Sociedad de Activos Especiales S.A.S.

El emprendimiento es de todos

Minhacienda

INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE GESTION
EVALUACION RIESGOS Y PLAN DE ACCIÓN

EQUIPO AUDITOR

AUDITORES LIDERES

CAROLINA PALACIOS NIÑO
PAOLA ANDREA BLANDÓN SALAZAR

AUDITORES ACOMPAÑANTES

JOHANNA ALEJANDRA PERDOMO POLANÍA
ANA GISELLY MARTÍNEZ MONTOYA
JAIRO ANDRES GONZÁLEZ VACA

FECHA DE AUDITORIA

02 de octubre al 04 de diciembre de 2020

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 3
1. LÍDER DEL PROCESO, JEFE DE DEPENDENCIA O LÍDER Del PROCESO AUDITADO 4
2. OBJETIVOS 4
3. ALCANCE 4
4. METODOLOGÍA 4
5. CRITERIOS DE AUDITORIA 5
6. FORTALEZAS 5
7. DEBILIDADES 5
8. LIMIITACIONES EN EL DESARROLLO DE LA AUDITORIA 6
9. RESULTADOS AUDITORÍAS ANTERIORES 9
10. DESARROLLO DE LA AUDITORIA 10
11. SITUACIONES IDENTIFICADAS 14
11.1 DESCRIPCIÓN OPORTUNIDADES DE MEJORA/OBSERVACIONES 14
EVALUACION DE CONTROLES DE LAS MATRICES DE RIESGOS 14
OPORTUNIDAD DE MEJORA No. 1 - DISEÑO DE LOS CONTROLES. 14
OPORTUNIDAD DE MEJORA No. 2 RELACIÓN DE CAUSAS Y CONTROLES 16
OPORTUNIDAD DE MEJORA No. 3 RESPONSABILIDAD DE LA EJECUCIÓN DE LOS CONTROLES 17
OPORTUNIDAD DE MEJORA No. 4 RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN. 18
OPORTUNIDAD DE MEJORA No. 5 MONITOREO TRIMESTRAL RIESGOS OPERATIVOS, DE CORRUPCIÓN Y DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN. 20
OPORTUNIDAD DE MEJORA No.6 PRIMER SEGUIMIENTO DE RIESGOS 2020 (ENERO.ABRIL) 21
OPORTUNIDAD DE MEJORA No. 7 RIESGOS DE CORRUPCION. 24
OPORTUNIDAD DE MEJORA No.8 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO. 26
OPORTUNIDAD DE MEJORA No.9 SOPORTES DEL PLAN ACCION 2020. 27
OPORTUNIDAD DE MEJORA No.10 INCONSISTENCIAS EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN 28
OPORTUNIDAD DE MEJORA No.11 DIFERENCIAS CON LA INFORMACIÓN REPORTADA. 33
OPORTUNIDAD DE MEJORA No.12 PLANES DE MEJORAMIENTO CUMPLIMIENTO DE METAS INFERIOR AL 70% 36
OPORTUNIDAD DE MEJORA No.13 RESPONSABILIDAD DE LA PRIMERA Y SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA 37
OPORTUNIDAD DE MEJORA No.14 PUBLICACIÓN VERSION ACTUALIZADA PLAN DE ACCIÓN Y RIESGOS – CUMPLIMIENTO LEY DE TRANSPARENCIA. 39
12. CONCLUSIONES 40
13. ANEXOS 42

INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno en desarrollo de su función constitucional, lo descrito en el Plan Anual de Auditoria de la vigencia 2020, practicó auditoría interna de gestión a los riesgos identificados por la entidad y que se encuentran aprobados y publicados en las matrices de riesgos operativos, de corrupción y de seguridad de la información, así mismo la evaluación del Plan de Acción al corte de junio 30 de 2020.

La auditoría estuvo orientada a verificar la eficacia del Sistema de Control Interno institucional en las actividades relacionadas con la efectividad de los controles para mitigar los riesgos identificados en aplicación a los criterios establecidos por la Metodología de Gestión de Riesgos de SAE fundamentada en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP. Así mismo, las actividades relacionadas con la construcción, presentación y avances realizados por la entidad a las metas del Plan de Acción para el año 2020.

Este ejercicio se realizó teniendo en cuenta el proceso de Evaluación y Seguimiento, Guía de auditoría para entidades públicas de la Función Pública, las cuales incluyen planeación de la auditoría, ejecución del trabajo, generación del informe, elaboración de plan de mejoramiento y cierre de acciones.

El proceso auditor incluyó solicitud, análisis y verificación de información, documentación, controles y riesgos asociados a los procedimientos evaluados. Con los resultados que se obtengan del ejercicio se pretende contribuir al mejoramiento continuo de SAE.

INFORME AUDITORÍA INTERNA DE GESTIÓN RIESGOS Y PLAN DE ACCION
A CORTE 30 DE JUNIO DE 2020

1. LÍDER DEL PROCESO, JEFE DE DEPENDENCIA O LÍDER DEL PROCESO AUDITADO

Líder del Proceso: Jaime León Gómez Salazar – Jefe de la Oficina Asesora de Planeación
Proceso Auditado: Gobierno y gestión de la estrategia y Elaboración de la estrategia

2. OBJETIVOS

Verificar el cumplimiento de las normas vigentes, la efectividad del sistema de control interno de los procesos de Elaboración de la Estrategia y de Gobierno y Gestión de la Estrategia.

Evaluar los controles sobre los riesgos establecidos y valorados en los mapas de riesgos operativos (misionales) de corrupción y de Seguridad de la Información de la Sociedad de Activos Especiales teniendo en cuenta los componentes del MECI y el modelo de las tres líneas de defensa.

Analizar los riesgos materializados identificando los sucesos que tuvieron lugar antes, durante y después de la materialización de un evento de riesgo.

Evaluar el cumplimiento del plan de acción de la Entidad, a través de la información suministrada por la primera y segunda línea de defensa.

3. ALCANCE

El alcance se aplicará al proceso de Elaboración de la Estrategia para el período comprendido entre el 1 de enero de 2020 y el 30 de junio del 2020.

Evaluar los mapas de riesgos, aprobados y publicados en la página de web de la Entidad, que corresponde a:

- Mapa de Riesgos Operativos Misionales correspondiente al 21% del cual se tomó para la evaluación aquellos riesgos con calificación inherente alta y extrema para un total de 18 riesgos.
- Mapa de Riesgos Corrupción correspondientes al 100%.
- Mapa de Riesgos de Seguridad de la Información correspondientes al 100%.

4. METODOLOGÍA

- Solicitud de información (en todas las etapas de la auditoria).
- Selección de muestra.
- Verificación documental.
- Entrevistas con áreas.
- Elaboración de informe.
- Presentación de resultados.

Teniendo en cuenta la coyuntura presentada por la emergencia sanitaria del Covid-19, el proceso auditor se desarrolló de manera virtual, incluyendo las entrevistas con los auditados.

5. CRITERIOS DE AUDITORIA

- Constitución Política de Colombia 1991, Principios de la gestión pública, Articulo 209 de la constitución
- Ley 1474 de 2011, por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
- Ley 1712 de 2014, por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional.
- Decreto 1083 de 2015, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.
- Código de integridad y Buen Gobierno.
- ISO 9001 2015.
- ISO 31000 2018.
- Actas Junta directiva.
- Lineamientos de comité directivo.
- Decreto 648 de 2017.
- Decreto 1499 de 2017.
- Decreto de Covid: 417 del 17 marzo de 2020, 457 del 22 marzo de 2020, 1168 del 25 de agosto de 2020.
- Política de Riesgos de SAE Versión 1 de 22/03/2019
- P-DE2-061 Procedimiento Gestión de riesgos.
- G-DE2-001 Metodología de identificación de riesgos.
- Orientador Estratégico de riesgos Resolución 1433 de 30 de septiembre de 2019.
- P-DE2-099 Procedimiento revisión por la Dirección.
- G-DE1-017 Metodología para la Gestión de la Estrategia
- Actas de Comité Directivo
- P-EC2-156 Procedimiento para ejecutar auditorías internas.
- Guía para la Administración del Riesgo y diseño de controles en entidades públicas - DAFP.
- Estatuto de Auditoría Interna.
- Código de Ética de los Auditores Internos de SAE

6. FORTALEZAS

- Disposición de la primera y segunda línea de defensa para atender el cronograma de las mesas de trabajo propuestas por la Oficina de Control Interno.

- Se destaca el compromiso de las áreas auditadas encaminado a entender e implementar los criterios en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas para la presentación de sus futuros reportes.

- Cumplimiento por parte de las áreas en el reporte trimestral de los indicadores, en los tiempos establecidos de la Metodología.

7. DEBILIDADES

- Desconocimiento de la Metodología de Gestión de riesgos establecida por la SAE y de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas – DAFP, adoptada por la Entidad.

- Debilidades en la realización de actividades de autocontrol para la revisión de los indicadores, fórmulas, metas, porcentajes de cumplimiento en cada trimestre reportad que se registran dentro de los sistemas de reporte.

- Los procesos de reporte, consolidación y presentación de la información referente a la gestión de riesgos y medición de la gestión se realizan mediante procesos manuales en hojas de Excel que son vulnerables a equivocaciones de carácter humano (typing) o cambios no autorizados.

- Existe una vinculación obligatoria en la revisión y posible retroalimentación de manera manual por funcionarios de la oficina de planeación, pero esta revisión es dependiente a la disponibilidad del recurso humano que posea la oficina.

- Se identificaron en mesas de trabajo debilidades en las actividades de capacitación, asesoría y revisión por parte de la Oficina de Planeación (como segunda línea de defensa), conllevando a presentar unos resultados inadecuados, impropios o erróneos en la identificación, medición y reporte de riesgos y Plan de Acción.

8. LIMIITACIONES EN EL DESARROLLO DE LA AUDITORIA

No se obtuvo respuesta de solicitud de información remitida por correo electrónico el día 3 de noviembre de 2020, en el que se requirió, aclaración de los porcentajes >Cumplimiento <70% a corte 30 de junio de 2020, Cumplimiento vacías a corte 30 de junio de 2020, Cumplimiento vacías a corte 30 de junio de 2020, cumplimiento >100% a corte 30 de junio de 2020 y soporte de los compromisos en la mesa de trabajo del 28 de octubre de 2020, por parte Oficina Asesora de Planeación, como líder del proceso.

Respuesta de la OAP: *Como Oficina Asesora de Planeación, hacemos extensivas nuestras excusas al no remitir oportunamente la información relacionada con la aclaración de los porcentajes de cumplimiento en el plan de acción, a la cual se hace referencia en el capítulo 8 "Limitaciones en el desarrollo de la auditoría". Esta situación se presentó debido a razones administrativas y tecnológicas en el envío del mensaje, no obstante, a continuación, nos permitimos compartir las respuestas a la solicitud efectuada el 3 de noviembre de la presente anualidad:*

Observación OCI No. 1: *"Cumplimiento <70% (Columba P) a corte 30 de junio de 2020: De acuerdo con el seguimiento publicado en la página Web de la entidad a corte 30 de junio, se observa que 115 indicadores tienen un cumplimiento inferior al 70%, remitir evidencia de la solicitud por parte de la OAP de la elaboración del plan de mejoramiento por área".*

R:/ La OAP presentó los resultados de los indicadores inferiores al 70% de cumplimiento al Comité Directivo, espacio en el cual se cambiaron las metas, y por tanto no se solicitaron planes de mejoramiento a las áreas involucradas. Este proceso se implementará una vez se ajuste la base de datos del plan de acción con las correcciones a lugar.

Observación OCI No. 2. Cumplimiento vacías (Columba P) a corte 30 de junio de 2020*: De acuerdo con el seguimiento publicado en la página Web de la entidad a corte 30 de junio, se observa que se tienen 2 casillas vacías en la columna de cumplimiento, informar por que se presenta dicha situación.*

R:/ Las columnas correspondientes al estado de cumplimiento del plan de acción que se encuentran vacías obedecen a múltiples razones como lo es tener periodicidades de reporte anual, no contar con avances por reportar en el periodo analizado, inconvenientes de formulación en la base de datos entre lo

la meta total y la meta del trimestre, existencia de fórmulas de indicadores que no permiten un reporte parametrizado y eliminación de indicadores. Es importante anotar que la celda a la que se hace referencia en la observación no corresponde al estado de cumplimiento del plan de acción publicado (Columna Y) y que el número de celdas vacías corresponde a 48 datos sin registrar estado de cumplimiento.

Observación OCI No. 3. Cumplimiento vacías (Columba K) a corte 30 de junio de 2020: *De acuerdo con el seguimiento publicado en la página Web de la entidad a corte 30 de junio, se observa que se tienen 1casillas con numerador* ***NA****, informar por que se presenta dicha situación y soporte de la retroalimentación al are.*

R:/ La casilla que contiene como numerador "NA" corresponde al reporte del indicador de la Gerencia Financiera "Actualización Información de Valores a Reintegrar", en el cual se indica que no se identificaron valores por reintegrar durante este periodo de tiempo, razón por la cual se registró este carácter en el numerador y denominador del indicador. En este caso especial se debe ajustar el reporte a una cuantificación numérica dado que el valor a reintegrar es de $0, y en el periodo analizado existió cumplimiento de la acción a ejercer dado que no hubo demanda de valores por reintegrar. Se tomará la acción correctiva de realizar la retroalimentación al área que realiza el reporte para asesorarla en el diligenciamiento del estado de avance de este indicador en particular.

Observación OCI No. 4. Cumplimiento >100% (Columba P) a corte 30 de junio de 2020: *De acuerdo al seguimiento publicado en la página Web de la entidad a corte 30 de junio, se observa que 26 indicadores tienen un cumplimiento superior al 100%, informar a que se debe este % y soporte de la retroalimentación al área.*

R:/ Los resultados del estado de cumplimiento superior al 100% se presentan debido a que algunas metas acumuladas al segundo trimestre se establecieron como el 25% o 100%, en cambio del 50%, sobredimensionando el resultado de la fórmula de cumplimiento en función del tiempo; en otras ocasiones el resultado obedeció a que el numerador fue mayor que el denominador; o porque el estado de avance real del indicador versus la meta acumulada programada del trimestre fue mayor, mostrando una mayor eficiencia en el cumplimiento de sus objetivos. Estas razones están asociadas a temas netamente de formulación y de metodología de reporte, por lo que la OAP procederá a realizar los ajustes pertinentes a fin de mejorar la toma de decisiones basadas en el desempeño organizacional. A la fecha no se ha realizado retroalimentación a las áreas de esta situación, hasta generar las correcciones asociadas a la base de datos de seguimiento del plan de acción.

Comentario OCI: *De acuerdo con lo establecido como compromiso en la citada mesa de trabajo de la remisión de los soportes de las áreas con observaciones sobre la formulación de los indicadores para que desde la Oficina Asesora de Planeación como segunda Línea de Defensa nos informen y presenten evidencias sobre el manejo de estos casos y retroalimentación a las áreas.*

Observación OCI No. 5. Para el caso del correo remitido por el GIT de Archivo y Correspondencia, *el reporte del grupo (correo adjunto) enviado a la Oficina Asesora de Planeación se encuentra en la columna J el porcentaje de medición del segundo trimestre bien, sin embargo, en el archivo "Seguimiento_Plan_de_Accion_segundo_trimestre" suministrado por la OAP en el ejercicio de la auditoria se encuentra la columna J con un porcentaje diferente al periodo evaluado y al reportado.*

por el área, lo que conlleva a que el cumplimiento acumulado de los indicadores se encuentren por debajo de un 70%.

