Línea Atención al Ciudadano +57 (601) 348 77 77

Línea Gratuita Nacional 018000 910 110

PBX :+57 (601) 348 78 00

Portal Institucional www.ssf.gov.co - correo electrónico ssf@ssf.gov.co

Carrera 69 No. 25 B – 44 Pisos 3, 4 y 7

Bogotá - Colombia

   





**INFORME TRIMESTRAL**

**AUDITORÍAS INTERNAS**

**PRIMER (I) TRIMESTRE 2023**

­­

|  |  |
| --- | --- |
| **1. INFORMACIÓN GENERAL** | |
| 1.1 Fecha De Informe: | 8 de mayo de 2023 |
| **1.2 Periodo Evaluado:** | Primer 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 primer trimestre del año 2023. | |
| **3. ALCANCE**  Comprende el resultado de las auditorías que se llevaron a cabo en el primer trimestre de 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 primer trimestre de 2023 llevó a cabo cuatro (4) auditorías internas a los siguientes procesos: “*Gestión Jurídica, Interacción con el Ciudadano, Gestión de Talento Humano y Planeación Institucional”.*  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 enero y abril de 2023, identificando el número de hallazgos y oportunidades de mejora que se relacionan:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **No. AUDITORÍA** | **PROCESO AUDITADO** | **REUNIÓN DE APERTURA** | **REUNIÓN DE CIERRE** | **HALLAZGOS** | **OPORTUNIDADES DE MEJORA** | | **374** | Gestión Jurídica | 03/02/2023 | 22/03/2023 | 4 | 3 | | **375** | SIG Proceso Interacción con el Ciudadano | 06/03/2023 | 02/05/2023 | 3 | 0 | | **376** | SIG Proceso Gestión Talento Humano | 06/02/2023 | 15/03/2023 | 7 | 4 | | **377** | Proceso Planeación Institucional | 02/03/2023 | 05/05/2023 | 4 | 1 |   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. 374 Gestión Jurídica** | | | **Hallazgos** | | | **1** | **Norma ISO 9001:2015 en el numeral 8.4.1 y en el numeral 6.1.1 literal c) y d)**  En siete (7) solicitudes de conceptos 1-2022006206, 1-2022-009630, 1-2022-009956, 1-2022-020193, 1-2022-027640, 1-2022-022643, 1-2022-023637 de la muestra seleccionada y de trece (13) solicitudes reportadas por el proceso en los seguimientos a los riesgos de gestión correspondientes a los cuatro (4) trimestres de 2022 con números de radicado (1-2022-01681, 1-2022-007625, 1-2022-009630, 1-2022-011010, 1-2022-011161, 1-2022-011099, 1-2022-014107, 1-2022-014531 y 1-2022-015057, 1-2022-015721, 1-2022-017992, 1-2022-023158, 1-2022-025749) se observa que se superó el término para dar respuesta establecido en el ítem (ii) del artículo 5 del Decreto 491 de 2020. **(...)** | | **2** | **Norma NTC ISO 9001:2015 en el numeral 8.5.4**  Se evidencia ausencia de archivo de documentos **(…)** | | **3** | **Norma NTC ISO 9001:2015 en el numeral 7.1.5.2** Resultado de la verificación de los indicadores de gestión del proceso de Gestión Jurídica **(…)** | | **4** | **Norma NTC ISO 9001:2015 en el numeral 7.1.5.1: literal b** Resultado de la verificación del plan de mejoramiento del proceso de Gestión Jurídica (…) **Oportunidad de mejora 772: Abierta y vencidas las actividades el 29-jul-2022 y 31-ago-22 (…)** | | **Oportunidad de mejora** | | | **1** | **Norma NTC ISO 9001:2015 en el numeral 8.1. literal d):** En la verificación de los lineamientos normativos internos para adelantar los procedimientos normativos internos para adelantar los procedimientos Etapa Persuasiva del Cobro Coactivo y Etapa Coactiva **(...)** | | **2** | **Norma NTC 9001:2015 en el numeral 4.4.1. literal c):** Se hace necesario adelantar la actualización de la siguiente información en el sistema Ekogui Desactivación de los procesos identificados así ID 1511677 y 1515548, que actualmente se encuentran activos en la plataforma Ekogui, teniendo en cuenta que ya están terminados **(...)** | | **3** | **Norma NCT ISO 9001:2015 en el numeral 5.3: literal b** En la verificación del seguimiento y control a procesos judiciales se evidencia que no se remitieron dentro del tiempo estipulado al Grupo de Gestión Financiera los siguientes informes mensuales **(El del mes de enero se remitieron el 15 de febrero, el del mes de marzo se remitió el 21 de abril, el del mes de octubre de remitió el 15 de noviembre y el del mes de diciembre el 11 de enero del 2023)**, se observa que se incumplió lo dispuesto en el procedimiento PR-GJU-4 numeral 5 condiciones de las actividades. **(...)