MEMORANDO 20241400104463

Bogotá, 9 de agosto del 2024

PARA: **Dr. Jose Daniel Medellin Rojas**
Presidencia SAE (E)

DE: **María del Pilar Mayor Varela**
Jefe Oficina de Control Interno

ASUNTO: **Informe semestral de evaluación independiente del Estado del Sistema de Control Interno I-2024.**

Estimado Jose Daniel,

De acuerdo con la Ley 1474 del 12 de julio de 2011, en su artículo 9, inciso 3, modificado por el Decreto 2106 de 2019 y los lineamientos expedidos por la Función Pública a través de la circular externa No. 100-006 de 2019, decreto 403 de 2021 y al Plan Anual de Auditoría vigencia 2024 aprobado por Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en sesión No13 Virtual, asincrónico del 18 de diciembre de 2023. la Oficina de Control Interno realizó la Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno.

Teniendo en cuenta lo anterior, se remite el informe ejecutivo de la Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno del Primer Semestre del 2024, para su conocimiento y fines pertinentes.

Los resultados fueron comunicados mediante mesas de trabajo con los lideres del proceso para su conocimiento y observaciones pertinentes.

Los resultados del informe del Sistema de Control Interno del Primer Semestre del 2024, se encuentra publicado en la página web en el siguiente enlace: https://www.saesas.gov.co/?idcategoria=131115

De acuerdo a la nueva estructura implementada por la Función Pública, se anexa el archivo formato Excel "Análisis de resultados-evaluación SCI", en el cual se encuentra un espacio desde la columna "N" a la "S", para el diligenciamiento de los planes de mejoramiento que se encuentran catalogados en color amarillo y verde (Calificación de 50%) se debe realizar el Plan de Cierre de Brechas con parte los dueños de proceso con el Liderazgo de la Dirección de Planeación y Prospectiva como segunda línea de defensa (se debe analizar los resultados de anteriores auditorias y acciones de mejora en curso), teniendo en cuenta la pregunta indicativa la cual se encuentra en la columna "F" y la recomendación por parte de la OCI la cual se encuentra en la columna "M".

Según el resultado del Primer Semestre de 2024, en el proceso de Evaluación y Seguimiento P-EC2-109- Para elaborar y supervisar planes de mejora, se establecen los pasos para que las áreas realicen su plan de mejora en el formato establecido por la Función Pública, que debe remitir a la Oficina de Control Interno dentro de los veinte (20) hábiles siguientes a la recepción del documento.

Cordialmente,

Firmado digitalmente por MARIA DEL PILAR MAYOR VARELA
Fecha: 2024.08.09 14:45:40 -05'00'

María del Pilar Mayor Varela.
Jefe Oficina de Control Interno.

Anexo: Análisis de resultados y conclusiones del Informe del I semestre del 2024 .
Copia: Maria del Pilar Murillo -OIAC/ Julio Enrique Latino – Dirección de Planeación y Prospectiva

APROBÓ: Maria del Pilar Mayor V.
ELABORÓ: Paola Blandon/Alejandra Perdomo

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE SEMESTRAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA SAE.

I SEMESTRE DEL 2024.

Bogotá D.C. agosto 2024

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO (Norma desempeño 2210).....4
2. ALCANCE (Norma desempeño 2220). 4
3. METODOLOGIA (Norma desempeño 2310). 4
4. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO (Norma desempeño 2300). 6
5. SEGUIMIENTO PLAN DE CIERRE DE BRECHAS.....9
6. CONCLUSIONES (Atributo desempeño 2400). 10
7. RECOMENDACIONES (Atributo desempeño 2400). 11

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE SEMESTRAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA SAE.

1. OBJETIVO (Norma desempeño 2210).

Teniendo en cuenta el Decreto 1499 de 2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015", se crea un solo Sistema de Gestión y se alinea con el Sistema de Control Interno, hoy todas las entidades públicas requieren actualizar y/o implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, modelo que incorpora el Modelo Estándar de Control Interno MECI a través de la 7a dimensión del mismo. Esta estructura requiere de un análisis articulado frente al desarrollo de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el modelo y su efectividad en relación con la estructura de control, este último, aspecto esencial para garantizar el buen manejo de los recursos, que las metas y objetivos se cumplan y se mejore la prestación del servicio a los usuarios, ejes fundamentales para la generación de valor público.

