



20241100044223CS

9/12/2024, 4:22:00 p. m.

LUISA FERNANDA MORENO MARTÍNEZ, DIANA MILENA BELTRÁN CASTAÑEDA Y JAIME ANTONIO SARMIENTO SANTANDER

Dep: GRUPO CONTROL INTERNO

Folio: 1 Anexo: 0
Usuario: PRESENCIAL

Memorando N°

FECHA: 09 de diciembre de 2024

PARA: LUISA FERNANDA MORENO MARTÍNEZ
DELEGADA PARA EL CONTROL (E)
DIANA MILENA BELTRÁN CASTAÑEDA
COORDINADORA GRUPO DE INSPECCIÓN
JAIME ANTONIO SARMIENTO SANTANDER
COORDINADOR GRUPO DE SANCIONES

DE: LUIS EDUARDO PERDOMO LONDOÑO
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

ASUNTO: COMUNICADO: INFORME FINAL DE AUDITORÍA – GESTIÓN DE CONTROL, INSPECCIÓN Y VIGILANCIA.

Respetados (as) Doctores (as):

De conformidad con las facultades legales contenidas en el artículo 12 de la Ley 87 de 1993, artículo 17 del Decreto 648 de 2017 del rol de evaluación y seguimiento, y en cumplimiento del Plan Anual de Auditoría aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para la vigencia 2024 y el Procedimiento Auditorías basadas en riesgos vigente, de manera atenta se anexa el Informe Final de Auditoría Interna basada en riesgos del Proceso Gestión de Control, Inspección y Vigilancia.

El Informe preliminar de la auditoría interna fue comunicado al responsable de la unidad auditada, mediante radicado 20241100041413CS del 27 de noviembre de 2024, sobre el cual se recibió respuesta con radicado 2024200004294CS del 04 de diciembre de 2024, considerando las observaciones y/o justificaciones entregadas, quedando agotados todos los mecanismos de subsanación de diferencias y culminadas las etapas de la auditoría.

Producto de los hallazgos resultado de esta auditoría, respetuosamente se solicita suscribir y remitir a la Oficina Asesora de planeación con copia a la Oficina de Control Interno, dentro de los siguientes 10 días a la recepción de este memorando, el respectivo Plan de Mejoramiento.

De cara a las recomendaciones, conforme a lo señalado en el literal k) del artículo 12 de la Ley 87 de 1993, este despacho exhorta a implementar las medidas recomendadas, ya que pueden ser objeto de seguimiento en la próxima vigencia.

Agradecemos su tiempo y atención prestada al desarrollo del ejercicio auditor y estamos seguros de que este ejercicio contribuirá al fortalecimiento del Sistema de Control Interno de la Entidad.

Cordialmente.

LUIS EDUARDO PERDOMO LONDOÑO
Jefe Oficina de Control Interno

LUIS EDUARDO PERDOMO LONDOÑO
Firmado digitalmente por LUIS EDUARDO PERDOMO LONDOÑO
Fecha: 2024.12.09 11:16:15 -05'00'

Anexo por correo electrónico en formato PDF: Informe de auditoría – Delegada para el Control - veinticinco (25) folios
Copia: Dra. Yennifer Edilma Parra Moscoso Superintendente de Vigilancia y Seguridad Privada

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	JUAN SEBASTIAN TELLEZ PELAEZ – Auditor Oficina de Control Interno (contratista)	EVALUACION Y SEGUIMIENTO
Revisó y Aprobó	LUIS EDUARDO PERDOMO LONDOÑO – Jefe Oficina de Control Interno	EVALUACION Y SEGUIMIENTO

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

MACROPROCESO/ PROCESO O ÁREA DEL SEGUIMIENTO		No. INFORME
AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN DE CONTROL, INSPECCIÓN Y VIGILANCIA		25/2024
		FECHA DE INICIO
		25/09/2024
		FECHA ENTREGA DE INFORME
		09/12/2024
		PARA CONOCIMIENTO DEL SUPERINTENDENTE
EQUIPO AUDITOR		DESTINATARIO LIDER Y/O RESPONSABLE DEL ÁREA O DEPENDENCIA:
Auditor(es):	Juan Sebastián Téllez Peláez	Luisa Fernanda Moreno Martínez Delegada para el Control (E)
ASPECTOS GENERALES DEL INFORME		
Objetivo General:	Evaluar el cumplimiento de los objetivos de los procedimientos "PRO-GCI-210-002 Atención de Quejas contra Servicios Autorizados y No Autorizados de Vigilancia y Seguridad Privada, PRO-GCI-230-001 Sancionatorio e Imposición de Medidas Cautelares y Multas, PRO-GCI-220-001 Visitas de Inspección, PRO-GCI-200-002 Administrativo Sancionatorio para Imposición de Sanción y Resolución del Recurso de Reposición", esto se llevará a cabo mediante la verificación de los controles establecidos por los líderes de los procesos, con enfoque en riesgos, con el fin de diagnosticar y formular observaciones y/o recomendaciones que generen oportunidades de mejora.	
Alcance:	Periodo comprendido del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023. En el desarrollo de la auditoria el auditor presento las siguientes limitaciones: ❖ Activación del usuario en el aplicativo ESIGNA: El 23 de octubre de 2024 se activó el usuario con permisos de consulta para la revisión a través del aplicativo ESIGNA. Desde esa fecha, el sistema ha presentado fallas intermitentes, lo que ha afectado la disponibilidad y el acceso a la información. ❖ Confiabilidad de la información reportada en las bases de datos: Se observó que la información reportada por los grupos responsables en las bases de datos presenta falencias en su digitalización.	
Metodología:	Aplicación de los elementos y herramientas para la evaluación independiente, en concordancia con las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna así: ❖ Comunicado inicial al líder del proceso a través del memorando número 20241100029153CS, con fecha del 25 de septiembre de 2024. ❖ Solicitud de información mediante el radicado número 20241100031513CS "Delegada para el Control" y 20241100031523CS "Grupo de Talento Humano y Grupo de Contratos", con fecha del 7 de octubre de 2024.	

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

	❖ Análisis de las bases de datos allegadas a la Oficina de Control Interno. ❖ Verificación Documental en el aplicativo Esigna. ❖ Visita in Situ.
Criterios de la auditoría:	➤ Constitución Política de Colombia. ➤ Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones". ➤ Ley 1437 del 2011 "Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo". (CPACA). Art. 14,17,18, 47,48,49. ➤ Ley 1755 de 2015 "Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo". ➤ Decreto Ley 356 de 1994 "Por el cual se expide el Estatuto de Vigilancia y Seguridad Privada". ➤ Decreto 2355 de 2006 "Por el cual se modifica la estructura de la superintendencia de vigilancia y seguridad privada y se dictan otras disposiciones" Art. 12 "Funciones del Despacho del Superintendente". ➤ PRO-GCI-210-002 "Atención de Quejas contra Servicios Autorizados y No Autorizados de Vigilancia y Seguridad Privada". ➤ PRO-GCI-230-001 "Sancionatorio e Imposición de Medidas Cautelares y Multas". ➤ PRO-GCI-220-001 "Visitas de Inspección". ➤ PRO-GCI-200-002 "Administrativo Sancionatorio para Imposición de Sanción y Resolución del Recurso de Reposición".
RESUMEN EJECUTIVO	
Como resultado del ejercicio de auditoría realizado por la Oficina de Control Interno, a continuación, se detallan las observaciones derivadas del análisis de la información proporcionada por los grupos que conforman la Delegatura para el Control: Investigaciones Administrativas Preliminares, Inspección y Sanciones. Este análisis incluyó la revisión de los expedientes físicos y el uso del aplicativo ESIGNA, según la muestra seleccionada. El objetivo de la auditoría fue evaluar la efectividad de los controles internos y la identificación de riesgos en los procesos, conforme a los procedimientos establecidos. Hallazgos: 1. Demoras en los tiempos de respuesta a las PQRSD. <u>(Reiteración Informe de Auditoría N° 23 del 2021)</u> 2. No confiabilidad en la información reportada en las bases de datos. <u>(Reiteración Informe de Auditoría N° 23 del 2021)</u> 3. Visitas de verificación realizadas fuera de los plazos establecidos. 4. Auto de archivo emitidos por el Grupo de Inspecciones. 5. Pérdida de la facultad sancionatoria. <u>(Reiteración Informe de Auditoría N° 23 del 2021)</u> 6. Archivo de Gestión.	
DESARROLLO DE LA AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	
En el marco de la función de evaluación y seguimiento del Sistema de Control Interno, conforme a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, especialmente en el artículo 12, literal G, y en cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, esta dependencia llevó a cabo auditoría interna al proceso de Gestión de Control, Inspección y Vigilancia correspondiente a la vigencia 2023. En esta auditoría se analizó la gestión realizada por la Delegatura para el Control.	

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

El auditor utilizó como insumo para la auditoría la información proveniente de las bases de datos enviadas por los coordinadores de la Delegatura para el Control a través del correo institucional. Estas bases de datos incluyen los registros correspondientes al Grupo de Investigaciones Administrativas Preliminares, al Grupo de Inspección y al Grupo de Sanciones. Durante el desarrollo de la auditoría, se cotejó dicha información con el soporte documental registrado en el aplicativo eSigna y en archivo físico. Para este ejercicio, el auditor aplicó un muestreo estadístico conforme al formato establecido en la caja de herramientas de la **Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas** del DAFP (Departamento Administrativo de la Función Pública).

No obstante, cuando no es posible llevar a cabo una verificación total de las transacciones o hechos ocurridos en un proceso, se selecciona una muestra la cual debe ser representativa de acuerdo con la complejidad del proceso. *"El muestreo de auditoría es la aplicación de un procedimiento de auditoría a menos del 100% de los elementos de una población con el objetivo de sacar conclusiones acerca de toda la población"* (Fuente: IIA Global).

1. HALLAZGO N° 1 DEMORAS EN LOS TIEMPOS DE RESPUESTA A LAS PQRS. (REITERACIÓN INFORME DE AUDITORÍA NO. 23 DEL 2021)

Una vez recibida y analizada la información proporcionada por la Delegatura para el Control, el auditor constató que se incluyen un total de 2.243 registros correspondiente a la vigencia 2023, distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 1 – Bases de datos Delegatura para el Control

GRUPO	Vigencia 2023
Investigaciones Administrativas Preliminares	1.646
Inspecciones	202
Sanciones	395
TOTAL	2.243

Elaboración propia OCI – Información tomada de las bases de datos

Base de datos Grupo Investigaciones Administrativas Preliminares

Según la información de la Base de Datos, el auditor observó que, de las 1.646 quejas reportadas en el periodo auditado, se clasificaron como se detalla en la Tabla 2.