R:/ El caso particular remitido corresponde a un error tipográfico de la OAP en el proceso de consolidación de información del plan de acción, el cual se corregirá en la siguiente publicación del plan de acción.

Observación OCI No. 6. *Para el caso de la Gerencia de Bienes Muebles remitimos dos correos electrónicos en los cuales en el primer y segundo trimestre realizan observaciones sobre los indicadores planteados y las diferencias presentadas con respecto al trabajo realizado en enero 2020. Adicionalmente, se encuentran diferencias del número de indicadores definidos para el área en los siguientes documentos "Medición_Plan_de_acción_2020_T2_Areas"; "Seguimiento_Plan_de_Accion_segundo_trimestre"; "PLAN DE ACCIÓN 2020".*

R:/ La solicitud remitida por la Gerencia de Bienes Muebles del primer trimestre es atendida por parte de la OAP según consta en correo adjunto, y posteriormente para el seguimiento del segundo trimestre, se actualiza los indicadores planteados por dicha gerencia en la web (11 indicadores, de los cuales uno se registra como eliminado).



Observación OCI No. 7. *Para el caso de la Presidencia, remitimos correo electrónico donde el Despacho expresa las debilidades en la formulación de los indicadores, sin embargo, al segundo trimestre se continúa reportando con la misma información. Adicionalmente, en los siguientes documento Medición_Plan_de_acción_2020_T2_Areas"; "Seguimiento_Plan_de_Accion_segundo_trimestre"; "PLAN DE ACCIÓN 2020" se encuentran diferencias en las fórmulas de los indicadores y número total de riesgos definidos para el área.*

R:/ De acuerdo con correo remitido por parte de la OCI, el Despacho de presidencia realizó una actualización en la formulación de los indicadores junto con la OAP, ya que en el año 2019 los indicadores quedaron con actividades mal formuladas. No obstante, se evidencia que dicha actualización no se realizó en el seguimiento del plan de acción correspondiente al segundo trimestre del 2020. Adicionalmente a esta situación, se puede evidenciar que las diferencias enunciadas relacionadas con las fórmulas de los indicadores aducen a errores tipográficos de la OAP en el proceso de consolidación de información del plan de acción, por lo que la OAP procederá a realizar los ajustes pertinentes a fin de mejorar la toma de decisiones basadas en el desempeño organizacional.

Observación OCI No. 8. *Remitimos correo electrónico de la Gerencia Regional Norte con observaciones a las fórmulas y metas de los indicadores.*

R:/ Es necesario analizar los indicadores que no solo dependen de un área para su cumplimiento y la formulación de estos, por esta razón se debe hacer un trabajo conjunto con las áreas con el fin de realizar los ajustes pertinentes para su medición.

Observación OCI No. 9. *De los cambios de metas planteados en Comité Directivo en el mes de julio (acta No 3), informar cómo se socializó con las áreas, teniendo en cuenta que para el tercer trimestre se seguía reportando información con las metas iniciales.*
R:/ A la fecha no existe una socialización del cambio de metas con las áreas, la OAP realizará la actualización de la información trabajada en el comité con el fin de retroalimentar a las áreas y realizar una adecuada medición.

Respuesta de la OCI: De acuerdo con la respuesta dada por la Ofician de Planeación, la OCI manifiesta que se mantiene la limitación, debido a que la informacion solicitada no fue entregada en el tiempo de la ejecución de la auditoria. Sin embargo, la informacion solicitada era con el fin de confirmar algunas Oportunidades de Mejora de plan de acción, descritas en el cuerpo del informe.

9. RESULTADOS AUDITORÍAS ANTERIORES

De acuerdo con la verificación realizada al instrumento de acciones de mejora de la entidad, respecto a las acciones internas, se observaron oportunidades de mejora asociados al objeto de la presente auditoría, se la siguiente manera:

Auditoría Direccionamiento Estratégico. Auditoría Interna realizada en el año 2017 cuya evaluación abarcó gestión de riesgos y plan de acción de ese mismo año. Resultado de dicha evaluación se obtuvieron seis (6) oportunidades de mejora referentes a la inadecuada formulación y seguimiento del Plan de Acción e Indicadores, Falta de publicación a 31 de enero del plan de acción, Seguimientos inoportunos o inexistentes en el comité Directivo, Falta de publicación de los mapas de riesgos institucionales, Inexistencia de planes de tratamiento de riesgos, Falta de alineación de los riesgos e indicadores establecidos en las matrices de riesgos y Plan de Acción.

Resultado de dicha evaluación la entidad formuló un plan de mejoramiento de catorce actividades (14) de las cuales al corte de junio 30 de 2020[1], se han cerrado once (11) actividades con un avance del 78%, con los siguientes resultados:

- Se han venido presentando en el Comité Directivo los seguimientos de Plan de acción, no obstante, se debe propender a cumplir con los términos establecidos.
- Se actualizaron las matrices de riesgos de corrupción, operativos y de seguridad de la información, así como su aprobación en el comité institucional de control interno y su publicación.

[1] Seguimiento realizado por la oficina de control interno, que se encuentra publicado en la página WEB en el siguiente enlace: https://www.saesas.gov.co/transparencia_acceso_informaciOn_pUblica/7_control/7_1_informes_gestion_evaluacion_32820/e_informes_auditorias_internas_33018/2020/informe_seguimiento_plan_38234

- Se ha venido aplicando y reportando en el formato correspondiente los eventos de materialización de riesgos y sus planes de acción.
- No se realizaron los monitoreos trimestrales de riesgos desde el cambio de la metodología. En el año 2020, se actualizó la metodología, no obstante, falta actualizar la política y el orientador. Por lo cual se continuará el seguimiento.
- Se estableció referenciar en la matriz de riesgos y plan de acción los indicadores y riesgos con el fin de alinearlos con los procedimientos, actividad que fue cerrada sujeta a resultados de la presente auditoría.

Seguimiento Plan de Acción 2018. Seguimiento realizado en el año 2018 cuyo objeto abarcó evaluación de plan de acción de ese año. Resultado de dicha evaluación se obtuvieron cuatro (4) oportunidades y tres (3 oportunidades de mejora referentes a la inexistencia de una metodología o directriz para la adecuada, errores de presentación y cálculos de los reportes del plan de acción, inexistencia de una tipología de indicadores, falta de seguimiento en hojas de vida por indicadores, falta de documentación oportuna de las actas de Comité Directivo.

Resultado de dicha evaluación la entidad formuló un plan de mejoramiento de siete actividades (7) de las cuales al corte de junio 30 de 2020[2], se han cerrado seis (6) actividades con un avance del 86%, con los siguientes resultados:

- La entidad estableció la actual Metodología de Gestión de la Estrategia.
- Se encuentra pendiente establecer hojas de vida de indicadores de acuerdo con la actualización de la Metodología.

10. DESARROLLO DE LA AUDITORIA

Conforme al procedimiento para ejecutar auditorías internas, se remitió el plan de auditoria a los auditados para revisión y aprobación de los tiempos y fechas mediante memorando No.CI2020-011569 del 22 de septiembre de 2020.

Mediante correo electrónico se solicitó información para análisis preliminar. a la Oficina Asesora de Planeación los días:

- Solicitud del 24 septiembre de 2020.- Respuesta el 29 septiembre de 2020.
- Solicitud del 25 septiembre de 2020.- Respuesta el 29 septiembre de 2020.

Se llevó a cabo reunión de apertura el día 02 de octubre de 2020 con el líder del proceso, su equipo y equipo de trabajo líderes de las áreas a auditar mediante video conferencia a través de la aplicación Microsoft Teams y remitió presentación mediante correo electrónico a los asistentes.

Mediante correo electrónico del 02 de octubre de 2020, se solicitó información para aclaraciones de la información preliminar. La respuesta la entregaron el día 06 de octubre de 2020.

En el trascurso de las mesas de trabajo se solicitó de nuevo información a la oficina de planeación así:

- Solicitud del 9 de octubre de 2020- Respuesta 14 de octubre de 2020

[2] Seguimiento realizado por la oficina de control interno, que se encuentra publicado en la página WEB en el siguiente enlace: https://www.saesas.gov.co/transparencia_acceso_informaciOn_pUblica/7_control/7_1_informes_gestion_evaluacion_32820/e_informes_auditorias_externas_33018/2020/informe_seguimiento_plan_38234

- Solicitud del 9 de octubre de 2020- Respuesta 15 y 20 de octubre de 2020.
- Solicitud del 15 de octubre de 2020- Respuesta 16 de octubre de 2020
- Solicitud del 3 de noviembre de 2020- Respuesta- A la fecha presentación (09/11/20) del informe a la jefe de la OCI para revisión no se recibió información.

De acuerdo con el alcance establecido se realizó la evaluación en dos fases:

1. Evaluación de efectividad de controles establecidos en las matrices de riesgos de la entidad (Operativos, de Corrupción y de Seguridad de la Información). Del 05 al 16 de octubre de 2020.
2. Evaluación de los compromisos establecidos por la entidad de Plan de Acción Vigencia 2020. Del 19 al 30 de octubre de 2020.

10.1 Contextualización de la Metodología para la evaluación de las matrices de Riesgos.

La presente auditoría se enfoca a la evaluación de los controles establecidos por la entidad para mitigar los riesgos identificados de acuerdo con los criterios establecidos en la Metodología de Gestión de Riesgos numeral *6.5.2 Análisis y evaluación del diseño del control de acuerdo con las seis (6) variables establecidas* de la siguiente manera:

Criterio de evaluación	Aspecto Para Evaluar en el Diseño del Control	Opciones de respuesta	Puntaje en la evaluación del control
1.1 responsable: asignación del responsable	¿Existe un responsable asignado a la ejecución del control?	Asignado	15
		No Asignado	0
1.2 Responsable: segregación y autoridad del responsable.	¿El responsable tiene la autoridad y adecuada segregación de funciones en la ejecución del control?	Adecuado	15
		Inadecuado	0
2. Periodicidad	¿La oportunidad en que se ejecuta el control ayuda a prevenir la mitigación del riesgo o a detectar la materialización del riesgo de manera oportuna?	Oportuna	15
		Inoportuna	0
3. Propósito	¿Las actividades que se desarrollan en el control realmente buscan por si sola prevenir o detectar las causas que pueden dar origen al riesgo, ejemplo Verificar, Validar Cotejar, Comparar, Revisar, ¿etc.?	Prevenir	15
		Detectar	10
		No es un control	0
4. Cómo se realiza la actividad de control	¿La fuente de información que se utiliza en el desarrollo	Confiable	15
	del control es información confiable que permita mitigar el riesgo?	No Confiable	0
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	¿Las observaciones, desviaciones o diferencias identificadas como resultados de la ejecución del control son investigadas y resueltas de manera oportuna?	Se investigan y resuelven oportunamente	15
		No se investigan y resuelven oportunamente	0

Criterio de evaluación	Aspecto Para Evaluar en el Diseño del Control	Opciones de respuesta	Puntaje en la evaluación del control
6. Evidencia de la ejecución del control	¿Se deja evidencia o rastro de la ejecución del control, que permita a cualquier tercero con la evidencia, llegar a la misma conclusión?	Completa	10
		Incompleta	5
		No existe	0

Cuadro No.1: *Tomado de la Metodología de Administración del Riesgos numeral 6.5.2*

Rango de Calificación del Diseño	Resultado - peso en la evaluación del diseño del control
Fuerte	Calificación entre 96 y 100
Moderado	Calificación entre 86 y 95
Débil	Calificación entre 0 y 85

10.1.1 Muestra

Seguidamente se tuvieron en cuenta los siguientes criterios para determinar la muestra:

Para la realización de la evaluación a los controles, se seleccionó una muestra de los riesgos inherentes correspondientes a los procesos misionales de la entidad que hayan sido calificados como altos o extremos, que corresponden a dieciocho (18).

Adicionalmente, se evaluó el riesgo 116 (Matriz de Riesgos Operativos).

Se evaluó el 100% de la matriz de Riesgos de Corrupción y de Seguridad de la información.

Para un total de 41 Riesgos con 230 controles evaluados.

10.2 Contextualización de la Metodología para la evaluación del Plan de Acción

La presente auditoría se enfoca en la evaluación de cada uno de los indicadores establecidos para la medición del Plan de Acción de la Entidad y la verificación de la información soporte de los avances presentados por los líderes de proceso a junio 30 de 2020. Así mismo, de la aplicación de las políticas y actividades establecidas en el Procedimiento de Revisión por la Dirección P-DE2-099 V.5 del 22/07/2019 y la Metodología de Gestión de la Estrategia GDE1-017 V.1 de 05/15/2018.

10.3 Interpretación de los resultados de la auditoría

Los aspectos evaluados en el proceso de auditoría tienen la siguiente interpretación según sus resultados, indicando el grado de cumplimiento de los controles establecidos en los riesgos evaluados y/o el procedimiento "Identificación de hallazgos y generación de acciones" o el impacto que supone la carencia o debilidad de éstos.

	**DESEMPEÑO ALTO** En los procedimientos y pruebas de gestión y cumplimiento de auditoría, se evidencia que existe un alto grado de observancia de las políticas, directrices, normas, estrategia y otros factores; además los controles y actividades se están ejecutando con efectividad.
	**DESEMPEÑO ADECUADO** En los procedimientos y pruebas de gestión y cumplimiento de auditoría, se evidencia que existe un grado de observancia de las políticas, directrices, normas, estrategia y otros factores; además los controles y actividades se están ejecutando, pero presentan oportunidades de mejora para elevar la ganancia de valor en la Entidad.
	**DESEMPEÑO BAJO** En los procedimientos y pruebas de gestión y cumplimiento auditoría, se evidencia que existe un bajo grado de observancia de las políticas, directrices, normas, estrategia y otros factores; además solo algunos controles y actividades se están ejecutando; pero son muy vulnerables y deben ser objeto de evaluación y rediseño para generar valor en la Entidad.

10.4 Riesgos evaluados.

Riesgos Identificados en el proceso de auditoría	Calificación de riesgo inherente según matriz de riesgos SAE[3]
Se podrían presentar fallas dentro de la medición de la estrategia	Alto
Puede ocurrir que los procesos no estén debidamente documentados o que los documentos se encuentran desactualizados.	Alto
Inconsistencias o Pérdida de la Información	Alto
Se pueden establecer procesos con controles obsoletos en términos de la operación.	Alto
Puede ocurrir que se materialicen riesgos con un impacto significativo para la entidad por una valoración inadecuada de los controles.	Este riesgo no está contemplado dentro del mapa riesgos de SAE.
Pueden ocurrir eventos negativos materializados no incluidos dentro del Mapa de riesgos que no se controlan o mitigan adecuadamente y su impacto podría ser significativo para la entidad.	Este riesgo no está contemplado dentro del mapa riesgos de SAE
Puede ocurrir que se presenten incumplimientos o desconocimiento a la normatividad vigente	Este riesgo no está contemplado dentro del mapa riesgos de SAE

[3] Tomado del primer seguimiento de riesgos, correspondiente en el periodo de enero a abril de 2020. Riegos Inherente. https://www.saesas.gov.co/transparencia_acceso_informaciOn_pUblica/6_planeacion/6_1_politicas_lineamientos_manuales/g_plan_anticorrupcion_atencion_108/2020/seguimiento_mapa_riesgos/seguimiento_mapa_riesgos_36507/primer_seguimiento_mapa_riesgos_36509

Puede ocurrir que se tomen decisiones erróneas debido a que no se cuenten con las evidencias suficientes.	Este riesgo no está contemplado dentro del mapa riesgos de SAE

11. SITUACIONES IDENTIFICADAS

Las situaciones identificadas resultan de la comparación que se realiza entre un criterio y la situación actual encontrada durante la auditoria a un área o proceso. A continuación, se describen los hechos y aspectos positivos, útiles o destacables del proceso auditado, bajo el símbolo o bandera verde y, por otra parte, los hechos detectados en el examen de auditoría, referente a deficiencias, desviaciones, irregularidades o debilidades del proceso identificados como Oportunidades de Mejora con el símbolo o bandera roja ya que son eventos que al ser evaluados sus controles o que no cuenten con ellos, ameritan la implementación de un plan de mejoramiento para subsanar la situación encontrada. Para el caso de las observaciones, se encuentran identificadas con el símbolo a bandera amarilla y son aquellos eventos que potencialmente podrían acarrear una materialización de un riesgo y se documentan dentro del informe para que el proceso o área auditada evalúe la pertinencia de implementar un plan de mejoramiento.