** | | **Recomendaciones OCI** | | | 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. | | | La Oficina de Control Interno recomienda suscribir plan de mejoramiento dentro de las 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 desarrollan 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. 375 SIG Proceso Interacción con el Ciudadano** | | | **Hallazgos** | | | **1** | **Incumplimiento Norma ISO 9001:2015 en el numeral 7.5 Información documentada**  De acuerdo a los informes de canales de atención para el segundo, tercer y cuarto trimestres se puede evidenciar que hay datos internos que al pasar al cuadro de consolidación de cuarto trimestre las cifras no coinciden o no corresponden, de la misma manera se presentó en los informes de medición del segundo tercer y cuarto trimestre en donde se dejó reflejado la información de los % y de las mismas cifras como se pudo evidenciar en este informe. Página 14, 28. **(...)** | | **2** | **Norma NTC ISO 9001:2015 en el numeral 8.4.1**  Control de los procesos, productos y servicios. En diez y ocho (18) solicitudes de PGRSF se observa que se superó el término para dar respuesta según lo establecido en los términos señalados en el artículo 14 de la ley 1437 de 2011 (...) para los siguientes expedientes **(…)** | | **3** | **Norma NTC ISO 9001:2015 en el numeral 7.1.3 Infraestructura** "La información debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios. B) Equipo, incluyendo hardware" De acuerdo a la información suministrada durante esta auditoría y como se encuentra registrado en la sección de transparencia 10.11 Informes de peticiones, quejas, reclamos, denuncias y solicitudes de acceso a la información de la página web, informes de PQRS e informes de Satisfacción del (III) y (IV) Trimestre del 2022 y del Primer Trimestre del 2023, que los Kioskos o buzones virtuales ubicados en las 10 cajas de compensación familiar y del informe presentado  por el proceso el día 28 de abril en donde los "kioskos" desde el mes de mayo de 2022 están reportando fallas  y de acuerdo a la respuesta dada sobre el estado actual estos siguen sin estar habilitados o en operación y al servicio de la ciudadanía después de haberse realizado la mejora en el software que se realizó en el mes de diciembre del 2022 **(…)** | | **Recomendaciones OCI** | | | **1** | Se recomienda que OPU en conjunto con el proceso de Gestión de Sistemas de Información realicen periódicamente una evaluación y pruebas a los casos creados en GLPI de los problemas o errores en Esigna-módulo PQRSF, Página Web de la SSF, Chat, a fin de mantener la mayor disponibilidad de los servicios de infraestructura que está dispuesto a los ciudadanos. | | **2** | Se recomienda que en los planes de mejora, seguimientos a los indicadores y planes de acción se incluyan las evidencias documentales. | | **3** | Se recomienda tomar las medidas pertinentes con la herramienta que se utilice para el trámite de PQRSF y traslados, ya que se evidencia que en esta actividad muchas de las áreas no identifican los traslados, no los encuentran o no llegan a su destino, para realizar el trámite correspondiente, en términos de ley.   