Tabla 2 – Clasificación de las PQRS. allegadas a IAP vigencia 2023

TEMA	CANTIDAD
Fallas	11
Ampliación de la queja	2
Requerimiento al vigilado	1
Traslado al vigilado	8
Hurtos	438
Acuso de recibido	5
Ampliación de la queja	30
Desistimiento expreso	1
Estado de la queja	4
No es competencia de la super	2
Requerimiento al vigilado	292
Respuesta a la solicitud	7
Traslado a inspecciones	1
Traslado a la Fiscalía	22
Traslado a sanciones	1
Traslado al vigilado	72

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

	Traslado para grupo de operaciones	1	
	Irregularidades	838	
	Acuso de recibido	6	
	Ampliación de la queja	152	
	Auto de archivo	1	
	Estado de la queja	11	
	No es competencia de la super	19	
	Requerimiento al vigilado	202	
	Respuesta a la solicitud	28	
	Traslado a inspecciones	7	
	Traslado a la Fiscalía	11	
	Traslado a la Superintendencia de Industria y Comercio	1	
	Traslado al Ministerio de Trabajo	42	
	Traslado a sanciones	2	
	Traslado al vigilado	356	
	Laborales	282	
	Ampliación de la queja	11	
	Estado de la queja	1	
	No es competencia de la super	1	
	Requerimiento al vigilado	9	
	Respuesta a la solicitud	2	
	Traslado a inspecciones	1	
	Traslado a la DIAN	1	
	Traslado a la Fiscalía	1	
	Traslado al Ministerio de Trabajo	239	
	Traslado al vigilado	16	
	PETICIONES INCOMPLETAS	32	
	Ampliación de la queja	16	
	Estado de la queja	1	
	No es competencia de la super	6	
	Requerimiento al vigilado	1	
	Respuesta a la solicitud	2	
	Traslado a la Superintendencia de Industria y Comercio	1	
	Traslado al Ministerio de Trabajo	2	
	Traslado al vigilado	3	
	PREGUNTAS GENERALES	15	
	Ampliación de la queja	3	
	Requerimiento al vigilado	6	
	Respuesta a la solicitud	1	
	Traslado a inspecciones	1	
	Traslado a la Superintendencia de Industria y Comercio	2	
	Traslado al vigilado	2	
	SERVICIOS ILEGALES	30	
	Ampliación de la queja	10	
	No es competencia de la super	2	
	Requerimiento al vigilado	3	
	Respuesta a la solicitud	2	
	Traslado a inspecciones	8	

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

Traslado al Ministerio de Trabajo	3
Traslado al vigilado	2
TOTAL, GENERAL	1646

Elaboración propia OCI – Información tomada de la base de datos IAP

Análisis de Solicitudes

Condición N° 1.1: Traslado por Competencia Fuera de Término.

De acuerdo con la información de la base de datos, se identificó que 691 de las 811 quejas relacionadas con el traslado por competencia reportadas durante la vigencia 2023 fueron resueltas de forma extemporánea, **incumpliendo** lo establecido en la Ley 1755 de 2015, que regula el Derecho Fundamental de Petición. Según el artículo 21, titulado "*funcionario sin competencia*", se establece lo siguiente:

"Si la autoridad a quien se dirige la petición no es competente, informará de inmediato al interesado si este actúa verbalmente, o dentro de los cinco (5) días siguientes a la recepción, si lo hace por escrito. Dentro del término señalado, remitirá la petición al competente y enviará copia del oficio remititorio al peticionario. En caso de no existir un funcionario competente, se lo comunicará. Los plazos para decidir o responder se contarán a partir del día siguiente a la recepción de la petición por la autoridad competente".

Tabla 3 – Traslado por competencia fuera de termino

TEMA	CANTIDAD
Fallas	4
Hurtos	75
Irregularidades	370
Laborales	214
Peticiones Incompletas	11
Preguntas Generales	5
Servicios Ilegales	12
Total, general	691

Elaboración propia OCI – Información tomada de la base de datos IAP

Respuesta 1: En la respuesta al informe preliminar de auditoría, enviada por medio del memorando 20242000042943CS del 04 de diciembre de 2024, el proceso auditado realiza la réplica a los Traslados por competencia, en los siguientes términos:

"(...) 1. TRASLADO POR COMPETENCIA FUERA DE TÉRMINO

El Grupo de Control Interno informa que 691 de las 811 quejas relacionadas con el traslado por competencia reportadas durante la vigencia 2023 fueron resueltas de forma extemporánea incumpliendo lo establecido en el artículo 21 de la Ley 1755 de 2015.

Para este caso en particular, resulta importante señalar que, de conformidad con el procedimiento interno establecido para el ingreso y asignación de todas las PQRS que se presentan a la entidad, ingresan por un grupo transversal adscrito a la Secretaría General de la entidad y es el grupo de atención al usuario, quienes se encargan de recepcionar, clasificar y trasladar por competencia al grupo interno de trabajo que corresponda según su naturaleza.

En este sentido, tal como se señala en el Informe de Auditorias de Gestión, hay un retraso en el reparto que hace esta dependencia al grupo de IAP, demora que como se evidencia en el informe ha sido hasta de 114 días, lo que obstruye o dificulta el cumplimiento de las tareas y términos establecidos para la oportuna atención, trámite y respuesta de las PQRS.

En virtud de ello, el término de cinco (5) días otorgado por el CPACA para dar traslado por competencia, se causa en el mayor de los casos, por no decir todas las veces, dentro del término del traslado que se efectúa en el grupo de atención al usuario, por lo cual, no resulta admisible la observación, puesto que,

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

en la mayoría de los casos, el grupo de IAP tiene conocimiento de las PQRS después que ha transcurrido dicho término.

En consecuencia y como se ha reiterado en varias ocasiones, el trabajo articulado entre el grupo de Investigaciones Administrativas Preliminares y Atención al Usuario debe ser permanente, pero sobre todo oportuno para evitar el vencimiento de términos.

En este sentido se sugiere recomendar al Grupo de Atención al Ciudadano, implementar directrices o lineamientos que le permitan realiza un oportuno traslado de las PQRS a este grupo (...).

RESPUESTA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Es importante señalar que la fecha de reparto a cargo del Grupo de Atención al Usuario incide directamente en los plazos establecidos para dar respuesta a los requerimientos, afectando de manera significativa los tiempos de respuesta dentro de los términos determinados. No obstante, a pesar de las demoras en los tiempos de reparto, se observó que el Grupo de Investigaciones Administrativas Preliminares también presenta retrasos en la emisión de sus respuestas. Esta doble demora sugiere una falta de eficiencia en ambos procesos, tanto en el reparto inicial como en la respuesta final, lo cual impacta negativamente en la oportunidad y efectividad de la gestión administrativa.

Dicho lo anterior, y una vez evaluados los argumentos presentados por la Delegada para el Control, la Oficina de Control Interno concluyó que dichos argumentos no desvirtúan lo evidenciado. Por lo tanto, la reiteración identificada en el cuerpo del presente informe se mantiene, dado que corresponde al hallazgo de auditoría del Informe N° 23 de 2021, el cual evidenció una recurrencia en la auditoría actual. Esto obliga a generar un nuevo plan de mejoramiento para subsanar la ineffectividad detectada en el plan de mejoramiento anterior.

Asimismo, debido a la relevancia de lo identificado, se recomienda incluir estos aspectos en el Mapa de Riesgo de Gestión.

Condición N° 1.2: Solicitud de ampliación fuera de términos

Según la información de la base de datos, se identificó que 103 de las 221 solicitudes de ampliación de información reportadas durante la vigencia 2023 fueron resueltas de forma extemporánea, **incumpliendo** lo establecido en la Ley 1437 de 2011, "Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo". El artículo 17, titulado "Peticiones incompletas y desistimiento táctico", establece lo siguiente:

"En virtud del principio de eficacia, cuando la autoridad constate que una petición ya radicada está incompleta o que el peticionario deba realizar una gestión de trámite a su cargo, necesaria para adoptar una decisión de fondo, y que la actuación pueda continuar sin oponerse a la ley, requerirá al peticionario dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de radicación para que la complete en el término máximo de un (1) mes" (ver tabla 4).

Tabla 4 – requerimiento al peticionario para ampliación de información de manera extemporánea

TEMA	CANTIDAD
Hurtos	14
Extralimitación de Funciones del Personal de Vigilancia y Seguridad Privada	1
Sector Residencial	13
Irregularidades	66
Daños	1
Extralimitación de Funciones del Personal de Vigilancia y Seguridad Privada	17
Incumplimiento del Contrato Celebrado	4
Obligaciones Laborales y/o de Seguridad Social	2
Otras	2

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

Prestación del Servicio	38
Tarifas	2
Laborales	5
Obligaciones Laborales y/o de Seguridad Social	5
Peticiones Incompletas	13
Consultas	1
Hurtos	1
Irregularidades	8
Otras	2
Servicios Ilegales	1
Preguntas Generales	2
Consultas	2
Servicios Ilegales	3
Empresas No Autorizadas	3
Total, general	103

Elaboración propia OCI – Información tomada de la base de datos IAP

Respuesta 2: En la respuesta al informe preliminar de auditoría, enviada por medio del memorando 20242000042943CS del 04 de diciembre de 2024, el proceso auditado, realiza la réplica a la solicitud de ampliación fuera de termino, como se detalla a continuación:

"(...) SOLICITUD DE AMPLIACIÓN FUERA DE TÉRMINO.

El grupo de Control Interno informa que 103 de las 221 ampliaciones de información reportadas durante la vigencia 2023 fueron resueltas de forma extemporánea incumpliendo lo establecido en el artículo 17 de la Ley 1755 de 2015.

Al respecto se debe manifestar que, si bien el artículo referenciado líneas arriba, establece el término de diez (10) días para solicitar ampliación de información al peticionario, para el presente caso, se reitera la falencia puesta de presente anteriormente relación con los tiempos de traslado de las PQRS por parte de atención al usuario al grupo de IAP, puesto que, la mayoría de los términos transcurren fuera de nuestra órbita de atención y gestión. Adicionalmente, y como se manifestó en párrafos anteriores, el grupo de IAP presenta un protocolo de atención de PQRS que incluye:

- Reparto al personal sustanciador
- Estudio y proyección de respuesta a la PQRS
- Revisión de la proyección realizada
- Firma del acto administrativo
- Radicación y comunicación del acto administrativo.