11.1 DESCRIPCIÓN OPORTUNIDADES DE MEJORA/OBSERVACIONES[4]

EVALUACION DE CONTROLES DE LAS MATRICES DE RIESGOS

OPORTUNIDAD DE MEJORA No. 1 - DISEÑO DE LOS CONTROLES.

La Metodología de Gestión del Riesgos G-DE2-001 Versión 4-18/12/2018 en concordancia con la Guía para la Administración del Riesgos y Diseño de Controles del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, en el numeral 6.5.2 Análisis y Evaluación del diseño del control define los seis (6) criterios para establecer su adecuado diseño para mitigar el riesgo y que permite establecer si el control se califica Fuerte, Moderado o Débil.

El desarrollo de las mesas de trabajo se enfocó en la validación del cumplimiento de los criterios establecidos (ver cuadro No.1) con el fin cotejar la correcta mitigación del riesgo que se encuentra establecida en las matrices de Riesgo Operativo, de Corrupción y de Seguridad de la información, una vez realizado el primer ejercicio de seguimiento para el periodo enero-abril de 2020.

De acuerdo con lo anterior para cada uno de los criterios analizados se identificaron las siguientes situaciones:

Criterio No.1. Responsable, Asignación del responsable. "*Debe tener definido el responsable de llevar a cabo la actividad de control, Profesional, auxiliar, coordinador etc.".*.

- ✓ Se observa en la matriz de riesgos operativos, de seguridad de la información y en algunos casos riesgos de corrupción, que no cuentan con la definición de cargos específicos, sino que referencian las áreas.

  Así mismo, mediante información aportada por la Oficina Asesora de Planeación mediante correo electrónico del 29 de septiembre de 2020, donde se especifican los cargos por área que ejecutan el contro.

[4] **Oportunidad de Mejora**: Incumplimiento de un requisito.
Observación: Hecho o situación que podría generar el incumplimiento de un requisito.

se evidencian diferencias con la información obtenida en las mesas de trabajo referente a los cargos que ejecutan el control.

Criterio No.2. Periodicidad. "*El control debe tener una periodicidad específica para su realización (diario, mensual, trimestral, anual, etc.) y su ejecución debe ser consistente y oportuna para la mitigación o detección del riesgo".*

- ✓ Se observa en los mapas de riesgos que los controles no contemplan una periodicidad para su ejecución o no está debidamente documentada. En mesas de trabajo realizadas, se identificó que la periodicidad que indica la matriz de riesgos no corresponde con la ejecución del (los) control (es) establecido(s).

Criterio No.3 Propósito: *Se debe indicar cuál es el propósito del control (prevenir las causas que generan el riesgo o detectar la materialización del riesgo). De igual manera una política o un procedimiento por sí mismo no es un control (Los controles se despliegan a través de los procedimientos documentados).*

- ✓ Al validar los controles establecidos para mitigar los riesgos identificados, se observa que se referencian procedimientos, políticas, manuales, instructivos que contienen actividades de control. No obstante, al validar los parámetros de control de los documentos mencionados, se evidencia que no cuentan con información suficiente que permitan evaluar, que se cumpla con los criterios para su correcto diseño.

  En las mesas de trabajo se realizaron los ejemplos para identificar que los documentos por si mismos no permiten evaluarse como controles, de acuerdo con los criterios de la metodología.

De los 230 controles evaluados, se observa que 51 de estos que equivalen al 22% corresponden a controles que no cumplen con el criterio establecido en la guía.

Nota: Es importante mencionar que, con la actualización de los procedimientos, la entidad actualizó la metodología de diseño de documentos G-DE3-012 V.2 04/06/2019. Numeral 6.3 Contenido de la documentación del nivel V. La cual indica para los riesgos e indicadores (*) Para los riesgos se registrará: Ver Mapa de Riesgos, para indicadores se registrará: Ver Plan de Acción.

En aplicación de lo anterior, en la actualización de los procedimientos, en la parte de controles numeral 11. ¿Cómo puedo controlar posibles eventos negativos?, se referencia la matriz de riesgos. Por lo cual se concluye que no se cuentan con controles documentados tanto en la matriz de riesgos como en los procedimientos para mitigar los riesgos.

Ver: Anexo No.1

Criterio No.4. ¿Cómo se realiza la actividad de control? *El control debe indicar el cómo se realiza, de tal forma que se pueda evaluar si la fuente u origen de la información que sirve para ejecutar el control es confiable para la mitigación del riesgo.*

Criterio No.5. Debe indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control. *Si se observan diferencias o aspectos que no se cumplen, la actividad no debería continuarse hasta que se subsane la situación*

Criterio No.6. **Debe dejar evidencia de la ejecución del control.** *El soporte debe evidenciar: 1. Fue realizado por el responsable que se definió. 2. Se realizó de acuerdo a la periodicidad definida. 3. Se cumplió con el propósito del control. 4. Se dejó la fuente de información que sirvió de base para su ejecución. 5. Hay explicación a las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control.*

Teniendo en cuenta lo descrito en el criterio No.3, no se tiene información completa que permita establecer el cumplimiento de los criterios 4, 5 y 6.

De la evaluación al diseño de los controles objeto de la muestra, se evidencia que no se cumple los seis (6) criterios establecidos en la Metodología de Gestión de Riesgos – SAE y la Guía para la gestión de riesgos del DAFP, que permitan establecer que los controles mitigan correctamente los riesgos identificados.

Con los resultados obtenidos en las mesas de trabajo, y teniendo en cuenta los criterios, se evidenció que la calificación del conjunto de controles para los 41 riesgos evaluados arrojó un resultado "débil". Por lo cual, los riesgos inherentes pueden materializarse debido a que los controles que han sido objeto de medición en las matrices no tienen un adecuado diseño que permita mitigarlos.

Riesgos Evaluados:

- Puede ocurrir que los procesos no estén debidamente documentados o que los documentos se encuentran desactualizados.

- Pueden ocurrir eventos negativos materializados no incluidos dentro del Mapa de riesgos que no se controlan o mitigan adecuadamente y su impacto podría ser significativo para la entidad.

- Puede ocurrir que se materialicen riesgos con un impacto significativo para la entidad por una valoración inadecuada de los controles.

- Puede ocurrir que se presenten incumplimientos o desconocimiento a la normatividad vigente.

- Puede ocurrir que se tomen decisiones erróneas debido a que no se cuenten con las evidencias suficientes.

Recomendaciones:

- Es importante validar las responsabilidades de manera puntual identificando por cargo quien lo ejecuta y a que área pertenece, en cumplimiento por lo establecido por la Guía de administración de riesgos de DAFP, con el fin de que se puedan aplicar acciones efectivas en la ejecución del control.

- Se recomienda establecer la periodicidad de acuerdo con lo estipulado en la guía DAFP; además de mejorar la eficiencia del seguimiento del control; con el fin de evitar posibles hallazgos de entes externos.

- Se recomienda que la Oficina de Planeación dirija y ejecute un cronograma de capacitaciones que involucre a todas las áreas de la Entidad, con el fin de socializar la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas del DAFP con el fin de fortalecer los criterios establecidos por la norma.

- Se recomienda a la Oficina de Planeación realizar sus mediciones y evaluaciones en lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas del DAFP, con el fin de que las áreas vayan reforzando los conocimientos contenidos en la Guía mencionada.

- Se recomienda realizar una validación de los procedimientos que han sido actualizados, con el fin de identificar los controles que quedaron sin valoración de y realizar su correspondiente incorporación valoración en la matriz de riesgos, atendiendo los seis (6) criterios establecidos.

OPORTUNIDAD DE MEJORA No. 2 RELACIÓN DE CAUSAS Y CONTROLES

En la evaluación realizada con las áreas en mesas de trabajo, se evidencio que para los 29 riesgos evaluados de las matrices de operativos y corrupción algunas causas no cuentan con controles que se le asocien, o los existentes no atacan directamente todas las causas definidas.

Adicionalmente, se evidenció en desarrollo de mesas de trabajo que los auditados no realizaron la asociación de las causas para la identificación de los controles y expresaron no haber participado en esta etapa del proceso, Así mismo, no se observa en la presentación de la matriz de riesgos que se indique de forma separada cada causa con el control correspondiente.

En el desarrollo de las mesas de trabajo con cada una de las áreas, se explicó la metodología que indica el DAFP que "*Para cada causa debe existir un control".* Es preciso indicar que lo que se encuentra estipulado en la citada Guía *es de* obligatorio cumplimiento.

Riesgos Evaluados:

- Puede ocurrir que los procesos no estén debidamente documentados o que los documentos se encuentran desactualizados.

- Puede ocurrir que se presenten incumplimientos o desconocimiento a la normatividad vigente

Recomendaciones:

- Realizar un análisis, verificación de los riesgos, causas, y controles, de acuerdo con lo estipulado en la normatividad vigente del DAFP.

- Establecer las causas de manera separada (no se deben combinar en una misma columna o renglón) con el fin de establecer a cada una el control correspondiente.

- La revisión y análisis de los riesgos se deben realizar en conjunto con las áreas que intervienen en ejecución.

OPORTUNIDAD DE MEJORA No. 3 RESPONSABILIDAD DE LA EJECUCIÓN DE LOS CONTROLES 

En los 41 riesgos Operativos misionales, de corrupción y de seguridad de la información evaluados, en 11 de ellos, las áreas definidas dentro de mapa de riesgos informaron en mesas de trabajo no tener responsabilidad directa en la ejecución de los controles asociados, lo que limitó determinar el cumplimiento de los criterios para identificar si se encuentran bien diseñados, adicionalmente, al no ejecutar los controles por falta de correcta asignación de responsables, conlleva a una inadecuada mitigación de riesgos, según lo establece los numerales 6.5.3 Resultados de la evaluación de la ejecución del control y 6.5.7 Monitoreo y revisión de riesgos, ítem primera línea de defensa de la Metodología de Gestión del Riesgo de SAE.

Evidencia:

NO RIESGO	CONTROLES ASOCIADOS	ÁREAS RESPONSABLES	CONTROLES QUE NO APLICAN AL ÁREA
O[5]-15	5	Gerencia Bienes Inmueble	3
		Gerencia Bienes Muebles	2
		Gerencia Comercial	4

[5] **O:** Riesgo Operativo **C:** Riesgo de Corrupción, **S:** Riesgo de Seguridad de la Información.

NO RIESGO	CONTROLES ASOCIADOS	ÁREAS RESPONSABLES	CONTROLES QUE NO APLICAN AL ÁREA
		Gerencia Regional Centro Oriente	3
		Gerencia Regional Occidente	4
		Gerencia Regional Sur Occidente	4
		Gerencia Regional Norte	4
O-113	2	Gerencia Bienes Inmueble	1
		Gerencia Bienes Muebles	1
O-114	1	Gerencia Bienes Inmueble	1
		Gerencia Bienes Muebles	1
O-116	1	Gerencia de Asuntos Legales	1
S-88	2	Gerencia Regional Centro Oriente	2
		Gerencia Regional Occidente	2
		Gerencia Regional Sur Occidente	2
		Gerencia Regional Norte	2
C-1	4	Gerencia Talento Humano	2
C-3	3	Gerencia Talento Humano	2
C-4	3	Gerencia Talento Humano	1
C-6	3	Gerencia Talento Humano	2
		Gerencia Regional Centro Oriente	2
		Gerencia Regional Occidente	2
		Gerencia Regional Sur Occidente	2
		Gerencia Regional Norte	2
		Promotores	3
C-7	3	Gerencia Talento Humano	2
C-8	4	Gerencia Talento Humano	2

Fuente: Información construida por el equipo auditor

Riesgos Evaluados: Puede ocurrir que se materialicen riesgos con un impacto significativo para la entidad por una valoración inadecuada de los controles.

Recomendaciones:

- En la administración de riesgos liderada por la Oficina Asesora de Planeación (como primera y segunda línea de defensa), es importante que se involucren todas las áreas y grupos de trabajo, implementando dinámicas que permitan inicialmente entender los conceptos que abarcan la administración de riesgos según la metodología que se vaya a implementar, para así obtener resultados efectivos en la identificación, valoración de riesgos y diseño de controles.

- Dentro de los seguimientos solicitados por la Oficina Asesora de Planeación, es importante que las áreas que intervienen como responsables de los controles según lo documentado dentro del Mapa de Riesgos en cumplimiento de su rol como primera línea de defensa, verifiquen su participación y responsabilidad en la ejecución de dichos controles para garantizar que de manera efectiva el riesgo si se encuentra mitigado.

OPORTUNIDAD DE MEJORA No. 4 RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.

De acuerdo con la Metodología de Administración de riesgos de SAE y la Guía para la Administración del Riesgos y Diseño de Controles del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP; el riesgo digital

es "*combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, así como afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el orden constitucional y los intereses nacionales. Incluye aspectos relacionados con el ambiente físico, digital y las personas*".

Con base a lo anterior; se encontraron tres situaciones:

En el tratamiento de los riesgos de la seguridad digital, la matriz debe contener campos que identifiquen ciertas características. En la revisión de la matriz presentada ante la Oficina de Control Interno y publicada en la página web, se observa que poseen los campos recomendados de la guía, sin embargo, no se cuenta con la columna llamada "Activo" que se refiere al activo de información que el riesgo afecta (servidor, router, base de datos, licencias, personal con conocimiento, etc.) este campo es necesario adoptarlo para adecuarse a la metodología de SAE y a la guía.

Formato mapa y plan de tratamiento de riesgos de seguridad digital

N.	RIESGO	ACTIVO	TIPO	AMENAZAS	TIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL	OPCIÓN TRATAMIENTO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR
N	Pérdida de la integridad	Base de datos de nómina	Seguridad digital	Modificación no autorizada	Ausencia de políticas de control de acceso	Probable	Menor	Moderado	Reducir	A.9.1.1 Política de control de acceso	Política creada y comunicada	Oficina TI	Tercer trimestre de 2018	**EFICACIA:** Índice de cumplimiento actividades– (# de actividades cumplidas / # de actividades programadas) x 100 **EFECTIVIDAD:** Efectividad del plan de manejo de riesgos– (# de modificaciones no autorizadas)
					Contraseñas sin protección				Reducir	A.9.4.3 Sistema de gestión de contraseñas	Procedimientos para la gestión y protección de contraseñas	Oficina TI	Tercer trimestre de 2018	
					Ausencia de mecanismos de identificación y autenticación de usuarios				Reducir	A 9.4.2 Procedimiento de ingreso seguro	Procedimiento para ingreso seguro	Oficina TI	Tercer trimestre de 2018	
					"Ausencia de bloqueo				Reducir	A.11.2.8 Equipos de usuario desatendidos	Configuraciones para bloqueo automático de sesión	Oficina TI	Tercer trimestre de 2018	

Cuadro explicativo Guía DAFP – Anexo 3.3

De acuerdo con el mapa de riesgo; en las últimas columnas (columna de Elementos digitales) aparece el título *"activo"*; sin embargo, existe como caracterización de los activos una descripción de *"Detalles en el inventario de activos información por proceso"*. Sin embargo, como no se establece a que proceso pertenece (está identificado como TODOS LOS PROCESOS) no es claro para esta auditoría y según la metodología cual activo de información es el referente al riesgo o a cuál se aplica el control.

