A	
				130	No se registran los informes de empalmes realizados por los últimos Superintendentes.					N/A	
				131	No se evidencia en la pagina web el informe enviado Congreso/Asamblea/Concejo.					N/A	
									Estas acciones encontradas aun se encuentran en desarrollo por parte de las oficinas responsables, sin embargo, esta Oficina continua realizando seguimiento hasta que se logren cumplir.		

				132	En el informe de Rendición de cuentas no se evidencian las intervenciones de algún ciudadano en particular.					N/A	
				133	Sobre el informe de demandas contra la Entidad no se reporta la información con los ítems exigidos, requiere publicación trimestral.					N/A	
				134	De la información mínima de los artículos 9,10 y 11 de la Ley 1712 de 2014 no se encuentran evidencias de los requisitos.					N/A	
				135	Debilidades en los tiempos de respuesta en relación con las PQRSD de la Entidad.					N/A	
28	INFORME DE SEGUIMIENTO PROYECTOS DE INVERSIÓN	2004/2018	17/05/2018	136	136 Frente al Proyecto de Mejoramiento del Archivo se evidencia un avance del 7%.	X			Estas acciones encontradas aun se encuentran en seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno.	N/A	
				137	137 Sobre el Plan de Trabajo y seguimiento a los Proyectos de Inversión mejoramiento físico las cifras no coinciden con las reportadas por el DNP.					N/A	
				138	138 Se evidencian debilidades en cuanto a la definición de la periodicidad de los informes de crecimiento de los grandes proyectos y de la Oficina de Planeación, ya que no se observa en el procedimiento código FOR-SIG-121-003.					N/A	
				139	139 Se observan debilidades en la ejecución de los proyectos.					N/A	
				140	140 El presupuesto del año 2018 , el avance del % ejecutado es bajo con respecto a lo apropiado.				N/A		
29	INFORME SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	2004/2018	17/05/2018	141	141 El porcentaje de ejecución de gastos de personal tiene una ejecución de obligaciones del 99%.	X			Estas acciones encontradas aun se encuentran en seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno.	N/A	
				142	142 En relación con el rubro de inversión, se observa que alcanzó sólo un 55% del 100% previsto.					N/A	
				143	143 El porcentaje de los gastos generales en cuanto a la ejecución de compromisos fue del 91% y en cuanto a la ejecución de obligaciones fue del 100% en la vigencia 2017.					N/A	
				144	144 El recaudo presupuestado para la vigencia 2017, presenta un 105% del recaudado por contribución, lo cual indica que se cumplió la meta prevista para esa vigencia.				N/A		
30	INFORME DE SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS DE LA SUPERINTENDENCIA	15/05/2018	28/05/2018	145	145 La Política de Administración del Riesgo en la Superintendencia, se encuentra que el documento es completo y está alineado tanto con la Metodología de identificación de riesgos de corrupción como con la de riesgos de gestión.	X			Estas acciones encontradas aun se encuentran en seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno.	N/A	
				146	146 La Oficina de Control Interno no recomienda realizar ajustes a la Política de Administración del Riesgo de la Entidad en estos momentos.					N/A	
				147	147 El Mapa de Riesgos Institucional de la Superintendencia cuenta con un total de sesenta y cuatro (64) riesgos identificados para sus procesos organizacionales. De éstos, un total de catorce (14) están tipificados como riesgos de corrupción.					N/A	
				148	148 Se identifica un total de 43 riesgos ubicados entre las zonas extrema y alta de riesgo. De éstos, existen nueve (9) riesgos ubicados en Zona de Riesgo Extrema, los cuales ameritan un seguimiento muy estricto por parte de los responsables de proceso.					N/A	
				149	149 Para resolver las causas que generan los 64 riesgos identificados en el mapa, la entidad cuenta con un total de doscientas ochenta y cinco (285) acciones formuladas.					N/A	
				150	150 A mayo 23 de 2018 se habían programado un total de 151 acciones para ser ejecutadas a esa fecha. Una vez realizado el seguimiento, se encuentra que se han reportado 86 acciones como cumplidas (Correspondientes al 57%), quedando pendientes de ejecutar, reportar y cerrar un total de 65 acciones.					N/A	
31	INFORMES DE SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y AL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	15/05/2018	28/05/2018	151	151 El Plan Anticorrupción de la Superintendencia cuenta con acciones formuladas para los seis (6) componentes mínimos exigidos por la norma en la materia, esto es: (1) Gestión del Riesgo Anticorrupción, (2) Racionalización de trámites, (3) Rendición de cuentas, (4) Atención al ciudadano, (5) Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información y, (6) Iniciativas adicionales.	X			Estas acciones encontradas aun se encuentran en seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno.	N/A	
				152	152 Para mitigar los riesgos de corrupción identificados en el mapa, se cuenta con un total de 141 acciones formuladas, de las cuales, al 30 de abril de 2018 se han cumplido 36 (26%).					N/A	
				153	153 la Superintendencia logró un 84% de las actividades previstas para el primer cuatrimestre del año 2018					N/A	
				154	154 De manera agregada, el plan muestra un 26% de ejecución si se consideran las actividades de todo el año.					N/A	
				155	155 1.1. La información sobre las visitas de inspección realizadas por la Superintendencia a los vigilados se encuentra organizada y actualizada a la fecha de la auditoría				A la fecha se encuentra en ejecución el Plan de Mejoramiento, presentado el día 03 de marzo de 2018, en él se contemplaron las siguientes acciones para subsanar los hallazgos: 1. Enviar base de datos con información relacionada a los tramites a descongestionar a la oficina de control interno. El entregable fue rechazado el día 23 de agosto, debido a que el entregable es: 3 Bases de datos de los grupos de la Delegada con los tramites a descongestionar según el plan de descongestión y se subieron a la Suite las Bases de datos, pero no la evidencia de que hayan sido enviadas a la Oficina de Control Interno, por ello la Oficina Asesora	x	
				156	156 Todos los expedientes analizados se encuentran tanto en forma física como virtual. Las carpetas están organizadas y todas las piezas de la misma se encuentran firmadas, en orden y completas.				2. Descongestionar el atraso de 631 tramites de vigencias pasadas, correspondiente a las de 2015,2016,2017. la cual se va a repartir de manera mensual con 52 tramites evacuados por mes. Teniendo en cuenta la cantidad de contratistas con las que se cuente en el grupo. A la fecha no se evidencian entregables, teniendo en cuenta que la fecha final para la acción era el 31 de marzo del 2018.	x	
				157	157 2.1. Se evidencia falta de impulso procesal a 850 casos de un total de 1601 casos de investigaciones activas en la entidad.				3.Modificar la base de datos para generar reportes oportunos, incorporando fecha de ingreso y radicados de recibido en la entidad. Esta pendiente por revisión por parte de la Oficina Asesora de Planeación.	x	
				158	158 Alta cantidad de procesos abiertos y en trámite de formulación de cargos, lo cual implica riesgo para el cumplimiento de términos de ley y la evacuación oportuna de todos ellos.				4. Reunión con el oficial de seguridad de la entidad para que se incorporen a la base de datos su recomendación para las respectivas medidas de seguridad. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno.	x	
				159	159 2.2. El formato de entrega de actos administrativos, señalado en la Actividad 14.3 del procedimiento sancionatorio para realizar el envío de actos administrativos al Grupo de Atención al Usuario no se está utilizando.				5. Solicitar a la Oficina de Planeación el apoyo para la construcción de un proyecto de inversión que contemple un sistema de información para los procesos de control, integrado a toda la entidad. Entregable: Acta de comité Directivo y control viernes 13 de abril. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno.	x	
				160	160 2.3. La información de los expedientes gestionados por el Grupo de Sanciones se encuentra organizada en una base de datos elaborada en Excel y se observa muy vulnerable, pues no tiene mayores seguridades en el Excel y tampoco se evidencia copia de seguridad de la misma.				6 Solicitar a la Oficina de Informática su ayuda para facilitar el manejo de la base datos, permitiendo que genere reportes agiles de la información de manera inmediata. Esta tarea ya se encuentra finalizada.		x