Finalmente, es necesario resaltar que en virtud de un evidente crecimiento del sector de la vigilancia y la seguridad privada, la demanda del servicio público a cargo de esta entidad ha desbordado la capacidad del personal de planta, debiéndose recurrir a la figura de contratos de prestación de servicios, lo que hace necesario un rediseño institucional para responder a la alta demanda de solicitudes presentadas, aunado a ello debe tenerse en cuenta las graves fallas presentadas en el servicio de internet, así como en el gestor documental esigna, situación está que impacta de manera directa la gestión y atención oportuna de las PQRS presentadas por los ciudadanos (...)".

RESPUESTA OFICINA DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con lo manifestado, la Oficina de Control Interno evaluó el protocolo para gestionar las respuestas de las PQRSD de Investigaciones Administrativas Preliminares, por lo que se recomienda al proceso ajustarlo para dar cumplimiento a la normativa vigente.

Por otra parte, de acuerdo con el acápite "Traslado por Competencia Fuera de Término – RESPUESTA OFICINA DE CONTROL INTERNO", se sugiere una falta de eficiencia en ambos procesos, tanto en el

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

reparto inicial como en la respuesta final, lo que impacta negativamente en la oportunidad y efectividad de la gestión administrativa.

Dicho lo anterior, y una vez evaluados los argumentos presentados por la Delegada para el Control, la Oficina de Control Interno concluyó que dichos argumentos no desvirtúan lo evidenciado. Por lo tanto, la reiteración identificada en el cuerpo del presente informe se mantiene, dado que corresponde al hallazgo de auditoría del Informe N° 23 de 2021, el cual evidenció una recurrencia en la auditoría actual. Esto obliga a generar un nuevo plan de mejoramiento para subsanar la ineffectividad detectada en el plan de mejoramiento anterior.

Asimismo, debido a la relevancia de lo identificado, se recomienda incluir estos aspectos en el Mapa de Riesgo de Gestión.

Condición N° 1.3: Derecho de petición:

Con base en la información de la base de datos, se identificó que 133 de los 507 derechos de petición reportados en la vigencia 2023 fueron resueltos de forma extemporánea, **incumpliendo** lo establecido en la Ley 1755 de 2015 que regula el Derecho Fundamental de Petición. El artículo 17, titulado *"Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones"*, establece que, *"salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción"*.

Tabla 5 – Derechos de petición extemporáneos

TEMA	CANTIDAD
Hurtos	73
Otras	1
Prestación del Servicio	1
Sector Comercial	2
Sector Residencial	69
Irregularidades	53
Extralimitación de Funciones del Personal de Vigilancia y Seguridad Privada	12
Incumplimiento del Contrato Celebrado	2
Otras	3
Prestación del Servicio	34
Tarifas	2
Laborales	1
Obligaciones Laborales y/o de Seguridad Social	1
Preguntas Generales	3
Consultas	3
Servicios Ilegales	3
Empresas No Autorizadas	3
Total, general	133

Elaboración propia OCI – Información tomada de la base de datos IAP

En virtud de lo expuesto, se identificó que los controles no son efectivos y que el plan de mejoramiento suscrito de acuerdo con la auditoría interna realizada por la Oficina de Control Interno (Informe 23-2021), destinado a subsanar esta situación, resultó ineffectivo. Por lo tanto, el Grupo de Investigaciones Administrativas Preliminares deberá elaborar un nuevo plan de mejoramiento con el objetivo de corregir la reiteración de esta situación, en cumplimiento con los plazos establecidos en la normativa vigente. Esta acción es especialmente relevante, ya que la vulneración del derecho fundamental de petición expone a la Entidad al riesgo de que el peticionario interponga una acción de tutela, lo que podría derivar en implicaciones legales y reputacionales para la organización.

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

Respuesta N° 3: En la respuesta al informe preliminar de auditoría, enviada por medio del memorando 20242000042943CS del 04 de diciembre de 2024, el proceso auditado, realiza la réplica a los Derechos de Petición, en los siguientes términos:

"(...) 3. DERECHO DE PETICIÓN

Por último, el grupo de Control Interno manifiesta que, de acuerdo a la base información que reposa en el grupo, se identificó que 133 de los 507 derechos de petición reportados para vigencia 2023 fueron resueltos de forma extemporánea, vulnerando así, lo establecido en el artículo 17 de la Ley 1755 de 2015.

Resulta importante señalar que, al grupo de investigaciones administrativas preliminares en su gran mayoría recepciona las quejas que presentan los ciudadanos-usuarios contra los servicios de vigilancia y seguridad privada, situación que en la mayoría de los casos genera un trámite administrativo.

En este sentido resulta pertinente aclarar que, no todos los documentos que llegan al grupo de IAP son peticiones en el sentido jurídico o como lo relaciona el CPACA y que tienen que ver con fallas del servicio de vigilancia y seguridad privada, por lo tanto, la atención las quejas o denuncias allegadas se surten bajo los lineamientos o disposiciones legales establecidas para el procedimiento administrativo sancionatorio de que tratan los artículo 57 y 42 de la Ley 1437 de 2011 y no las dispuestas para el derecho de petición, en el entendido de que estas ingresan a una etapa denominada averiguación preliminar, con la que se busca determinar si existe mérito para adelantar un procedimiento administrativo sancionatorio o por el contrario debe procederse a su archivo.

Por ende, no es de recibo la observación realizada, puesto que la auditoria no fue realizada en los términos anteriores, sino considerando que todo se trata de derechos de petición (...)"

RESPUESTA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Es importante señalar que lo anterior no constituye un hallazgo, teniendo en cuenta que la Oficina de Control Interno se está pronunciando del plan de mejoramiento del informe 23-2021, el cual fue inefectivo. Toda vez que se sigue presentando la misma situación.

Frente al argumento expuesto por la Delegada del Control, la Oficina de Control Interno evaluó lo dispuesto en el numeral 4.6 "Términos para dar acuso de recibo" del "Manual para el trámite de investigaciones administrativas preliminares de la delegada para el Control" identificado en el Sistema de Gestión Documental con código MAN-GCI-210-002, versión 17 de 03/07/2024, por lo que se recomienda realizar los ajustes conforme a la normatividad.

Dicho lo anterior, y una vez evaluados los argumentos presentados por la Delegada para el Control, la Oficina de Control Interno concluyó que dichos argumentos no desvirtúan lo evidenciado. Por lo tanto, la reiteración identificada en el cuerpo del presente informe se mantiene, dado que corresponde al hallazgo de auditoría del Informe N° 23 de 2021, el cual evidenció una recurrencia en la auditoría actual. Esto obliga a generar un nuevo plan de mejoramiento para subsanar la inefectividad detectada en el plan de mejoramiento anterior.

Asimismo, debido a la relevancia de lo identificado, se recomienda incluir estos aspectos en el Mapa de Riesgo de Gestión.

 Condición N° 1.4: Muestra Auditada

Durante la revisión de la muestra seleccionada, se constató que los traslados por competencia fueron atendidos de manera extemporánea. Es importante señalar que la fecha de reparto a cargo del Grupo de Atención al Usuario incide directamente en los plazos establecidos para dar respuesta a los requerimientos, afectando de manera significativa los tiempos de respuesta dentro de los términos determinados.

No obstante, a pesar de las demoras en los tiempos de reparto, se ha observado que el Grupo de Investigaciones Administrativas Preliminares también presenta retrasos en la emisión de sus respuestas. **Esta doble demora sugiere una falta de eficiencia en ambos procesos, tanto en**

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

el reparto inicial como en la respuesta final, lo cual impacta negativamente en la oportunidad y efectividad de la gestión administrativa.

Tabla 6 – Respuestas extemporáneas

RADICADO DE ENTRADA	FECHA DE RADICADO	DÍAS TRASNCURRIDOS ENTRE RADICADO Y REPARTO	FECHA DE REPARTO	RADICADO DE SALIDA	FECHA DE RADICADO DE SALIDA	RESPUESTA A PQRS (VALIDACIÓN OCI) DÍAS HÁBILES	TRASLADO
2023009140	27/04/2023	13	10/05/2023	2023009279	13/06/2023	23	TRASLADO A LA FISCALIA
2023013748	26/06/2023	10	6/07/2023	2023013841	2/08/2023	19	TRASLADO A LA FISCALIA
2023002281	6/02/2023	8	14/02/2023	2023004381	24/03/2023	28	TRASLADO A LA FISCALIA
2023000161	4/01/2023	15	19/01/2023	2023002025	10/02/2023	17	TRASLADO A LA FISCALIA
2023012976	16/06/2023	6	22/06/2023	2023012667	18/07/2023	18	TRASLADO AL VIGILADO
2023016118	26/07/2023	48	12/09/2023	2023022108	4/10/2023	17	TRASLADO AL VIGILADO
2023001319	24/01/2023	59	24/03/2023	20232100043513	1/05/2023	24	TRASLADO A INSPECCIONES
2023000729	16/01/2023	114	10/05/2023	20232100076573	26/07/2023	51	TRASLADO A SANCIONES
2023001059	19/01/2023	15	3/02/2023	20232100037163	12/04/2023	46	TRASLADO A SANCIONES

Elaboración propia OCI – Información tomada de la base de datos IAP

Respuesta 4: Aspectos generales de acuerdo con lo que explica el Líder del Proceso mediante memorando 20242000042943CS del 04 de diciembre de 2024.

"(...) Desde el grupo de IAP, nos permitimos hacer las siguientes apreciaciones respecto del informe recibido.

a. INSUFICIENCIA EN EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATISTA QUE INTEGRA EL GRUPO DE INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS PRELIMINARES.

El alto volumen de trabajo y la cantidad de tareas que se manejan internamente en el grupo no logran ser cumplidas en su totalidad y de manera oportuna por el personal de cada uno de los grupos , puesto que se cuenta con tres (3) auxiliares de planta y tres (3) contratistas, los cuales deben efectuar tareas como el reparto, atender oficina virtual, hacer la respectiva relación de expedientes en el gestor documental, realizar las planillas de comunicación que se envían a 472, responder todos los correos electrónicos que son enviados por diferentes grupos de la entidad con solicitudes concretas elaboradas para esta área, impresión de documentos ya firmados y su posterior radicación, recepción de expedientes físicos, elaboración de informes, actualización de bases de gestión y descongestión, eliminación por error administrativos de ciclos en el gestor documental ESIGNA y la creación de expedientes bajo el ciclo GEN como consecuencia de la contingencia; por su parte, la profesional en derecho, tiene a su cargo la revisión de todos los actos administrativos que las contratistas proyectan, además de la elaboración de informes, memorandos u oficios requeridos por la Delegatura.

b. FALLAS EN EL GESTOR DOCUMENTAL ESIGNA.

Las constantes caídas del gestor documental han imposibilitado el cumplimiento eficiente de las tareas asignadas al grupo IAP, incluso la consulta de expedientes y las fallas en el internet generan retrasos en el cumplimiento de las diferentes actividades que el grupo tiene a cargo.

c. ARTICULACIÓN DE TRABAJO GRUPO ATENCIÓN AL USUARIO.