De la misma manera; existe una clasificación *"DIGITAL"* la cuál no refiere a que activo de manera puntual se refiere. Estas referencias también están documentadas según indica el anexo 4 LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE LA SEGURIDAD DIGITAL EN LAS ENTIDADES PUBLICAS en su anexo de clasificación de información, y de acuerdo con la legislatura (leyes 1712 del 2014 y 1581 del 2012). Esto con el fin de tener una valoración efectiva y de la misma manera calificar el riesgo asociado.

1. En el riesgo identificado con el código 124 *"Podría presentarse divulgación de información personal de empleados"* no tiene ningún control asociado en el documento; de acuerdo con la guía DAFP todo riesgo debe tener asociado una causa y esta causa a su vez, debe tener un control asociado que tenga relación directa a la causa.
2. Según metodología de SAE y a la guía o se debe evaluar no solamente riesgos técnicos o tecnológicos, sino también ambientales que puedan afectar los activos de información. En algunos ejemplos pueden considerarse los riesgos derivados de incidentes como el fuego, el agua o sísmicos; en la revisión de esta auditoría no se evidenció ningún tipo de riesgo que tenga como causa derivaciones de efectos ambientales como incendios, inundaciones, etc.

Riesgo: Puede ocurrir que los procesos no estén debidamente documentados o que los documentos se encuentran desactualizados.

Recomendación:

- Se recomienda actualizar la matriz de riesgos de Seguridad Digital con la que cuenta la organización con todos los campos requeridos por la Guía del DAFP.

- Se recomienda establecer los riesgos, causas y sus controles en ejercicios participativos con todas áreas involucradas.

OPORTUNIDAD DE MEJORA No. 5 MONITOREO TRIMESTRAL RIESGOS OPERATIVOS, DE CORRUPCIÓN Y DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.

Teniendo en cuenta la actualización realizada a la **Metodología de Gestión del Riesgo Versión 5- 30/06/2020**, que indica para efectos de las actividades de monitoreo de riesgos *"La Oficina Asesora de Planeación llevará a cabo el seguimiento a los Riesgos Operativos de la SAE dos veces al año y las áreas deberán hacer seguimiento periódico a la Gestión de sus riesgos y reportar la materialización de los mismos a la Oficina Asesora de Planeación en el F-DE2-100 Reporte de materialización de riesgos en el mismo momento que ocurra el evento".* Actualización que fue presentada en el pasado Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del 22 de julio de 2020.

Una vez revisados los documentos establecidos por la entidad respecto a las labores de monitoreo, se observa que a la fecha no se ha realizado la actualización de los mencionados a continuación, con el fin de alinear la frecuencia de las actividades de monitoreo, responsables y su aplicación.

Resolución 1433 de 2019 Orientador Estratégico de la Administración de Riesgos" Art. 7: *"Serán los líderes de proceso quienes realizarán el monitoreo y seguimiento de la gestión de riesgos cada trimestre por medio de las herramientas definidas para tal fin…"* (Subrayado nuestro).

Política de Riesgos Versión 1. 22/03/2019. … *se hace seguimiento trimestral de la gestión de los riesgos y se deja trazabilidad por medio del formato F-DE2-101"* Pág. 12. (Subrayado nuestro).

De acuerdo con la dimensión del MIPG de *"Control interno",* que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles establece que la Línea Estratégica deberá "*Hacer seguimiento y pronunciarse por lo menos cada trimestre sobre el perfil de riesgo inherente y residual de la entidad, incluyendo los riesgos de corrupción y de acuerdo con las políticas de tolerancia establecidas y aprobadas.*

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia que la actualización de la metodología difiere a lo establecido por la Guía del DAFP y Metodología de Gestión de Riesgo de SAE (numeral 6.5.7). Así mismo, de acuerdo con el Orientador Estratégico y Política de Riesgos no se cumplió con la realización de actividades de monitoreo de los riesgos tanto Operativos como de Corrupción los cuales por su importancia e impacto deben ser sometidos a seguimiento, evaluación permanente y ser presentados en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Matriz de Riesgos de Seguridad de la Información: De acuerdo con el archivo remitido por la Oficina Asesora de planeación a la oficina de Control Interno, y corroborado en la página web de la Entidad; se pueden detectar 12 riesgos asociados a la seguridad digital (seguridad de la información); sin embargo y de acuerdo con Metodología de SAE y la guía de la administración de la función pública; el seguimiento se debe realizar de

manera periódica realizando 4 seguimientos (trimestrales) o mediciones en el transcurso del año. De acuerdo con lo revisado por esta auditoría, no se evidencia ningún tipo de seguimiento documentado en la planilla oficial remitida por el área responsable (oficina de planeación).

Actividades de monitoreo y revisión a realizar	■ Revisar el cumplimiento a los objetivos institucionales y de procesos y sus indicadores e identificar en caso de que no se estén cumpliendo, los posibles riesgos que se están materializando en el cumplimiento de los objetivos. ■ Hacer seguimiento y pronunciarse por lo menos cada trimestre sobre el perfil de riesgo inherente y residual de la entidad, incluyendo los riesgos de corrupción y de acuerdo a las políticas de tolerancia establecidas y aprobadas.

Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y del Diseño de Controles en Entidades Públicas DAFP.

Riesgos Identificados:

- Puede ocurrir que los procesos no estén debidamente documentados o que los documentos se encuentran desactualizados.
- Puede ocurrir que se presenten incumplimientos o desconocimiento a la normatividad vigente.

Recomendaciones:

- Se recomienda realizar los seguimientos a los riesgos Operativos, de Corrupción y de Seguridad de la Información, conforme a lo establecido a la normatividad vigente.
- Revisar la aplicación a la actualización de la Metodología de Gestión de Riesgos de SAE realizada en junio de 2020.

OPORTUNIDAD DE MEJORA No.6 PRIMER SEGUIMIENTO DE RIESGOS 2020 (ENERO.ABRIL)

La entidad realizó en el mes de junio el primer seguimiento a los mapas de riesgos Operativos y uno riesgo de corrupción, correspondiente al periodo enero – abril de 2020. La información consolidada del seguimiento fue presentada y aprobada por el Comité Institucional del Coordinación de Control Interno en sesión No 01 virtual y los resultados se publicaron en la página Web de SAE. De la revisión efectuada se encontraron las siguientes situaciones:

- Áreas que reportan seguimiento y no tienen responsabilidad.

Dentro de las mesas de trabajo de auditoria, se revisaron los reportes de las áreas con respecto a la ejecución de los controles en el marco del primer seguimiento de la vigencia 2020, encontrando que para unos casos específicos los responsables definidos en el mapa de riesgos o áreas diferentes a las identificadas reportaron información sin tener relación directa con la ejecución de los controles.

Lo anterior, refleja diferencias con respecto a la responsabilidad establecida en el numeral 6.5.7 Monitoreo y revisión de riesgos, ítem primera y segunda línea de defensa de la Metodología de Gestión del Riesgo.

No. RIESGO	ÁREA	OBSERVACIONES
15	Gerencia Comercial	Dentro del seguimiento publicado en la página Web la gerencia en mención documentó acciones de seguimiento, sin embargo, en la mesa de trabajo se aclaró que ellos no llevan a cabo esos controles.
16	Gerencia de Bienes Inmuebles	La Gerencia de bienes inmuebles, se encuentra como responsable en la matriz. No obstante, no realiza actividades definidas en el procedimiento de Diagnóstico de Inmuebles, Desalojos y Legalización de contratos. En mesa de trabajo refieren que reportan información de su gestión para efectos de controlar la productividad, que fue tomada en el seguimiento.
37	Regional Occidente	La Gerencia Regional Occidente no se encuentra como área responsable de la ejecución del control y dentro del seguimiento efectuado documentó dicha aclaración, sin embargo, esta información se consideró como parte del seguimiento.
105	Gerencia de Bienes Inmuebles	La Gerencia de bienes inmuebles, se encuentran como responsable en la matriz. No obstante, no realiza actividades definidas en el procedimiento de Diagnóstico de Inmuebles. En mesa de trabajo refieren que reportan información de su gestión para revisar la creación de los activos, que fue tomada en el seguimiento.
106	Gerencia de Bienes Inmuebles	La Gerencia de inmuebles no se encuentra como área responsable de la ejecución del control, dentro del campo de seguimiento incluyó información de su gestión, la cual fue tomada y aceptada como parte del seguimiento para este riesgo.
107	Gerencia de Bienes Inmuebles	La Gerencia de inmuebles no se encuentra como área responsable de la ejecución del control, dentro del campo de seguimiento incluyó información de su gestión, la cual fue tomada y aceptada como parte del seguimiento para este riesgo.
113	Regional Occidente	La Gerencia Regional Occidente no se encuentra como área responsable de la ejecución del control, dentro del campo de seguimiento incluyó información de su gestión, la cual fue tomada y aceptada como parte del seguimiento para este riesgo.

Fuente: Información construida por el equipo auditor

- Las Columnas de "Indicador", "Soporte" y "Tiempo de Monitoreo" revisadas dentro de los mapas de Riesgos operativos, de corrupción y Seguridad digital presentan errores en su formulación, con respecto a lo evidenciado en las mesas de trabajo:

  i. Formulas mal identificadas o que no permiten establecer qué miden o a qué soporte está asociado

Responsable	Tiempo de Monitoreo	Indicador	Observación
Coordinación operativa y comercial	Trimestral	4 sobre 4	Indicador formulado de forma incorrecta. No es posible identificar que está midiendo.

Fuente: Matriz de Riegos Operativos

Soporte	Tiempo de Monitoreo	Indicador	Observación
Validación de antecedes de los oferentes y tercerización del proceso de venta	Diaria	365/365x100	Formulado incorrectamente. No es posible identificar que está midiendo.

Fuente: Matriz de Riegos Corrupción

ii. La información reportada en el seguimiento no corresponde con el soporte documentado, la periodicidad y el indicador formulado:

Soporte	Tiempo de Monitoreo	Indicador	Observación
E el módulo de Datos Básicos del aplicativo SIGMA SAE	POR SOLICITUD	POR SOLICITUD	No corresponde a un indicador. No es posible establecer que está midiendo.

Fuente: Matriz de Riegos Operativos

Lo anterior, evidencia debilidades en la medición y su correspondiente asociación con los controles y/o soporte que son insumos necesarios para la correcta realización de las actividades de monitoreo. Adicionalmente, en la información reportada por las áreas para el primer seguimiento no se obtiene información completa o adecuada de los indicadores.

- Diferencia de información del seguimiento reportado por las regionales con respecto a la información publicada.

- En la evaluación de los controles asociados a los riesgos, se logra evidenciar en la Gerencia Regional Occidente y Gerencia Regional Norte, la remisión de correos electrónicos[67] al área de planeación para la revisión de algunos controles, los cuales, no fueron modificados en la matriz de seguimiento publicada para el segundo trimestre del 2020.

- En el primer seguimiento realizado en el año 2020, no se reporta la información de todas las áreas. Por lo que no se cumple a cabalidad con las actividades de monitoreo establecidas por la Metodología de Gestión de Riesgos de SAE.

- Revisado el seguimiento de la matriz de corrupción que debe realizar el líder del proceso como primera línea de defensa (Áreas que le apliquen), no se evidencia soporte alguno.

  En mesa de trabajo con la Vicepresidencia Jurídica, indica que el correo de solicitud realizado por la oficina de planeación como segunda línea de defensa el día 9 de junio de 2020, solo establecen los criterios de seguimiento del mapa de riesgos operativos, conforme a lo anterior no remitieron el seguimiento de mapa de riesgos de corrupción.

[7] Gerencia Regional Norte: Correo electrónico del 25 de junio de 2020.
Gerencia Regional Occidente: Correo electrónico del 23 de junio de 2020

Riesgo:

- Puede ocurrir que se materialicen riesgos con un impacto significativo para la entidad por una valoración inadecuada de los controles.

- Puede ocurrir que se presenten incumplimientos o desconocimiento a la normatividad vigente

Recomendación:

- Cada vez que se lleve a cabo una actividad de seguimiento, verificar desde la Oficina Asesora de Planeación que todos los actores definidos como responsables de los controles para mitigar los riesgos documenten sus avances y evidencias de ejecución de los controles, adicionalmente, explicar la metodología de seguimiento, qué información es la que se debe reportar y a quienes les aplica. Desde la primera línea de defensa verificar la aplicabilidad de los controles para así mismo reportar información veraz y real sobre las actividades que se realizan para mitigar los riesgos.

- Se recomienda realizar seguimiento a los correos y memorandos emitidos por las diferentes áreas de la Entidad, con el fin de analizar sus solitudes y de decidir su viabilidad, realizar las modificaciones pertinentes.

- Se recomienda replantear cada uno de los indicadores[8] con información que permita establecer que encuentra midiendo en términos de eficacia y efectividad, y que conduzcan a realizar adecuadamente las actividades de monitoreo.

OPORTUNIDAD DE MEJORA No. 7 RIESGOS DE CORRUPCION.

De acuerdo con la Metodología de Gestión del Riesgos de SAE en la cual adopto lo establecido en la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas DAFP, señalan que un Riesgo de Corrupción es: "*posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado*."

Teniendo en cuenta lo anterior y en base a la normatividad descrita, se realizó el análisis y evaluación del diseño de los controles de la matriz de riesgos de corrupción donde se observó que:

- De acuerdo con la matriz publicada en la página web de la Entidad, en la Columba B *"Procesos/Objetivos"* se observa que pueden ser materializado en todos los procesos, no obstante, al revisar los responsables asignados se evidencia que se encuentra asignado solo uno proceso o área de la ejecución de los controles.

- En la Matriz de riesgos de corrupción de la Entidad, no se evidencian algunos procesos susceptibles a riesgos, que son elementales, como financiera, Información, documental, Investigación y sanción (Peticiones ciudadanas) y Tramites y /o servicios internos y externos.

Teniendo en cuenta que se reportó una Materialización De Riesgos de Corrupción, a la Gerencia de Talento Humano mediante el memorando No. CI2020-002221, del 24 de febrero de 2020, el grupo auditor, *en su rol de evaluación y seguimiento, de la Auditoria de Interna de Gestión Direccionamiento Estratégico*, que viene

[8] **Indicador:** Es una representación (cuantitativa preferiblemente) establecida mediante la relación entre dos o más variables (Guía para la construcción y Análisis de Indicadores de Gestión)

adelantado solicito mediante correo electrónico el día 09 de octubre de 2020, que se le informara las gestiones adelantadas y resultados de este.