				161	161 2.4. El Plan Anual de Visitas para la vigencia 2018 no fue comunicado, a través de memorando en la plataforma de gestión documental, a la Oficina Asesora de Planeación, Recursos Humanos, Secretaría General y área Financiera, incumpliendo lo dispuesto en la Actividad 1.4 del procedimiento de Visitas de Inspección				7. Adelantar la actuación respecto de 675 expedientes. A la fecha no se evidencian entregables, la fecha final para la acción es el 30 de noviembre del 2018.	x	
									8. Elaborar y presentar para aprobación en calidad, el Check list del expediente del proceso de control que se adelanta. La tarea fue rechazada el día 28 de agosto del 2018.	x	

32	AUDITORÍA AL PROCESO DE CONTROL, INSPECCIÓN Y VIGILANCIA	22/05/2015	29/05/2018	<p>163 2.5. El formato FOR-SG-370-050, indicado en la Actividad 7.3. del procedimiento de visitas de inspección, no se está utilizando para realizar la transferencia del expediente de la visita al Grupo de Atención al Usuario en los casos en que la decisión sea archivo del proceso.</p>	X	7	<p>7. Impartir instrucción mediante correo electrónico a la técnico que maneja la base de datos para que genere reporte semanal al Coordinador, de todos los expediente próximos a vencer, discriminando por mes su vencimiento. Esta tarea se encuentra finalizada.</p> <p>8. Medida correctiva: anexar el documento faltante en los expedientes no. 2013210310101103E y 8880. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno.</p> <p>9. Medida preventiva: Diligenciar el Check List a los expedientes que se encuentran activos y con actuaciones del procedimiento administrativo, una vez sea aprobado, con el fin de determinar los documentos faltantes en cada uno de los expedientes para allegarlo al expediente físico o virtual. A la</p> <p>10. Memorando remitido a miembros del área recordando la inclusión de todos los documentos que hacen parte del proceso sancionatorio, diligenciando el check list y determinando claramente el tiempo de la caducidad. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte</p> <p>11. Medida correctiva: aplicar el procedimiento, establecido con los términos claros para el desarrollo de cada una de las etapas procesales. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno.</p> <p>12. Medida preventiva: establecer el procedimiento ya mencionado y términos internos para el grupo que se adecuen a las directrices indicadas en el CPACA para impulsar un proceso sancionatorio. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control</p> <p>13. Actualización del procedimiento sancionatorio e imposición de medidas cautelares, incorporando los respectivos tiempos en cada una de sus actividades y armonizarlos con las otras coordinaciones de la delegada. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de</p> <p>14. Medida correctiva: aplicar el procedimiento, establecido, donde se establecieron términos claros para el desarrollo de cada una de las etapas procesales. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno.</p> <p>15. Medida preventiva: establecer el procedimiento ya mencionado y términos internos para el grupo que se adecuen a las directrices indicadas en el CPACA para impulsar un proceso sancionatorio. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control</p> <p>16. Revisión de los expedientes observados y generar un informe para Control Interno, indicando su estado y finalización. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno.</p> <p>17. Revisión de los puntos de control y/o creación de un punto de control en el procedimiento, que incorpore la revisión de las fechas de las actuaciones a la hora de emitir el acto administrativo, con el fin de evitar errores administrativos. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno.</p> <p>18. Revisión del expediente observado por Control Interno y generar informe. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno.</p> <p>19. Elaborar informe estadístico dirigido al delegado, sobre los tiempos de las quejas recibidas en el último año, es decir desde su interposición hasta su recepción en la coordinación para el control. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno.</p> <p>20. Revisión de los expedientes observados por Control Interno y generar informe. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno.</p> <p>21. Socialización al grupo de sanciones de los lineamientos procedimentales y de términos, establecidos en la ley 1437 de 2011 y el decreto ley 356 de 1994, mediante los cuales debe ceñirse los procesos adelantados en el área. Esta tarea ya se encuentra finalizada.</p>	x	
33	INFORME DE A LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	17/05/2018	29/05/2018	<p>163 No obstante, al momento de realizar la verificación de los Estándares Mínimos del SG-SST en el Plan de Trabajo aprobado, no se encuentran incluidas todas las actividades exigidas, como quiera que el Plan debe contener todos los estándares mínimos exigidos en la norma.</p> <p>164 En consecuencia, se puede decir que de las 22 actividades propuestas en el Plan de Trabajo Anual del Sistema, en el periodo comprendido entre enero y abril de 2018, se desarrollaron 15, es decir un cumplimiento del 65%</p> <p>165 Sobre el desempeño del SG-SST de la Superintendencia se pudo encontrar que a la fecha se han venido adelantando actividades para la implementación y desarrollo del sistema; sin embargo, aún no hay un avance en la verificación y en el actuar de cada uno de los estándares mínimos desde el ciclo PHVA. La Superintendencia se encuentra en un nivel espera de 37%.</p> <p>166 De igual manera se completó una lista de verificación desde lo aportado por las responsables del Sistema y lo evidenciado en la Suite Visión y como resultado se obtuvo que a la fecha se ha cumplido con 37 requisitos y 11 aún no han sido desarrollados para un porcentaje de cumplimiento del 77%.</p> <p>167 Se evidenció en el Archivo Plano suministrado por el Grupo de Recursos Humanos que todos los empleados públicos de la Entidad se encuentran en un nivel de riesgo laboral 1, es decir en un porcentaje de 0.522%, lo que refleja que los 6 conductores de la Entidad no cuenta con un nivel de riesgo laboral acorde con sus funciones desempeñadas.</p> <p>168 Frente al tema de los indicadores la Entidad a la fecha cuenta con 10 indicadores de medición de los 31 indicadores establecidos por el Decreto.</p> <p>169 El Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de Superintendencia se encuentra en un nivel de madurez de 4, es decir en un estado proactivo.</p>	X		<p>Estas acciones encontradas aun se encuentran en desarrollo por parte de las oficina responsable, sin embargo, esta Oficina continua realizando seguimiento hasta que se logren cumplir.</p>	N/A	x

34	AUDITORÍA DE SEGUIMIENTO AL PROCESO DE SECRETARÍA GENERAL/CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO/CERTIFICACIONES	23/04/2018	20/05/2018	<p>170 152 procesos activos de la siguiente manera: (79) en Indagación Preliminar, (20) en Investigación Disciplinaria, (6) en Cierre de Investigación, (2) en pliego de cargos, (28) Declara Impedimento, (1) Declara Nulidad, (3) en A. Inhibitorio y (13) en A.</p> <p>171 El responsable del proceso informó que se encuentran para estudio un total de 829 quejas que se han clasificado así: (33) quejas para estudio pendientes del año 2016, (572) quejas para estudio del año 2017 y (72) quejas para estudio recibidas en lo corrido del año 2018.</p> <p>172 Ausencia de términos en el procedimiento No. PRO-GPD-340-001 del 19 de noviembre de 2014. El procedimiento no cuenta con los términos establecidos en la norma al interior del grupo.</p> <p>173 El procedimiento actualmente tiene relacionado el sistema Orfeo, por lo cual es necesario que se ajuste al nuevo sistema de correspondencia eSigna, o hacer referencia al gestor documental como tal.</p> <p>174 Alto volumen de expedientes para estudio de actuación disciplinaria. De la base de datos revisada y de la información suministrada por el Grupo de Control Disciplinario, se evidencia que existen (33) del año 2016, (572) del año 2017 y (72) de lo corrido de esta vigencia, pendientes para estudio por parte del grupo de control disciplinario.</p> <p>175 Se observan largos periodos de inactividad entre una actuación y otra, sin impulso procesal, lo cual generó la prescripción de la actuación disciplinaria en uno de los casos revisados.</p> <p>176 No se realizan las notificaciones de las actuaciones, con la debida celeridad que se requiere.</p> <p>177 No se realizó cierre de la investigación y por lo tanto no se notificó a uno de los investigados en el expediente 007 de 2015.</p> <p>178 Incumplimiento de lo dispuesto por la Procuraduría General, en el expediente 021 de 2015.