Las constantes caídas del gestor documental han imposibilitado el cumplimiento eficiente de las tareas asignadas al grupo IAP, incluso la consulta de expedientes y las fallas en el internet generan retrasos en el cumplimiento de las diferentes actividades que el grupo tiene a cargo.

d. ARTICULACIÓN DE TRABAJO GRUPO ATENCIÓN AL USUARIO.

En consideración a la necesaria coordinación entre las dependencias a nuestro cargo, en especial con el Grupo de Atención al Usuario de esta entidad, para que de manera eficiente se pueda priorizar la delegación por competencia de las PQRS que ingresen (...)".

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

Respuesta Oficina de Control Interno

Las observaciones expuestas por el Grupo de Investigaciones Administrativas Preliminares, la Oficina de Control Interno recomienda que deben tenerse en cuenta para determinar la causa raíz para la suscripción del Plan de Mejoramiento.

Plan de Mejoramiento Institucional

De acuerdo con lo evidenciado en el desarrollo de la presente auditoría, se reiteran situaciones detectadas en el informe 23-2021 realizado por esta dependencia:

Tabla 7 – Relación de situaciones evidenciadas

REITERACIÓN DE SITUACIONES INFORMADAS EN EL INFORME 23-2021	DEBE FORMULAR NUEVO PLAN SI/NO
Demoras en los tiempos de respuesta a las PQRS	SI

Elaboración propia OCI

2. Hallazgo N° 2 No confiabilidad en la información reportada en las bases de datos.
(Reiteración informe de Auditoría No. 23 del 2021)

Condición 2.1: Registros errados en la base de datos del Grupo de Investigaciones Administrativas Preliminares.

Se evidenció que de la base de datos enviada a la Oficina de Control Interno presenta errores de digitación en la fecha de radicado de salida, lo que afecta la confiabilidad de la información. Lo expuesto denota debilidades en el diligenciamiento de la base de datos, que registra la gestión del Grupo de Investigaciones Administrativas Preliminares, lo que constituye un incumplimiento de lo establecido en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, que establece como objetivo fundamental del Sistema de Control Interno "asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros".

Imagen 1 – Falencias en la digitación

RADICADO DE ENTRADA	FECHA DE RADICADO	RADICADO DE SALIDA	FECHA DE RADICADO DE SALIDA	FECHA REAL RADICADO DE SALIDA
2023010012	10/05/2023	2023009357	13/05/2023	13/06/2023
2023010585	16/05/2023	2023009267	13/05/2023	13/06/2023
2023010614	17/05/2023	2023009274	13/05/2023	13/06/2023
2023010676	17/05/2023	2023009286	13/05/2023	13/06/2023
2023010730	18/05/2023	2023009293	13/05/2023	13/06/2023
2023010969	19/05/2023	2023009297	13/05/2023	13/06/2023
2023010970	19/05/2023	2023009299	13/05/2023	13/06/2023
2023010987	23/05/2023	2023009302	13/05/2023	13/06/2023
2023010991	23/05/2023	2023009305	13/05/2023	13/06/2023
2023011028	23/05/2023	2023009307	13/05/2023	13/06/2023
2023011066	23/05/2023	2023009313	13/05/2023	13/06/2023
2023011070	23/05/2023	2023009316	13/05/2023	13/06/2023
2023011071	23/05/2023	2023009319	13/05/2023	13/06/2023
2023011075	23/05/2023	2023009321	13/05/2023	13/06/2023

Elaboración propia OCI – Información tomada de la base de datos IAP

Dicho lo anterior, se han identificado falencias en los controles establecidos para actualizar y ajustar la base de datos del Grupo de Investigaciones Administrativas Preliminares, correspondiente a las PQRS recibidas durante la vigencia de 2023. Se constató que los controles implementados para garantizar la confiabilidad de la información no son eficaces, y que el plan de mejoramiento suscrito de acuerdo con la auditoría interna realizada por la Oficina de Control Interno (Informe 23-2021), destinado a subsanar esta situación, resultó inefectivo. En consecuencia, el Grupo de Investigaciones Administrativas Preliminares deberá formular un nuevo plan de mejoramiento para corregir la reiteración de los errores detectados.

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

Tabla 8 – Relación de situaciones evidenciadas

REITERACIÓN DE SITUACIONES INFORMADAS EN EL INFORME 23-2021	DEBE FORMULAR NUEVO PLAN SI/NO
Registros errados en la base de datos del Grupo de Investigaciones Administrativas Preliminares.	SI

Elaboración propia OCI

Condición 2.2: Registros incompletos en la base de datos del Grupo de Inspección.

Durante el proceso de validación de los expedientes físicos frente a la base de datos proporcionada por el Grupo de Inspección, y en relación con la muestra auditada, se identificaron falencias en la información registrada. En particular, se observó que los campos correspondientes al número de resolución de la medida cautelar y la fecha de resolución no estaban relacionados en la base de datos, lo que podría afectar la integridad y trazabilidad de la información contenida en la misma.

Imagen 2 – Registros incompletos

Base de datos - Grupo de Inspección			Verificación por parte de la Oficina de Control Interno	
# EXP-ESIGNA - VIM	No. RESOLUCIÓN M/CAUTELAR	FECHA RESOLUCIÓN	No. RESOLUCIÓN M/CAUTELAR	FECHA RESOLUCIÓN
192/2023/VIM	N/A	N/A	20232300040307	11/07/2023
186/2023/VIM	N/A	N/A	20232300040187	11/07/2023
160/2023/VIM	N/A	N/A	20232300018697	24/04/2023
189/2023/VIM	N/A	N/A	20232300051587	17/08/2023
188/2023/VIM	N/A	N/A	20232300040267	11/07/2023
187/2023/VIM	N/A	N/A	20232300040257	11/07/2023
184/2023/VIM	N/A	N/A	20232200023958	10/07/2023
171/2023/VIM	N/A	N/A	20232300051757	17/08/2023
138/2023/VIM	N/A	N/A	20232300040297	11/07/2023

Elaboración propia OCI – Información tomada de la base de datos Inspecciones.

Dicho lo anterior, se han identificado falencias en los controles establecidos para ajustar y actualizar la base de datos del grupo de Inspección. El auditor constató que los controles implementados para garantizar la confiabilidad de la información no son eficaces y que el plan de mejoramiento suscrito de acuerdo con la auditoría interna realizada por la Oficina de Control Interno durante la vigencia de 2021, con el fin de subsanar esta situación, resultó inefectivo. En consecuencia, el Grupo de Inspecciones deberá elaborar un nuevo plan de mejoramiento, con el fin de corregir la reiteración de los errores detectados.

Observación enviada por medio del memorando 20242000042943CS del 04 de diciembre de 2024, el proceso auditado, realiza la réplica para los "Registros incompletos en la base de datos del Grupo de Inspección", en los siguientes términos:

"(...) Registros incompletos en la base de datos del Grupo de Inspección

Durante el proceso de validación de los expedientes frente a la base de datos proporcionada por el Grupo de Inspección, y en relación con la muestra auditada, se identificaron falencias en la información registrada. En particular, se observó que los campos correspondientes al número de resolución de la medida cautelar y la fecha de resolución no estaban relacionados en la base de datos, 10 que podría afectar la integridad y trazabilidad de la información contenida en la misma.

Frente al hallazgo es del caso reiterar lo indicado para el hallazgo N°1, en el entendido que si el Grupo de Inspección no conoce de los actos administrativos de imposición de medidas cautelares no cuenta con la correspondiente información para ser registrada en la base de datos.

Así las cosas, considera esta Coordinación que los hallazgos señalados al Grupo de Inspección según el informe de auditoría NP 25/2024 carecen de fundamento y deben ser desestimados.

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

Con el debido respeto, me permito referirme al Informe NO. 25/2024 de fecha 18 de noviembre de 2024, rendido como resultado de la Auditoría Interna practicada parte de la Oficina de Control Interno al proceso de Control, Inspección y Vigilancia (...).

RESPUESTA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Frente al argumento planteado por la Delegatura para el Control, la Oficina de Control Interno concluyó que estos no desvirtúan lo evidenciado , de acuerdo con "(...) en el entendido de que, si el Grupo de Inspección no conoce de los actos administrativos de imposición de medidas cautelares, no cuenta con la información correspondiente para ser registrada en la base de datos", lo anterior y teniendo en cuenta que el auditor evidenció que, tras imponer la medida cautelar (Grupo de Sanciones), el Grupo de Inspección realizó visita de verificación. Por tal motivo, estas debieron ser registradas en la base de datos de Inspección.

Por lo tanto, la Oficina de Control Interno ratifica la reiteración identificada en el cuerpo del presente informe. Es importante señalar que lo anterior no constituye un hallazgo, teniendo en cuenta que la Oficina de Control Interno se está pronunciando del plan de mejoramiento del informe 23-2021 realizado por esta dependencia, el cual fue inefectivo. Toda vez que se sigue presentando la misma situación.

Plan de Mejoramiento Institucional

De acuerdo con lo evidenciado en el desarrollo de la presente auditoría, se reiteran situaciones detectadas en el informe 23-2021 realizado por esta dependencia:

Tabla 9 – Relación de situaciones evidenciadas

REITERACIÓN DE SITUACIONES INFORMADAS EN EL INFORME 23-2021	DEBE FORMULAR NUEVO PLAN SI/NO
Registros incompletos en la base de datos del Grupo de Inspección	SI

Elaboración propia OCI

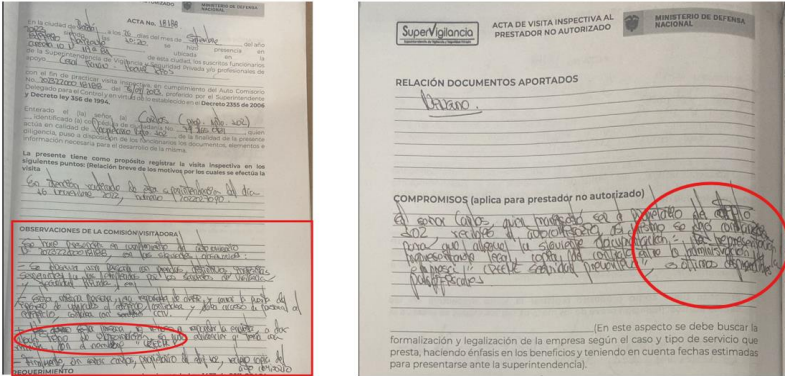
Grupo de Inspecciones

RECOMENDACIÓN 1: Actas de visitas

Al revisar los expedientes físicos de la muestra seleccionada para el Grupo de Inspecciones, se identificó deficiencias en las actas de visita, las cuales resultan ilegibles. Considerando que las actas son el soporte fundamental del informe de la visita, es esencial que sean claras y legibles para garantizar una correcta comprensión de los eventos y acciones ocurridas durante su desarrollo. La falta de legibilidad compromete la transparencia y la confiabilidad de la documentación, lo que podría afectar la integridad del proceso de inspección.