2. ALCANCE (Norma desempeño 2220).

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019 y Decreto 403 del 2020, la función pública estableció un formato el cual busca que las entidades cuenten con una herramienta para evaluar sus Sistemas de Control Interno de manera integral y permitirle al Jefe de Control Interno o quien haga sus veces llevar a cabo el informe de evaluación independiente sobre el mismo para su publicación cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad.

El presente informe corresponde al periodo del 1 enero al 30 de junio de 2024.

3. METODOLOGIA (Norma desempeño 2310).

Para el desarrollo del informe semestral de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, se realizó una evaluación independiente, teniendo en cuenta los cinco (5) roles que ejerce la Oficina de Control Interno, se realizaron mesas de trabajo con la Dirección de Planeación y Prospectiva, la Oficina de Tecnologías de la Información, la Dirección de Talento Humano, Oficina de Prensa y Comunicaciones, Gestión Documental y la Oficina de Integridad, Anticorrupción y Cumplimiento; en donde se profundizo en algunos temas. Teniendo en cuenta lo anterior se solicitaron evidencias de lo informado a los dueños de los procesos.

Los resultados del presente informe fueron producto de la información suministrada por las diferentes áreas en virtud del artículo No.2.2.21.4.8 Instrumentos para la actividad de la Auditoría Interna, literal b)carta de representación en la que se establezca la veracidad, calidad y oportunidad de la entrega de la información presentada a la oficina de control interno, análisis de los documentos que se encuentran publicados en la intranet y pagina WEB en cumplimiento de la Ley 1712 de 2011 y producto del análisis de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG de la SAE (políticas y dimensiones), y las funciones y responsabilidades que deben cumplir mediante el Modelo de las tres líneas de defensa establecidas en la entidad teniendo en cuenta lo anterior, se realizó una verificación de la normativa vigente y la ejecución que se está realizando actualmente en la organización.

De acuerdo con la estructura del formato se tienen en cuenta los cinco (5) componentes del MECI (ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación, monitoreo), teniendo en cuenta lo siguiente:

La calificación se divide en dos variables (presente y funcionando), las cuales se deben calificar de acuerdo con las siguientes categorías teniendo en cuenta su cumplimiento.

- ***Evaluación "si se encuentra Presente"***

Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuente de su aplicación

Indicar el nombre del proceso, manual, política de operación, procedimiento o instructivo en donde se encuentra documentado y su fuente de consulta.

De acuerdo con lo identificado como resultado de la evaluación del requerimiento, seleccione de la lista desplegable 1, 2 o 3 de acuerdo con las siguientes definiciones:

1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento.
2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas
3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.

Nota: Entiéndase "diseñada" como aquella actividad que cuenta con un responsable(s), periodicidad (cada cuanto se realiza), propósito (objetivo), Como se lleva a cabo (procedimiento), qué pasa con las desviaciones y/o excepciones (producto de su ejecución) y cuenta con evidencia (documentación).

- ***Evaluación "si se encuentra Funcionando"***

Seleccionar 1, 2 o 3 de acuerdo con los siguientes criterios y basado en los resultados reportados por la Oficina de Control Interno así:
frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado)2 - El control opera como está diseñado, pero con algunas falencias3- El control opera como está diseñado y es efectivo.

Clasificación	Descripción	Observaciones del Control
Mantenimiento del Control	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 3 (presente) y 3 (funcionando).	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las lineas de defensa.
Oportunidad de Mejora	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 2 (presente) y 3 (funcionando).	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva
Deficiencia de Control (Diseño o Ejecución)	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 2 (presente) y 2 (funcionando); 3 (presente) y 1 (funcionando); 3 (presente) y 2 (funcionando); 2 (presente) y 1 (funcionando)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecucion.
Deficiencia de Control Mayor (Diseño y Ejecución)	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 1 (presente) y 1 (funcionando);1 (presente) y 2 (funcionando); 1(presente) y 3 (funcionando).	No se encuentra presente por lo tanto no esta funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha

Fuente: Instructivo Función Publica

4. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO (Norma desempeño 2300).