Los responsables o líderes de los procesos deben fortalecer el control y seguimiento de las peticiones que ingresan a su dependencia y realizar monitoreo a las personas designadas para proyectar las respuestas, con el fin que las peticiones se contesten dentro de los términos de ley pertinentes y se lleve la trazabilidad correspondiente, para evitar el incumplimiento en términos de respuestas a las PQRSF y por consiguiente evitar la materialización de los riesgos como está definido en la matriz de riesgos indicados en el proceso. | | **4** | Es importante recomendar que, en los informes realizados por el área, tener mucha precaución al momento de  diligenciar la información y al subirla a la página Web, puesto que esta información busca facilitar el correcto cumplimiento de protocolos de atención en la entidad, considerando la necesidad de integrar los diferentes canales con los que se cuenta, y además, es un insumo importante para la toma de decisiones de manera eficaz. Así mismo, al realizar observaciones en los informes que realiza el área, de acuerdo a la ley 1712 de 2014 de transparencia y acceso a la información. | | **5** | 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. |  |  |  | | --- | --- | | **No. 376 SIG Proceso Gestión Talento Humano** | | | **Hallazgos** | | | **1** | **Incumplimiento norma NTCGP ISO 9001:2015: En su numeral 10.2.1 (...)**  Se reitera que basado en el hallazgo No.819 de la auditoría realizada en el año 2022 y en el desarrollo de la presente auditoria las actividades desarrolladas no fueron efectivas para subsanar y poner al servicio las diferentes funcionalidades de la herramienta para generar y poder realizar las consultas que fueron contratadas al proveedor Novasoft y que están plasmadas en su oferta comercial desde el contrato No 126 de 2019 **(...)** | | **2** | **Incumplimiento norma NTCGP ISO 9001:2015: En su numeral 10.2.1 (…)**  Se reitera el incumplimiento sobre el hallazgo No.817 de la auditoría realizada en el año 2022 y en el desarrollo de la presente auditoria las actividades desarrolladas no fueron efectivas para subsanar (**…)** | | **3** | **Incumplimiento norma NTCGP ISO 9001:2015: En su numeral 4.4.2 literal a). (…)** En cumplimiento con la Circular Externa N° 100 – 07 – 2015 - DAFP, referente a los Programas de Inducción y Reinducción, se evidencia que para la vigencia del año 2022 la SSF. a través de la Cartilla virtual de inducción y como parte del PIC se brindó inducción a seis (6) funcionarios nuevos. Sin embargo, tanto en el año 2021 como en el año 2022 no fue posible validar el listado de funcionarios nuevos que recibieron la Inducción y Reinducción, evidenciando que para el año 2022 se vincularon veinticinco (25) funcionarios a la entidad. | | **4** | **Incumplimiento norma NTCGP ISO 9001:2015: En su numeral 4.4.1 literales b) y d)** teniendo en cuenta de conformidad con la Ley 115 del año 1994, artículo 36 y SS, respecto al Programa de Bilingüismo se observa que, **(…)** en la vigencia del año 2022 reincide la falta de gestión de este programa, toda vez que, de acuerdo a lo manifestado en la reunión con la Universidad EAN, realizada el día 15 de junio de 2022, se decidió hacer las gestiones para contratar al practicante de la mencionada institución, lo cual no fue posible, y por ello, a la fecha no hubo más avance. De esta manera se evidencio la falta de planeación y controles en la actividad ya establecida en el Plan de Capacitación de la entidad. | | **5** | **Incumplimiento norma NTCGP ISO 9001:2015: En su numeral 5.1.1** en la norma Sistema de Gestión MIPG 1a dimensión talento humano y ambiente de control. Se evidenció incumplimiento en el procedimiento “Vinculación y Desvinculación” de acuerdo a la verificación que se realizó en las carpetas físicas de los funcionarios que se vincularon en la entidad en la vigencia del año 2022, se observó que no cuentan con todos sus soportes de vinculación, de acuerdo al procedimiento y conforme con el Artículo 6 de la Resolución No. 2346 de 2007 **(...)** | | **6** | **Incumplimiento norma NTCGP 9001:2015 NTCGP ISO 9001:2015: En su numeral 7.2 Competencia, literales a) y b).** Se evidencia la falta de controles y pericia por parte de los funcionarios que elaboraron, revisaron y firmaron los documentos y las Resoluciones en el momento de Vinculación de algunos funcionarios de la entidad en la vigencia año 2022. **(...)** | | **7** | **Incumplimiento norma NTCGP 9001:2015 en su numeral 9.1.3 Análisis y evaluación.