Expediente 114/2023/VIM

Imagen 3 - Deficiencias en el diligenciamiento del acta de visita



Elaboración propia OCI – Expediente 205/2023/VIM



Expediente 205/2023/VIM

Imagen 4 – Deficiencias en el diligenciamiento del acta de visita

La presente tiene como propósito registrar la visita inspectiva en los siguientes puntos: (Relación breve de los motivos por los cuales se efectúa la visita)

Verificar la prestación del Servicio de Vigilancia por la puesta en el edificio Sol de Oriente

OBSERVACIONES DE LA COMISIÓN VISITADORA

Se encuentran prestados los servicios de Vigilancia de la Sa. Martha Fierro, quien labora para la empresa servicios. El tiempo de Vigilancia por la Sa. Fierro por turno \$70.00.- por 12 horas. Se han aplicado a Seguridad Social, se maneja CCTV.

Requerimiento

Decreto Ley 356 de 1994, en concordancia con la Ley 1437 de 2011 CPACA, artículo 31 y demás normas concordantes.

Centro de Vigilancia o Supervisor

Requisitos de pago 3 años mas

La representación legal y Caducidad Ciudadanía

RELACIÓN DOCUMENTOS APORTADOS

Elaboración propia OCI – Expediente 205/2023/VIM

En virtud del Procedimiento de Visitas de Inspección PRO-GCI-220-001, se establece el protocolo para garantizar la correcta ejecución de las inspecciones, asegurando que se cumplan los estándares de calidad y transparencia en cada una de las visitas realizadas.

- ❖ Actividad 19: Realizar la visita de acuerdo con el auto comisorio de conformidad con lo establecido en el instructivo para la práctica de visitas de inspección, y elaborar la respectiva **Acta de Visita** con sus respectivas firmas.
- ❖ Actividad 31: Teniendo en cuenta las observaciones de la revisión positiva del Informe Ejecutivo, se elabora un memorando remitiendo el expediente y copia de la comunicación (oficio) informando al vigilado el curso que ha tomado el expediente junto con la documentación recaudada (Auto Comisorio, **Acta de la Visita Inspectiva debidamente diligenciada**, Informe ejecutivo firmado por el comisionado, material probatorio recaudado en la inspección en las cuales se apoya el informe).

Debido a que las actas pueden haber sido escritas de manera apresurada, existe la Posibilidad de afectación reputacional y operativa debido a la ausencia de actas claras y detalladas. Esto podría generar incertidumbre respecto a la veracidad de los eventos registrados durante la visita, comprometiendo la fiabilidad de los informes y las decisiones derivadas de las inspecciones realizadas.

OBSERVACIONES DEL LÍDER DEL PROCESO:

La Oficina de Control Interno adelantó la socialización del informe preliminar el día 26 de noviembre de 2024, en el cual, el líder del proceso realizó la siguiente observación:

El hallazgo no es aceptado debido a una falta de criterio en su evaluación. Es importante destacar que una letra poco legible o difícil de leer no constituye, un incumplimiento, toda vez, que el objetivo final es el informe de inspección, el cual ha sido debidamente realizado en medio magnético y explica de manera clara lo sucedido.

Análisis de la Oficina de Control Interno:

Analizada la observación realizada por el líder del proceso, y una vez validadas las evidencias (acta), la Oficina de Control Interno considera que la justificación es válida. lo cual, permite eliminar la causa raíz del hallazgo, por consiguiente, el hallazgo (actas de visitas) del presente informe, baja su incidencia pasando a ser recomendación.

No obstante, es importante que el líder del proceso, desde su rol como primera Línea de defensa, realice el mantenimiento efectivo de controles internos que permita cumplir con el objetivo de este.

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

3. Hallazgo N° 3 Visitas de verificación realizadas fuera de los plazos establecidos

Condición: Con respecto a la muestra seleccionada, se observó que, una vez que la medida cautelar queda en firme, no se están llevando a cabo las visitas de verificación dentro de los plazos establecidos. Tras realizar la revisión, se encontraron los siguientes expedientes:

Imagen 5 – Visitas de inspección

# EXP-ESIGNA - VIM	No. RESOLUCIÓN M/CAUTELAR	FECHA RESOLUCIÓN	TIPO DE VISITA (ORDINARIA - EXTRAORDINARIA - PRESTADOR NO AUTORIZADO - VERIFICACIÓN - IN SITU)	MES DE VISITA	FECHA DE VISITA	DÍAS TRANSCURRIDOS DESDE LA MEDIDA CAUTELAR HASTA LA SEGUNDA VISITA
211/2023/VIM	20232300020857	28/04/2023	VERIFICACIÓN	DICIEMBRE	19/12/2023	235
192/2023/VIM	20232300040307	11/07/2023	VERIFICACIÓN	NOVIEMBRE	16/11/2023	128
186/2023/VIM	20232300040187	11/07/2023	VERIFICACIÓN	NOVIEMBRE	16/11/2023	128
168/2023/VIM	20232300016987	14/04/2023	VERIFICACIÓN	OCTUBRE	18/10/2023	187
164/2023/VIM	20232300018687	24/04/2023	VERIFICACIÓN	OCTUBRE	18/10/2023	177
163/2023/VIM	20232300023397	11/05/2023	VERIFICACIÓN	OCTUBRE	18/10/2023	160
160/2023/VIM	20232300018697	24/04/2023	VERIFICACIÓN	OCTUBRE	20/10/2023	179
157/2023/VIM	20232300007987	08/03/2023	VERIFICACIÓN	OCTUBRE	18/10/2023	224
154/2023/VIM	20232300062057	8/03/2023	VERIFICACIÓN	OCTUBRE	24/10/2023	230
147/2023/VIM	20232300023567	11/05/2023	VERIFICACIÓN	OCTUBRE	18/10/2023	160
189/2023/VIM	20232300051587	17/08/2023	VERIFICACIÓN	NOVIEMBRE	16/11/2023	91
188/2023/VIM	20232300040267	11/07/2023	VERIFICACIÓN	NOVIEMBRE	16/11/2023	128
184/2023/VIM	20232200023958	10/07/2023	VERIFICACIÓN	NOVIEMBRE	16/11/2023	129
167/2023/VIM	20232300017637	19/04/2023	VERIFICACIÓN	OCTUBRE	18/10/2023	182
165/2023/VIM	20232300020667	28/04/2023	VERIFICACIÓN	OCTUBRE	18/10/2023	173
158/2023/VIM	20232300009507	21/03/2023	VERIFICACIÓN	OCTUBRE	19/10/2023	212

Elaboración propia OCI – Información tomada de la base de datos Inspecciones.

Criterio: Procedimiento sancionatorio e imposición de medidas cautelares PRO-GCI-230-001-Actividad N° 14: *"Una vez en firme el Acto Administrativo de medida cautelar se remite copia a el área de Inspecciones para programar visita de inspección de verificación para visita (2) dos meses después de que esté firme el acto."*

Posibles Causa: Falta de personal para llevar a cabo visitas de verificación y falencia en los puntos de control para asegurar el cumplimiento.

Consecuencia: Continuidad en el funcionamiento de los servicios de vigilancia y seguridad privada no autorizados, como consecuencia de la extemporaneidad en la realización de las visitas de verificación.

Respuesta 5: En la respuesta al informe preliminar de auditoria enviada por medio del memorando 20242000042943CS del 04 de diciembre de 2024, el proceso auditado, realiza la réplica para el "Hallazgo N° 3", en los siguientes términos:

"(...) Para el Hallazgo N° 2 "Inspecciones de verificación tras la aplicación de medidas cautelares"

Como lo pudo establecer el equipo auditor en el procedimiento PRO-GCI-230-001 denominado "PROCEDIMIENTO SANCIONATORIO E IMPOSICIÓN DE MEDIDAS CAUTELARES Y MULTAS" en la actividad N° 14 establece que el profesional del Grupo de Sanciones remite a través de memorando dirigido al Grupo de inspección el acto administrativo en firme que impone una medida cautelar y de esta manera programar visita de inspección de verificación dos (2) meses después de que esté firme el acto, no obstante, es preciso indicar que durante el periodo auditado (1 de enero al 31 de diciembre de 2023) el Grupo de Inspección no recibió ningún memorando proveniente del Grupo de Sanciones, por lo tanto, no tenía como establecer los actos administrativos de imposición de medidas cautelares impuestas por la Entidad y proceder con las correspondientes visitas de inspección de verificación.

Por lo tanto, se considera que no hay lugar a establecer un hallazgo basado en que "no se están llevando a cabo las visitas de verificación dentro de los plazos establecidos (...)".

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

RESPUESTA OFICINA DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con lo expuesto, la Oficina de Control Interno observó la no articulación entre las coordinaciones para el cumplimiento del procedimiento PRO-GCI-230-001 denominado *"PROCEDIMIENTO SANCIONATORIO E IMPOSICIÓN DE MEDIDAS CAUTELARES Y MULTAS"*, en este sentido la oficina de control interno se ratifica en el hallazgo.

Por lo anterior, y una vez analizada la información y dado que en dicha respuesta se menciona la gestión, pero no se evidencia ni se soporta la subsanación de la condición registrada en el hallazgo N° 3, se confirma y se mantiene lo indicado en el informe final de auditoría, y se debe formular un plan de mejora con los procesos involucrados.

4. HALLAZGO N° 4 Auto de archivo emitidos por el Grupo de Inspecciones.

Condición: En el análisis del archivo físico y del aplicativo ESIGNA, conforme a la muestra seleccionada, se evidenció que el Grupo de Inspecciones emitió resoluciones de autoarchivo para diez (10) expedientes en los cuales se habían impuesto medidas cautelares. En estos expedientes, se identificaron irregularidades en la contratación de servicios de vigilancia y seguridad privada con prestadores no autorizados. Sin embargo, al realizar la visita de verificación de manera extemporánea, los inspectores observaron que las entidades inspeccionadas ya habían subsanado la irregularidad y contratado servicios autorizados.

No obstante, de acuerdo con los hallazgos de la primera visita, correspondía imponer una sanción por el incumplimiento de lo dispuesto en la normativa.

Tabla 10 – Expedientes de Autoarchivo sin Imposición de sanción.

