

**INFORME TRIMESTRAL**

**AUDITORÍAS INTERNAS**

**SEGUNDO (II) TRIMESTRE 2023**

­­

Edificio World Business Port

Carrera 69 # 25 B - 44 – Pisos 3, 4 y 7

Teléfonos: (601)3487777

PBX: (601)3487800

www.ssf.gov.co – e-mail: ssf@ssf.gov.co

Bogotá D.C, Colombia

  ­­   

|  |  |
| --- | --- |
| **1. INFORMACIÓN GENERAL** | |
| 1.1 Fecha De Informe: | 31 de julio de 2023 |
| **1.2 Periodo Evaluado:** | Segundo trimestre 2023 |
| 1.3 Proceso y/o Dependencia: | Oficina de Control Interno |
| 1.4 Líder Del Proceso y/o Dependencia: | José William Casallas Fandiño |
|  | |
| **2. OBJETIVO**  En cumplimiento del Plan Anual de Auditoría vigencia 2023 aprobado por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno y específicamente el Decreto 338 de 2019, el objetivo del presente informe es dar a conocer los resultados obtenidos de las auditorías internas realizadas en el segundo trimestre del año 2023. | |
| **3. ALCANCE**  Comprende el resultado de las auditorías que se llevaron a cabo en el segundo trimestre del año 2023. | |
| **4. CRITERIOS**  El presente informe se elabora en virtud de lo establecido en el Decreto 1083 de 2015 Artículo 2.2.21.4.7, Parágrafo 1° (modificado mediante el Artículo 1 del Decreto 338 de 2019) *“Los informes de auditoría, (…) [emitidos por la Oficina de Control Interno] tendrán como destinatario principal el representante legal de la Entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva (…)”.* | |
| **5. GESTIÓN / RESULTADO DEL SEGUIMIENTO**  De acuerdo con el Plan Anual de Auditorías 2023 en el marco de sus funciones la Oficina de Control Interno en el Rol de Evaluación y Seguimiento durante el segundo trimestre de 2023 llevaron a cabo cuatro (4) auditorías internas a los siguientes procesos: “Control Legal de Cajas de Compensación familiar, *Gestión de Sistemas de Información Tics, Estudios Especiales y Evaluación de Proyectos y Notificaciones y Certificaciones”.*  Las auditorías tuvieron por objetivo *“Evaluar de manera objetiva e independiente la gestión realizada por el proceso en el marco del ciclo PHVA establecido en la caracterización documentada en el Sistema de Gestión, con el propósito de contribuir al mejoramiento continuo y garantizar de manera oportuna y eficiente el cumplimiento del objetivo del proceso.”,* y como alcance comprendió la evaluación de los controles internos propios de cada proceso auditado, el periodo del alcance de las auditorías comprendió parte de la vigencia 2022.  En cuanto a la ejecución de las auditorías se consideraron como principales criterios, los siguientes: caracterización de los procesos y sus procedimientos, la normatividad legal vigente a la fecha aplicable a los diferentes procesos, la norma ISO 9001:2015, el modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, planes de acción, indicadores de gestión, riesgos de gestión y corrupción, así como los planes de mejoramiento y las políticas, manuales, instructivos, guías y lineamientos aplicables.  La ejecución de la auditorias se desarrolló entre los meses de mayo y junio de 2023, identificando el número de hallazgos y oportunidades de mejora que se relacionan a continuación:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **No. AUDITORÍA** | **PROCESO AUDITADO** | **REUNIÓN DE APERTURA** | **REUNIÓN DE CIERRE** | **HALLAZGOS** | **OPORTUNIDADES DE MEJORA** | | **378** | Gestión de Sistemas de Información Tics | 3/05/2023 | 26/06/2023 | 2 | 1 | | **379** | Control Legal de CCF | 5/05/2023 | 30/06/2023 | 9 | 0 | | **380** | Estudios Especiales y Evaluación de Proyectos | 8/05/2023 | 30/06/2023 | 4 | 0 | | **381** | Notificaciones y Certificaciones | 13/06/2023 | 19/07/2023 | 0 | 2 |   A continuación, se presenta la descripción del hallazgo y oportunidad de mejora identificados en los procesos evaluados, así como las recomendaciones generadas por la Oficina de Control Interno:   |  |  | | --- | --- | | **No. 378 Gestión de Sistemas de Información Tics** | | | **Hallazgos** | | | **1** | **Hallazgo No. 874.- Incumplimiento a la Norma NTC ISO 9001:2015 en el numeral 8.4.2** “*Tipo y alcance del control”*. Se evidencio el incumplimiento de las condiciones de los contratos No. 326/2021 y 253/2022 en su *“Clausula Tercera, Obligaciones Específicas* como se describió en el numeral 3.1.2 de este informe, teniendo en cuenta el manual de contratación de la Superintendencia del Subsidio Familiar en su Capítulo II numeral 5 y la ley 1712 de 2014 Ley trasparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional en su art. 2. | | **2** | **Hallazgo No.4.