</p> <p>179 Continúa sin darse cumplimiento a cabalidad del Decreto 2489 de 2006, en relación con la conformación del grupo interno de trabajo de control disciplinario.</p>	X	8	<p>A la fecha se encuentra en ejecución el Plan de Mejoramiento, en él se contemplaron las siguientes acciones para subsanar los hallazgos:</p> <p>1. Actualizar el procedimiento de procesos disciplinarios en el que se incluya los términos de ejecución de las actividades a desarrollar. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno.</p> <p>2. Realizar el primer seguimiento al cronograma de trabajo definido para estudios de las quejas disciplinarias de los años 2016, 2017 y 2018. A la fecha no se evidencian entregables, la fecha final para la acción es el 14 de septiembre del 2018.</p> <p>3. Realizar segundo seguimiento al cronograma de trabajo definido para estudios de las quejas disciplinarias de los años 2016, 2017 y 2018. A la fecha no se evidencian entregables, la fecha final para la acción es el 14 de diciembre del 2018.</p> <p>4. Realizar un cronograma de trabajo para estudiar las quejas disciplinarias que se encuentran en turno de los años 2016,2017 y 2018, para asignar a los profesionales y contratistas que tengan asignado el grupo. Esta tarea aun se encuentra en desarrollo ya que fue rechazada por la Oficina Asesora de Planeación el 10 de septiembre de 2018.</p> <p>5. Realizar una reunión mensual para observar los impulsos procesales y la fecha máxima de vencimiento del proceso para evitar la prescripción. A la fecha no se evidencian entregables, la fecha final para la acción es el 14 de diciembre del 2018.</p> <p>6. Emitir instrucción al interior del grupo para la notificación de la actuación disciplinaria se inició dentro de los cinco (5) días siguientes a dicha actuación y designar responsable. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno.</p> <p>7. La persona a cargo de notificar elaborara un cuadro mensual de reporte de las comunicaciones y notificaciones realizadas en cumplir de lo anterior instrucción, cuadro dirigido a la coordinadora. A la fecha no se evidencian entregables, la fecha final para la acción es el 14 de diciembre del 2018.</p> <p>8. Realizar el acto administrativo para el presunto investigado de acuerdo al expediente 007 de 2015, comunicarlo y notificarlo. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno.</p> <p>9. Realizar el acto administrativo de acuerdo al expediente 021 de 2015. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y paso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno.</p> <p>10. Realizar solicitud formal al grupo de recursos humanos para la asignación de más personal al grupo de control interno disciplinario y dar cumplimiento de los requisitos establecidos en el decreto 2489 de 2006. Esta tarea aun se encuentra en desarrollo ya que fue rechazada por la Oficina Asesora de</p>	x	
0	INFORME DE SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DEL MIPG	30/05/2018	31/05/2018	<p>180 Se evidenció como punto de partida para dicha implementación que se incorporó la primera fase del Modelo Integrado de Planeación y Gestión a cargo de la Oficina de Planeación, en el Plan de Fortalecimiento previsto para la vigencia 2018.</p> <p>181 Igualmente, se evidenció la socialización del modelo a los miembros del Comité institucional de gestión y desempeño realizada el 15 de marzo de 2018 y una segunda reunión convocada mediante memorando N° 20181200076973 dirigida a los jefes de las áreas y los gestores de calidad realizada el 20 de</p> <p>182 Actualmente se están elaborando los respectivos autodiagnósticos con la asesoría de la Oficina de planeación, para cada una de las dimensiones que comprende el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.</p> <p>183 La Oficina de Planeación realizó un plan de trabajo para dar acompañamiento a las diferentes áreas involucradas en el proceso según lineamiento del DAFP, el cual se envió a los líderes de los procesos y gestores de calidad mediante memorando N° 20181200109153.</p> <p>184 Hasta el momento se han adelantado las siguientes mesas de trabajo, con los gestores de calidad: Gestión Financiera con el Autodiagnóstico de Gestión Presupuestal, Gestión de sistemas e información con el Autodiagnóstico de Política de Gobierno Digital y Gestión de Comunicaciones con el Autodiagnóstico de participación Ciudadana.</p> <p>185 Por otra parte, se ha adelantado junto con el área de Gestión del Talento Humano el Autodiagnóstico del código de integridad, el cual ya se encuentra adoptado en la entidad, pero está en proceso de actualización según lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.</p> <p>186 A la fecha se cuenta con 4 de los 15 Autodiagnósticos ya diligenciados en su totalidad: Rendición de cuentas, Direccionamiento y Planeación, Control Interno y Gestión Presupuestal.</p> <p>187 En conclusión, frente a esta primera etapa, si bien la entidad ha avanzado en el proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, el porcentaje de avance del 26% es bajo frente a los 15 autodiagnósticos que se deben desarrollar según lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública.</p>	X		<p>Actualmente se esta realizando el debido seguimiento.</p>	N/A	
36	INFORME DE AUSTRERIDAD EN EL GASTO PRIMER TRIMESTRE 2018	25/04/2018	31/03/2018	<p>188 Se observa el rubro de horas extras con una disminución significativa de \$31.150.000 con respecto al año 2017.</p> <p>189 En el rubro de indemnización por vacaciones se observa una disminución de \$64.850.000 con respecto al III trimestre del 2017 y un porcentaje de 55.98%.</p> <p>190 El rubro de honorarios presenta una disminución de \$817.000.000, es decir un 12.65% menos con respecto al tercer trimestre del año 2017.</p> <p>191 El rubro de viáticos y gastos de viaje presentó una variación de \$11.842.539 equivalente a un 6%, presupuestalmente, es decir aumentó.</p> <p>192 Impresos y Publicaciones: presenta una variación en aumento de \$96.221.400, que representa un 60% adicional con respecto al año 2017.</p> <p>193 Servicios Públicos: Presenta una variación en aumento en disminución de \$44,450,000 y una variación porcentual con respecto al año 2017 del -19%.</p> <p>194 Acueducto Alcantarillado y Aseo: Presenta una variación de \$6,500,000 en aumento con respecto al año 2017, una variación % del 59%.</p> <p>195 Energía Eléctrica: Presenta una variación de \$52,750,000 en disminución con una variación del 48% en disminución con respecto al año 2017.</p>	x		<p>Estas acciones encontradas aun se encuentran en seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno.</p>	N/A	

38	INFORME ARQUEO DE CAJA MENOR	30/06/2018	28/06/2018	213 El día 20 de junio de 2018 se realizó revisión a la caja menor de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada encontrando que a la fecha la caja un saldo en efectivo por valor de \$394.300. 214 Fondo de caja menor: \$1.245.000 .				Estas acciones encontradas aun se encuentran en seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno.	N/A	
39	INFORME AUDITORIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE SISTEMAS E INFORMACIÓN	29/06/2018	26/06/2018	215 Se identifican bitácoras de acceso al Centro de Cómputo y realización de mantenimientos que no están completamente diligenciadas, bien sea porque el funcionario de la Superintendencia que autorizó el ingreso a las instalaciones no registró su nombre o, si lo registró, no firmó la bitácora en constancia de la actividad realizada. Tal es el caso de los mantenimientos efectuados en las siguientes fechas: marzo 08 de 2018, febrero 26 de 2018, enero 12 de 2018. Lo indicado constituye debilidad en el control de documentos del proceso.	X	10	A la fecha se encuentra en ejecución el Plan de mejoramiento, en el se contemplaron las siguientes acciones para subsanar los hallazgos: 1. Realizar capacitación al grupo de trabajo de sistemas con el fin de garantizar el correcto diligenciamiento de los formatos de la Oficina de Informática y Sistemas. La tarea fue validada por la Oficina Asesora de Planeación y caso para aprobación por parte de la Oficina de Control Interno. 2. Hacer firmar el documento pendiente de firma e incorporarlo al expediente del contrato. A la fecha no se evidencian entregables, la fecha final para la acción es el 31 de diciembre del 2018. 3. Realizar una revisión de las carpetas de los contratos del área correspondientes a la vigencias 2017 y 2018 para subsanar eventuales fallas en los documentos allí existentes. A la fecha no se evidencian entregables, la fecha final para la acción es el 31 de diciembre del 2018. 4. Ajustar el procedimiento de gestión de requerimientos de servicios TIC en el Numeral 6 donde incluya la elaboración y aprobación del plan de mantenimiento infraestructura tecnológica. A la fecha no se evidencian entregables, la fecha final para la acción es el 31 de octubre del 2018. 5. Realizar campaña de sensibilización para el diligenciamiento de la encuentra una vez terminado soporte técnico. A la fecha no se evidencian entregables, la fecha final para la acción es el 31 de diciembre del 2018.	X		