EXPEDIENTES
211/2023/VIM
192/2023/VIM
186/2023/VIM
168/2023/VIM
164/2023/VIM
163/2023/VIM
160/2023/VIM
157/2023/VIM
154/2023/VIM
147/2023/VIM

Elaboración propia OCI – Información tomada de la base de datos Inspecciones.

Criterio: Esto se enmarca en lo estipulado en el artículo 91, titulado *"Contratación de servicios"*, del Decreto Ley 356 de 1994, *"Por la cual se expide el Estatuto de Vigilancia y Seguridad Privada"*, que establece:

"Las personas naturales, jurídicas o entidades oficiales que contraten servicios de vigilancia y seguridad privada con empresas que no tengan licencias de funcionamiento, o cuya licencia esté vencida, serán sancionadas con multa que oscilará entre 20 y 40 salarios mínimos legales mensuales, la cual será impuesta por la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada y deberá ser consignada en la Dirección General del Tesoro a su favor".

Posible Causa: Desconocimiento de la normativa vigente y debilidades en los puntos de control establecidos, ya que no se han tomado en cuenta las evidencias recopiladas durante la primera visita de inspección.

Consecuencia: *Posibilidad de afectación reputacional y económica por la falta de imposición de sanciones a las personas naturales, jurídicas o entidades oficiales que contratan servicios de vigilancia y seguridad privada con empresas no autorizadas.*

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

En la respuesta al informe preliminar de auditoria enviada por medio del memorando 20242000042943CS del 04 de diciembre de 2024, el proceso auditado, realiza la réplica para el "Hallazgo N° 4", en los siguientes términos:

"(...) Para el hallazgo N° 3 "Auto de archivo sin imposición de sanción"

Teniendo en cuenta lo indicado anteriormente, se considera que no es procedente señalar lo siguiente: "Sin embargo, al realizar la visita de verificación **de manera extemporánea**" (negrilla y subrayado fuera del texto original) (...)”

RESPUESTA OFICINA DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con el numeral 14 del procedimiento PRO-GCI-230-001 denominado "PROCEDIMIENTO SANCIONATORIO E IMPOSICIÓN DE MEDIDAS CAUTELARES Y MULTAS" se señala lo siguiente: "(...) El área de Inspecciones para programar visita de inspección de verificación para visita (2) dos meses después de que esté firme el acto". Dicho lo anterior, la Oficina de Control Interno hace referencia al comentario: "(...) Sin embargo, al realizar la visita de verificación **de manera extemporánea**" (negrilla y subrayado fuera del texto original)". Teniendo en cuenta que, conforme a la muestra seleccionada, se evidenció que en diez (10) expedientes la visita se realizó de manera extemporánea, es decir, después de que la medida cautelar estuviera firme.

Por tal motivo, la Oficina de Control Interno se ratifica en el comentario sobre la visita de verificación extemporánea.

En la respuesta al informe preliminar de auditoria enviada por medio del memorando 20242000042943CS del 04 de diciembre de 2024, el proceso auditado, realiza la réplica para el "Hallazgo N° 4", en los siguientes términos:

"(...) Por otro lado, con relación a la causa del hallazgo registrada de la siguiente forma:

"Desconocimiento de la normativa vigente y debilidades en los puntos de control establecidos, ya que no se han tomado en cuenta las evidencias recopiladas durante la primera visita de inspección"

Es importante mencionar que la Resolución 2946 del 29 de abril de 2010 por medio de la cual se modifica el régimen de control, inspección y vigilancia en la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, establece en el numeral cuarto del artículo dos lo siguiente:

"VISITA DE VERIFICACIÓN: Es la que se realiza para comprobar si el servicio autorizado o no autorizado de vigilancia y seguridad privada visitado con anterioridad, corrigió las observaciones realizadas en la visita, la conducta por la cual fue sancionado o la conducta por la cual fue impuesta la medida cautelar según el caso. "

Y que de la misma manera se encuentra establecido en el Instructivo para la práctica de visitas de inspección adoptado por la Supervigilancia.

Es importante tener presente que en la muestra selectiva evaluada por el grupo auditor correspondió a expedientes de visitas de inspección de verificación donde la Entidad buscaba verificar que el prestador no autorizado ya identificado en una visita anterior hubiera cesado la prestación de los servicios de vigilancia y seguridad privada sin contar con la correspondiente licencia de funcionamiento y corregido las observaciones realizadas en la visita inicial, encontrando que efectivamente se subsanaron las irregularidades motivo por el cual no se estableció ninguna infracción a la normatividad de la Supervigilancia, por lo tanto, al no establecerse ningún hallazgo o continuidad de la prestación del servicio de vigilancia y seguridad privada no autorizado fue presentada la recomendación de archivar la investigación preliminar.

En estos casos no podría la Entidad proceder con una sanción frente a unos hechos anteriores vulnerando el principio non bis in ídem (La prohibición de sancionar dos veces por el mismo hecho).

Contrario a lo encontrado en la muestra selectiva sucedió con los casos en los que efectivamente se evidenció por parte de los inspectores la continuidad de la prestación del servicio de vigilancia y seguridad privada no autorizado, conllevando al traslado del expediente al Grupo de Sanciones para que adelantara el correspondiente proceso administrativo sancionatorio conforme lo dispuesto en el artículo 47 de la Ley

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

1437 de 2011, por tal razón, no se puede indagar un desconocimiento de la normativa por parte del Grupo de Inspección (...).

RESPUESTA OFICINA DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con el hallazgo N° 4, la Oficina de Control Interno hace referencia a la falta de imposición de sanciones a las personas naturales, jurídicas o entidades oficiales que contratan servicios de vigilancia y seguridad privada con empresas no autorizadas. En este sentido, durante la primera visita le correspondía imponer una sanción por el incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 91 del Decreto ley 356 de 1994, tal como se establece, en el criterio del acápite "Hallazgo N° 4 Auto de archivo sin imposición de sanción". En relación con su comentario: "(...) En estos casos no podría la Entidad proceder con una sanción frente a unos hechos anteriores vulnerando el principio non bis in ídem (La prohibición de sancionar dos veces por el mismo hecho) (...)." el auditor evidenció que, en los diez (10) expedientes revisados, no se impuso sanción a los contratantes. En consecuencia, la oficina de Control Interno se ratifica en el hallazgo.

Por lo anterior, y una vez analizada la información y dado que en dicha respuesta se menciona la gestión, pero no se evidencia ni se soporta la subsanación de la condición registrada en el hallazgo N° 4, se confirma y se mantiene lo indicado en el informe final de auditoría, y se debe formular un plan de mejora con los procesos involucrados.

5. HALLAZGO N° 5 Pérdida de la facultad sancionatoria. (Reiteración Informe de Auditoría No. 23 del 2021)

En el proceso de verificación, de acuerdo con la muestra seleccionada, se evidenció la existencia de cuatro (4) actos administrativos en los cuales la entidad **decretó la caducidad** debido a la **pérdida de la facultad sancionatoria** de acuerdo con el artículo 52 del "Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo" que a letra dice lo siguiente:

"ARTICULO 52. CADUCIDAD DE LA FACULTAD SANCIONATORIA. Salvo lo dispuesto en leyes especiales, la facultad que tienen las autoridades para imponer sanciones, caduca a los tres (3) años de ocurrido el hecho, la conducta u omisión que pudiere ocasionarlas, término dentro del cual el acto administrativo que impone la sanción debe haber sido expedido y notificado. Dicho acto sancionatorio es diferente de los actos que resuelven los recursos, los cuales deberán ser decididos, so pena de pérdida de competencia, en un término de un (1) año contado a partir de su debida y oportuna interposición. Si los recursos no se deciden en el término fijado en esta disposición, se entenderán fallados a favor del recurrente, sin perjuicio de la responsabilidad patrimonial y disciplinaria que tal abstención genere para el funcionario encargado de resolver."

De acuerdo con lo anterior, se procedió al archivo de la investigación correspondiente. Esta acción constituye un riesgo para el cumplimiento del objetivo institucional, el cual está orientado al control y la vigilancia, en concordancia con la misión de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada.

Tabla 11 – Caducidad decretada

Expedientes	CADUCIDA DECRETADA	FECHA DE LA CADUCIDAD DECRETADA
455/2023/SAN	20232300088897	1/12/2023
266/2023/SAN	20232300100287	29/12/2023
268/2023/SAN	20232300100347	29/12/2023
269/2023/SAN	20232300034257	23/06/2023

Elaboración propia OCI – Información tomada de la base de datos Sanciones

En virtud de lo expuesto, el auditor identificó que los controles implementados no son efectivos y que el plan de mejoramiento suscrito de acuerdo con la auditoría interna realizada por la Oficina de Control Interno (Informe 23-2021), con el objetivo de subsanar esta situación, resultó ineficaz. En consecuencia, el Grupo de Sanciones deberá suscribir un nuevo plan de mejoramiento para corregir la reiteración de la situación, con el fin de asegurar el cumplimiento de los plazos establecidos en la normativa vigente.

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

En la respuesta al informe preliminar de auditoria enviada por medio del memorando 20242000042943CS del 04 de diciembre de 2024, el proceso auditado, realiza los siguientes comentarios, en los siguientes términos:

"(...) Por último, me permito relacionar las observaciones al informe en lo que respecta al Grupo de Sanciones de la Delegada para el Control, en los siguientes términos:

1. La Oficina de Control Interno no realizó durante la auditoria entrevistas al coordinador, los funcionarios o contratistas, con el fin de aclarar lo señalado dentro del informe en relación con las Caducidades que operan dentro de los expedientes sancionatorios, por lo tanto, respetuosamente consideramos que no se incluyeron las aclaraciones sobre las causas del hallazgo, lo cual era necesario para poder formular de manera adecuada algún tipo de plan de mejoramiento.

Lo anterior, en la medida que el plan de mejoramiento que se llegue a formular debe estar dirigido a solucionar las situaciones plasmadas como hallazgos, y por ende el mismo debe estar basado en la previa solución de las causas que dieron origen a las mencionadas situaciones administrativas.

En ese sentido, a continuación, me permito hacer una breve reseña de algunos antecesdes que han venido incidiendo en las Caducidades que han operado dentro de los expedientes Sancionatorios, no sin antes aclarar que el suscrito fue designado como Coordinador del Grupo de Sanciones desde el pasado 4 de enero de 2024, con ocasión de la renuncia al cargo por parte del docto FRANCIS SÁNCHEZ PAMPLONA, quien se venía desempeñando como Coordinador del Grupo, y que al momento de mi designación como Coordinador recibí el Grupo de Sanciones con un total de 2.069 expedientes caducados, del total de 3.102 Caducidades que han operado con corte al mes de octubre de 2024 (...)"