-875. Incumplimiento a la Norma NTC ISO 9001:2015 en el Numeral 10.2.1, literal b. numeral 1. y Literal d:** No se evidenció el cumplimiento total del plan de mejoramiento respecto de los hallazgos No.826, 828,829 y 837 el proceso califica con eficacia y la oficina de control interno teniendo en cuenta las evidencias aportadas en cada seguimiento analizó y estas no guardan relación, a fin de tener un análisis de las causas que originan las situaciones identificadas encaminadas a eliminarlas, de tal manera que no se vuelvan a presentar o repetir. Hallazgos correspondientes a la auditoria de la vigencia anterior. | | **Oportunidad de mejora** | | | **Oportunidad de Mejora No.800. Incumplimiento a la Norma NTC ISO 9001:2015 en el Numeral 4.4.1 literal c):** Es necesario tomar acciones encaminadas a dar cumplimiento a lo contemplado en el procedimiento PR-GSI-030 GESTIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE BASES DE DATOS Versión 2, que, al respecto indica actividad: #1 Ejecutar Monitoreo, “Realiza las actividades de monitoreo y mantenimiento de acuerdo con la periodicidad definida. Se valida el monitoreo del top 10 de consultas costosas de cada una de las bases de datos de cada instancia, con el fin de identificar comportamientos atípicos de acuerdo con la periodicidad de cada sistema o demoras inesperadas, que son reportados a cada equipo” en la cual no se evidencio el monitoreo para el mes de enero del 2022 de acuerdo al formato FO-GSI-015. | | | **Recomendaciones OCI** | | | **1** | Es importante que las recomendaciones identificadas en la presente auditoría las cuales se presentan en el desarrollo del informe sean revisadas y analizadas por el proceso, con el propósito de determinar los aspectos a mejorar y se les realice seguimiento.  Se recomienda documentar la bitácora con referencia a las adiciones, modificaciones, o eliminaciones relacionado a las políticas de backup en el formato FO-GSI-CDRE-003 Formato Programación De Copias De Respaldo | | **2** | Se recomienda al proceso que para cada uno de los contratos se incluya toda la documentación relacionada con el objeto, informes donde se encuentre el cumplimiento de cada una de las obligaciones específicas, informes, actas de reunión, pólizas, correos electrónicos y demás documentos o soportes de cada entregables que sean pertinentes para poder tener una trazabilidad y llevar un adecuado archivo de los expedientes dentro de la herramienta documental dispuesta por la Entidad (ESigna). | | **3** | Se recomienda de acuerdo a la directiva 02 de 2022 de Presidencia de la república, complementar y/o adoptar los numerales:  “7. Disponer de un procedimiento de gestión de incidentes de seguridad digital, para realizar su tratamiento, investigación y gestión, priorizando el reporte ante el CSIRT (Equipo de Respuesta a Incidentes de Seguridad) de Gobierno, de aquellos que son identificados y catalogados por la entidad como “Muy Grave” y “Grave” con el propósito de contar con el respectivo apoyo y coordinación en la gestión de estos a través del formato de reporte establecido por el CSIRT Gobierno y los protocolos requeridos para la recolección de evidencia digital.  12. Contar con planes de continuidad del negocio, orientados a generar el diagnóstico inicial, la contención, la respuesta, recuperación, reanudación de la operación en contingencia y restauración ante la materialización de ataques de seguridad de la información. Igualmente, se deben realizar ejercicios que permitan probar la efectividad del plan de continuidad del negocio frente al escenario de materialización de riesgos de seguridad de la información.”  