				216 Se encuentra que el documento que justifica la contratación directa del proveedor Digital Ware, correspondiente al Contrato 288 del 26 de enero de 2018, se encuentra sin fecha y sin firma del ordenador del gasto. Este documento es esencial en el proceso, toda vez que se trata de una contratación directa con un proveedor que se identifica como exclusivo.				X		
				217 De igual manera, el procedimiento establece que se debe contar con un plan de mantenimiento, pero sólo se evidenció un cronograma que identifica las fechas en las cuales se realizarán las visitas de mantenimiento.				X		
				218 De igual manera, pese a que el contrato tiene acta de inicio de febrero 12 de 2018, a la fecha no se evidencia en el expediente del contrato los informes mensuales de ejecución y tampoco se ha realizado ninguno de los pagos mensuales previstos. A la fecha se encuentran en estudio las facturas que se han recibido dado que el proveedor debe solucionar seis actividades para que se haga efectivo el pago.				X		
				219 Se encuentra que en el caso de la solicitud tramitada con el Ticket 11961 falta la descripción de cuál fue el trabajo o servicio que se prestó por parte de quien atendió y resolvió el caso. Se evidenció que este ticket fue reasignado y después transferido al funcionario competente; sin embargo, no se presenta información detallada del incidente presentado por parte del usuario y del funcionario que dio solución.				X		
				220 Se observa que para la vigencia 2018, sólo se han diligenciado 36 encuestas, cantidad que se considera poco representativa si se tiene en cuenta que se han atendido 1.854 solicitudes.				X		
				221 La Superintendencia cuenta con un Plan de Mantenimiento preventivo de los servicios TIC de la entidad, el cual no cumple con todas las condiciones señaladas en la Actividad número 01 el Procedimiento PRO-GIS-140-003.				X		
				222 Se tomaron como muestra cuatro contratos de las vigencias 2017 y 2018 para analizar su correcta planeación, contratación y ejecución. Se observaron algunos casos en los que los estudios previos no cuentan con la identificación de la fecha en la cual fueron tramitados.				X		
40	INFORME DE AUDITORIA GESTIÓN JURIDICA	29/06/2018	223 No se encontró evidencia de la socialización de la Resolución 201873000023807 del 25/01/2018, "POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA EL COMITÉ DE CARTERA Y SE ADOPTA SU REGLAMENTO PARA SU FUNCIONAMIENTO".	X		Estas acciones encontradas aun se encuentran en seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno, ya que no se requirió plan de mejoramiento.	N/A			
			224 La ficha de Saneamiento Contable que fue aprobada en el sistema de calidad el 13 de abril de 2018, pero no podía ser consultada por la diferentes dependencias debido a que la Oficina de Planeación no había habilitado esa opción.				N/A			
			225 Las fichas de chequeo sobre las actuaciones en proceso de cobro coactivo, no se observó implementada y diligenciada en los expedientes revisados.				N/A			
			226 No se evidencia aseguramiento de la información, toda vez que se manejan los datos de los procesos deudores en una base de datos de Excel.				N/A			
			227 No se observa seguridad en la tenencia de los expedientes por cada funcionario basados en la norma de archivo general sobre el manejo de expedientes de esta naturaleza.				N/A			
			228 Las cifras consignadas en la base de datos de la Oficina Jurídica, y las de los expedientes revisados, coinciden con las cifras de las notas de los estados financieros.				N/A			
42	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA	29/06/2018	230 Se observa que se cuenta con una matriz en Excel, donde muestra cada uno de los elementos de las adquisiciones de recursos físicos y adquisiciones e inventario de bienes devolutivos, los cuales coinciden con el contenido de la relación suministrada por el técnico de recursos físicos.	X		Estas acciones encontradas aun se encuentran en seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno, ya que no se requirió plan de mejoramiento.	N/A			
			231 Se evidencia acta de conciliación saldos activos fijos contabilidad Vs. Almacén de fecha 22/02/2018. La anterior conciliación soporta los saldos presentados en el Balance General al 31 de diciembre de 2017, se evidencia acta debidamente firmada.				N/A			
			232 Mediante acta de conciliación saldos Activos Fijos contabilidad Vs. Almacén de fecha 214/05/2018. La anterior conciliación soporta los saldos presentados en el Balance General al 31 de marzo de 2018, se evidencia acta debidamente firmada.				N/A			
			233 Se observa que el procedimiento establece en la tarea 4.4 " Realizar verificación de inventarios de Bodega en elementos devolutivos y de consumo cada cuatro meses en compañía de un funcionario del área de Control Interno". Esta actividad establecida en procedimiento no se ajusta a la normatividad actual en materia de Control Interno, toda vez que el área de Control Interno no puede co-gestionar o co-administrar con las áreas, puede asesorar, pero no participar en el desarrollo de los procesos administrativos por que sería juez y parte.				N/A			
			234 Toma física de tableta Samsung Galaxy TAB A 10.1 LTE, se evidencia 5 tabletas, de placa 3118,3119,3120,3121,3122, del Grupo de Inspecciones.				N/A			
			235 Toma física de tableta Samsung Galaxy TAB A 10.1 LTA, se evidencia placa 3124,3125,3126,3127,3128,3129,3130, las anteriores tabletas reposan en la bodega del piso 1, bajo el dominio del Grupo de Recursos Físicos y Adquisiciones piso 11.				N/A			
			236 Toma física de tableta Samsung Galaxy TAB A 10.1 LTA, se evidencia tableta 1 (una), de placa 3123, Delegada para el Control.				N/A			
			237 Se efectúa prueba física de existencia de los televisores cuyas placas 02453,02428,02428,02454, evidenciando que se encuentra en la dependencia anunciada en la relación del kardex del grupo de Recursos Físicos y Adquisiciones y con su placa designada.				N/A			
			238 Se efectúa prueba física de la relación de intangibles por un valor de \$2.122.208.833,83, donde se observan los vencimientos de cada uno, de acuerdo a la descripción de las licencias de software.				N/A			
			239 Con los datos suministrados de Propiedad Planta y Equipo, se evidencia recalcó en la depreciación de cada uno de los bienes de la Entidad, con proyección futura. Sin embargo, no se evidencia la forma de aplicación de reconocimiento inicial, medición posterior, el método de depreciación, y la vida útil para cada uno de los componentes de la Propiedad Planta y Equipo, acorde a la Resolución 533 e instructivo 002 de 2015, en el cual nos da el procedimiento a aplicar para la determinación de los saldos iniciales bajo el nuevo marco normativo.				N/A			
			240 Direccionamiento Estratégico: El Plan de Acción de la vigencia 2018 para la Superintendencia no contiene asociada la información presupuestal, incumpliendo lo establecido en el Artículo 74 de la Ley 1474 de 2011 que señala que dicho plan debe contener "(...) la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión". De igual manera, se incumple lo estipulado en el numeral 8.1., literales a) y c) de la Norma ISO 9001:2015.				N/A			

43	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD	24/07/2018	23/07/2018
----	---	------------	------------

248	Direccionamiento Estratégico: No se evidencian las comunicaciones o documentos que soportan los cambios que se realizan al Plan Anual de Adquisiciones de la Entidad, vigencia 2018, como tampoco la secuencia de los ajustes realizados al mismo. Lo señalado muestra falta de control de la documentación que soporta los cambios a dicho plan, incumpliendo el numeral 7.5.3.2., literal d) y el numeral 8.3.6. de la Norma ISO 9001:2015.
249	Sistema Integrado de Gestión: Se observa incumplimiento de los tiempos del procedimiento de Control de Documentos y Registros de la Entidad, debido a que el tiempo establecido para la aprobación de documentos es de cuatro (4) horas y se evidencian documentos con fecha de mayo 10 de 2018 que a la fecha de la presente auditoría no han sido aprobados, superando ampliamente el plazo establecido en el procedimiento e incumpliendo los numerales 4.4.2. literales a) y b), así como el 8.2.2. literal a) de la Norma ISO 9001:2015.