RESPUESTA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Cabe aclarar que la Oficina de Control Interno no está formulando un plan de mejoramiento, ya que esta responsabilidad corresponde a la primera línea (proceso), en conjunto con la asesoría de la segunda línea de defensa (Oficina Asesora de Planeación), conforme con los roles y responsabilidades dentro del Modelo de Líneas de Defensa del MIPG.

Asimismo, es importante señalar que el artículo 6 de la Ley 87 de 1993 establece lo siguiente en relación con la responsabilidad del control interno:

"El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del control interno, **también será de responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos.**" (Subrayado fuera del texto original).

El artículo 12 de la Ley 87 de 1993 establece que las Oficinas de Control Interno deben "Mantener permanentemente informados a los directivos acerca del estado del control interno dentro de la entidad, dando cuenta de las debilidades detectadas" y "**Recomendar los correctivos que sean necesarios para el mejoramiento de los procesos relacionados con el manejo de los recursos, bienes y los sistemas de información de la entidad.**" (Subrayado fuera del texto original).

 Plan de Mejoramiento Institucional

De acuerdo con lo evidenciado en el desarrollo de la presente auditoría, se reiteran situaciones detectadas en el informe 23-2021 realizado por esta dependencia:

Tabla 12 – Relación de situaciones evidenciadas

REITERACIÓN DE SITUACIONES INFORMADAS EN EL INFORME 23-2021	DEBE FORMULAR NUEVO PLAN SI/NO
Resoluciones de caducidad del grupo sanciones	SI

Elaboración propia OCI

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

Continuidad de la respuesta al informe preliminar de auditoria enviada por medio del memorando 20242000042943CS del 04 de diciembre de 2024, el proceso auditado, realiza los siguientes comentarios, en los siguientes términos:

- "(...) a. A partir del mes de enero de 2024 se han venido presentando constantes fallas en el funcionamiento del Gestor Documental Esigna, lo que dio origen a la suspensión de los términos de caducidad durante treinta y cinco (35) días; no obstante, debe aclararse que las fallas en el Esigna no solo se presentaron durante los 35 días que estuvo suspendido el término de caducidad, sino que se extendieron por cerca de dos (2) meses, lo que llevó inclusive a la implementación de un Plan de Contingencia que se prolongó hasta el mes de noviembre de 2024, que implicó el avance, revisión y firma de los actos administrativos de forma manual, con las demoras que ello genera. Cabe mencionar que las fallas en mención no eran comunes antes de mi llegada como Coordinador del Grupo de Sanciones.*
- b. Demoras en el trámite de las comunicaciones y notificaciones de las distintas actuaciones sancionatorias por parte del Grupo de Atención al Usuario, lo que ha traído consigo la caducidad de varias actuaciones en la medida que el abogado sustanciador no puede avanzar con la siguiente etapa procesal hasta tanto no haya sido debidamente notificada la anterior actuación.*
- c. Desde el pasado mes de junio de 2024, el Grupo de Sanciones solamente cuenta con el apoyo de seis (6) de los doce (12) abogados que normalmente tenía a su cargo, para la atención del alto volumen de expedientes administrativos.*
- d. Demoras en el traslado que se hace al Grupo de Sanciones por parte de los Grupos de IAP, Inspecciones y Financiera, dado que muchos de dichos traslados se realizan al cabo de más de dos (2) años de ocurrido el hecho, quedando menos de un (1) año para adelantar el trámite sancionatorio.*
- e. Demoras en la firma de los actos administrativos por parte de la Delegatura para el Control; por ejemplo, el caso del doctor Rodrigo Real, quien fungió como Superintendente Delegado para el Control Encargado desde el 13 de febrero de 2024 y quien en el mes de octubre de 2024 devolvió sin firma cerca de 586 actos administrativos que le habían sido avanzados para firma.*
- En conclusión, las caducidades que han operado desde mi designación como Coordinador, obedecen principalmente a factores ajenos al Grupo de Sanciones, y tienen su origen en las constantes fallas del Gestor Documental Esigna, demoras en los trámites de notificación, reducción sustancial en el número de contratistas, traslado tardío por parte de los demás Grupos de la Delegatura para el Control y demoras en los trámites de firma por parte de la Delegatura (...)"*

RESPUESTA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Es fundamental tener en cuenta el alcance de la auditoría, las situaciones ocurridas durante dicho periodo y la efectiva articulación entre los grupos que componen la Delegatura para el Control.

Adicionalmente, en relación con las observaciones realizadas por el Grupo de Sanciones, la Oficina de Control Interno recomienda que las mismas pueden ser utilizadas para identificar la causa raíz que está afectando al proceso en relación con el tema de caducidades.

6. HALLAZGO N° 6: Archivo de Gestión Delegatura para el Control

En relación con las solicitudes realizadas por el auditor a los coordinadores responsables, se detectaron las siguientes falencias:

❖ **Grupo Investigación Administrativa Preliminares:** Se observó la ausencia de varios expedientes físicos solicitados. De un total de 70 expedientes requeridos, solo se localizaron 14 en formato físico, mientras que 56 no estaban disponibles. Los expedientes marcados en verde corresponden a los que sí se encontraron en el archivo de gestión. (ver tabla 12)

Tabla 13 – Expedientes solicitados

770/2023/PQRS	3657/2023/PQRS	3379/2023/PQRS	2131/2023/PQRS	3554/2023/PQRS	190/2023/PQRS	535/2023/PQRS
---------------	----------------	----------------	----------------	----------------	---------------	---------------

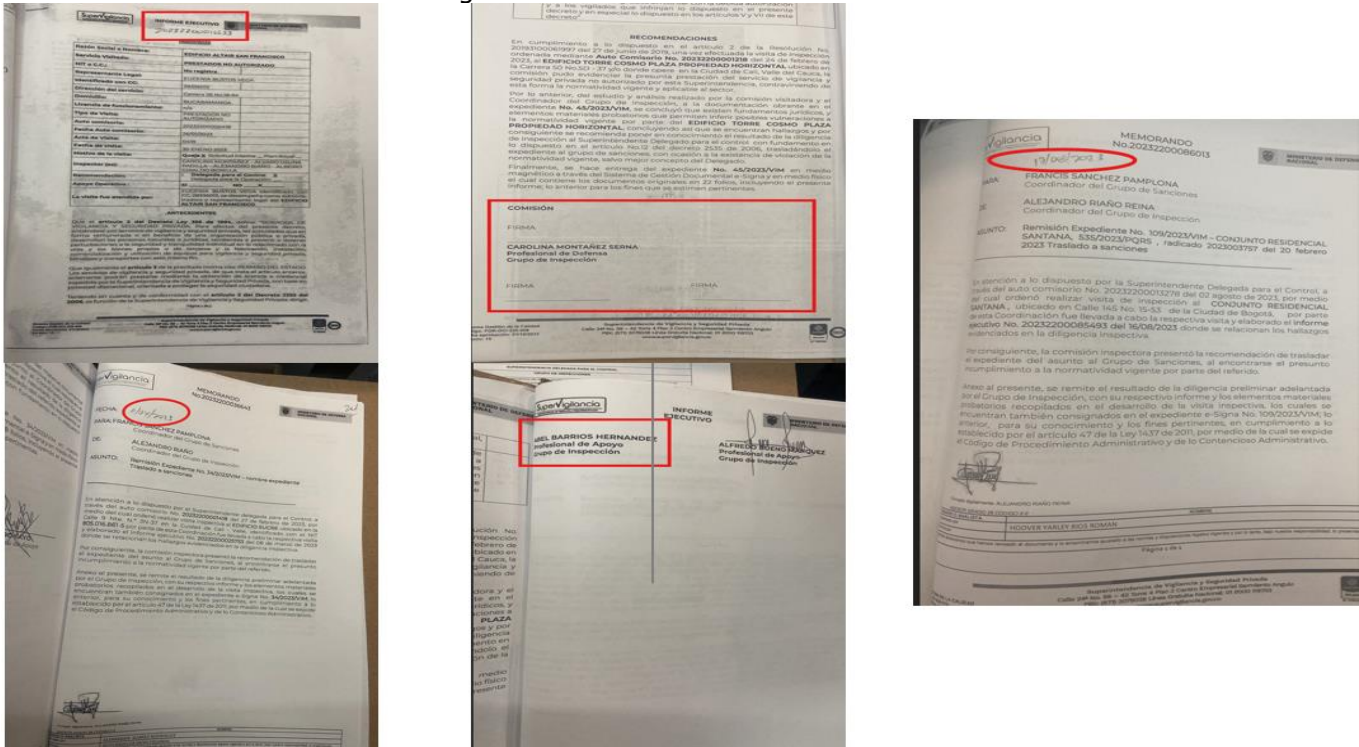
INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

753/2023/PQRS	3556/2023/PQRS	3272/2023/PQRS	1987/2023/PQRS	3396/2023/PQRS	510/2023/PQRS	3330/2022/PQRS
745/2023/PQRS	2258/2023/PQRS	3046/2023/PQRS	1962/2023/PQRS	3383/2023/PQRS	3064/2023/PQRS	3362/2022/PQRS
742/2023/PQRS	1415/2023/PQRS	3041/2023/PQRS	3367/2022/PQRS	3289/2023/PQRS	3480/2023/PQRS	1871/2023/PQRS
596/2023/PQRS	322/2023/PQRS	2531/2023/PQRS	3307/2022/PQRS	2709/2023/PQRS	263/2023/PQRS	113/2023/PQRS
280/2023/PQRS	614/2023/PQRS	2348/2023/PQRS	487/2023/PQRS	3151/2023/PQRS	610/2023/PQRS	484/2023/PQRS
3373/2022/PQRS	469/2023/PQRS	2265/2023/PQRS	613/2023/PQRS	3130/2023/PQRS	584/2023/PQRS	148/2023/PQRS
1472/2023/PQRS	19/2023/PQRS	2264/2023/PQRS	486/2023/PQRS	3038/2023/PQRS	583/2023/PQRS	1143/2023/PQRS
1466/2023/PQRS	112/2023/PQRS	2260/2023/PQRS	10/2023/PQRS	2865/2023/PQRS	582/2023/PQRS	2070/2023/PQRS
505/2023/PQRS	3390/2023/PQRS	2240/2023/PQRS	791/2023/PQRS	2822/2023/PQRS	298/2023/PQRS	2254/2023/PQRS

Elaboración propia OCI – Información tomada de la base de IAP

❖ **Grupo de Inspección:** De acuerdo con los expedientes solicitados, el auditor detectó falencias en varios aspectos del archivo documental, incluyendo la fecha del memorando, el número de memorando y las firmas en el informe ejecutivo de visita.