De acuerdo a lo referenciado anteriormente nos permitimos recomendar realizar ejercicios que permitan probar la efectividad de plan de continuidad de negocio y/o recuperación de desastres. | | **4** | La Oficina de Control Interno recomienda suscribir plan de mejoramiento dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al recibo del informe definitivo por medio de comunicación interna. Se recomienda cumplir con los mismos, teniendo en cuenta que el objetivo primordial de estos es promover que los procesos internos de la entidad se desarrollen en forma eficiente y transparente a través de la adopción y cumplimiento de las acciones implementadas orientadas al mejoramiento continuo que fortalezcan el desempeño misional y cumplimiento de los objetivos institucionales. |  |  |  | | --- | --- | | **No. 379 Control Legal de CCF** | | | **Hallazgos** | | | **1** | **NTC ISO 9001:2015, numeral 8.1., literal d) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios**: se evidenció en el procedimiento *“Análisis y desarrollo de las averiguaciones preliminares y las investigaciones administrativas”* en tres (3) investigaciones administrativas expedientes números 021-2021, 016-2022 y 031-2022 operó la caducidad de la facultad sancionatoria, de acuerdo con lo establecido en el artículo 52 de la Ley 1437 de 2011, y se identificó en las investigaciones administrativas con No. de expediente 011-2018, 009-2018, 001-2019, 008-2021 y 017-2021 se inobservaron los términos dispuestos en los artículos 49 y 68 de la Ley 1437 de 2011 para las siguientes situaciones: **i.** El envío de la citación a notificación personal (Exp. No. 001-2019 y 008-2021), **ii.** Entre la presentación de los alegatos de conclusión y la emisión del Acto Administrativo que decide la investigación administrativa (Exp. No.011-2018, 009-2018, 001-2019, 017-2021). | | **2** | **NTC ISO 9001:2015, numeral 4.4.2., literal b) conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado**:Respecto de lo establecido en los ítems 2, 4 de la actividad No.10 del procedimiento “***Aprobación - Improbación de las Decisiones de Asambleas******(PR-CLC-027 versión 5)”***, no se observó el registro en la tabla “MAESTRO” del aplicativo eSigna. **i)** La comunicación a la CCF del registro de la reforma de estatutos de las CCF (Comfaca y Comfandi). **ii)** no se encuentran en los expedientes, las comunicaciones de traslado de la Resoluciones al Grupo de Notificaciones, así como soporte de la ejecutoria de la Resolución que decidió la aprobación o improbación de las decisiones de la Asamblea de las CCF (Comfaboy, Cajasai, Comfenalco Quindío, Comfa, Comfaguajira y Comfandi.  Así mismo, el procedimiento “***Seguimiento a*** ***Fusiones entre CCF (PR-CLC-025 versión 4)***” se evidenció que en la plataforma eSigna no reposa el recurso de reposición interpuesto por el señor JUAN BERNARDO TASCÓN ORTÍZ actuando en calidad de apoderado especial de la Caja de Compensación Familiar COMFAMA, en el marco de la actividad 3 del procedimiento.  Igualmente, en el procedimiento *“****Para la posesión de directores administrativos y revisores fiscales*** *(PR-CLC-29 versión 1)* no se observó dentro de los radicados de la herramienta eSigna la documentación asociada al registro dentro del proceso.  En el mismo sentido, se observó con respecto al Procedimiento “***Nombramiento de Director Administrativo y Suplente (PR-CLC-022 versión 7)”***, en la verificación de los expedientes eSigna de las 18 solicitudes para evaluar la legalidad de los nombramientos y llevar a cabo la formalización de posesión y/o registro, que no reposaba la información detallada en la tabla para cada solicitud, tales como: no se está empleando el libro de traslados, el libro radicador, libro del recurso teniendo en cuenta lo establecido en el procedimiento*.* | | **3** | **3. NTC ISO 9001:2015, numeral 8.1., literal e) la determinación, el mantenimiento y la conservación de la información documentada en la extensión necesaria para: 1) tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado; 2) demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos.:** En cuanto al **procedimiento *“Expedición de Certificaciones de Existencia y Representación Legal de las Entidades Vigiladas (PR-CLC-019)”,*** no se evidenció la documentación que se genera a partir de lo contemplado en las actividades del procedimiento en 55 solicitudes de certificación seleccionadas en la muestra, como se describe en el numeral 3.1.5 del informe toda vez que: **i)** para 40 solicitudes de las cuales no se relacionó el número de radicado de salida, y no se encuentran en el aplicativo eSigna, así como tampoco se remitió soporte de la respuesta (Envío del certificado). **ii)** para las 33 solicitudes en las que se