250	Gestión de la Operación: Los resultados de la aplicación del indicador de "Respuesta a trámites Grupo Esquemas de Autoprotección", así como su análisis para el último período reportado por el proceso, no se evidencian precisos ni claros en la plataforma SUITE Empresarial de la Entidad. De igual manera, el auditado no puede dar explicación de los datos allí consignados, situación que demuestra inconsistencia en los datos de medición de la gestión del proceso y falta de claridad en el indicador utilizado, incumpliendo el Numeral 9.1.1. (literal d) y el Numeral 9.1.3. de la ISO 9001:2015.
251	Gestión de Control, Inspección y Vigilancia: Se evidencia que el proceso cuenta con riesgos definidos y controles para su mitigación. Sin embargo, de acuerdo a las fechas establecidas para la ejecución de las actividades, algunas de éstas se encuentran sin cumplir, según el reporte de las acciones implementadas o los soportes de acuerdo a las observaciones realizadas en el momento de aprobar las tareas por parte del Grupo MECI y CALIDAD. Lo anterior incumple la norma ISO 9001:2015, Numeral 6.1.2. ya que la organización debe planificar las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades. De los seis (6) riesgos identificados por el proceso, cuatro (4) presentan tareas (controles) vencidas o sin reportar los avances o anexar los
252	Gestión del Servicio. Al verificar el formato CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES (FOR-SIG-121-011 Versión 5) se evidenció que el formato no es el mismo que se encuentra en la Suite Visión Empresarial y que en los registros hay espacios sin diligenciar como por ejemplo la Resolución No 20181500004958 de fecha 29-04-2018, dependencia quien remite grupo de asesoría y consultoría, no está diligenciada la casilla de tratamiento, fecha de finalización y devolución y nombre de quien recibe. Lo señalado incumple el numeral 7.5.3.1. literal b y C de la norma ISO: 9001 2015.
253	Gestión Administrativa: El formato de Comprobante de Egreso utilizado en el proceso no se evidencia en el aplicativo SUITE VISION EMPRESARIAL. Fue posible evidenciar solamente el comprobante emitido desde el aplicativo de inventarios. Lo señalado muestra que se está haciendo uso de un formato no regulado en el sistema de gestión de calidad, incumpliendo el Numeral 7.5.3.2., literal c) de la Norma ISO 9001:2015.
254	Gestión de Evaluación y Mejora. El formato utilizado para la formulación del Programa Anual de Auditoría de la vigencia 2018 de la Superintendencia no corresponde al formato aprobado en la SUITE Visión Empresarial (Código: FOR-CI-110-001, Fecha aprobación: 26/01/2017, Versión: 12), vigente para la fecha de aprobación del Plan de Auditoría, incumpliendo el control de documentos y versiones establecido en el Numeral 7.5.3.2., literal c, de la Norma
255	Gestión del Servicio. La base de datos Medusa, creada para el control de actos administrativos de la Entidad, se encuentra desactualizada, toda vez que, al tomar una muestra del mes de junio de 2018, se identificó que los números de resolución 20184440047363 del 13/06/2018 y 20182300050847 del 22/06/2018, a la fecha no se encuentran actualizados en dicha base toda vez que no cuentan con fecha de citación y demás campos requeridos en la base. Lo señalado incumple el numeral 8.2.2. literal a) de la norma ISO: 9001 2015.
256	Gestión del Servicio. Se evidencia que en el protocolo de atención al usuario PRT-SG-300-001 versión 7, en el punto 3.7 buzón de sugerencias, se señala Gestión de Procesos Disciplinarios. Se evidencia incumplimiento de los términos de respuesta establecidos en la Actividad 1 del procedimiento que señala que la respuesta a quejas provenientes de la Procuraduría General de la Nación debe realizarse dentro de los 15 días hábiles siguientes a su recepción. Lo anterior, por cuanto la queja correspondiente al expediente 572 de 2017 fue respondida en un término de 17 días. Lo señalado incumple
257	Gestión de Evaluación y Mejora. Se evidencia que, para la auditoría al proceso de Control Interno Disciplinario, se entregó el informe final por parte de la oficina de control interno mediante memorando radicado No. 201811000135093 de mayo 29 de 2018. Sin embargo, a la fecha no se cuenta con el Plan de Mejoramiento suscrito por el responsable del proceso, Incumpliendo lo establecido en la Actividad 8.1. del procedimiento de auditoría interna (PRO-CI-110-003, Fecha aprobación: 10/05/2017, Versión: 15) que establece que una vez entregado el informe final, el auditado dispone de 10 días para la entrega del plan de mejoramiento y subirlo a la SUITE para su respectivo seguimiento. Se incumple igualmente con la oportunidad en la formulación e implementación de las acciones de mejora definidas en el Numeral 10.2.1. de la Norma ISO 9001:2015
258	Gestión de Evaluación y Mejora. Se evidencia que mediante Resolución 20181100044717 de mayo 30 de 2018 se adoptó el Estatuto de Auditoría Interna en la entidad y expresamente se derogó, en su Artículo 3, el Manual de Control Interno del 29 de abril de 2016 vigente en la entidad hasta ese entonces. No obstante, en los documentos del Sistema de Gestión de la Entidad (SUITE Visión Empresarial) se observa que el mencionado manual sigue estando
259	Sistema Integrado de Gestión: Se recomienda que el formato de Análisis de Causas, utilizado para soportar la definición de acciones para los Planes de Mejoramiento por proceso de la entidad, sea subido a la SUITE Empresarial una vez diligenciado, como soporte de la trazabilidad en la formulación de planes de mejoramiento.
260	Alianza Interinstitucional (GACIN): La información de los indicadores del proceso se encuentra actualizada en la SUITE Empresarial. No obstante, el campo de explicaciones o comentarios al resultado de la aplicación del indicador no se diligencia completamente, toda vez que sólo se suben archivos anexos de soporte. En consecuencia, se recomienda diligenciar el campo de comentarios para dejar plenamente soportado el análisis del resultado de los indicadores.
261	Gestión de Comunicaciones. Dentro de los documentos que las dependencias solicitan publicar en la página web de la entidad se encuentran las Circulares Externas. Se observa que la publicación de dichos documentos no se solicita a través de correo electrónico, tal como indica el procedimiento de publicaciones. En consecuencia, se recomienda revisar esta situación, para efectos de determinar si se ajusta el procedimiento o se hace obligatoria la solicitud a través de correo electrónico.
262	Gestión de la Operación. Al revisar el archivo de actas de la Delegada para la Operación, se identificaron dos Actas del Comité de la Delegada, correspondiente al tema de Departamentos de Seguridad de la vigencia 2018, que no cuentan con la firma del Superintendente Delegado que participó en dichas sesiones, correspondientes a las Actas 27 y 31 de 2018. Aunque las decisiones finales del Comité fueron aprobadas a través de Resolución, se recomienda que todas las actas que soportan dichas decisiones se encuentren debidamente suscritas por todos los que participaron en la sesión.

x

El Plan de Mejoramiento producto de la Auditoría Interna de Calidad se encuentra en curso.