El día 19 de octubre de 2020 la Gerencia de Talento Humano remitió respuesta mediante memorando No. CI2020-012605, donde informa lo siguiente:

1. *El pasado 13 de mayo de 2020, la Gerencia de Talento Humano informó a la Oficina de Control Interno mediante el MEMORANDO CI2020- 005357, las acciones que realiza en desarrollo del quehacer institucional en lo referente a la Prevención de Riesgos de Corrupción desde diferentes escenarios. De los cuales se han adelantado al 30 de junio de 2020:*
   - *Asistencia a la reunión Colectivo Disciplinario del Sector Hacienda de fecha de junio 16 de 2020.*
   - *Asistencia capacitación Departamento Administrativo Función Pública Conflicto de Intereses de fecha 17 de junio de 2020.*
   - *Organización y realización del Curso Virtual de Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción por todos funcionarios de la entidad durante el mes de junio.*
2. *Así mismo el pasado 18 de mayo de 2020 la Gerencia de Talento Humano solicito a la Gerencia de Bienes Inmuebles y la Gerencia Regional Centro Oriente, mediante el MEMORANDO CI2020-005411 la información reporte de materialización de riesgos de corrupción (CI2020-002221) activo entregado en Destinación Provisional, a la cual dio respuesta la Gerencia de Bienes Inmuebles el 29 de mayo de 2020 con el MEMORANDO CI2020-005538.*
3. *De igual manera el pasado 19 de mayo de 2020, una vez se realizó el debido estudio de los documentos y procedimientos que intervienen en la adjudicación de bienes en Destinación Provisional: Responsabilidad de los destinatarios provisionales, Metodología de Administración de Bienes y Procedimiento destinación provisional de bienes; mediante MEMORANDO CI2020-005538 se efectuaron recomendaciones a la Oficina Asesora de Planeación sobre actualización de estos.*

De acuerdo con lo anterior se revisó por el aplicativo Zeus y se confirmó con la Gerencia de talento Humano respuesta dada al memorando citado por parte de la Oficina asesora de planeación y por la regional Centro Oriente, a la fecha 09/11/2020 no se tiene dicho documento, ya que la Gerencia de Talento Humano especifica en el memorando en mención que "… *queda a juicio de la Oficina de Planeación la decisión a tomar la cual agradecemos nos sea informada para efectos del caso en concreto*"

Conforme a lo anterior y teniendo en cuenta el Literal Acciones ante la Materialización del Riesgos de corrupción en el punto Guías de acción de la Política de Riesgos de SAE versión 1 de 22/03/19, se evidencia incumplimiento en las acciones a desarrollar."*2. Una vez surtido el conducto regular establecido por la Entidad y dependiendo del alcance a realizar la denuncia ante la instancia de control correspondiente",* esto se debe que a la fecha no se tiene un resultado que permita concluir si se materializo un riesgo de corrupción.

Riesgo:

- Puede ocurrir que los procesos no estén debidamente documentados o que los documentos se encuentran desactualizados.

- Pueden ocurrir eventos negativos materializados no incluidos dentro del Mapa de riesgos que no se controlan o mitigan adecuadamente y su impacto podría ser significativo para la entidad.

- Puede ocurrir que se presenten incumplimientos o desconocimiento a la normatividad vigente

Recomendaciones:

- Revisar y analizar de la matriz de riesgos de corrupción, de acuerdo con los objetivos de la Entidad y que cumplan con los criterios establecido por el DAFP.

- Se recomienda establecer los riesgos, causas y sus controles en ejercicios participativos con todas áreas involucradas.

- Revisar los responsables a que les aplique los riesgos, debido que se puede materializar en todos los procesos.

- Realizar todas las acciones conducentes para establecer la debida materialización de riesgos de corrupción.

- Cumplir con todas las acciones ante la materialización de riesgos de corrupción, establecidas en la Política.

OPORTUNIDAD DE MEJORA No.8 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO**.**

Metodología de Gestión del Riesgo Versión 5- 30/06/2020, que indica para efectos de las actividades de monitoreo de riesgos *"La Oficina Asesora de Planeación llevará a cabo el seguimiento a los Riesgos Operativos de la SAE dos veces al año y las áreas deberán hacer seguimiento periódico a la Gestión de sus riesgos y reportar la materialización de estos a la Oficina Asesora de Planeación en el F-DE2-100 Reporte de materialización de riesgos en el mismo momento que ocurra el evento"*.

En la mesa de trabajo realizada con la Vicepresidencia Jurídica, informan que se reportó la materialización de un riesgo operativo a través de la Presidencia de SAE y se trabajó con la Oficina de Planeación de acuerdo con el procedimiento de materialización de riesgos. Existió una pérdida de información según lo registrado en las circulares CI2020 – 007728; CI2020 – 009029 y CI2020 – 011789. En los registros se observa lo siguiente:

- **CI2020 – 007728 (06/Jul/2020):** Dirigido a la Oficina de Gestión de la Información; donde se explica que la recuperación de los referidos archivos resulta de vital importancia para esta Vicepresidencia.

- Igualmente se referencia que se reportaron dichos inconvenientes mediante los tickets 48850 – 48888 – 48915. En el documento se relacionó mediante un cuadro las carpetas con información perdida.

No.	TEMA	NOMBRE Y/O NÚMERO DE ARCHIVOS	FECHA ACTUALIZACIÓN	UBICACIÓN
1	EXPEDIENTE DIGITAL TUTELAS	APROX 272 CARPETAS	12/06/2020	\\fileserver\publica\3 - Gerencia Jurídica\1. DEFENSA JUDICIAL - G.A.L\10. EXPEDIENTE DIGITAL\6. ACCIONES DE TUTELA
2	EXPEDIENTE DIGITAL PROCESOS ADMINISTRATIVOS	APROX 300 CARPETAS	12/06/2020	\\fileserver\publica\3 - Gerencia Jurídica\1. DEFENSA JUDICIAL - G.A.L\10. EXPEDIENTE DIGITAL\1. PROCESOS ADMINISTRATIVOS
3	EXPEDIENTE DIGITAL PENALES	ACTUALIZACION DE ARCHIVO EXISTENTES	12/06/2020	\\fileserver\publica\3 - Gerencia Jurídica\1. DEFENSA JUDICIAL - G.A.L\10. EXPEDIENTE DIGITAL\4. PROCESOS PENALES
4	CERTIFICACIONES CAPACITACION	CERTIFICACIONES ROL JEFE JURIDICO, SECRETARIO TECNICO DEL COMITÉ Y JEFE FINANCIERO	12/06/2020	\\fileserver\publica\3 - Gerencia Jurídica\1. DEFENSA JUDICIAL - G.A.L\7. EKOGUINEKOGUI 2020
5	EXPEDIENTE DIGITAL PROCESOS CIVILES	POR ESTABLECER	12/06/2020	\\fileserver\publica\3 - Gerencia Jurídica\1. DEFENSA JUDICIAL - G.A.L\10. EXPEDIENTE DIGITAL\2. PROCESOS ORDINARIOS CIVILES

- **CI2020 – 009029 (05/Ago/2020):** Dirigido a la Oficina de Gestión de la Información; se vuelve a ratificar la importancia de la recuperación de archivos para el grupo de trabajo de la Vicepresidencia Jurídica; debido que la información solicitada está relacionada a objetivos del plan estratégico.

- **CI2020 – 011789 (27/Sep/2020):** Dirigido a la Oficina de Gestión de la Información con copia al presidente de la SAE; Se reitera la importancia de la consecución de los archivos perdidos en las carpetas públicas; igualmente una respuesta ante la gestión adelantada de los tickets 48850 – 48888 – 48915.

- La pérdida de la información en sus carpetas de almacenamiento originales (Carpetas compartidas por red) ocurrieron el día 12 de junio del 2020.

El día 7 de Julio del 2020 se realizó por parte de la Profesional Especializado III el diligenciamiento del formato de F-DE2-100 REPORTE DE MATERIALIZACION DE RIESGOS indicando que se materializó el riesgo Posible Pérdida de Información de la Compartida. Dicho formato fue dirigido al Jefe de la Oficina de Planeación mediante documento CI2020 – 012076 con fecha 5 de octubre del 2020 y que en dicho documento explican que el riesgo materializado mediante lo siguiente:

- *(…) Por alertas presentadas en discos de la Buffalo NAS (archivos pública compartida) fue necesario realizar ventana de mantenimiento para realizar el cambio de estos discos y solucionar las alertas presentadas, la NAS se encuentra en arreglo de discos RAID 6, lo cual permite realizar el cambio de discos con la máquina activa". De acuerdo con los riesgos reportados en la matriz de riesgos corresponde: puede ocurrir que no estén disponibles los Servicios de IT, por causa de fallas de Hardware o Software.*

De acuerdo con lo anterior, se encuentra evidencia donde la Oficina de Gestión de la Información ha demorado 25 días calendario entre la materialización del riesgo y la elaboración del formato F-DE2-100 y 90 días calendario entre este formato y la comunicación por circular interna ante la jefatura de la oficina de planeación.

Riesgos Evaluados:

- Inconsistencias o Pérdida de la Información.

Recomendaciones:

- Es importante que al realizar cambios que puedan afectar grandes cantidades de información se realice una verificación de integridad de los datos en los sistemas de respaldo (copias) antes de realizar los cambios, así como tener una copia redundante en el momento de realizar posibles futuras migraciones para casos extraordinarios.

EVALUACION DE PLAN DE ACCION

OPORTUNIDAD DE MEJORA No.9 SOPORTES DEL PLAN ACCION 2020.

En el ejercicio de evaluación realizado a los indicadores registrados dentro del plan de acción de la Entidad para la vigencia 2020 para las diferentes áreas, al verificar el cumplimiento de la meta propuesta para el indicador, se solicitó el soporte que evidencie dicho cumplimiento, de acuerdo con el porcentaje de avance reportado por cada una de las áreas; el equipo auditor evidenció:

- Áreas que no entregaron soportes que evidencien el cumplimiento del avance reportado por indicador.

- Áreas cuyos soportes entregados no se ajustan a lo planteado por el indicador o no logran validar el cumplimiento del avance.

- Áreas que no entregaron soportes o los entregaron fuera de término. (Entendiéndose por fuera de término la entrega extemporánea de la información a través de la carpeta compartida No. 44 de acuerdo a lo establecido dentro de la mesa de trabajo por el equipo auditor).

Nota: Se adjunta Anexo No.2 con las evidencias.

Riesgos evaluados:

- Se podrían presentar fallas dentro de la medición de la estrategia.

- Puede ocurrir que los procesos no estén debidamente documentados, o que los documentos se encuentren desactualizados.

- Puede ocurrir que se tomen decisiones erróneas debido a que no se cuenten con las evidencias suficientes.

Recomendación:

- Se recomienda realizar por parte de la Oficina de Planeación como segunda línea de defensa y responsable de las actividades de monitoreo, supervisión al cumplimiento en el avance reportado por cada una de las áreas con el fin de validar los soportes presentados por las áreas y realizar las correcciones en tiempo antes de la publicación con los resultados finales.

OPORTUNIDAD DE MEJORA No.10 INCONSISTENCIAS EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN

Evaluado el informe del segundo trimestre corte 30 de junio de 2020, se evidenciaron las siguientes inconsistencias:

- En lo relacionado con los indicadores del plan de acción; se evaluaron las características con respecto a las posibles inconsistencias matemáticas (formula, lógica o porcentaje) que se pudieran evidenciar en el seguimiento del plan de acción del segundo trimestre que se encuentran publicados oficialmente en la página WEB de la SAE.

- Errores de cumplimiento.

  En revisión de la matriz, se encontraron 21 indicadores que poseen un cumplimiento en el periodo mayor al 100%. Con respecto a la naturaleza del indicador

ÁREA	CANTIDAD DE INDICADORES > 100%
Gerencia de Asuntos Legales	4
Gerencia Regional Norte	4
Gerencia Regional Occidente	2
Gerencia Sociedades Activas	2
Gerencia Sociedades En Liquidación	4
Gerencia Talento Humano	3
GIT Aseguramiento de la Información	2

Total, General	**21**

Fuente: Información construida por el equipo auditor [9]

- Gerencia de Asuntos Legales: existen indicadores que el cumplimiento es superior al 100%; sin embargo, es importante recalcar el indicador de estudios de viabilidades y la gestión de planes de mejora, que son indicadores de demanda por lo tanto no es congruente que el cumplimiento supere más del 100%. En este indicador el denominador tiene como meta 711 pero el denominador es de 358, resultando así el aumento del valor del cumplimiento.

  En mesa de trabajo con el área se identificó lo siguiente:

  El indicador **Gestión de Judicialización**. Se presentó error en la consolidación del reporte publicado en la WEB, se cambió el porcentaje de avance del trimestre T2 por 25% siendo 50% alterando el resultado. El cumplimiento real de este indicador para el segundo trimestre de 2020 es 100% con un avance del 50,06%. Es importante mencionar que la meta de gestión de judicialización fue establecida posterior a la presentación y aprobación del Plan de Acción de 2020.

  El indicador de **Estudios de Viabilidades jurídicas para la ANT**, se estableció una meta del año de 711 viabilidades. No obstante, en mesa de trabajo con el área se indica que es un indicador de demanda que se ha observado en la información de avance presentada sin que se hayan oficializado el cambio. Se presenta error en la consolidación del reporte publicado en la WEB, se cambió el porcentaje de avance del trimestre T2 por 25% siendo 50% alterando el resultado, de igual manera teniendo en cuenta que el cambio de la medición no fue presentado a aprobación, el cumplimiento real de este indicador para el segundo trimestre de 2020 es 101% con un avance del 50%.

  El indicador de **Plan de Construcción Normativa**. Se presentó error en la consolidación del reporte publicado en la WEB, se cambió el porcentaje de avance del trimestre T2 por 25% siendo 50% alterando el resultado. El cumplimiento real de este indicador para el segundo trimestre de 2020 es 100% con un avance del 50% Teniendo en cuenta que la gerencia reporta el cumplimiento de 2 de los 4 planes a presentar.

ÁREA	NOMBRE DEL INDICADOR	CUMPLIMIENTO
Gerencia de Asuntos Legales	Gestión de Judicialización	200%
	Estudios de viabilidades jurídicas para la ANT	400%
	Plan de construcción normativa	200%
	Gestión de planes de mejora (Actividades de Control Interno)	400%

Fuente: Información construida por el equipo auditor

- Gerencia de Bienes Muebles: Dos indicadores sobrepasan el cumplimiento del 100%; sin embargo, el caso del indicador de acciones legales en el primer trimestre tenía un cumplimiento del 23%; pero en el segundo.

[9] Decreto 648 de 2017, es la información remitida por planeación, áreas y pagina web construcción equipo auditor

trimestre obtuvo como resultado 110%. Tomando en cuenta que el denominador sigue siendo el mismo (meta de 40). Pero si en el segundo trimestre realizo 44 esto indicaría que la meta debió ser reformulada.

ÁREA	NOMBRE DEL INDICADOR	CUMPLIMIENTO
Gerencia de Bienes Muebles	Saneamiento Inventario con Disposición Final	129%
	Acciones legales	110%

Fuente: Información construida por el equipo auditor

- Se evidenció que en la columna de cumplimiento existen 2 campos vacíos y uno de ellos en el numerador esta descrito con NA.

Al realizar la revisión con la Gerencia Financiera nos informa que el indicador clasificado como NA, si tiene información y fue enviada a la OAP en el reporte con corte del 30 de junio.

Con respecto al indicador de Medición de los tiempos en las diligencias, no se encuentra debidamente formulado ya que su objeto es medir cuantos días del mes se encuentran en diligencias por lo cual, no tiene una meta establecida.