registró en la columna del radicado de salida *“se genera respuesta mediante correo electrónico”,* no se remitieron las evidencias de los correos electrónicos, y no están incluidos o asociados en el expediente en la herramienta eSigna que demuestren la entrega o él envío de respuesta con el certificado. **iii)** En la información suministrada por el proceso, hay 3 solicitudes en las que se registró radicado de salida donde se indica *“se firma oficio físico debido a que no hay token para firma por eSigna”,* no se pudo evidenciar la entrega de estos, toda vez que, no se aportó evidencia, y no están incluidos o asociados en el expediente en la herramienta eSigna. **iv)** a su vez, se enviaron 120 certificaciones masivamente en el mes de junio 2023 que se habían tramitado en meses anteriores, pero no fueron enviados oportunamente a través de la plataforma eSigna. | | **4** | **NTC ISO 9001:2015, numeral 4.4.1. literal g)** En cuanto a lo establecido actividad *“IVC a entidades que entren en procesos de vigilancia especial, salvamento, intervención, administración o liquidación evaluación de la información”* definida en el **“*procedimiento de* *Medidas Cautelares (PR-CLC-26)”*** no se suministraron todos los informes evaluativos de seguimiento a que había lugar por cada CCF con medida cautelar para el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2022 al 31 de marzo del 2023 emitidos por la Delegada, y al respecto, no se suministró soporte de envío al Superintendente del Subsidio Familiar. Lo anterior, muestra inobservancia a lo contemplado en el procedimiento PR-CLC-26, en la actividad mencionada que indica: *“De conformidad con la instrucción del Superintendente Delegado para las medidas Especiales, el funcionario asignado deberá evaluar la información suministrada por la Delegada de Gestión, (…). El Superintendente Delegado para la responsabilidad administrativa y medidas especiales recibe y revisa el informe proyectado por el funcionario. El Superintendente Delegado efectúa el traslado del mismo a través del aplicativo tecnológico para información del Superintendente del Subsidio Familiar.”,* teniendo en cuenta que conforme a lo señalado en la Resolución No.0629 de 2018 se fijan unos términos para la entrega de los informes trimestrales de avance del PDM por parte de las Cajas de Compensación Familiar, así: 30 de abril, 30 de junio, 30 de octubre y 15 de febrero.  Asimismo, se analizó la información reportada para el indicador de gestión *“Seguimiento a la gestión de los agentes especiales de vigilancia y de intervención de las CCF con medidas cautelares en el cumplimiento de los planes de mejoramiento”,* para el cual se ha registrado porcentaje de cumplimiento del 100%, sin embargo, solo se está haciendo referencia al número de informes recibidos de los agentes de vigilancia y de intervención en el periodo, sin indicar en las mediciones sobre el *“Total de informes de los agentes de vigilancia y de intervención revisados y analizados dentro de los términos establecidos”.* Lo anterior, teniendo en cuenta la fórmula de cálculo del indicador número 438(N° de informes recibidos de los agentes de vigilancia y de intervención en el periodo /Total de informes de los agentes de vigilancia y de intervención revisados y analizados dentro de los términos establecidos\*100), la cual también debe ser ajustada por encontrarse invertida. | | **5** | **NTC ISO 9001:2015, numeral 4.4.1 literal c):** Se evidencia inobservancia de los tiempos determinados para la realización de las actividades documentadas en los siguientes procedimientos *“Aprobación-Improbación de las decisiones de Asambleas (PR-CLC-027)”* observándose en el informe en el numeral 3.1.1., ***“****Medidas Cautelares (PR-CLC-26 versión 3)”*evidenciándose en el informe en el numeral 3.1.7**.