N/A	
N/A	
N/A	
N/A	
N/A	
N/A	
N/A	
N/A	
N/A	
N/A	
N/A	
N/A	
N/A	
N/A	
N/A	

			265	Gestión de Control, Inspección y Vigilancia. Se evidencia que la organización determina la competencia necesaria de las personas que realizan actividades dentro del proceso de visitas de inspección (Numeral 7.2. la norma ISO 9001:2015), como es el caso del contrato 090 del 15-01-2018, prestación de servicios profesionales en la ejecución del plan anual de visita de la vigencia y asesoría contable en las actuaciones adelantadas en el grupo de inspección de la delegada para el control.				N/A
			266	Gestión Jurídica/ Gestión del servicio. No se evidencia claridad de funciones dentro de los grupos de atención al ciudadano y del grupo de derechos de petición, en relación al procedimiento.				N/A
			268	Gestión Jurídica. No se encuentra documentado el procedimiento para dar trámite a las tutelas, existía y se solicitó su eliminación para incorporarse en el de defensa judicial, pero al revisar este nuevo no hay ningún concepto relacionado con las tutelas. Se recomienda consignar ya sea en procedimiento, o en manual, o documento del sistema, cual es el trámite a seguir una vez llegué la tutela a la entidad. establecer dicho procedimiento, ya que son de suma importancia por el grado de interés y complejidad que tiene en la entidad.				N/A
			267	Gestión Jurídica. Se verifica la carpeta donde se encuentran las actas de comité de conciliación, de las cuales se evidencia que se encuentra el acta No. 2 sin firma por parte del Superintendente y de los Superintendentes Delegados. Se recomienda verificar que este tipo de documentos siempre cuente con las firmas requeridas.				N/A
			266	Gestión del Servicio. Se evidencia que se lleva una planilla para el registro de las Salidas no conformes en el proceso de gestión del servicio, pero no se cuanta con datos estadísticos o mediciones por tipo de devolución de actos administrativos. Lo señalado permitiría tener medición del producto no conforme. En consecuencia, se recomienda hacer medición del producto no conforme a partir de los datos consignados en la planilla mencionada.				N/A
			269	Gestión de Procesos Disciplinarios. La gestión de procesos disciplinarios cuenta con una carpeta magnética compartida para los funcionarios del área. En consideración a las necesidades de protección y reserva de la información de los procesos disciplinarios, se recomienda tomar las medidas de control que sean necesarias para la protección de la información disponible en dicha carpeta y evitar así que haya pérdida de confidencialidad o acceso a dicha información por parte de servidores o personas de otras áreas.				N/A
			270	Gestión Financiera Gestión de la Operación. Se recomienda la Delegada para la Operación que se mantenga actualizada la información y reporte oportunamente los datos para cálculo de los ingresos por contribución, toda vez que el proceso de Gestión Financiera debe especificar si se trata de un violado o se trata de un suieto pasivo para asionar el usuario y contraseña para el reporte de la información financiera que tiene fecha de corte cada 30				N/A
			271	Gestión Documental. Aunque el Comité Institucional de Archivos de la Superintendencia se encuentra conformado mediante Resolución 2015000003927 del 23 de enero de 2015, no se evidencian reuniones durante el primer semestre de 2018, denotando falta de seguimiento a sus funciones y actividad en materia de gestión documental de la entidad. Se recomienda revisar la operación de éste comité y su inclusión en la Resolución de Comités de la entidad.				N/A
			272	Gestión Contractual. Se evidencian actas de reunión que reposan en el Grupo de Contratos sin todos los campos diligenciados, como es el caso de las actas correspondientes a las reuniones de junio 15 de 2018 (Visita postulantes adecuaciones locativas) y febrero 01 de 2018 (Aprobación implantación ARQ), en las cuales falta diligenciar hora de la reunión, datos de quien convoca y elabora y datos de algunos asistentes. En consecuencia, se recomienda verificar que todas las actas de las reuniones de temas contractuales se diligencien plenamente toda vez que son de gran valor dentro del trámite de las Gestión de Evaluación y Mejora. En razón a que en el mes de mayo de 2018 la Oficina de Control Interno presentó en sesión del 30 de mayo de 2018, al				N/A
			273	Comité Institucional de Control Interno una modificación al Plan Anual de Auditorías para la vigencia 2018, y que la misma fue aprobada se recomienda que el acta correspondiente sea firmada lo más pronto posible, teniendo en cuenta que para la fecha de la auditoría no se encontró suscrita.				N/A
			274	Gestión de Evaluación y Mejora. Se evidencia que existen informes de auditorías internas que aunque son enviados formalmente por la Oficina de Control Interno a través del Gestor Documental eSigna, dando cumplimiento a comunicar los informes finales de las auditorías internas a la Alta Dirección y al proceso auditado, se evidencia en el Gestor que no todos los destinatarios revisan los informes, especialmente los directivos, como es el caso del Informe radicado mediante memorando 201811000135093 de mayo 29 de 2018 muestra que a la fecha (17/07/2018) no han sido vistos por los destinatarios.				N/A
			275	Gestión Administrativa. No se evidencio la revisión técnica mecánica del vehículo DBI 895 en la carpeta del mismo y no se evidenciaron los mantenimientos realizados al vehículo DBY 210. Es conveniente que se incluya en el procedimiento de mantenimiento de vehículos la obligación de llevar una hoja de vida por cada vehículo donde reposen copia de estos documentos, como actualmente se tiene en físico pero no completa				N/A
			276	2.1.1. Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos. La Entidad cuenta con un Código de Ética y de Buen Gobierno actualizado, el cual tiene como propósito consolidar una cultura de integridad en el desempeño de la función administrativa del Estado y fortalecer las relaciones con los grupos de interés mediante el establecimiento de prácticas y formas concretas de actuación para los funcionarios públicos y colaboradores.				N/A
			277	Manual de funciones, competencias y requisitos. A la fecha, el Manual de Funciones adoptado por la entidad continúa en proceso de actualización.				N/A
			278	Reestructuración de la Planta de Personal. La entidad continúa realizando las gestiones necesarias para la presentación y seguimiento al proyecto de reestructuración de la planta de personal y profesionalización de la misma ante el Ministerio de Defensa, documento que ha sido ajustado de acuerdo con las indicaciones dadas por el Ministerio pero que continúa en revisión.				N/A
			279	Plan Institucional de Capacitación PIC. La Superintendencia cuenta con Plan Institucional de Capacitación para la vigencia 2018.				N/A
			280	Programa de Bienestar. El Programa de Bienestar para la vigencia 2018 fue formulado y se encuentra en ejecución.				N/A
			281	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. El Grupo de Recursos Humanos avanza en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con la Resolución 111 del 2017, donde se establecen los estándares mínimos para la implementación y el desarrollo de este proceso, con las diferentes actividades que se requieren para que sean sustento de su aplicación. Para la vigencia 2018 se cuenta con un plan de trabajo específico que requiere fortalecimiento en el verificar y actuar.				N/A
			282	2.2.1. Planes, Programas y Proyectos. Desde el Proceso de Planeación de la entidad se adelanta el seguimiento a los diferentes planes, programas y proyectos institucionales. En este marco, el Plan de Acción Institucional de la vigencia 2018 fue aprobado en Comité Institucional de Desarrollo Administrativo llevado cabo en enero de 2018. El número total de tareas programadas fue de 212, de las cuales se reportan como cumplidas a la fecha un total de 31 actividades.				N/A
			283	2.2.2. Indicadores de Gestión. La Superintendencia cuenta con una batería de indicadores de gestión por procesos, los cuales se vienen alimentando periódicamente por parte de las dependencias responsables.				N/A
			284	2.2.3. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. A 30 de abril de 2018, la Oficina de Control Interno realizó el seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, el cual fue publicado en la página web de la entidad, reportando un porcentaje de avance del 50%. El informe correspondiente se encuentra radicado bajo el número 20181210121613.				N/A
			285	2.2.4. Modelo de Operación por Procesos. Actualización de procesos. La Superintendencia realizó la revisión del Mapa de Procesos Institucional y como resultado se obtuvo el cambio en su diseño y en los nombres de los procesos. Así mismo se realizó la revisión y actualización de la caracterización y los procedimientos con el fin de estandarizar actividades, interrelacionar procesos, definición de tiempos y establecimiento de puntos de control. Las tareas señaladas se finalizaron en el mes de junio de 2018.			Estas acciones encontradas aun se encuentran en seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno	N/A

