­­­

­­

**INFORME TRIMESTRAL**

**AUDITORÍAS INTERNAS**

**SEGUNDO (II) TRIMESTRE 2024**

Superintendencia del Subsidio Familiar

Oficina de Control Interno

05 de agosto de 2024

**SuperSubsidio**

Dirección: Carrera 69 No. 25B - 44. Pisos 3, 4 y 7

Edificio World Business Port

Conmutador: (+57) (601) 348 78 00

Línea Gratuita: (+57) 018000 910 110

Correo institucional: ssf@ssf.gov.co

­­

­­­



|  |  |
| --- | --- |
| **1. INFORMACIÓN GENERAL** | |
| 1.1 Fecha De Informe: | 05 de agosto de 2024 |
| **1.2 Periodo Evaluado:** | Segundo trimestre 2024 |
| 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, 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 2024. | |
| **3. ALCANCE**  Comprende el resultado de las auditorías que se llevaron a cabo en el segundo trimestre del año 2024. | |
| **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, en el marco de sus funciones la Oficina de Control Interno en el Rol de Evaluación y Seguimiento durante el segundo trimestre de 2024 se llevaron a cabo cinco (5) auditorías internas a los siguientes procesos: “*Interacción con el Ciudadano, Notificaciones y Certificaciones, Estudios Especiales y Evaluación de Proyectos, Gestión de Sistemas de Información y Control Legal de las CCF”.*  De igual forma, dando cumplimiento al Plan Anual de Auditorías, en el marco de sus funciones la Oficina de Control Interno en el Rol de Evaluación y Seguimiento se encuentran en desarrollo lasauditorías internas de los siguientes procesos: *Almacén e Inventarios y Visitas a Entes Vigilados.*  Las auditorías tuvieron como finalidad “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 2023.  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 las auditorias se desarrolló entre los meses de mayo y junio de 2024, 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** | | **397** | Interacción con el Ciudadano | 4/03/2024 | 8/04/2024 | 2 | 0 | | **398** | Notificaciones y Certificaciones | 12/03/2024 | 30/04/2024 | 1 | 0 | | **399** | Estudios Especiales y Evaluación de Proyectos | 16/05/2024 | 31/07/2024 | 3 | 0 | | **400** | Gestión de Sistemas de Información | 17/05/2024 | 2/08/2024 | 5 | 1 | | **401** | Control Legal de las CCF | 9/05/2024 | 25/07/2024 | 12 | 1 | | **TOTAL, HALLAZGOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA** | | | | **23** | **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. 397 Interacción con el Ciudadano** | | | **Hallazgos** | | | **1** | **Hallazgo No.926: NTC ISO 9001:2015 en el numeral 10.2.1: literal a) numeral 1). “tomar acciones para controlarla y corregirla”.** En la verificación del plan de mejoramiento del proceso Interacción con el Ciudadano del año 2023, se observó en el Hallazgo No. 863 que se encuentra Abierto, vencido, y pendiente de reformulación, toda vez que se evidenció que, a la fecha de compromiso de la actividad fue establecida por el proceso para el día 31 de diciembre del 2023, y donde se observó que no fue efectivo tener al 100% de todos los kioskos en funcionamiento dentro del término establecido, en la herramienta ISOLUCION. | | **2** | **Hallazgo No.927. NTC ISO 9001:2015 en el numeral 7.5.3.1 “La información documentada requerida por el SGC y por esta norma internacional se debe controlar para asegurarse de que: literal a)** esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite”. De conformidad a lo observado en el numeral 3.3 del presente informe, respecto a la ejecución contractual, en la plataforma Secop II, en la sección 7.” Ejecución del Contrato” se evidenció falta de tipo documental respecto a:  • Contenidos en informes de actividades que no guardan relación con el periodo registrado en los contratos: No.143-2023, No.217-2023. • Datos incompletos en formatos en los contratos: No.252-2023, No.257-2023  Conforme al manual de contratación de la entidad, “Título III, Interventoría y/o Supervisión de los contratos, numeral 8. Facultades y deberes generales del Supervisor o Interventor, numeral 8.5 Documentar en debida forma toda la ejecución del contrato o convenio, sobre el cual ejerza la supervisión o interventoría”. |  |  |  | | --- | --- | | **No. 398 Notificaciones y Certificaciones** | | | **Hallazgos** | | | **1** | **Hallazgo No.925. – NTC ISO 9001:2015, numeral 7.5.2., Creación y Actualización:**  Se reitera incumplimiento registrado en la oportunidad de mejora número 801, en el marco de la auditoría número 381 adelantada en el mes de junio de la vigencia 2023, al reiterarse errores en el diligenciamiento de la matriz de seguimiento notificaciones, evidenciando los siguientes errores de diligenciamiento:  I. Inobservancia de número expediente eSigna en las siguientes Resoluciones:  a. Resolución número 596 del 30 de junio de 2023.  b. Resolución número 764 del 07 de septiembre de 2023.  II. Números de expediente duplicados para dos Resoluciones diferentes:   1. Resoluciones 0472 y 0473 con igual número de expediente eSigna (1662/2023/PGEN). 2. Resoluciones 0605 y 0606 con igual número de expediente eSigna (1976/2023/PGEN). 3. Resoluciones 654 y 661 con igual número de expediente eSigna (2191/2023/PGEN), 4. Resoluciones 769 y 800 con igual número de expediente eSigna (2501/2023/PGEN). 5. Resoluciones 844 y 953 con igual número de expediente eSigna (2693/2023/PGEN). 