ÁREA	NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	CUMPLIMIENTO
Gerencia Financiera	Actualización Información de Valores a Reintegrar	NA	
Gerencia Regional Occidente	Medición de los tiempos en las diligencias	26	

Fuente: Información construida por el equipo auditor

- Una vez revisados los indicadores con cada área nos informan que algunos de ellos no es responsabilidad del área en el reporte del seguimiento y se encuentra mal catalogado el responsable en la Columna de Área y no se conoce a que área le aplicaría dicha responsabilidad.

ÁREA	NOMBRE DEL INDICADOR
GIT Depositarios Provisionales	Nuevo modelo de gestión y remuneración de depositarios adoptado
GIT Depositarios Provisionales	Garantías afectadas de depositarios
Gerencia Sociedades Activas	Gestión de valoración de sociedades (Banca de Inversión)
Gerencia Sociedades Activas	Remoción de depositarios de Sociedades por incumplimiento de Obligaciones

Fuente: Información construida por el equipo auditor

- Criterio 2: Formulas

En revisión de la matriz de indicadores relacionados con el plan de acción del segundo trimestre publicado en la página web de la Entidad, se identificaron que existen fórmulas que no describen de manera puntual como se desarrolla la formula o el origen de los datos que se utilizan para realizar los cálculos de los respectivos indicadores.

Caso GIT – Aseguramiento de la información: Existe el indicador Avance Ejecución Data Quality donde la formula aparece como "Avance Proyecto de Mejora de Datos". Sin embargo, esta descripción (y su resultado final de 17500%) no explica cómo se logró el resultado del indicador.

ÁREA	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA
Oficina de Gestión de la Información	Avance del proyecto GIS	Avance del proyecto GIS

Fuente: Información construida por el equipo auditor

Caso Oficina de Comunicaciones: Existen indicadores como son *"Orientador estratégico de atención al ciudadano, productos audiovisuales publicados en redes sociales y emisión de boletín informativo para alto gobierno"* donde sus respectivas formulas no son explicativas.

ÁREA	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA / SUGERENCIAS
OFICINA DE COMUNICACIONES	Orientador estratégico de atención al ciudadano	Mediciones de divulgación interna en relación con el orientador estratégico de atención al ciudadano con el fin de optimizar los resultados en relación con la atención al ciudadano
	Productos audiovisuales publicados en redes sociales	Para informar de manera pedagógica a la ciudadanía la misionalidad de la entidad
	Emisión de boletín informativo para alto gobierno	Consolidar información de impacto para el alto gobierno y público externo de interés mediante un boletín informativo
	Espacios con funcionarios de la dirección general y las regionales, para hacer entrenamiento en el uso del lenguaje claro.	Mejorar la utilización del lenguaje que los funcionarios utilizan para responder los requerimientos de la ciudadanía, logrando mayor claridad y efectividad en las respuestas de la entidad a los derechos de petición tramitados por el público
	Posicionamiento de marca a nivel interno	Actividades realizadas para posicionar
	Estrategias que impacten positivamente en el posicionamiento de marca a nivel externo e interno	Modificar actividad e incremento de meta

Fuente: Información construida por el equipo auditor

Caso Proyectos Especiales: La matriz indica que la meta (tanto como 1° y 2° trimestre) tiene documentado 228 activos vendidos; sin embargo, la meta hace referencia al número de activos recibidos. Por lo cual no es coincidente con la lógica del indicador que la meta se maneje con la variable.

ÁREA	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA / SUGERENCIAS	NUMERADOR	DENOMINADOR	META
Proyectos especiales	Ventas de Bienes Muebles e Inmuebles Recibidos del Proyecto FARC	Número de activos comercializados / Número de activos recibidos	228	1466	1466

Fuente: Información construida por el equipo auditor

- Criterio 3: Metas de periodo

En la matriz de acuerdo con el indicador que se evaluaba, se podía observar una meta de cumplimiento asociado al periodo evaluado (1° trimestre o 2° trimestre) algunos de estos cumplimientos manejan unos porcentajes de acuerdo si son acumulativos (anuales) o si son por demanda (periodo). Sin embargo; se encuentra que existen indicadores que no cumplen con el aumento de esta meta si es un indicador anual o acumulativo, como son los siguientes ejemplos:

Nota: la Evidencia se puede evidenciar en el Anexo No.3

- Criterio 4: Diferencias entre primer y segundo periodo

Al comparar las mediciones del primer y segundo trimestre del 2020, se evidencian diferencias en la definición del porcentaje de cumplimiento, del respectivo reporte.

NOMBRE DEL INDICADOR	ÁREA	TRIM. 1	TRIM. 2
Destinaciones definitivas de Muebles	Gerencia de Bienes Muebles	25%	100%
Destinaciones provisionales de inmuebles	Gerencia de Bienes Inmuebles	25%	100%
Entregas a terceros por leyes especiales o destinaciones definitivas.	Gerencia Regional Sur Occidente	25%	100%
Viabilidades administrativas para la ANT	Gerencia de Bienes Inmuebles	25%	100%
Gestión predios Rurales (destinaciones de inmuebles rurales)	Gerencia de Bienes Inmuebles	25%	100%
Activos con asignación de depositarios provisionales	Gerencia de Bienes Inmuebles	25%	100%
Activos recibidos por depositarios removidos	Gerencia Regional Sur Occidente	25%	100%
Medición de gestión de los Depositarios provisionales	Gerencia de Bienes Inmuebles	25%	100%
Entrega de inmuebles a depositarios en administración directa	Gerencia Regional Sur Occidente	25%	100%
Acciones legales	Gerencia de Bienes Muebles	25%	100%
Trámite de solicitudes de arrendamiento	Gerencia Regional Sur Occidente	25%	100%

Fuente: Indicadores con diferencia (aumento) entre cumplimiento I y II del 25% al 100%

También está el caso donde se disminuye el cumplimiento del 1° trimestre al 2° trimestre sin ser coincidente.

NOMBRE DEL INDICADOR	ÁREA	TRIM. 1	TRIM. 2
Cajas intervenidas	GIT de archivo y correspondencia	100%	50%
Estimados de Renta	Gerencia Técnica	100%	50%
Alistamiento físico catastral de inmuebles susceptibles de venta	Gerencia Técnica	100%	50%
Gestión de planes de mejora (Actividades de Control Interno)	Gerencia Técnica	100%	50%
Viabilidades técnicas rurales por FMI	Gerencia Técnica	100%	50%

Indicadores con diferencia (disminución) entre cumplimiento I y II del 100% al 50%

Riesgos Evaluados:

- Puede ocurrir que los procesos no estén debidamente documentados o que los documentos se encuentran desactualizados.
- Se podrían presentar fallas dentro de la medición de la estrategia
- Puede ocurrir que se tomen decisiones erróneas debido a que no se cuenten con las evidencias suficientes.

Recomendaciones:

- Analizar y revisar la información registrada en el informe publicado y sus fórmulas matemáticas con el fin que no se presente información errada ante el comité y en la publicación en la página web.
- Verificar, modificar e informar a que área le corresponde los 4 indicadores mal catalogados.
- Contar con una aplicación tecnológica, donde les permita que el área reporte la ejecución de los indicadores y les genere un informe consolidado sin errores matemáticos y con la información completa.
- Tomando en cuenta que existen indicadores que por su naturaleza u otras condiciones pueden conseguir un cumplimiento mayor del 100%; es importante que este cumplimiento no supere este valor, debido a que matemáticamente un cumplimiento no puede ser mayor al 100% en porcentaje. Por lo tanto, en los casos que el indicador en la aplicación de la formula su resultado sea mayor al 100% se mantenga como valor máximo para evitar cumplimientos con valores supremamente elevados (como se evidencian de más de 400%, 500% o inclusive mayor al 1000%)

OPORTUNIDAD DE MEJORA No.11 DIFERENCIAS CON LA INFORMACIÓN REPORTADA.

En la etapa de planeación de la auditoria se solicitaron documentos que evidencien la gestión sobre la medición del plan de acción de SAE 2020, la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa nos suministró los siguientes registros:[10]

i. Plan de Acción 2020
ii. Seguimiento Plan de Acción segundo trimestre.

[10] Carpeta compartida No.44- Portal Web/Auditoría interna de gestión direccionamiento estratégico y correo del 15 y 16 de octubre de 2020.

iii. Medición_Plan_de_acción_2020_T2_Areas

En el ejercicio de mesas de trabajo se verificó la formulación de los indicadores y el reporte de cumplimiento al segundo trimestre de 2020, teniendo como guía los documentos mencionados anteriormente.

Para el caso de los indicadores de la Presidencia, Gerencia de Bienes Muebles, Gerencia de Contratos, Sociedades Activas, se evidencia una diferencia de número de indicadores en las tres bases suministradas, de las cuales, el Plan de acción y el Seguimiento Plan de Acción, se encuentran publicados en la página web y aprobados por Comité Directivo.

Área responsable	Indicadores Plan de acción	Indicadores Seguimiento Plan de Acción segundo trimestre	Indicadores Medición_Plan_de_acción_2020_T2_Areas
Presidencia	8	6	6
Gerencia Bienes Muebles	14	11	10
Gerencia de Contratos	6	7	7
Sociedades Activas	16	15	16

Fuente: Información construida por el equipo auditor

- Teniendo en cuenta lo descrito como política dentro de la Metodología para la Gestión de la Estrategia frente a la construcción del plan estratégico el cual se desarrolla *…"de manera colectiva cada año en diferentes espacios de análisis y discusión, en dichas reuniones participan los miembros del Comité Directivo, quienes aportan desde sus distintos puntos de vista y experiencias el conocimiento para definir el plan estratégico que guiará las acciones, operaciones y proyectos durante el siguiente periodo"*, se evidenció que para unos indicadores específicos de las Gerencias de Bienes Muebles y Regional Norte[11], las metas propuestas en las mesas de trabajo de enero de 2020 no corresponden a las finalmente aprobadas por Comité y Junta Directiva, lo que conlleva a que se presente diferencias de información frente a la gestión real de la áreas con respecto a los indicadores del plan de acción publicado en la página Web de SAE.

Área responsable	Nombre del Indicador	Meta del plan de acción	Meta propuesta por el área.
Gerencia de Bienes Muebles	Saneamiento Inventario con Disposición Final	690	300
Gerencia Regional Norte	Entrega de inmuebles a depositarios en administración directa	1485	54
Gerencia Regional Norte	Entrega de sociedades a depositarios en depósito provisional	40	1
Gerencia Regional Norte	Devoluciones Gestionadas	485	130

Fuente: Información construida por el equipo auditor

[11] Mediante correo electrónico las áreas solicitaron a la Oficina Asesora de Planeación la revisión de los indicadores por diferencias de metas, número de indicadores y formulas mal planteadas, sin embargo, en el proceso auditor se solicitó a la Of. De Planeación las evidencias de su gestión somo segunda línea de defensa, pero no fueron suministradas en el término solicitado. Por lo tanto, no se pudo verificar y analizar las razones por las cuales se presentaron las diferencias.

- Al validar la información del Plan de Acción 2020 publicado en la página WEB de la entidad frente a la medición del segundo trimestre de 2020, se evidencian cambios de metas que no han surtido el proceso de aprobación por parte del Comité Directivo. En mesas de trabajo realizadas con las áreas informan que no conocen el proceso para solicitar los cambios de metas (denominador) y así mismo no se obtuvo retroalimentación de Oficina asesora de Planeación, para realizar los ajustes o solicitar la correspondiente aprobación.

Área responsable	Nombre del Indicador	Meta del Plan de acción	Metas Medición Segundo Trimestre 2020
Gerencia de Asuntos Legales.	Elaboración del manual de proyección	2	1
Gerencia de Proyectos Especiales.	Implementación de nuevos proyectos	2	1
Gerencia Regional Occidente	Viabilidades administrativas	123	86
	Entrega de sociedades a depositarios en depósito provisional	40	8
	Devoluciones Gestionadas	259	166
Gerencia de Bienes Inmuebles	Viabilidades administrativas para la ANT	53	20

Fuente: Información construida por el equipo auditor

- Un caso específico se presentó con el indicador "Gestión de planes de mejora (Actividades de Control Interno)", definido para once áreas12, las cuales, dentro de su gestión aducen no tener conocimiento de las razones por las cuales se encuentran como responsables, ya que no se propuso por parte de las áreas la meta, no fue planteado en las mesas de trabajo de inicio de año y no tienen claro cómo debe realizarse el reporte trimestral. Este indicador no establece si aplica para los planes de mejoramiento de la Contraloría General de la República o de las auditorías internas de gestión ejecutadas por la Oficina de Control Interno.

  Para esclarecer el tema, se preguntó directamente a la Oficina Asesora de Planeación como Segunda Línea de Defensa y en mesa de trabajo indicaron no tener claro cómo y sobre qué fuente se estructuró el indicador.

- Las áreas en mesas de trabajo informaron que por la coyuntura del país por el COVID-19 tuvieron la necesidad de solicitar el replanteamiento de algunas metas, las cuales se presentaron en Comité Directivo el 08 de julio de 2020, sin embargo, se evidenció que la Gerencia Regional Norte y el Grupo Interno de Archivo y Correspondencia no conocían la decisión final y el acta del Comité, lo que conllevó a que en el siguiente trimestre continuaran reportando su gestión sobre las metas iniciales y no sobre las metas ajustadas. Lo anterior, evidencia debilidades en la comunicación de la información a todos los niveles de entidad para evitar la presentación de información errada y con un desempeño no real con tendencia a incumplimientos de sus indicadores.

[12] Las Gerencias Financiera, Asuntos Legales, Bienes Inmuebles, Bienes Muebles, Técnica, Sociedades Activas, Sociedades en Liquidación, Comercial, las Oficinas de Gestión de la Información y Asesora de Planeación y el GIT de Aseguramiento y Control de la Información.

Riesgo:

- Se podrían presentar fallas dentro de la medición de la estrategia.

- Puede ocurrir que se tomen decisiones erróneas debido a que no se cuenten con las evidencias suficientes.

Recomendaciones:

- Verificar el contenido de los tres registros suministrados en la auditoria para identificar las diferencias en su contenido y presentar al Comité Directivo las acciones tomadas para la unificación de información con sus respectivos soportes. Teniendo en cuenta que el Plan de Acción es el documento oficial que se publica en la página Web de SAE debe incluirse la versión actualizada que refleje los cambios aprobados por la Alta Dirección, dando cumplimiento a la Ley de transparencia y acceso a la información Ley 1712 de 2014.

- Realizar la verificación pertinente de la meta establecida para planes de mejoramiento, actualizar y socializar con las áreas correspondientes.

- Es importante que las decisiones tomadas en el Comité Directivo, que afectan el desempeño de la gestión de las áreas, se socialicen con todas las áreas responsables desde la Oficina Asesora de Planeación como Secretarios del Comité, para que así mismo al interior del área multiplique la información para la toma de acciones.

OPORTUNIDAD DE MEJORA No.12 PLANES DE MEJORAMIENTO CUMPLIMIENTO DE METAS INFERIOR AL 70%

Una vez revisado el informe *"seguimiento segundo trimestre de 2020"* del Plan de Acción que se encuentra publicado en la página web, se evidencia que de los trecientos diecisiete (317) indicadores, ciento quince (115) de estos, tienen un cumplimiento inferior al 70%.