** Se evidencio incumplimiento en el Plan de Acción para la vigencia del año 2022 el cual fue del 92%, debido a que en algunas actividades plasmadas para esa vigencia no se ejecutaron al 100%. **(…)** | | **Oportunidad de mejora** | | | **1** | **Incumplimiento norma NTCGP 9001:2015 en su numeral 7.5.3.2(...)** Se encontró que el proceso usa un formato diferente para el seguimiento de Incapacidades y existe uno registrado en la herramienta Isolucion de documentos maestros “FO-GTH-ADN-012 “del cual no contienen los mismos campos. | | **2** | **Incumplimiento norma NTCGP ISO 9001:2015 en su numeral 4.3 literal C.** Dentro del marco legal proferido por la Procuraduría General de la Nación “Guía para el Cumplimiento de Transparencia Activa de la Ley 1712 de 2014, según consulta en la página de la SSF **(...)** | | **3** | **Incumplimiento norma NTCGP ISO 9001:2015 en su numeral 6.1.1 literal C.** Teniendo en cuenta el índice de asistentes que culminaron el Plan Institucional de Capacitación en la vigencia del año 2022, se evidenció que solo un 34% de funcionarios de la entidad cumplieron satisfactoriamente el Plan de Capacitación a 31 de diciembre del 2022. Este hallazgo es reiterativo porque en vigencias anteriores se ha presentado y a la fecha no se han tomado las medidas correctivas para subsanar y replantear el cronograma de las actividades de cada capacitación programada, por parte del Grupo de Gestión de Talento Humano. **(...)** | | **4** | **Incumplimiento norma NTCGP ISO 9001:2015 en su numeral 4.4.2 literales a) y b)** De acuerdo a la revisión que se hizo a las incapacidades generadas por parte de los funcionarios de la entidad, podemos evidenciar que con referencia a accidentes de trabajo la información descrita en el Informe de Ausentismo enero – junio 2022, numeral 5.2 y los Indicadores de Gestión en el aplicativo de Isolucion (Frecuencia de Accidentes de Trabajo con Incapacidad) no corresponde ya que, el primero indica que hubo cero (0) incapacidades por accidente de trabajo y el segundo indica que, durante la vigencia 2022, se presentaron dos (2) accidentes de trabajo con incapacidad de los cuales, uno de ellos se presentó durante el primer semestre de 2022.**(...)** | | **Recomendaciones OCI** | | | Se recomienda dar cumplimiento y alcance a la planificación del Plan Institucional de Capacitación, en lo concerniente al programa de Bilingüismo aprobado, ya que es un hecho reiterativo toda vez que para la vigencia 2021 como para la vigencia de 2022 se evidencia que para realizar el programa se necesitaba contar con un prácticamente de idiomas, el cual no se pudo vincular a la entidad. | | | La oficina de control interno recomienda revisar el cronograma de actividades ejecutadas dentro del Plan de capacitación, para aumentar el índice de funcionarios participantes en las capacitaciones. | | | La oficina de control interno recomienda, tener encuentra dentro del procedimiento de vinculación y desvinculación dar cumplimiento a todos los requisitos de documentos y soportes debidamente foliados en las respectivas carpetas de cada funcionario de la entidad. | | | La oficina de control interno recomienda el mejor aprovechamiento de la herramienta NOVASOFT en toda la capacidad de los módulos adquiridos en donde los funcionarios puedan realizar las consultas de comprobantes de nómina, certificaciones laborales y seguimiento, conciliación de incapacidades y a su vez cuando se presente inconvenientes o fallas realizar el registro del requerimiento y hacer el seguimiento para que la solución al problema utilizando los medios que el proveedor ha dispuesto y verificar que los tiempos de solución a la misma sean los que se ha comprometido contractualmente. | | | Se recomienda dar cumplimiento a los Planes de Acción en las vigencias de acuerdo a las actividades propuestas, esto  con el fin de que no se materialicen los riesgos y que los controles sean más efectivos. | | | La oficina de control interno recomienda seguir generando y transmitiendo las capsulas o Tips con mensajes a para todos  los servidores públicos en el cumplimiento del decreto 1045 de 