El informe ejecutivo del estado del sistema de control interno del I semestre de 2024, el cual contiene los resultados de la evaluación, y se publicó en la página WEB de SAE el día 30 de julio de 2024, en el siguiente enlace:

https://www.saesas.gov.co/?idcategoria=131115

Teniendo en cuenta la estructura del formato del informe Evaluación independiente del Sistema de Control. Se anexa el archivo “análisis de resultados – evaluación SCI”. En lo que se indica los numerales que requieren la formulación de actividades en un Plan de Cierre de Brechas.

Los resultados de la evaluación independiente del estado del sistema de control interno son:

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente Primer Semestre 2024
Ambiente de control	Si	69%
Evaluación de riesgos	Si	71%
Actividades de control	Si	58%
Información y comunicación	Si	71%
Monitoreo	Si	86%

Fuente: Resultados del Informe Semestral De Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno I-2024.

4.1 Fortalezas

- Se cuenta con el "Código de Integridad y Buen Gobierno" V.1 el 31/12/2023.
- El código de ética versión v.1 30/12/2023 implementó la línea ética en la página WEB, correo y línea nacional para la denuncia de posibles situaciones de corrupción, fraude o irregularidades.
- En el Primer Semestre de 2024, la entidad realizó la actualización de la Política de Riesgos de SAE V.3 de julio de 2024 la cual fue aprobada por la Junta Directiva de la entidad.
- En virtud del rediseño Institucional, la entidad se encuentra en proceso de actualización de los documentos del Sistema Integrado de Gestión.
- En el Primer Semestre de 2024, la oficina de Control Interno adelantó en cumplimiento del PAAI 2024 auditorías internas y seguimientos, en los cuales se comunican debilidades en los controles implementados.
- El Plan de Acción Institucional -PAI- incluye los objetivos estratégicos, las iniciativas asociadas, las actividades y metas a implementar para su cumplimiento, y su relación con los macroprocesos y procesos existentes, que es donde se materializan los objetivos operativos de los procesos.
- La entidad realizó en el Primer Semestre de 2024 la actualización de la Política de Riesgos de SAE V.3 de julio de 2024 y de la Guía de Administración de Riesgos V.7 de julio de 2024.
- Al corte de junio 30 de 2024, la entidad adelantó la realización de 64 mesas de trabajo, en las que se ha trabajado con cada uno de los procesos para actualizar los riesgos y controles.
- En cumplimiento del cronograma de sesiones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, la OCI presentó los resultados de la Gestión y Avance Plan Anual de Auditoría Interna basado en Riesgos 2024 al corte de mayo de 2024.
- Los resultados de la evaluación independiente de la Oficina de Control Interno se encuentran publicados en la página WEB de SAE para consulta de los interesados.
- La entidad ha presentado los seguimientos del Plan de Acción del Primer Trimestre de 2024, que se encuentra publicado en la página WEB de SAE para consulta de los interesados.
- La entidad presentó el Monitoreo de Riesgos del Primer Trimestre de 2024.

4.2 Debilidades:

- A la fecha de la evaluación se evidencio perdida de la certificación en el Sistema de Gestión de Calidad. Así mismo, se encuentra en proceso de Rediseño que permita la actualización de los documentos del Sistema Integrado de Gestión.
- Se encuentra en proceso de implementación el plan de mejora, acciones sobre posibles desviaciones en el cumplimiento del código de ética resultado de las evaluaciones de las auditorías internas.
- Se observa que el documento denominado Caracterización de Usuarios publicado en la página WEB de SAE corresponde a versión de 2015. Por lo cual requiere ser actualizada.
- La entidad requiere fortalecer las estrategias implementadas respecto a conflictos de interés.
- La actual Política de Riesgos de SAE no se ha publicado en la página WEB de la entidad según lo establecido por la Resolución 1519 de 2020. Anexo Técnico 2. Numeral 2.1.5 Políticas, lineamientos y manuales. Cada sujeto

obligado deberá publicar sus políticas, lineamientos y manuales, tales como, según le aplique: (a) Políticas y lineamientos sectoriales; (b) Manuales; (c) otros lineamientos y manuales que le aplique.