** “*Nombramiento de Director Administrativo y Suplente (PR-CLC-022)”*, observándose en el informe en el numeral 3.1.2., *“Registro de Designación de Consejeros Directivos por Trabajadores (PR-CLC-013)”* observándose en el informe en numeral 3.1.3. “*Registro de Libros (PR-CLC-016)”* descrito en el informe en el numeral 3.1.4. *“Expedición de Certificaciones de Existencia y Representación Legal de las Entidades Vigiladas (PR-CLC-019)”*, como se señala dentro del informe en el numeral 3.1.5., *“Para la posesión de directores administrativos y revisores fiscales (PR-CLC-29”)*, como se señala dentro del informe en el numeral 3.1.9. | | **6** | **NTC ISO 9001:2015, numeral 10.2.1:** De los Planes de mejoramiento a la fecha se evidenciaron vencidos correspondiente a 2 hallazgos (833, 835) y 1 oportunidad de mejora (784) resultados de la auditoría realizada en la vigencia 2022, toda vez que, la oficina de control interno no puede cerrar en la plataforma Isolución los hallazgos y oportunidad de mejora relacionados anteriormente. Lo que indica que los Planes de mejoramiento no han sido eficaces y efectivos, pues el resultado de las acciones tomadas no ha subsanado o eliminado las causas que los originaron. | | **7** | **Norma NTC ISO 9001:2015 en el numeral 4.4.1. literal b).**Se observó incumplimiento en el procedimiento **“*Seguimiento a*** ***Fusiones entre CCF (PR-CLC-025 versión 4***”, no se cuenta con la petición conjunta de las CCF Comfenalco Antioquia (Caja de Compensación Absorbente) y Comfamiliar Camacol (Caja Absorbida) por lo que no se observa balance consolidado de las cuentas y el patrimonio, se incumple la actividad 2 (revisar y analizar la documentación de aprobación del proceso de fusión); además inobservancia del proyecto de resolución que decide sobre la fusión adoptada en las Asambleas Generales, inobservando el plazo de quince (15) días plasmado en actividad 3 (proyectar acto administrativo de aprobación o improbación y remisión al despacho). | | **8** | **Norma NTC ISO 9001:2015 en el Numeral 8.1., literal e), numeral 2**.: No se observan evidencias de la ejecución contractual en la “*supervisión de los contratos*” números 015/2022, 016/2022, 046/2022, 053/2022 y 086/2022 y 173/2023, como se describió en el numeral 3.1.10. de este informe, teniendo en cuenta el manual de contratación de la Superintendencia del Subsidio Familiar en la pág. 35 en su capítulo II, numeral 5. (Seguimiento y control de la ejecución del contrato). | | **9** | **Norma NTC ISO 9001:2015, numeral 8.2.4:** Se evidencia que los procedimientos “***Nombramiento de Director Administrativo y Suplente (PR-CLC-022)”*,** toda vez que, a la fecha, no se ha actualizado y ajustado a la realidad operativa, **i)** Actualmente no se está empleando el libro de traslados, el libro radicador **ii)** A la fecha no se está utilizando el libro radicador para llevar el registro de lo recibido por el CDI, debido a que se creó matriz en Excel de seguimiento. **iii)** El libro radicador de correspondencia establecido como documento que se genera de las actividades 3 fue reemplazado por un archivo Excel. | | **Recomendaciones OCI** | | | **1** | Se recomienda con relación a lo establecido en el procedimiento ***“Expedición de certificaciones de existencia y representación legal de las entidades vigiladas” PR-CLC-019*** en la condiciones de la actividad 5: *“Si se recibe de forma electrónica se procede a remitir dicho certificado por el mismo medio electrónico”,* que se articule con el área de TIC para tener un buzón de correo electrónico en la Delegada dado que actualmente se usa el correo de los funcionarios y si estos no están en la SSF no se puede contar con evidencia de la respuesta o registro y/o se incorpore en la herramienta designada que es eSigna, para permitir tener una trazabilidad a la información requerida para el cumplimiento del sistema de gestión de calidad. | | **2** | Se recomienda adoptar medidas internas que garanticen que, los diferentes expedientes de la documentación que se genera de los procedimientos se encuentren adecuadamente organizados, y cuenten con toda la información completa y en general con todas las actuaciones y gestiones adelantadas de conformidad con las tablas de retención documental. | | **3** | Se recomienda implementar controles sobre el cumplimiento de los términos que están definidos en los procedimientos, de tal manera que se generen alertas sobre el cumplimiento de los mismos. | | **4** | Los Planes de mejoramiento a la fecha se evidenciaron vencidos, y no puede cerrarse con eficacia, toda vez que, no se observa su cumplimiento o se volvieron a presentar las mismas situaciones, por lo que se recomienda realizar un adecuado análisis de causas que permita establecer acciones encaminadas a subsanar y a que no vuelvan a ocurrir las situaciones