1978 Artículo 12. Del goce de vacaciones dado que ese es el espíritu y no generar acumulación de periodos de las mismas. | | | La oficina de control interno recomienda, tener más controles y evitar la materialización de riesgos de perdida de dinero  para la Superintendencia por falta de seguimiento en el cobro persuasivo de las incapacidades de acuerdo los tiempos que están establecidos en el procedimiento a fin de evitar pérdidas por el no reconocimiento de pago oportuno de las  EPS, ARL y AFP. | | | La oficina de control interno recomienda, la revisión del formato que actualmente usa para el seguimiento de las  incapacidades y que no es el mismo que está registrado en los documentos maestros con identificación  “FO-GTH-ADN-012”. | | | Referente a los planes de mejoramiento o hallazgos, la oficina de control interno evidenció, que se están suscribiendo  medidas de subsanación a las no conformidades encontradas en las auditorías realizadas, por lo tanto, esta oficina se permite recomendar que las acciones a tomar en estos planes de mejoramiento sean de subsanación, prevención y no reiteración en las falencias encontradas que llevan a la mejora continua del proceso y sus procedimientos. | | | 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. | |  |  |  | | --- | --- | | **No. 377 Planeación Institucional** | | | **Hallazgos** | | | **1** | **Norma NTC ISO 9001:2015 en el numeral 8.4.2 “Tipo y alcance del control”.** Se evidencio el incumplimiento de las condiciones del contrato en “Clausula Tercera, Obligaciones Específicas en el ítem Soporte y/o Asistencia Técnica: ANS (Acuerdos de niveles de servicios) de ISOLUCION”, el 46% de la muestra seleccionada es decir, en 13 casos no se cumplió con el ANS (acuerdos de niveles de servicios), para la mayor parte de los casos registrados durante la ejecución del contrato en donde el número de días hábiles para los Tipos de Caso con “Funcionalidad Secundaria con Error”, el contratista tiene establecido un “Tiempo de Solución” de “13 días hábiles” con una prioridad “MEDIA ALTA” y de acuerdo a lo reportado para estos casos superan más del 34 días hábiles en promedio. De igual forma se hace necesario determinar mejores controles correctivos que permitan atenuar las consecuencias de la materialización del riesgo, por no contar con las herramientas disponibles de conformidad con lo dispuesto en el Manual Institucional de Gestión Integral de Riesgo de la SSF que al respecto indica los controles “Seguimiento al uso de los módulos de las herramientas tecnológicas (Control de usabilidad de los módulos)”. | | **2** | **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 la oportunidad de mejora No. 777. Se evidencia cumplimiento del 50% sin eficacia, teniendo en cuenta que a la fecha del cierre de esta actividad no se efectuó la actualización de los procesos, PR-PCA-004 y PR-PIN-002, habiéndose dejado la Oportunidad de Mejora dentro de la Auditoria de la vigencia anterior. | | **3** | **Norma NTC ISO 9001:2015 en el Numeral 8.1., literal e), numeral 2.:** se observa incumplimientos en la supervisión de los contratos números 137/2022, 221/2022, 227/2022, 092/2022 y 126/2022, como se describió en el numeral 3.3. 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. | | **4** | **Norma NTC ISO 9001:2015 en el Numeral 8.2.3.1, literal d).:** se observa incumplimiento en la publicación del Mapa de Riesgos de Corrupción vigencia 2023 en la página web de la entidad o en un medio de fácil acceso al ciudadano, teniendo en cuenta lo contemplado el art. 2.1.4.8 del Decreto 1081/2015 a más tardar el 31 de enero de cada año. | | **Oportunidad de mejora** | | | **1** | **Norma NTC ISO 9001:2015 en el Numeral 8.1. literal e numeral 1.