- Al consultar la matriz de Riesgos de Corrupción publicada en la página WEB de SAE se referencia Versión 2 de febrero. No obstante, en validación realizada en mesa de trabajo con la OIAC se identificó que corresponde a error en la publicación. Por lo cual se deberá realizar el ajuste respectivo y mantener la trazabilidad de la publicación de la Versión No.1 Publicada en enero de 2024, de acuerdo con lo establecido en El artículo 73 de la Ley 1474 de 2011.
- La oficina de control interno, en sus evaluaciones ha presentado debilidades en los controles identificados para mitigar los riesgos. Por lo que se recomienda realizar los análisis correspondientes por parte de la primera y segunda línea de defensa.
- En evaluación a riesgos de corrupción se evidenció debilidades en las evaluaciones y reportes como en la matriz de riesgos de corrupción debido a que no cuente con la Periodicidad de los controles, ausencia de soportes y revisión de las acciones ejecutadas trimestral. No obstante, la entidad se encuentra en proceso de actualización de las matrices de riesgos.
- Respecto a los seguimientos que realiza la primera y segunda línea a las denuncias que den lugar a posibles ajustes de la matriz de riesgos, se requiere de la unificación de los canales de información con el fin de dar trámite a la totalidad de los requerimientos que se reciben en la entidad.
- Se presentan debilidades en el registro del control de cambios de los documentos del Sistema Integrado de Gestión, específicamente a la Política de Riesgos y Guía de Administración de Riesgos.
- Persisten debilidades en la gestión de PQRSDT de la entidad, evidenciado en evaluación semestral realizada por la Oficina de Control Interno.
- Se presenta incremento en la recepción de tutelas, debido a debilidades en la gestión de las PQRSDT que para el Primer Semestre de 2024 se incrementaron en un 20%.
- Se mantienen debilidades en la gestión de PQRSDT de entidad, evidenciado en Informe Semestral en el que se encuentran incremento en la recepción de tutelas, gestiones inoportunas de peticiones ciudadanas con un incremento del 28% con respecto a semestre anterior.
- Se mantienen observaciones reiterativas sobre la mejora del registro y conteo de los términos de las peticiones cuando se realizan ampliación de términos, así como la trazabilidad de las respuestas parciales que están generando solicitudes reiteradas de la ciudadanía.
- Se presentan debilidades en los procesos de Supervisión de Contratos, los cuales han sido evidenciados en las auditorías internas y evaluación mensual de la Gestión Contractual por parte de la oficina de control Interno.
- Al validar la información publicada en la página WEB de SAE, se observa que el manual de contratación publicado se encuentra desactualizado. Resolución 1519 de 2020. Anexo Técnico 2. Numeral 3.4. Manual de contratación, adquisición y/o compras. Publicar el manual de contratación, políticas, guías de adquisición y compras conforme los lineamientos que expida la Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente.
- Resultados de la evaluación semestral de E-kogui se observan debilidades en la implementación del sistema TEMIS para la gestión litigiosa de la entidad. Se requiere que le área supervisora del contrato haga revisión del contrato, para validar términos y objeto contractual, así como las actas de entrega y liquidación y si es del caso aplicar pólizas de cumplimiento de este.
- Se presentan debilidades en el proceso de seguimiento continuo al cumplimiento de los planes de mejoramiento de la CGR e internos.

- Se encuentra en proceso de ejecución acciones de mejora que permitan subsanar debilidades evidenciadas en las auditorías internas respecto a los sistemas de información de la entidad.
- Se presentan debilidades en el cumplimiento del cierre de brechas del FURAG.
- Se presentan debilidades en la formulación y seguimiento del Plan de Cierre de Brechas. El Plan de Cierre de Brechas existente resultado de la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno del Primer Semestre 2023, la entidad formuló un total de 115 actividades con cierre de 50 de ellas que corresponden a un 43%.