				<p>284 Así mismo, durante el último cuatrimestre se realizó la socialización del sistema con los nuevos cambios realizados al mapa de procesos, organigrama y valores institucionales.</p> <p>285 2.3. Administración del riesgo-2.3.1 Política de Administración del Riesgo. La Superintendencia cuenta con una Política de Administración del Riesgo adoptada mediante la Resolución No. 20171100066447 del 11 de septiembre. Durante el periodo objeto de evaluación no se presentaron ajustes a la mencionada política.</p> <p>286 2.3.2 Identificación, Análisis y valoración del Riesgo – Mapas de Riesgo. El Mapa de Riesgos Institucional de la Superintendencia cuenta con un total de sesenta y cuatro (64) riesgos identificados para sus procesos organizacionales. Todos los riesgos cuentan con análisis de causas, calificación, evaluación, controles y actividades formuladas para mitigarlos.</p> <p>287 Se identifica un total de 43 riesgos ubicados entre las zonas extrema y alta de riesgo. De éstos, existen nueve (9) riesgos ubicados en Zona de Riesgo Extrema, los cuales ameritan un seguimiento muy estricto por parte de los responsables de proceso.</p> <p>288 Como puede observarse, el plan de manejo de riesgos se ha cumplido en un 53,8% - A la fecha, se tiene un total de 74 acciones pendientes de</p> <p>289 Se evidencian debilidades en el monitoreo a la gestión de riesgos de la entidad, toda vez que no todas las áreas reportan oportunamente la gestión realizada para mitigar o eliminar las causas de los riesgos identificados en la vigencia 2018. A la fecha, se tiene un total de 74 acciones sin reporte de</p> <p>290 3.3 Planes de mejoramiento. La Entidad cuenta con un Plan de Mejoramiento Institucional suscrito con la Contraloría General de la República, cuyo avance reportado en el último informe de seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, en el mes de enero de 2018, se observa que cuenta con 167 acciones, las cuales se encuentran ejecutadas en un 100%. El informe corresponde al radicado 20181100030443.</p> <p>291 Considerando que a la fecha no se han ejecutado todas las acciones previstas en el Mapa de manejo de riesgos de la Superintendencia, se recomienda a las áreas avanzar de manera significativa en la ejecución de las acciones a cargo y reportar a través de la SUITE todas las evidencias necesarias para que se pueda realizar cierre efectivo de las mismas.</p>					N/A	
45	INFORME DE BOLETIN DE DEUDORES MOROSOS	17/07/2018	31/08/2018	<p>292 Se recibe información del Grupo de Recursos Financieros, se aplica prueba sustantiva al reporte suministrado por la Oficina Jurídica y enviado al Grupo de Recursos Financieros el día 19 de julio 2018, se evidencia envío en los plazos establecidos por la normatividad vigente.</p> <p>293 La norma dispone que las oficinas de Control Interno efectúen seguimiento, en vista que dispone que las entidades del Estado presenten relación de las acreencias a su favor pendientes de pago deberán permanentemente en forma semestral, elaborar un boletín de deudores morosos, cuando el valor de sus acreencias supere un plazo de seis meses y una cuantía mayor a los cinco salarios mínimos legales vigentes, se evidencia que la información deberá contener identificación del deudor moroso, identificación de la persona natural o jurídica, la identificación y el monto de su obligación, su fecha de</p>				Estas acciones encontradas aun se encuentran en seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno	N/A	
46	INFORME PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA GENERAL	17/07/2018	31/08/2018	<p>294 Es importante resaltar que del plan anterior se encuentran ejecutadas al 100% y se adicionan al Plan las que enviaron el pasado 29 de junio al mismo órgano, en relación con la auditoría de Gobierno en Línea adelantada.</p>		X		Es importante resaltar que del plan anterior se encuentran ejecutadas al 100% y se adicionan al Plan las que enviaron el pasado 29 de junio al mismo órgano, en relación con la auditoría de Gobierno en Línea adelantada.	N/A	
47	INFORME SEMESTRAL EKOGUI	18/07/2018	31/08/2018	<p>295 La Oficina Jurídica manifiesta que no se ha activado, creado o desactivado ningún usuario en el sistema, sin embargo, se evidencio en el sistema EKOGUI la inactivación de la abogada Ivonne Camargo en marzo 03 de 2018</p> <p>296 Se evidencia que para el periodo objeto de estudio se encuentra un incremento de 8 nuevos procesos judiciales para realizar la defensa por parte de un solo apoderado contratista.</p>		X	11	El Plan de mejoramiento fue solicitado el día 12 de septiembre.	N/A	
48	INFORME AL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL MINISTERIO DE DEFENSA	13/07/2018	31/08/2018	<p>297 Hallazgo 6. Delegada para la Operación.Procedimientos ajustados. Esta actividad se observa de difícil cumplimiento, en los términos planteados, por lo que la Delegada modifico los procedimientos, ya no tienen 14, sino solo tienen un denominado "Procedimiento autorizaciones, permisos, acreditaciones y licencias", donde no se observa la priorización planteada.</p> <p>298 Hallazgo 19. Oficina de Informática y Sistemas. Informe. Se evidencia informe que relaciona las políticas de seguridad y su correspondiente seguimiento a agosto 30 de 2017, pero no hay evidencia de la bitácora definida en el entregable, que debe contener el detalle de los incidentes de seguridad y su correspondiente gestión. Adicionalmente, el informe debe generarse a la fecha; el 30 de agosto era la fecha límite del entregable. En la SUITE la acción se observa aprobada por parte de la Oficina de Planeación, sin cumplimiento de la evidencia.</p> <p>299 Hallazgo 20. Recursos Humanos. Informe. Se evidencia documentos relacionados con el rediseño de la planta, pero no hay evidencia de un informe como tal. Los 2 informes allegados en la SUITE son idénticos, pero la idea es que sean 2 informes que reflejen de un periodo a otro, el avance de este proceso. Adicionalmente aparecen documentos sin tener estructura de presentación de informe y sin firma lo que evidencia que la tarea no se ha cumplido debido a</p>			X	Actualmente el Plan de Mejoramiento se encuentra en un nivel de avance del 85%, teniendo en cuenta que su fecha de terminación debió haberse cumplido el 31 de diciembre del 2017.	N/A	
49	INFORME DE AUSTRERIDAD JUNIO 30 DE 2018	17/07/2018	31/08/2018	<p>300 Se observa en el rubro de los sueldos un incremento del 16.70%, que corresponde a \$126.824.726.</p> <p>301 En el rubro de prima técnica un incremento de \$32.461,067, con una variación porcentual de 39.53%.</p> <p>302 En el rubro de honorarios se observa un incremento de \$676.020.566 equivalente al 42.50%.</p> <p>303 Se observa en el rubro de horas extras un incremento de \$3.359.012, con respecto al año 2017, que equivale al 31.97%.</p> <p>304 En el rubro de indemnización por vacaciones se observa una disminución significativa de \$18.820.706 con respecto al II trimestre del 2017.</p> <p>305 En el rubro de honorarios se observa un aumento significativo del 42.5%, equivalente a \$676.020.566.</p> <p>306 El rubro de viáticos y gastos de viaje presentó un incremento del 1074.39% por valor de \$37.221.542.</p> <p>307 En servicios públicos se observa un incremento poco significativo del 2.47%.</p> <p>308 En acueducto y alcantarillado y aseo, se presenta un incremento del 65.33% por valor de \$512.206.</p> <p>309 En energía eléctricas presenta un incremento de \$3.668.685 equivalente al 14.90% con respecto al año 2017.</p> <p>310 De acuerdo con la información suministrada por el Grupo de Contratos, la Entidad celebró durante el 1° de abril y el 30 de junio de 2018, doce (12)</p> <p>311 El Grupo de Recursos Físicos informó que la entidad en el segundo trimestre de esta vigencia no realizó ninguna contratación que implique mejoras suntuarias y tampoco adquirió ningún bien mueble para el normal funcionamiento de la entidad, ni se adquirió vehículo ni cambio de sede de la entidad.</p> <p>312 El Grupo de Recursos Físicos informó que durante el periodo de análisis no se contrataron estos elementos. Por su parte, la Oficina de Informática y Sistemas, indico que durante el segundo trimestre de 2018, se suscribieron las ordenes de compra 28257 y 28257, la entidad CONTRATO LA ADQUISIÓN DE EQUIPOS DE CÓMPUTO, DE ACUERDO A LA NECESIDAD DE LA SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA.</p> <p>313 Según información suministrada por el Grupo de Recursos Humanos, dando cumplimiento al artículo 2.2.5.11.5 del Decreto 1083 de 2015, se solicitan en clase económica como lo estipula el contrato que se firmo por medio de Colombia compra Eficiente por los Acuerdos Macros.</p>			X	Es importante que la entidad determine las políticas internas de austeridad que se aplicaran para la vigencia 2018, con el fin de realizar un mejor seguimiento y aplicación de la Ley 1873 de 2017.	N/A	