Imagen 6 – Falencias Archivo de Gestión



Elaboración propia OCI – Información tomada de los expedientes del Grupo de Inspecciones

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

❖ **Grupo de Sanciones:** Realizada la solicitud de la información de acuerdo con la muestra seleccionada, no fue posible la revisión de los expedientes en físico. El coordinador informó, a través de correo electrónico, lo siguiente:

El Grupo de Sanciones cuenta únicamente con los expedientes físicos que fueron trasladados por parte del Grupo de Inspecciones durante la actual vigencia. En ese sentido, considero importante precisar que el Grupo de Sanciones trae un rezago en la creación de los expedientes físicos, el cual se remonta a los años 2020 en adelante, debido a que desde entonces no se ha contado con el personal suficiente para realizar la actividad archivística, y solo hasta el pasado mes de septiembre fue asignada la funcionaria LEIDY CAROLINA RONDÓN, quien ha venido apoyando dicha tarea en el marco del Plan de Contingencia Archivístico trazado por la entidad.

Es de señalar, que dicha carencia de personal ha sido objeto de reiteradas solicitudes a través de correos electrónicos e informes, las cuales han sido elevadas a la Secretaría General desde la fecha en que asumí el cargo como Coordinador del Grupo de Sanciones en el mes de febrero de 2024.

Posibles Causas:

- Debilidad en los controles internos por la alta rotación de personal ha generado interrupciones en la continuidad de los procesos, afectando la eficiencia en la ejecución de las tareas asignadas.
- Deficiencias en la organización y gestión de los documentos, lo que dificulta el acceso y la conservación adecuada de la información.

Criterio:

- ❖ Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones" Artículo 2 "objetivos del sistema de Control Interno" El literal e indica que la Oficina de Control Interno debe asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros, en procura de atender los principios constitucionales que debe caracterizar la administración pública.
- ❖ Acuerdo N° 001 del 2024 "Por el cual se establece el Acuerdo Único de la Función Archivística, se definen los criterios técnicos y jurídicos para su implementación en el Estado Colombiano y se fijan otras disposiciones."
 - Art. 4.1.3 "Firmas responsables" que a la letra dice "todos los sujetos obligados deben establecer en los procedimientos los tipos de firma, ya sea autógrafa, digital o electrónica y los cargos de los funcionarios autorizados para la firma de las comunicaciones oficiales con destino interno y externo. Las ventanillas únicas deben velar por el cumplimiento de estas disposiciones, radicando solamente los documentos que cumplan con lo establecido".
 - Artículo 4.3.1.7. Obligatoriedad de la conformación de las unidades documentales en sus diferentes soportes físicos o formatos electrónicos. Los sujetos obligados deben crear y conformar unidades documentales simples, o unidades documentales complejas o expedientes, con la totalidad de los documentos de archivo agrupados en desarrollo de un mismo trámite, actuación o procedimiento; independientemente del tipo de información, soporte físico o formato electrónico; las unidades documentales deben agruparse conformando series o subseries documentales.

Consecuencia: Posibilidad de pérdida reputacional y económica por la inadecuada administración, custodia y preservación de la información debido a la inapropiada aplicación de los procesos archivísticos y lineamientos para la administración documental.

En la respuesta al informe preliminar de auditoria enviada por medio del memorando 20242000042943CS del 04 de diciembre de 2024, el proceso auditado, realiza la réplica para el "Hallazgo N° 6", en los siguientes términos:

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

"(...) 2. Con respecto al archivo físico de gestión, no se tuvo en cuenta que el Grupo de Sanciones presenta un rezago en materia de archivo físico que se remonta al año 2018 y tampoco se hizo un análisis de las causas que han dado origen a la situación administrativa evidenciada como hallazgo, que al igual que en el caso anterior era necesario para determinar las soluciones que se requieren y con base en ello poder formular adecuadamente algún tipo de Plan de Mejoramiento que apunte a la solución de la situación administrativa.

Por tal motivo, considero necesario poner de presente que solo hasta el pasado mes de septiembre de 2024 fue asignada al Grupo de Sanciones la funcionaria Leidy Carolina Rondón y que en el mes de octubre de 2024 fue asignada la funcionaria Ana Damaris Sanabria, quienes han comenzado el proceso de alistamiento del archivo físico de gestión del año 2024 con el apoyo de los abogados sustanciadores, tarea que se viene adelantando en el marco del Plan de Archivo trazado desde la Secretaría General para el cumplimiento del Plan de Mejoramiento trazado desde el Archivo General de la Nación.

En conclusión, el Grupo de Sanciones no contaba con el personal necesario para acometer la tarea de alistamiento del archivo físico de gestión, y solo hasta los meses de septiembre y octubre pasados se asignó el personal requerido para adelantar dicha actividad.

Hechas las anteriores precisiones, es necesario señalar que el Informe relacionado con la auditoría interna adelantada por la Oficina de Control Interno, adolece del análisis que se debió realizar de las causas de los hallazgos, en la medida que el mismo será necesario para determinar las soluciones que a su vez servirán de base para poder formular un Plan de Mejoramiento que apunte de manera efectiva a la solución de los hallazgos (...)"

RESPUESTA OFICINA DE CONTROL INTERNO

En relación con las observaciones realizadas por el Grupo de Sanciones, la Oficina de Control Interno recomienda que las mismas pueden ser utilizadas para identificar la causa raíz para la suscripción del Plan de Mejoramiento.

Por otra parte, y una vez analizada la información y dado que en dicha respuesta se menciona la gestión, pero no se evidencia ni se soporta la subsanación de la condición registrada en el hallazgo N° 6, se confirma y se mantiene lo indicado en el informe final de auditoría, y se debe formular un plan de mejora con los procesos involucrados.

CONCLUSIONES

Durante el desarrollo de la auditoría, se cumplieron los objetivos trazados en el plan de auditoría mediante la verificación de la pertinencia y la efectividad de los controles ejecutados para el Proceso de Gestión de Control, Inspección y Vigilancia.

Es fundamental que la Delegatura para el Control de Inspección y Vigilancia optimice sus procesos internos para garantizar la confiabilidad de la información en las bases de datos, asegurar el cumplimiento de los plazos establecidos para las respuestas a las PQRSD y realizar las visitas de verificación dentro de los tiempos estipulados.

Antes de emitir el auto de archivo, se debe revisar cuidadosamente los expedientes, incluso si durante la visita de verificación se observa que los servicios de vigilancia y seguridad privada fueron reemplazados por un proveedor legal. Es importante considerar la primera visita, ya que, según la normativa, la contratación de servicios no autorizados conlleva sanciones.

Finalmente, es necesario corregir las situaciones reiterativas y asegurar el cumplimiento adecuado del archivo de gestión, con el fin de mejorar la eficiencia y la transparencia en las operaciones de la Delegatura.

RECOMENDACIONES

Es importante tener en cuenta lo siguiente: Desde el rol del enfoque hacia la prevención, la Oficina de Control Interno, como resultado de la evaluación realizada, presenta las siguientes

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

recomendaciones con un alcance preventivo, con el objetivo de apoyar a la Alta Dirección de la entidad y contribuir de manera significativa a la mejora institucional.

1. Incluir en el plan de mejoramiento la reiteración de las situaciones evidenciadas relacionadas con la confiabilidad de la información registrada en las bases de datos, los tiempos de respuesta a las PQRSD y la caducidad de la facultad sancionatoria, conforme a la normativa vigente.
2. Imponer las sanciones y medidas que correspondan, de conformidad con las normas legales, a las personas naturales o jurídicas que desarrollen actividades de vigilancia y seguridad privada sin la debida autorización, o que incumplan las normas legales o reglamentarias.
3. Actualizar el mapa de riesgos del proceso, de acuerdo con las falencias detectadas durante el ejercicio de auditoría.
4. Revisar las actas de visita que generan los inspectores, las cuales deben ser claras y legibles para garantizar una correcta comprensión de los eventos y acciones ocurridas.
5. Realizar las visitas de verificación dentro de los plazos establecidos en el procedimiento.
6. Asignar personal idóneo con las competencias necesarias para la gestión de los procesos, lo cual es esencial para alcanzar los objetivos establecidos.
7. Ajustar el procedimiento para implementar el registro electrónico de la información recopilada durante las visitas de inspección, con el fin de reducir los errores manuales en el diligenciamiento de actas y facilitar la comprensión de los datos.
8. Los profesionales y contratistas asignados al Grupo de Sanciones deben contribuir a la elaboración de los expedientes en formato físico.
9. Implementar controles que contribuyan a optimizar el proceso sancionatorio.
10. Garantizar el aseguramiento de la gestión corresponde al líder del proceso, de acuerdo con las situaciones evidenciadas en el muestreo aleatorio, toda vez que no es posible evaluar el total del universo de los registros que se tramitan en las unidades auditables.
11. Evitar la rotación del personal que pueda afectar negativamente la operatividad de los procesos.

CUMPLIMIENTO DE PRINCIPIOS DE AUDITORÍA Y LIMITACIONES:

Este informe se dará a conocer a la Señora Superintendente en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 338 de 2019 "Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública", en lo relacionado con el Sistema de Control Interno y se crea la Red Anticorrupción ARTÍCULO 1. PARÁGRAFO 1. "Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como destinatario principal el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Consejo Directivo, y deberán ser remitidos al nominador cuando este lo requiera."

Para la realización de esta auditoría, se aplicaron normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, igualmente se aplicaron los principios de integridad, objetividad, confidencialidad, competencia y conflicto de intereses.

Asimismo, se aplicaron los principios de debido cuidado profesional, interés público y valor agregado. El ejercicio auditor se realizó en concordancia con el Rol de Evaluación y Seguimiento contenido en el artículo 1 del Decreto Nacional No. 648 de 2017 y con las competencias y facultades otorgadas por la legislación colombiana.

INFORME DE AUDITORIAS
DE GESTIÓN Y

Es importante anotar que, debido a las limitaciones de cualquier estructura de Control Interno, pueden ocurrir errores e irregularidades que no hayan sido detectadas bajo la ejecución de nuestros procedimientos de auditoría, evaluación o seguimiento, previamente planeados. La Supervigilancia y las dependencias que la componen, son responsables de establecer y mantener un adecuado Sistema de Control Interno y de prevenir posibles irregularidades, de acuerdo con lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.



Elaboró:
Juan Sebastian Tellez Pelaez
Contratista Oficina de Control Interno



Revisó:
Luz Gladys Bonilla Pinilla
Contratista Oficina de Control Interno



Aprobó:
Luis Eduardo Perdomo Londoño
Jefe Oficina de Control Interno

LUIS EDUARDO
PERDOMO LONDOÑO

Firmado digitalmente por LUIS
EDUARDO PERDOMO LONDOÑO
Fecha: 2024.12.09 11:12:58 -05'00'