5. SEGUIMIENTO PLAN DE CIERRE DE BRECHAS.

Para efectos de la actual evaluación la Oficina de Control Interno procedió a adelantar en el mes de mayo, en virtud del rol de enfoque haca la prevención solicitud de avance al Plan de Cierre de Brechas existente formulado por la entidad como tratamiento al resultado del Informe Independiente del Sistema de Control Interno del Primer Semestre de 2023, toda vez que, para la evaluación del Segundo Semestre de 2024, no se recibió información de actualización de la formulación de un nuevo Plan.

Para lo cual se efectuó reunión del 06 de junio de 2024, con la OIAC y la Dirección de Planeación y Prospectiva, en la cual se indicó que la última realizará el correspondiente seguimiento y liderazgo como segunda línea de defensa en lo que respecta al Plan de Cierre de Brechas. Como compromiso se remitió el Plan formulado por la entidad, y se les indicó la necesidad de actualizarlo conforme al resultado de la evaluación del segundo semestre de 2023. Así mismo, como compromiso se comunicó el Plan existente para la revisión y remisión de los avances respectivos como insumo para la evaluación del primer Semestre del 2024.

Posteriormente, para la evaluación del presente semestre, se realizaron las respectivas solicitudes de información en las que se requirió nuevamente remitir los avances o formulación del Plan de Cierre de Brechas. La cual, fue reiterada y finalmente recibida mediante correo electrónico del 19 de julio de 2024; evidenciando que no efectuó el seguimiento y reporte consolidado de las diferentes áreas de la entidad del Plan de Mejoramiento de la evaluación del segundo semestre de 2023.

El 25 de julio de 2024, se efectuó mesa de trabajo con la Dirección de Planeación y Prospectiva y se validaron los soportes obtenidos al Plan de cierre de brechas, con los siguientes avances:

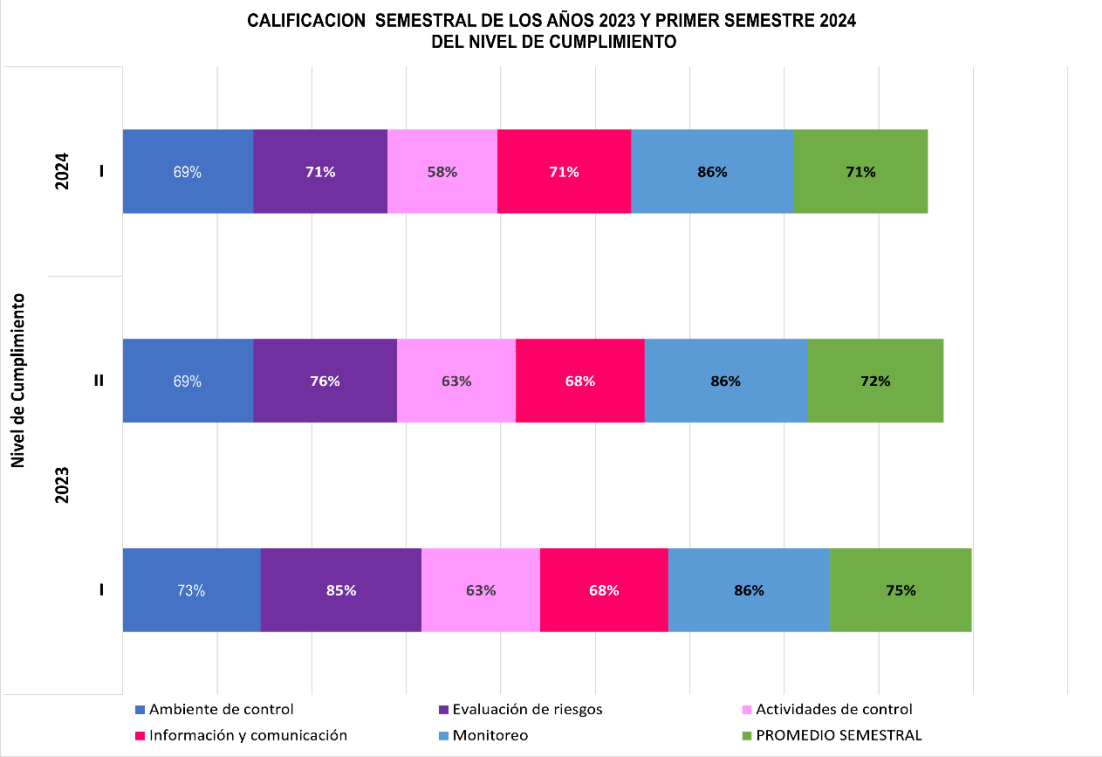
COMPONENTE	ACTIVIDADES ABIERTAS	ACTIVIDADES CERRADAS	TOTAL ACTIVIDADES FORMULADAS
AMBIENTE DE CONTROL	28	22	50
EVALUACION DE RIESGOS	2	6	8
ACTIVIDADES DE CONTROL	14	10	24
INFORMACION Y COMUNICACIÓN	15	6	21
MONITOREO	6	6	12
TOTAL	**65**	**50**	**115**