De acuerdo con lo anterior y a lo estipulado en la Metodología para la Gestión Estratégica de SAE indican en el Literal 8.8. Fase VII: Seguimiento en el punto 2 *"Se debe Presentar a comité directivo un informe de cumplimiento de los planes de acción. Las acciones que presenten un incumplimiento inferior al 70% (relación alcance/ tiempo) deben presentar un plan de mejora que corrija las situaciones presentadas y genere un incumplimiento del indicador para el periodo siguiente".* El grupo auditor solicito copia de los planes de mejoramiento de los indicadores que cuentan con un cumplimiento inferior al 70%. En respuesta dada por la Oficina Asesora de planeación nos indican que no se cuenta con dicha información, como tampoco la evidencia de solitud de los planes de mejoramiento.

Adicionalmente, en mesas de trabajo se preguntó a las áreas si conocían la metodología para la Gestión Estratégica de SAE y la responsabilidad de la creación de los planes de mejoramiento y nos informaron que no.

Se solicitó por correo electrónico el día 03 de noviembre a la Oficina Asesora de Planeación Evidencias de los requerimientos del plan de mejoramiento de 115 indicadores que se encuentran con un porcentaje inferior al 70% y a la fecha de entrega del informe no se obtuvo respuesta.

De acuerdo con lo anterior se evidencia incumplimiento a la metodología de SAE y a las responsabilidades de la primera y segunda línea de defensa.

Riesgos Evaluados:

- Puede ocurrir que los procesos no estén debidamente documentados o que los documentos se encuentran desactualizados.

- Puede ocurrir que se presenten incumplimientos o desconocimiento a la normatividad vigente

Recomendaciones:

- Realizar retroalimentación de la normatividad vigente a las áreas.

- Solicitar los planes de mejoramiento a las áreas de los indicadores con cumplimiento inferior al 70%., y presentarlos al Comité Directivo.

- Indicarle al área la metodología, procedimiento que se va a trabajar para el plan de mejoramiento.

OPORTUNIDAD DE MEJORA No.13 RESPONSABILIDAD DE LA PRIMERA Y SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA

La Séptima dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, que se desarrolla a través de los componentes del MECI, establece un esquema de asignación de responsabilidades y roles en las Líneas Estratégica, primera, segunda y tercera línea de Defensa.

La ***Primera Línea de Defensa*** conformada por los gerentes públicos y líderes de los procesos, programas y proyectos de la entidad. Desarrolla e implementa procesos de control de su gestión a través de la formulación y medición continua de sus planes y proyectos. Así como de la administración de sus riesgos a través de su identificación, análisis, valoración, monitoreo y acciones de mejora.

La ***Segunda Línea de Defensa*** conformada por los responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (jefes de planeación, supervisores e interventores de contratos o proyectos, responsables de sistemas de gestión, etc.). *Soporta y guía la línea estrategia y la primera línea de defensa en temas clave para el Sistema de Control Interno: i) riesgos y controles; ii) planes de mejoramiento; iii) indicadores de gestión; iv) procesos y procedimientos. Además del seguimiento de la adecuada formulación en aspectos técnicos y de cumplimiento.*

En revisión documental de la información aportada por la Oficina Asesora de Planeación, reportes publicados y durante la ejecución de las mesas de trabajo con las áreas auditadas, se evidenciaron debilidades en la gestión de las responsabilidades de la Primera y Segunda Línea de Defensa como se menciona en el desarrollo del presente informe de auditoría, destacando las siguientes situaciones:

PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA

- Los líderes de los procesos auditados y/o sus equipos, informan que desconocen o referencian no tener claridad en la aplicación de la Metodología de Administración del Riesgo de SAE.
- En el desarrollo de las mesas de trabajo los líderes de los procesos auditados y/o sus equipos, no tienen claridad de cuantas ~~de~~ matrices de riesgos maneja la entidad (Procesos, de Seguridad de la Información y de Corrupción).
- En el desarrollo de las mesas de trabajo se evidenció que no se tiene claridad en la identificación de los riesgos y su asociación con las causas y controles, así como la revisión de que las actividades de control se encuentren documentadas y actualizadas en los procedimientos.

- Se observa incumplimiento por algunas áreas en cuanto al reporte de actividades- seguimiento a riesgos a la Oficina Asesora de Planeación.

  - ✓ Para el seguimiento de riesgos operativos 41% de las 12 áreas auditadas
  - ✓ Para el seguimiento de riesgos Corrupción 88.9% de las 9 áreas auditadas
  - ✓ Para el seguimiento de riesgos se seguridad digital 100 % de las 7 áreas auditadas.

- En el desarrollo de las mesas de trabajo se evidenció que los líderes de los procesos auditados y/o sus equipos no tienen claridad de la medición de los indicadores del Plan de Acción en temas como reportes trimestrales, cambios de metas o de fórmula, diferencia de información entre lo reportado y publicado en la página Web.

SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA

- Debilidades en las actividades de revisión de la identificación de Riesgos adelantada por la primera línea de defensa y la realización de recomendaciones que haya lugar previo a la consolidación y presentación de aprobaciones de los mapas de riesgos de la entidad y plan de acción.
- Debilidades en las actividades de revisión del diseño de los controles propuestos por la primera línea de defensa y la realización de recomendaciones a lugar para el fortalecimiento de estos para mitigar correctamente los riesgos.
- Debilidades en las actividades de retroalimentación a las áreas en la presentación de las mediciones de indicadores.
- Debilidades en las actividades de acompañamiento para la formulación de metas e indicadores.
- Debilidades en las actividades de consolidación de reportes que son presentados al comité directivo y publicados en la página WEB de la entidad.

Lo anterior genera toma de decisiones erróneas por parte de la línea estratégica

Adicionalmente, frente a las responsabilidades de la primera y segunda línea de defensa se detalla a continuación el siguiente caso específico.

En la selección de la muestra de auditoria para los riesgos operativos se tomó el riesgo No. *140 "Pueden ocurrir fallas al momento de la marcación de activo social",* cuyos responsables son la Oficina Asesora de Planeación, la Presidencia y la Oficina de Gestión de la Información, sin embargo, al llevar a cabo la mesa de trabajo para evaluar el diseño del control asociado, se evidenció que este riesgo fue propuesto por el GIT de Aseguramiento de la Información ya que se había materializado y no se encontraba documentado y administrado dentro del Mapa de Riesgos.

Al revisar la ejecución del control se encontró que ninguno de los tres actores mencionados como responsables participan directamente en la ejecución por el mismo, adicionalmente, las áreas desconocían su participación en la elaboración del riesgo. Este caso en específico demuestra debilidades en la construcción del mapa de riesgos y la responsabilidad de la Segunda Línea de Defensa en cuanto al establecimiento de directrices y apoyo en el proceso de identificar, analizar, evaluar y tratar los riesgos, y realiza un monitoreo independiente al cumplimiento de las etapas de la gestión de riesgos según los lineamientos establecidos dentro de la Metodología de Gestión del Riesgo de SAE.

Riesgo:

- Pueden ocurrir eventos negativos materializados que no se encuentren documentados dentro del Mapa de riesgos que no se controlan o mitigan adecuadamente y su impacto podría ser significativo para la entidad.

- Puede ocurrir que se presenten incumplimiento o desconocimiento a la normatividad vigente.

Recomendaciones:

- Realizar las acciones conducentes al cumplimiento de las responsabilidades establecidas por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG para garantizar su cumplimiento.

- Evaluar la metodología de capacitación implementada por la Oficia Asesora de Planeación con el fin de que se interiorice en la entidad la importancia de la Gestión de Riesgos.

- Teniendo en cuenta la importancia de la gestión de los riesgos y de la medición de la gestión, se recomienda que la entidad ponga a disposición el recurso humano y tecnológico necesario para su adecuada identificación y seguimiento.

- En referencia al contexto de la charla realizada por el proveedor de la herramienta de información KAWAK; se refirió a un módulo de información que permite gestionar los riesgos e indicadores de los planes de acción de manera sistematizada. Es importante que, si este módulo existe y ya que la organización cuenta con el licenciamiento respectivo, se avance en una posible implementación y configuración para su uso.

- Cuando un área solicite la inclusión de un riesgo que se haya o no materializado, es importante que la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa cumpla con su responsabilidad de analizar la información para posteriormente convocar a las áreas, para que, de manera participativa, identifiquen, valoren, y diseñen los controles que permitan mitigar el posible riesgo.

OPORTUNIDAD DE MEJORA No.14 PUBLICACIÓN VERSION ACTUALIZADA PLAN DE ACCIÓN Y RIESGOS – CUMPLIMIENTO LEY DE TRANSPARENCIA.

En la verificación realizada por el equipo auditor del Plan de Acción y Mapa de Riesgos publicados en la página web de la Entidad, se evidencia lo siguiente:

- Solamente se encuentra la versión inicial del Plan de acción, en desarrollo de las mesas de trabajo con las diferentes áreas de la Entidad se valida que este Plan de acción tuvo diferentes modificaciones en atención a las metas planteadas inicialmente y el respectivo ajuste de las fórmulas.

- Se realizó el primer seguimiento de Riesgos Operativos, de Corrupción y de Seguridad de la Información, los cuales se encuentran publicados en la página WEB como seguimientos, no obstante, no se encuentran los mapas de riesgos en sus versiones finales como resultados del seguimiento.

Teniendo en cuenta lo anterior, dichos cambios deben reflejarse en versiones diferentes a través de nuevas publicaciones en la página web de la Entidad, para documentar y actualizar los cambios conforme al cumplimiento de los principios señalados en la **Ley 1712 del 2014** "Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones"

Riesgos evaluados:

- Puede ocurrir que los procesos no estén debidamente documentados, o que los documentos se encuentren desactualizados.

- Puede ocurrir que se presenten incumplimiento o desconocimiento a la normatividad vigente

Recomendación:

- Se recomienda a la Oficina de Planeación actualizar por medio de la publicación de nuevas versiones, las diferentes modificaciones que surjan respecto del Plan de acción y el mapa de riesgos de la Entidad con el fin de mantener actualizada la información que se publica.

- Se recomienda realizar por parte de la Oficina de Planeación una verificación completa de la información que se publica en la página web como versión final del seguimiento al plan de acción versus la información reportada por cada una de las áreas con el fin de evitar la publicación de información desactualizada.

12. CONCLUSIONES

- De la evaluación realizada a los controles establecidos por la entidad para mitigar los riesgos operativos, de corrupción y de Seguridad Digital, se concluye que los criterios para un adecuado diseño de controles establecidos por la Metodología de Gestión de Riesgos de SAE y la Guía del DAFP no han sido debidamente aplicados, toda vez que existen debilidades en las actividades de socialización, asesoría y revisión para su correcta documentación.

- El objeto primordial de la evaluación de la gestión por medio del Comité Directivo es la toma de decisiones oportunas sobre las desviaciones que se presenten en las mediciones trimestrales. No obstante, resultado de la presente evaluación se evidencian errores significativos en la formulación del Plan de Acción y presentación de la gestión de las áreas a través de sus indicadores en dicho comité. Por lo cual, no se cuenta con una herramienta confiable, clara y útil para la toma de decisiones, así como de la evaluación de grupos de interés por medio de la información publicada en la página WEB de SAE.

- En cuanto a las actividades de seguimiento a los riesgos de Seguridad Digital, no se evidencia que la organización o las áreas relacionadas lo estén realizando de manera periódica (trimestral). Como tampoco se observó que se encuentre documentado dicho seguimiento como lo establece la Guía del DAFP. Dicha situación puede conllevar a que se generen hallazgos por entes externos.

- Con respecto a la evidencia de la materialización del riesgo (caso carpetas con información extraviada) es evidente que la gestión de materialización se realiza de acuerdo con el proceso que está documentado G-DE2-001 – Metodología de Identificación de Riesgos en su punto 6 donde se indican los documentos necesarios para realizar un reporte de materialización de riesgos se están registrando. Pero también se evidencia que los tiempos para el reporte de la materialización son subjetivos y está atada a la disposición del área responsable del riesgo de materializarlo.

- Resultado de la presente auditoria, se concluye que existen debilidades en las actividades de asesoría y monitoreo por parte de la Oficina Asesora de Planeación teniendo en cuenta que no se tienen incluyen las

solicitudes de cambios realizadas por las diferentes áreas, con el fin de ser ajustadas y retroalimentadas con los resultados aprobados.

Por los puntos anteriormente expuestos y una vez se radique el informe final según las etapas de auditoria, la Oficina Asesora de Planeación como líder del proceso deberá proceder a establecer en conjunto con todas las áreas de la entidad las causas que dieron origen a las situaciones descritas en el presente informe y formular el plan de mejoramiento correspondiente, que deberá ser suscrito de forma consolidada en cumplimiento del procedimiento P-EC2-109 *"Elaboración y seguimiento planes mejoramiento*" versión 3 del 04/07/2019 para las catorce (14) oportunidades de mejora identificadas en términos de oportunidad, calidad y efectividad.

Dicho plan, además de servir de base para la detección de mejoras, debe permitir el control y seguimiento de las diferentes acciones a desarrollar, así como la incorporación de acciones correctivas ante posibles contingencias no previstas, en la efectividad, en la mitigación de riesgos, reducción en la probabilidad y en el impacto hacia la SAE.

Finalmente es importante recordar que la toma de acciones correctivas y preventivas se constituye en un objetivo del proceso de mejora continua, y, por lo tanto, integra la decisión estratégica sobre cuáles son los cambios que deben incorporarse a los diferentes procesos de la Sociedad de Activos Especiales - SAE, para que sean traducidos en mejoras en los servicios prestados y en las operaciones internas.

Cordialmente,

María del Pilar Mayor Varela.
Jefe Oficina de Control Interno

Proyecto: Equipo Auditor - Aprobó: Jefe Oficina de Control Interno.

13. ANEXOS

ANEXOS

Anexo No.1

OPORTUNIDAD DE MEJORA No. 1 - DISEÑO DE LOS CONTROLES- Criterio No. 3

No. RIESGO[13]	CONTROL QUE NO CUMPLE LOS CRITERIOS DE LA METODOLOGÍA
O-15	-Procedimiento de alistamiento de inmuebles para comercializar y procedimientos de destrucción y chatarrización de mueble.
	Aplicación del procedimiento de alistamiento de bienes muebles para proceder a la disposición final de activos a través de los procedimientos de Enajenación temprana, Comercialización de activos, chatarrización, destrucción y Comercialización de bienes muebles, monetización de divisa
O.16	Procedimiento para el diagnóstico y análisis de Bienes Inmuebles P-DP1-042.
	Aplicación del procedimiento de Desalojos y Legalización de contratos.
O-34	Aplicación procedimiento de alistamiento para la devolución de activos
	Procedimiento de entrega de activos
O-37	Aplicación del Procedimientos de estimado de renta y valoración de activos en el que se establecen los controles en las contrataciones o en los métodos a utilizar para los mismos.
O.105	Procedimiento para El Diagnóstico y Análisis de Bienes Inmuebles P-Dp1-042
	Procedimiento Diagnóstico Inicial Intervención Sociedades P-Dp1-038
	P-DP1-043 Diagnostico y análisis de bienes muebles y p-dp1-139 alistamiento de bienes muebles
O.106	Procedimiento para El Diagnóstico y Análisis De Bienes Inmuebles P-Dp1-042.
	Aplicación P-DP1-043 Diagnostico y Análisis de bienes muebles.
	P-Dp1-139 Alistamiento de Bienes Muebles.
O.107	Procedimiento para el Diagnóstico y Análisis de Bienes Inmuebles p-dp1-042.
	Aplicación P-DP1-043 Diagnostico y análisis de bienes muebles.
	Aplicación P-DP1-139 alistamiento de bienes muebles
O-113	Procedimiento de alistamiento de inmuebles para comercializar
	Procedimiento de destrucción y chatarrización de muebles
O-114	Procedimiento de donación entre entidades públicas
O-134	PINAR (Plan Institucional de Archivos)
O-140	Seguir el instructivo N-DF1-046
O-14	Aplicación del procedimiento de gestión de cobro de los contratos de arrendamiento

[13] O-Riesgos Operativos, C- Riesgos de Corrupción y S- Riesgos Digitales.