identificadas. Se recomienda que las acciones se establezcan concretas de tal manera que tengan un seguimiento adecuado. | | **5** | La Oficina de Control Interno recomienda suscribir plan de mejoramiento dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al recibo del informe definitivo por medio de comunicación interna. Se recomienda cumplir con los mismos, teniendo en cuenta que el objetivo primordial de estos es promover que los procesos internos de la entidad se desarrollen en forma eficiente y transparente a través de la adopción y cumplimiento de las acciones implementadas orientadas al mejoramiento continuo que fortalezcan el desempeño misional y cumplimiento de los objetivos institucionales. |  |  |  | | --- | --- | | **No. 380 Estudios Especiales y Evaluación de Proyectos** | | | **Hallazgos** | | | **1** | **PLAN DE ACCIÓN norma NTCGP 9001:2015 en su numeral 9.1.3 Análisis y evaluación. Incumplimiento en el Plan de Acción,** se evidenció en el primer trimestre del año 2023, que, en el proceso de Estudios Especiales y Evaluación de Proyectos, no se reportaron los soportes y/o evidencias de las metas establecidas para este trimestre, de las acciones **A6 y A7** relacionadas.  Por lo anterior, la Oficina de Control Interno no observa porcentaje de avance y, por consiguiente, se hace necesario para evidenciar el cumplimiento en el próximo seguimiento, cargar en la plataforma correspondiente, el reporte de los informes de seguimiento que se han emitido sobre el número de proyectos presentados por las CCF. | | **2** | **CONTRATACIÓN Norma NTC ISO 9001:2015 en el numeral 8.2.2, literal a), 1). Incumplimiento en la Contratación.** De acuerdo al **MANUAL de CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA ADQUISICIONES Y COMPRAS PÚBLICA**. En el **Numeral (II) ETAPA CONTRACTUAL – EJECUCIÓN DEL CONTRATO** y al **Numeral** ***5. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA EJECUCION DEL CONTRATO:******´´****Esta etapa comprende el seguimiento y control de carácter técnico, económico, financiero, jurídico, contable, etc., que debe efectuar el supervisor del contrato para el desarrollo y cumplimiento del contrato, es decir, es el seguimiento de las obligaciones que asume el contratista una vez se perfecciona y legaliza el contrato respectivo. Aplica para la totalidad de los contratos suscritos por la Entidad, a* ***partir del momento de su perfeccionamiento y legalización. DESIGNACIÓN DE SUPERVISION******INICIO DE EJECUCION DEL CONTRATO Elaboración y suscripción del acta de inicio junto con el contratista****, (cuando ésta se haya pactado en el plazo del contrato), previa recepción del memorando de designación de supervisión o designación de Supervisión a través de la Plataforma. El supervisor debe subir a la plataforma Secop II el acta de inicio para que repose en el expediente contractual y se actualice la información en la plataforma del Secop II. ´´*  La Superintendencia del Subsidio Familiar suscribió contratodeCONSULTORÍA No. 292 el día 5 de agosto del 2022 con la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, por valor de $515.000.000.  De acuerdo a lo anterior se evidencia que el Acta de Inicio del 18 de agosto del año 2022. No se encuentra firmado por el representante Legal de la Universidad Nacional. Así incumpliendo con el Manual de contratación de la entidad y con el perfeccionamiento del mismo. | | **3** | **LIMITE MAXIMO DE INVERSIÓN ANUAL norma NTCGP 9001:2015 en su numeral 7.5.1. Información Documentada. Incumplimiento en la información documentada necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.** Se evidenció en el procedimiento LMI no se cuenta en algunos expedientes con la información completa de las estructuras 4-063, 4-066 y 4-100 y con acta de aprobación del Consejo Directivo de las CCF o por parte del Agente Especial de Intervención.  Se evidenció la necesidad de ser indicado o incorporado en el procedimiento la estructura 4-065 “Límite Máximo Ejecutado” a fin de poder tener a mayor trazabilidad y poder hacer un mejor seguimiento en armonía de las estructuras 4-063, 4-066 y 4-100 cuando estás presentan modificaciones del LMI definido inicialmente. | | **4** | **LIMITE MAXIMO DE INVERSIÓN ANUAL norma NTCGP 9001:2015 en su Numeral 7.5.3.2. Incumplimiento en. CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA.** Se evidenció en los documentos de los siguientes expedientes diferencias en la información reportada:  COMFENALCO ANTIOQUIA 670/2022/PGEN, COMFAMA 997/2022/PGEN, COMFAMILIAR CARTAGENA Y BOLIVAR 749/2022/PGEN, COMFAMILIARES 751/2022/PGEN Y COMPENSAR 899/2023/PGEN.   * No hay coherencia en las fechas de las actas de las CCF con el Oficio expedido por la SSF. * No se cuenta con la definición del LMI y si se cuenta con una Modificación sin definirlo. | | **Recomendaciones OCI** | | | **1** | La Oficina de Control Interno recomienda con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación adelantar las gestiones necesarias para el cargue de las evidencias correspondientes a las acciones establecidas en el plan de acción para cada proceso, teniendo en cuenta los productos, entregables y metas programadas. | | **2** | La Oficina de Control Interno recomienda hacer una apropiada planeación desde el comienzo de cada vigencia en las metas y productos de las actividades que se plasman en el Plan de Acción de la vigencia, con el fin de quedar debidamente estructurado y estableciendo de manera eficaz los plazos de cumplimiento, para que dé esta manera no se vea afectado el planeamiento estratégico de la Entidad al momento de realizar la verificación del cumplimiento en los seguimientos que realiza la Oficina de Control Interno. | | **3** | La Oficina de Control Interno Recomienda adelantar acciones tendientes a verificar con cierta periodicidad la publicación de los documentos y los actos administrativos del proceso de contratación en la plataforma Secop I, II, en la Tienda Virtual del Estado Colombiano (De acuerdo al Manual de Contratación) de manera oportuna y completa, así como asegurarse que correspondan a la información contenida en los Documentos del Proceso. | | **4** | De acuerdo con lo anterior, se recomienda establecer mecanismos de verificación durante el desarrollo del proceso, a fin de garantizar la exactitud y precisión de la información que figuran en las plantillas diligenciadas en SECOP frente a la información contenida en los documentos del proceso. Una vez conformado el expediente físico, realizar el cruce de información con el expediente electrónico de SECOP para corroborar que la totalidad de los documentos se encuentren registrados tanto en la plataforma electrónica como en el expediente ESigna. | | **5** | La Oficina de Control Interno recomienda establecer controles en el Secop II relacionado con la aprobación de los contratos cerciorarse que de la parte contratista quien firme sea el representante legal o apoderado dentro del certificado de existencia y representación legal o el documento que aplique, asimismo la asignación de la supervisión la realice el ordenador del gasto. | | **6** | La Oficina de Control Interno recomienda que la estructura 4-065 “Límite Máximo Ejecutado” sea indicado o incorporado en el procedimiento a fin de poder tener la mayor trazabilidad y poder hacer un mejor seguimiento en armonía de las estructuras 4-063, 4-066 y 4-100 cuando estás presentan modificaciones del LMI definido inicialmente. | | **7** | La Oficina de Control Interno recomienda reiteradamente que el archivo de control que llevan como registro en “Excel” de todos los proyectos de inversión, sea indicado o incorporado en los procedimientos a fin de poder tener la mayor trazabilidad y poder hacer un mejor seguimiento. | | **8** | La Oficina de Control Interno recomienda tomar acciones al interior del proceso con el fin de subsanar el hallazgo en el **plan de mejoramiento,** dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al recibo del informe definitivo por medio de comunicación interna. Se recomienda cumplir con los mismos, teniendo en cuenta que el objetivo primordial de estos es promover que los procesos internos de la entidad se desarrollen en forma eficiente y transparente a través de la adopción y cumplimiento de las acciones implementadas orientadas al mejoramiento continuo que fortalezcan el desempeño misional y cumplimiento de los objetivos institucionales. Por tanto, esta Oficina realizará el seguimiento a las acciones que se implementen en relación con las observaciones efectuadas en el presente informe. |  |  |  | | --- | --- | | **No. 381 Notificaciones y** **Certificaciones** | | | **Oportunidad de mejora** | | | **1** | **Norma ISO 9001:2015 numeral 7.5.2 Creación y actualización.