El seguimiento obtuvo un avance general del 43 %, comunicado a la Dirección de Planeación y Prospectiva por correo electrónico del 26 de julio de 2024, con las observaciones correspondientes en el formato resultado de la mesa de trabajo.

6. CONCLUSIONES (Atributo desempeño 2400).

De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación independiente del Sistema de Control Interno del primer semestre de 2024 que realiza la Oficina de Control Interno, a los cinco (5) componentes evaluados y que no alcanzaron calificación del 100%, se requieren acciones para fortalecer el diseño o la ejecución de los controles existentes.

A continuación, se presenta un comparativo de las calificaciones obtenidas



Fuente: Informe Independiente del Sistema de Control Interno I semestre 2024

Según el Rediseño Institucional implementado por la entidad, se observa que hay una estructura organizacional por procesos con políticas, manuales o instructivos, procesos y procedimientos que permiten evaluar el control, evaluación de riesgos, actividades de monitoreo, información y comunicación, mediante las 3 líneas de defensa, el resultado en promedio es del 71% motiva a la entidad y al equipo de trabajo trabajando juntos para cumplir los objetivos estratégicos.

La operatividad de las líneas de defensa en la Sociedad de Activos Especiales SAE SAS se está realizando de la siguiente manera:

Línea estratégica: A cargo de la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y Comité de Auditoría de Junta Directiva se analizan los riesgos y amenazas, tiene la responsabilidad de definir el marco general para la gestión del riesgo (política de administración del riesgo) y garantiza el cumplimiento de los planes de la entidad

Primera línea de defensa: A cargo de los Líderes de proceso quienes son propietarios de los riesgos y los gestionan. También son responsables de la implementación de acciones correctivas y de mejora para hacer frente a deficiencias de proceso y control. Son responsables de mantener un control interno efectivo y de ejecutar procedimientos de control sobre los riesgos de manera constante en el día a día. Identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos, guiando el desarrollo e implementación de políticas y procedimientos internos que aseguren que las actividades efectuadas son consistentes con el objetivo del proceso.

Segunda línea de defensa: Se encuentra a cargo de la Dirección de Planeación y Prospectiva, por intermedio del Sistema de Gestión de calidad que se encarga de a) apoyar y acompañar las actividades definidas en el ciclo PHVA del proceso, así como en el monitoreo y reporte de seguimientos solicitados por el SGC; b) apoyar la implementación de mejores prácticas y normatividad aplicable necesarias para el funcionamiento del proceso; y e) brindar entrenamiento en materia del uso y generalidades del SGI y del proceso, también se encuentran las áreas y comités

Tercera Línea de Defensa: A cargo de la Oficina de Control Interno para SAE, FRISCO y proyectos especiales que realizan la función de auditoría interna con un enfoque basado en riesgos, proporcionado aseguramiento objetivo e independiente sobre la eficacia de gobierno, gestión de riesgos y control interno a la Alta Dirección de la entidad, incluyendo cómo funcionan las primeras y segundas líneas de defensa. La SAE tiene diferentes comités de decisión y asesoramiento, en los que están desagregadas funciones para cumplir con los objetivos y metas de la entidad. Además, se evidencia el conocimiento de las responsabilidades en lo relacionado al sistema de control interno de acuerdo con lo establecido en las líneas de defensa.