No. RIESGO[13]	CONTROL QUE NO CUMPLE LOS CRITERIOS DE LA METODOLOGÍA
	Aplicación del procedimiento Saneamiento de contratos de arrendamiento de bienes inmuebles
	Puede ocurrir que no se cuente con el respaldo legal para gestionar la recuperación de la cartera
	Aplicación del procedimiento Saneamiento de contratos de arrendamiento de bienes inmuebles
O-31	Aplicación del procedimiento seguimiento informe de gestión a inmuebles en depósito provisional
	Portal de depositarios en el que identifican y se interactúa con ellos
	Plan de Choque de RETOMA de inmuebles
O-108	Procedimiento recuperación de cartera de bienes p-dt1-019
O-109	Metodología de administración de los bienes del fondo para la rehabilitación, inversión social y lucha contra el crimen organizado
O-110	Procedimiento destinación provisional de bienes p-dt4-101
	Procedimiento valoración comercial de sociedades p-dp2-041
C-1	Aplicación código de ética
C-3	Aplicación código de ética
C-6	Aplicación código de ética
	Auditorias de control interno
C-7	Aplicación código de ética
C-8	Aplicación código de ética
C-9	Aplicación del Manual de Contratación de CISA adoptado según acta
C-10	Aplicación código de ética
C-13	Aplicación código de ética
S-20	Seguimientos realizados al plan de acción
S-27	Se da cumplimiento a las políticas de Seguridad de la Información y protección de datos personales
S-68	Instructivos lineamientos para copias de respaldo y restauración de información
S-70	Aplicación del procedimiento de monitoreo de hardware y software P-TE1-075 y la instructiva gestión de la capacidad N-TE1-014
	Aplicación de procedimiento de mantenimiento de aplicaciones P-TE3-150
	Gestión de Cambios
S-73	Aplicación del procedimiento de monitoreo de hardware y software P-TE1-075 y la instructiva gestión de la capacidad N-TE1-014
	Aplicación de procedimiento de mantenimiento de aplicaciones P-TE3-150

No. RIESGO[13]	CONTROL QUE NO CUMPLE LOS CRITERIOS DE LA METODOLOGÍA
	Gestión de Cambios
S-75	Definición de política en la recepción de Activos

Anexo No. 2

OPORTUNIDAD DE MEJORA No.9 **SOPORTES DEL PLAN ACCION 2020**

ÁREA RESPONSABLE	NOMBRE DEL INDICADOR	OBSERVACIONES OCI
GIT de archivo y correspondencia	Satisfacción Interna	Al revisar las evidencias que soportan la gestión reportada por el área (dato numerador) en el seguimiento del segundo trimestre de 2020 a la Of. de Planeación, se encontraron diferencias que no pudieron ser aclaradas en la mesa de trabajo.
	Cumplimiento de la aplicación de las TRD	
	Digitalización de expedientes	
Gerencia de Contratos	Revisión estudios previos	En la mesa de trabajo se realizó el ejercicio de revisar las evidencias que soportaran la información presentada por el área a la Oficina de Planeación en el seguimiento del segundo trimestre del año, sin embargo, no se logró obtener registros específicos que validaran los datos presentados.
	Elaboración de instrumentos contractuales	
	Satisfacción Interna	
	Gestión de derechos de petición y PQRS	
	Socialización del ERP - módulo de contratos	
Gerencia Regional Norte	Cumplimiento de la aplicación de las TRD	No se presentó evidencia para verificar la información reportada en el seguimiento del segundo trimestre del año.
	Gestión de derechos de petición y PQRS	Al revisar las evidencias que soportan la gestión reportada por el área (dato numerador) en el seguimiento del segundo trimestre de 2020 a la Of. de Planeación, se encontraron diferencias que no pudieron ser aclaradas en la mesa de trabajo.
	Pagos realizados por regional	
	Alistamiento admón., de Inmuebles	
	Estimados de renta gerencias regionales	
	Desalojos Efectuados	
	Numero de folios recuperados	
	Activos recibidos por depositarios removidos	

ÁREA RESPONSABLE	NOMBRE DEL INDICADOR	OBSERVACIONES OCI
	Devoluciones Gestionadas	
Git Depositarios Provisionales	Gestión de derechos de petición y PQRS	En la mesa de trabajo se evidencia diferencia en lo reportado en el seguimiento del 2T (54) frente a los soportes entregados al grupo auditor (45). Diferencia 9
	Asignación de depositarios efectivas	En la mesa de trabajo se evidencia diferencia en lo reportado en el seguimiento del 2T (1.144) frente a los soportes entregados al grupo auditor (1.322). Diferencia 178
Gerencia Sociedades Activas	Cumplimiento plan de ejecución de asambleas	En la mesa de trabajo se evidencia diferencia en lo reportado en el seguimiento del 2T (91) frente a los soportes entregados al grupo auditor (77). Diferencia 14
	Remoción de depositarios de Sociedades por incumplimiento de Obligaciones	En la mesa de trabajo se evidencia diferencia en lo reportado en el seguimiento del 2T (5) frente a los soportes entregados al grupo auditor (3). Diferencia 2
	Gestión de derechos de petición y PQRS	En la mesa de trabajo se evidencia diferencia en lo reportado en el seguimiento del 2T (232) frente a los soportes entregados al grupo auditor (313). Diferencia 81
	Actualización de información de inventario de sociedades activas	En la mesa de trabajo no pudo evidenciar lo reportado en el seguimiento del 2T (48). La Gerencia nos informa que a la fecha de la mesa de trabajo llevan 352 cantidad que supera la meta propuesta.
	Monitoreo de sociedades con participación menor al 100%	En la mesa de trabajo se evidencia diferencia en lo reportado en el seguimiento del 2T (72) frente a los soportes entregados al grupo auditor (79). Diferencia 7
Gerencia Regional Centro Oriente	Alistamiento admón., de Inmuebles	No se presentó evidencia para verificar la información reportada en el seguimiento del segundo trimestre del año.
	Estimados de renta gerencias regionales	En la mesa de trabajo no pudo evidenciar lo reportado en el seguimiento del 2T (269). La Gerencia nos informa que a la fecha de la mesa de trabajo llevan 324

ÁREA RESPONSABLE	NOMBRE DEL INDICADOR	OBSERVACIONES OCI
	ROM Urbanos	En la mesa de trabajo se evidencia diferencia en lo reportado en el seguimiento del 2T (180.620.135) frente a los soportes entregados al grupo auditor (180.865.447). Diferencia 245.312.
	Nuevos contratos	En la mesa de trabajo se evidencia diferencia en lo reportado en el seguimiento del 2T (3.122.791.595) frente a los soportes entregados al grupo auditor (3.053.055.727). Diferencia 69.735.868.
	Saneamiento de contratos	En la mesa de trabajo se evidencia diferencia en lo reportado en el seguimiento del 2T (8) frente a los soportes entregados al grupo auditor (7). Diferencia 1.
	Activos recibidos por depositarios removidos	En la mesa de trabajo se evidencia diferencia en lo reportado en el seguimiento del 2T (392) frente a los soportes entregados al grupo auditor (398). Diferencia 6.
	Entrega de inmuebles a depositarios en administración directa	En la mesa de trabajo se evidencia diferencia en lo reportado en el seguimiento del 2T (122) frente a los soportes entregados al grupo auditor (125). Diferencia 3.
	Formalización de ventas (enajenación temprana y extinta)	En la mesa de **trabajo** se evidencia diferencia en lo reportado en el seguimiento del 2T (18) frente a los soportes entregados al grupo auditor (21). Diferencia 3.
	Trámite de solicitudes de arrendamiento	En la mesa de trabajo se evidencia diferencia en lo reportado en el seguimiento del 2T (35) frente a los soportes entregados al grupo auditor (39). Diferencia 4.
	Control de seguimiento a depositarios de visitas a asambleas	En la mesa de trabajo se evidencia diferencia en lo reportado en el seguimiento del 2T (216) frente a los soportes entregados al grupo auditor (124). Diferencia 92
GIT Aseguramiento de la Información	Actualización de datos Básicos	Al revisar las evidencias que soportan la gestión reportada por el área (dato numerador) en el seguimiento del segundo trimestre de 2020 se encontraron diferencias
	Gestión en el Ingreso de Activos	

ÁREA RESPONSABLE	NOMBRE DEL INDICADOR	OBSERVACIONES OCI
	Cargar devoluciones	que no pudieron ser aclaradas o sustentadas en la mesa de trabajo.
	Registro por extinción	
	Descargas de activos	
	Gestión de planes de mejora (Actividades de Control Interno)	
	Avance Ejecución Data Quality	No fue claro de donde se toma el numerador o con que criterio se estableció el valor. En la mesa de trabajo no fue evidenciado porque un valor de 17500 fue registrado
OGI	Avance Proyecto ERP (Enterprise Resource Planning)	Al revisar las evidencias que soportan la gestión reportada por el área (dato numerador) en el seguimiento del segundo trimestre de 2020 se encontraron diferencias que no pudieron ser aclaradas o sustentadas en la mesa de trabajo.
Gerencia Sociedades En Liquidación	Entrega de recursos por liquidación de Sociedades	No se presentó evidencia para verificar la información reportada en el seguimiento del segundo trimestre del año. (*El área manifiesta que se presenta inconvenientes en el acceso a la información para presentar los soportes debido a la salida del Gerente de Sociedades en liquidación que fue la misma semana de la mesa de trabajo*)
	Venta de Inmuebles Sociedades en Liquidación	
	Reducción inventario administrado	
Oficina de planeación	Gestión de planes de mejora (Actividades de Control Interno)	No se presentó evidencia para verificar la información reportada en el seguimiento del segundo trimestre del año. (*El área desconoce el insumo para la proyección de estas metas*)
Gerencia Regional Suroccidente	Gestión en la mejora de controles	No se presentó evidencia para verificar la información reportada en el seguimiento del segundo trimestre del año.
	Gestión de registro de activos	Al revisar las evidencias que soportan la gestión reportada por el área (dato numerador) en el seguimiento del segundo trimestre de 2020 a la Of. de Planeación, se encontraron diferencias que no pudieron ser aclaradas en la mesa de trabajo.
	Cumplimiento de la aplicación de las TRD	
	Gestión de derechos de petición y PQRS	
	Pagos realizados por regional	

ÁREA RESPONSABLE	NOMBRE DEL INDICADOR	OBSERVACIONES OCI
	Formalización de ventas (enajenación temprana y extinta)	
	Asambleas copropiedades	
Gerencia de Asuntos Legales	Gestión de Judicialización	Al validar información soporte se estableció una diferencia frente al reporte de recaudo que al corte (mayo) es de $548.664.845
Gerencia de Proyectos Especiales	Ventas de bienes muebles e inmuebles recibidos del proyecto FARC	De acuerdo con lo indicado por el área el avance reportado de 228 por ventas realizadas en el año 2018 por lo cual no corresponde a la gestión del 2020.
Gerencia de Inmuebles[14]	Medición de Gestión de Depositarios Provisionales	Al revisar las evidencias que soportan la gestión reportada por el área en el seguimiento del segundo trimestre de 2020 a la Of. de Planeación, se encontraron diferencias que no pudieron ser aclaradas en la mesa de trabajo.
	Gestión de Planes de Mejoramiento	

[14] En desarrollo de la mesa de trabajo con la Gerencia de Inmuebles, se identificó el control de información en diferentes bases de datos y que se toman para el reporte de indicadores. Por ser información que es actualizada permanentemente no se evidenció los datos reportados al corte de junio 30 de 2020. No obstante, se evidenció que se cuenta con la información necesaria para realizar los reportes trimestrales y los avances a la fecha de la mesa

Anexo No. 3.

OPORTUNIDAD DE MEJORA No.10 **INCONSISTENCIAS EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN**

Área	Nombre del indicador	Numerador Trimestre 1	Denominador Trimestre 1	Trim. 1	Numerador Trimestre 2	Denominador Trimestre 2	Trim. 2
Gerencia de Asuntos Legales	Gestión de Judicialización	$ 379,021,371	$ 1,052,694,138	25%	$ 527,007,559.00	$ 1,052,694,138	25%
Gerencia Financiera	Valor total de rendimientos esperados con recursos líquidos extintos y en proceso	$ 11,346,062,721.04	$ 18,848,000,000.00	25%	$ 27,777,654,402.94	$ 18,848,000,000.00	25%
Gerencia Sociedades Activas	Utilidades generadas por sociedades	$ 491,681,000	$ 15,000,000,000	25%	$ 15,541,732,082.00	$ 15,000,000,000	25%
Gerencia Sociedades En Liquidación	Reducción inventario administrado	316	1300	25%	1275	1300	25%
Gerencia Regional Norte	Viabilidades administrativas	3	15	25%	26	15	25%
Gerencia Regional Occidente	Viabilidades administrativas	3	123	25%	28	123	25%
Gerencia Sociedades Activas	Actualización de información de inventario de sociedades activas	82	316	25%	48	316	25%
Gerencia de Asuntos Legales	Estudios de viabilidades jurídicas para la ANT	284	711	25%	358	358	25%
Gerencia de Asuntos Legales	Plan de construcción normativa	1	4	25%	2	4	25%

Área	Nombre del indicador	Numerador Trimestre 1	Denominador Trimestre 1	Trim. 1	Numerador Trimestre 2	Denominador Trimestre 2	Trim. 2
Gerencia Regional Sur Occidente	Numero de folios recuperados	16	174	25%	17	174	25%
Gerencia Regional Norte	Nuevos contratos	$ 191,122,768.00	$ 3,200,000,000.00	25%	$ 1,470,556,176.00	$ 3,200,000,000.00	25%
Gerencia Regional Occidente	Nuevos contratos	$ 439,502,919.00	$ 6,000,000,000.00	25%	$ 503,046,260.00	$ 6,000,000,000.00	25%
Gerencia Regional Sur Occidente	Nuevos contratos	$ 138,791,667.00	$ 8,000,000,000.00	25%	$ 711,401,667.00	$ 8,000,000,000.00	25%
Gerencia de Asuntos Legales	Gestión de planes de mejora (Actividades de Control Interno)	3	7	25%	7	7	25%
Gerencia Regional Occidente	Activos recibidos por depositarios removidos	267	814	25%	271	814	25%
Gerencia Sociedades Activas	Monitoreo de sociedades con participación menor al 100%	40	54	25%	72	72	25%
Control Interno	Cumplimiento del plan anual de auditoría	34	92	25%	48	92	25%
Gerencia Regional Occidente	Trámite de solicitudes de arrendamiento	15	120	25%	21	120	25%
Gerencia Sociedades En Liquidación	Cumplimiento plan de ejecución de asambleas	307	870	25%	317	870	25%
Gerencia Talento Humano	Ejecución del Plan de Bienestar	13	41	25%	35	41	25%

Área	Nombre del indicador	Numerador Trimestre 1	Denominador Trimestre 1	Trim. 1	Numerador Trimestre 2	Denominador Trimestre 2	Trim. 2
Gerencia Talento Humano	Ejecución del Plan de SGSST	26	256	25%	65	224	25%
Gerencia Talento Humano	Ejecución del Plan Ambiental	25	208	25%	82	205	25%