** Se evidencia dentro de los informes de actividades de los siguientes contratos 026 /2022, 126/2022, 137/2021 y 221/2022, que en los productos contratados dentro de las obligaciones específicas se contemplaban diferentes actividades para la elaboración del mapa de riesgos de gestión (definir, diseñar, actualizar, implementar y sensibilizar el mapa de riesgos de la SSF) en los informes de actividades se observa que presentó un borrador, donde se modificaban el número de riesgos a 41 y los controles 110, mapa de riesgos de gestión que se llevó al comité Institucional de Coordinación de Control Interno No 2 en fecha 20 diciembre 2022 y no se aprobó, por consiguiente no se implementó la actualización del mapa de riesgos de gestión en la Superintendencia de Subsidio Familiar. Lo anterior inobserva la falta de planificación en los entregables de los contratistas para que se cumpla lo proyectado en el objeto contractual dentro de la vigencia de la ejecución del contrato y darle así aplicación a los principios y fines de la contratación administrativa. Cabe aclarar que se observa en la página web de la entidad en la vigencia 2022 riesgos de gestión en el siguiente link <https://www.ssf.gov.co/web/guest/transparencia/planeacion/informe-de-gestion-de-la-entidad/gestion-de-riesgos/mapa-de-riesgo-de-gestion> Se observa la publicación del mapa de riesgos de gestión 2021 en fecha 28 de septiembre del 2022. | | **Recomendaciones OCI** | | | Se recomienda que el procedimiento Elaboración de Informes Internos y a Entes Externos (PR-PIN-EIEE-001). Se actualice en las actividades 2. 3 y 5. teniendo en cuenta que no se generan los documentos que indica el procedimiento en las actividades señaladas. | | | Se recomienda publicar el Mapa de Riesgos de Corrupción en la página web de la entidad o en un medio de fácil acceso al ciudadano, a más tardar el 31 de enero de cada año de acuerdo a lo contemplado el art. 2.1.4.8 del Decreto 1081/2015. | | | Se recomienda en los reportes de atención de casos Isolucion, se incluya la fecha y el tiempo de solución para cada cas o con el nivel de cumplimiento del ANS respectivo que está como obligación especifica en el contrato y en el reporte de atención de casos si en el bimestre no se dio la solución o quedo pendiente, se mencione en el siguiente periodo la fecha del cierre del mismo e indicar el tiempo de solución y el cumplimiento del ANS para cada uno. | | | Con base en la ejecución de los contratos de prestación de servicios profesionales celebrados en la vigencia 2022 para  la consecución de los productos establecidos en los procedimientos relacionados, (riesgos de gestión) entre otros, los cuales fueron gestionados de acuerdo con las necesidades identificadas por la Oficina Asesora de Planeación descrita en los estudios previos, y a quien le fue asignada la supervisión, se observaron entregables con actualizaciones, revisiones, análisis en temas que van enfocados al mejoramiento continuo del proceso, sin embargo, en el desarrollo de la presente auditoría se evidenció que no se están implementando al interior de la Entidad. Por consiguiente, se requiere de la toma de acciones por parte de la dependencia para la adopción, aprobación e implementación cumpliendo con la satisfacción de las necesidades identificadas. | | | La Oficina de Control Interno, recomienda corregir la numeración de las actividades el procedimiento “Recaudo Cuota de  Sostenimiento de la entidad”, se evidencia en la herramienta Isolucion en la consecución de la numeración en su última actividad se asignó el No. 8 y correspondía el número 10. | | | Se recomienda al proceso de Planeación Institucional, cumplir con las metas propuestas definidas en su ficha técnica para  el indicador No. 435 denominado “Efectividad de los controles de riesgos de gestión”, donde se evidencia que su medición no alcanzó la meta, por consiguiente, se debe hacer una socialización de los resultados de los indicadores con los diferentes procesos que no cumplen la meta y analizar los controles definidos para que sean efectivos. | | | 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. | | | 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. 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 primer 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