				<p>314 Correo Electrónico PQRS: Así mismo, una vez revisada la página web de la entidad, en el ítem de "PQRD Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias" no se evidencia el correo electrónico asignado para que el usuario presente sus solicitudes.</p> <p>315 De otra parte, se observa un correo en el ítem de atención al ciudadano denominado contactenos@supervigilancia.gov.co. A la fecha, el Grupo de Respuesta a Derechos de Petición manifiesta que no sabe quién es el administrador de dicho correo</p>					N/A	

50	INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL A LAS PQRS	17/07/2018	318	Finalmente, se evidencia que el call center no tiene posibilidad de realizar seguimiento al direccionamiento que efectúa el administrador del correo pqr@supervigilancia.gov.co, es decir la persona encargada de los derechos de petición, como quiera que ellos trasladan las PQRS a la entidad, pero cuando el ciudadano requiere información de su trámite, el call center desconoce el estado del mismo.	X	El Plan de mejoramiento se debía enviar el día 12 de septiembre con las acciones pertinentes para subsanar los hallazgos a lo su que hubiera lugar, ya que actualmente este seguimiento ya cuenta con plan de mejoramiento, fruto del seguimiento realizado en el mes de abril de la presente vigencia.	N/A				
			319	El correo interno PQRD@supervigilancia.gov.co, es administrado por el Grupo de Respuesta a Derechos de Petición, que fue creado este primer semestre para mejorar la respuesta, identificar responsable y unificación de los derechos de petición.			N/A				
			320	Es preciso resaltar que al finalizar el año 2017 e inicios del mes de enero de 2018, el correo de PQRD@supervigilancia.gov.co, no se encontraba en funcionamiento; sin embargo, la Oficina de Control Interno pudo evidenciar que este correo ha permitido generar una mayor organización de las solicitudes que llegan a la Superintendencia.			N/A				
			321	Línea Telefónica: Al intentar comunicarse con la línea de atención al usuario de la SuperVigilancia se observa que en la línea número 3078038 es atendida en primera instancia por un asistente automático, posterior a ello se recibió atención oportuna a la solicitud de información. Al realizar las llamadas al número 3274017 se escucha un tono repetitivo donde no se obtiene respuesta alguna.			N/A				
			322	Redes sociales. Para continuar con el seguimiento a los medios de información y comunicación que dispone la SuperVigilancia en su página web, también existen las redes sociales, donde los ciudadanos se enteran de información importante de la Superintendencia y de paso interactúan con la entidad.			N/A				
			323	En conclusión, en relación con los medios de información y comunicación se evidenció que la Superintendencia a la fecha ha realizado las acciones pertinentes para mejorar la calidad del servicio que se presta a los ciudadanos y a los vigilados, puesto que el chat es atendido oportunamente y las respuestas a las solicitudes de prueba se hicieron de tal manera que se solucionaran las dudas presentadas.			N/A				
			324	Frente a las líneas telefónicas aún existe un número de teléfono dispuesto en la página web, el cual no se encuentra en funcionamiento según las pruebas realizadas por la Oficina de Control Interno.			N/A				
			325	Se evidencia una organización frente a las solicitudes que llegan al correo de PQRS de la entidad y también se resalta el papel del administrador de las redes sociales de entidad por guiar a la ciudadanía para que utilicen los debidos mecanismos para hacer llegar las PQRS			N/A				
			326	En relación con el cumplimiento de los términos legales de respuesta a las PQRS. El Grupo de Respuesta a Derechos de Petición adjuntó al correo de solicitud de información por parte de la Oficina de Control Interno una base de datos, en la cual se lleva un registro y control de las PQRS. Esta base de datos está conformada por ítems que permiten generar una trazabilidad de la información, con datos desde el 02 de abril del 2018. La información del primer trimestre de esta vigencia, no fue suministrada en dicha base sino en el informe remitido al Ministerio de Defensa.			N/A				
			327	Como se presenta en la gráfica 1, aún se evidencia un porcentaje significativo de 35% en las PQRS pendientes por resolver a pesar del compromiso adquirido por parte del Grupo de Respuesta a Derechos de Petición y de la Oficina de Atención al Usuario.			N/A				
51	INFORME DE SEGUIMIENTO AL SUIT	30/08/2018	328	Dentro de algunas de las solicitudes de información, se observa que el Grupo de Respuesta a Derechos de Petición no las considera PQRS, lo cual indica que el registro cuenta con debilidades, toda vez que todas las solicitudes de información deben ser contabilizadas en las estadísticas del área del Grupo de Respuesta a Derechos de Petición, como una PQRS, como quiera que se trata de derechos de petición de información, tal como lo establecen los artículos 13 a 33 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.	X	En el presente seguimiento se evidenció el avance que se ha realizado en el tema de la priorización de la racionalización de los tramites de la Entidad, puesto que a la fecha se cuenta con 30 tramites, 3 trámites considerados opas, 9 a los cuales no se les puede exigir tarifa, 5 que no son considerados como tramites ni opas (Incremento de capital, Informe de Operaciones Aéreas, Control de legalidad de asamblea general para cooperativas de vigilancia y seguridad privada, Vistos buenos de importación e Inclusión, exclusión y retiro de asociados; registro de órganos, libros, asociados, asambleas generales y asociadas y, consejo de administración) y 3 tramites unificados (Incremento de capital, Vistos buenos de importación, informe de Operaciones Aéreas, Control de legalidad de asamblea).	N/A				
			329	Igualmente, al revisar la página web de la entidad, se observa que el último informe sobre PQRS, que incluye solicitudes de información, es el del tercer trimestre de 2017, pero de la presente vigencia no hay ninguno, por lo cual se hace necesario dar cumplimiento a lo exigido en el artículo 52 del Decreto 103 de 2015.			N/A				
			330	Cabe resaltar que se han venido realizando mejoras en el registro de las quejas; sin embargo, aún se siguen presentando debilidades en la consolidación de la información, pues las cifras no coinciden, generando confusión y de esta manera no se puede realizar un análisis acertado del estado actual de las PQRS de la Superintendencia, por ello, se tomó como referencia los informes enviados al Ministerio de Defensa Nacional y la Base de datos del Grupo de Respuesta a Derechos de Petición.			N/A				
			331	A la fecha la Superintendencia cuenta con un total de doce (12) trámites registrados en el Sistema Único de Información SUIT.			N/A				
			332	Sin embargo, al momento de realizar el seguimiento por parte de la Oficina de Control se pudo observar en el SUIT que el único trámite que aun se encuentra priorizado por la Entidad para su racionalización es el de "Licencia de funcionamiento para servicios de vigilancia y seguridad privada", donde la ejecución de la racionalización del trámite se desarrollara en un periodo de ejecución de reducción de pasos o procedimientos internos del 01 de febrero de 2018 al 28 de diciembre de 2018, el área responsable de llevar acabo las acciones para dicha racionalización es la Delegada para la Operación.			N/A				
			333	Frente a ello la Oficina Delegada para la Operación y la Oficina Asesora de Planeación han desarrollado mesas de trabajo, donde se actualizo y se revisó la normatividad de los tramites y de igual manera el costo de cada uno de ellos. Seguidamente se establecieron cuáles eran trámites y otros procedimientos administrativos de cara al usuario (OPA) y 9 tramites a los cuales no se les pueden exigir tarifas mediante Oficio Radicado No. 20181210228671 del 15 de agosto de 2018.			N/A				
			334	En razón a lo anterior, es evidente que existe un gran avance en lo que va corrido de la presente vigencia ya que a la fecha la Entidad cuenta con 30 tramites, 3 trámites considerados opas, 9 a los cuales no se les puede exigir tarifa, 5 que no son considerados como tramites ni opas (Incremento de capital, Informe de Operaciones Aéreas, Control de legalidad de asamblea general para cooperativas de vigilancia y seguridad privada, Vistos buenos de importación e Inclusión, exclusión y retiro de asociados; registro de órganos, libros, asociados, asambleas generales y asociadas y, consejo de administración) y 3 tramites unificados (Incremento de capital, Vistos buenos de importación, informe de Operaciones Aéreas, Control de legalidad de asamblea).			N/A				
			TOTAL	334			Hallazgos /observaciones	TOTAL	364 ACCIONES FORMULADAS FRENTE A LOS HALLAZGOS Y LAS OBSERVACIONES	117 ACCIONES ABERTAS 200 HALLAZGOS YA ESTAN EN SEGUIMIENTO	30 HALLAZGOS CERRADOS