En sus presentaciones en el comité institucional de coordinación de control interno y Comité de Auditoría Interna, la oficina de control interno fortalece ante los miembros del comité los responsables y responsabilidades de cada una de las tres líneas de defensa buscando la mejora continua del sistema de control interno.

La mayoría de los objetivos evaluados son efectivos porque aportan seguridad razonable sobre que las políticas, procesos, procedimientos, funcionan y garantizan la calidad de la información, pero se requiere una mejora continua y desarrollar planes de acción para fortalecer el sistema de Control Interno de la Sociedad de Activos Especiales.

Teniendo en cuenta la nueva estructura implementada por la Función Pública, se anexa el archivo formato Excel “Análisis de resultados- evaluación SCI”, en el cual se encuentra un espacio desde la columna “N” a la “S”, para el diligenciamiento de los planes de mejoramiento que se encuentran catalogados en color amarillo y verde.

7. RECOMENDACIONES (Atributo desempeño 2400).

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, con el fin fortalecer el Sistema de Control Interno de la Sociedad de Activos Especiales, la Oficina de Control Interno como evaluador independiente, realiza las siguientes recomendaciones:

- Promover una cultura de innovación y mejora continua alineada con los objetivos estratégicos, asegurando que la entidad aumente la eficiencia.
- Realizar la retroalimentación desde la Alta Dirección con los Líderes de los procesos evaluados por la Oficina de Control Interno de todos los resultados de las evaluaciones, a fin de fortalecer las acciones de mejora a implementar.
- Fortalecer el tema riesgos y controles en los procesos según la resolución 300 de 2024 con el fin de contar con mecanismos de seguimiento eficientes que permitan cumplir los objetivos institucionales
- Fortalecer los procesos de monitoreo de la segunda Línea de Defensa a los Planes de Mejoramiento internos y externos de la entidad a fin de lograr el efectivo cierre de Brechas.
- Implementar canales de comunicación y de socialización interna frente a los cambios e implementación de las Matrices de Riesgos de corrupción, operativos y de seguridad de la información a fin de que la implementación y seguimiento permita de su correcto monitoreo y presentación a instancias decisorias de la entidad.
- Implementar programas y campañas para promover la ética y el cumplimiento dentro de la entidad.
- Incluir formación y sensibilización de los colaboradores sobre la importancia de estos valores, asegurando un entorno de trabajo ético y conforme a las regulaciones.
- Realizar el diagnóstico de los documentos que deben publicarse en la página WEB de SAE, para cumplir con lo establecido.
- Fortalecer las actividades de continuo monitoreo y actividades de acompañamiento a la Primera Línea para la formulación y cumplimiento del Plan de Cierre de Brechas de cada Semestre.

Según el resultado del Primer Semestre de 2024, en el macroproceso de evaluación y control de la arquitectura de la entidad P-EC2-109- Para la elaboración y seguimiento de planes de mejora, se establecen los pasos para que las áreas realicen su plan de mejora en el formato establecido por la Función Pública, que debe remitir a la Oficina de Control Interno dentro de los veinte (20) hábiles siguientes a la recepción de este documento.

Cordialmente,

Firmado digitalmente por MARIA DEL PILAR MAYOR VARELA
Fecha: 2024.08.09 14:46:24 -05'00'

María del Pilar Mayor Varela.
Jefe Oficina de Control Interno.

Anexo:
*Análisis de resultados y seguimiento de Cierre de Brechas I semestre 2023
Seguimiento al Plan de mejoramiento de la vigencia Evaluación Primer Semestre -2023

Copia: Julio Enrique Latino García - Gerencia de Planeación y Prospectiva
Maria del Pilar Murillo- Oficina de Integridad, Anticorrupción y Cumplimiento.
Elaboró: Paola Andrea Blandón/ Alejandra Perdomo