** Se evidencia en la caracterización del proceso “NOTIFICACIONES Y CERTIFICACIONES” CAR-NYC-001 versión 4. *Q*ue no se realizan autenticaciones actualmente, para lo cual se debe realizar la actualización según lo establecido con la realidad operativa.  De otro lado como se mencionó en el punto **3.1.1** de este informe, se evidencia errores en el diligenciamiento de la matriz de seguimiento para la columna “FECHA RESOLUCION (dd/mm/aaaa)” de cada resolución a fin de evitar confusiones por la digitación errónea y tener una correcta interpretación de la misma. Esto se evidenció para las resoluciones # 223, 230, 285, 395, 484, 505, 598, 624, 643, 680, 681 del año 2022 y 9,10,11, 204, 226, 229, 271, 278, 317,343,355,361,362 del 2023. | | **2** | **Norma ISO 9001:2015 numeral 7.5.3 Control de Información documentada,** de acuerdo al informe final de la auditoria del año 2021, en la recomendación número 2, no se realizó el cargue de las evidencias para cada uno de los trimestres del año 2022, ni para el primer trimestre del 2023, como se mencionó en el numeral 3.2.4 de este informe. | | **Recomendaciones OCI** | | | **1** | Se resalta el buen desempeño que el área tiene hacia el proceso para tener una mejora continua donde hay cumplimiento de las actividades y procedimientos para el año 2022 y 2023. | | **2** | Suscribir plan de mejoramiento que incluya los temas que ameritan adoptar acciones correctivas y preventivas dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al recibo del informe definitivo. Se recomienda cumplir con los mismos, teniendo en cuenta que el objetivo primordial de estos es promover que los procesos internos de la entidad se desarrollen en forma eficiente y transparente a través de la adopción y cumplimiento de las acciones implementadas orientadas al mejoramiento continuo, que fortalezcan el desempeño misional y cumplimiento de los objetivos institucionales. Por tanto, esta Oficina realizará el seguimiento a las acciones que se implementen en relación con las observaciones efectuadas en el presente informe. |   Los informes generados por la Oficina de Control Interno fueron comunicados a los responsables (líderes de los procesos), a fin de que se tomaran las acciones de mejora correspondientes y los mismos se encuentran publicados en el sistema Isolucion. | |
| **7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**   * La Oficina de Control Interno presenta cumplimiento en la ejecución de las auditorías establecidas en el Plan Anual de Auditoría 2023 para el segundo trimestre del año 2023. * Como se evidencia en los informes realizados de las auditorías se identificaron situaciones que corresponden a hallazgos y oportunidades de mejora, que con la efectividad en las medidas que se tomen en los procesos por parte de sus líderes y grupos de trabajo como respuesta a las mismas contribuyen con la mejora continua a través del fortalecimiento de los procesos del Sistema Integrado de Gestión. * Se hace necesario que los planes de mejoramiento a implementar se realicen oportunamente y con un adecuado análisis de causas que originan las situaciones identificadas en los hallazgos y oportunidades de mejora, para así establecer las acciones de mejora pertinentes y encaminadas a eliminar dichas causas, de tal manera que no se vuelvan a presentar y se pueda subsanar lo identificado por la Oficina de Control Interno.   Así mismo, se recomienda que los responsables de los procesos determinen los aspectos a mejorar de acuerdo con las recomendaciones de la OCI.   * Se invita a los líderes de cada dependencia a impartir al interior de su área las instrucciones y recomendaciones necesarias para garantizar la implementación de las actividades documentadas en los procedimientos, controles y normas aplicables que conduzcan al cumplimiento de estos.   **Nota.** Es necesario aclarar que las recomendaciones propuestas por la Oficina de Control Interno en ningún caso son de obligatoria ejecución por parte de la Entidad, no obstante, se sugiere su consideración para los planes de mejoramiento a que haya lugar.  Atentamente,  **JOSÉ WILLIAM CASALLAS FANDIÑO**  Jefe Oficina de Control Interno  Elaboro: Mónica Gicella Ruiz Soto.  Profesional Universitario | |