6. Resoluciones 955 y 958 con igual número de expediente eSigna (2979/2023/PGEN), 7. Resoluciones 1095 y 1113 con igual número de expediente eSigna (3396/2023/PGEN). 8. Resoluciones 023 y 026 con igual número de expediente eSigna (106/2024/PGEN).   III. Números de expediente eSigna diligenciados en la matriz no corresponden al acto administrativo.   1. Resolución número 0392, con número de expediente diligenciado en la matriz 0392/2023/PGEN, erróneo. 2. Resolución número, 0472, con número de expediente eSigna diligenciado en la matriz 1662/2023/PGEN, erróneo. 3. Resolución número 0606, con número de expediente eSigna diligenciado en la matriz 1976/2023/PGEN, erróneo0 4. Resolución número 0661, con número de expediente eSigna diligenciado en la matriz 2191/2023/PGEN, erróneo. 5. Resolución número 0800, con número de expediente eSigna diligenciado en la matriz 2501/2023/PGEN erróneo. 6. Resolución número 0953, con número de expediente eSigna diligenciado en la matriz 2693/2023/PGEN, erróneo, 7. Resolución número 958 con número de expediente eSigna diligenciado en la matriz 2979/2023/PGEN, erróneo. 8. Resolución número 1095 con número de expediente eSigna diligenciado en la matriz 3396/2023/PGEN, erróneo. 9. Resolución número 0026 con número de expediente eSigna diligenciado en la matriz 106/2024/PGEN, erróneo.   IV. Por defecto, el diligenciamiento de la matriz señala en su sección “Proceso del Resuelve”, que todos los actos administrativos son escaneados y publicados en PDF en carpeta de información Institucional, característica que no se está cumpliendo, ya que en la misma se encuentran los actos administrativos de carácter general, más no particular. |  |  |  | | --- | --- | | **No. 399 Estudios Especiales y Evaluación de Proyectos** | | | **Hallazgos** | | | **1** | **Hallazgo No. 940: Incumplimiento norma NTC ISO 9001:2015 en su numeral 9.1. Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación:** Se evidencio incumplimiento en los Indicadores de Gestión. Para la vigencia del año 2023, la Oficina de Control Interno al realizar el seguimiento y verificación de cada uno de los indicadores de gestión, evidencio que dentro de los reportes encontrados en ISOLUCIÓN, el proceso de Estudios Especiales y Evaluación de Proyectos NO cumplió con la meta de medición fijada por el mismo proceso en dos (2) Indicadores de Gestión de frecuencia trimestral, los cuales hacen parte del seguimiento del III y IV trimestre de 2023. Como se pude evidenciar en el siguiente recuadro: | | **2** | **Hallazgo No. 941: 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 2024, que la fecha de inicio y la frecuencia de medición de las siguientes acciones, no coinciden:  - A1 “Elaborar estudios o investigaciones económicas, financieras, administrativas y de operaciones de los servicios y programas sociales de las CCF”  - A2 “Realizar servicios de asistencia en pro de aumentar el desarrollo de procesos de innovación aplicados al sistema del subsidio familiar”  - A3 “Implementar el banco de proyectos presentados por las cajas de compensación familiar”  - A4 “Diseñar metodologías para hacer evaluaciones de los programas y proyectos de las CCF”  - A7 Realizar visitas especiales de inspección, vigilancia y control a las cajas de compensación familiar que presentaron proyectos que según criterios de elección fueron priorizados para ser revisados  - A9 “Realizar un taller sobre lineamientos y/o directrices a las CCF”  Por lo anterior, teniendo en cuenta el espacio de seguimiento, entre fecha de inicio y frecuencia de medición, no se podrán llevar a cabo las mediciones correspondientes a su frecuencia de medición. Adicionalmente, no sería claro el cálculo del avance de las mismas, por consiguiente, se hace necesario revisar las fechas de inicio y frecuencia de medición de las acciones señaladas.  Asimismo, respecto a la acción A8 “Realizar seguimiento a la presentación y modificación de los LMI presentados por las CCF” en herramienta e-Flow se evidenció que está redactada de forma diferente (se anexa captura de pantalla).    Razón por la cual, la Oficina de Control Interno insta al proceso a tomar las acciones y planes de mejora referentes a los señalado en el Informe de Seguimiento Plan de Acción del I trimestre de 2024. | | **3** | **Hallazgo No. 942: CONTRATACIÓN Norma NTC ISO 9001:2015 en el numeral 7.5.3.1, literal a).** En la verificación documental de los contratos 171/2023 y 160/2024 respecto al Acta de Inicio se observó lo siguiente:  - En la plataforma SECOP II no se evidenció el Acta de Inicio del contrato 171/2023  - En el contrato 160/2024 se evidenció diferencia en la descripción del valor en letras del contrato, del Acta de Inicio.  Adicionalmente, respecto a los contratos 151/2023, 184/2024 y 207/2024 se evidenció el incumplimiento del numeral 2.2.3 Obligaciones Generales del Contratista, numeral 6 de los “Estudios Previos” en donde se señala “Entregar el certificado de transparencia”. |  |  |  | | --- | --- | | **No. 400 Gestión de Sistemas de Información** | | | **Hallazgos** | | | **1** | **Hallazgo No. 943. Incumplimiento a la Norma NTC ISO 9001:2015 en su numeral 7.1.3 Infraestructura la organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios: literal b) equipos, incluyendo hardware y software;** Se observó que después del incidente de seguridad presentado el día 27 de abril de 2024, con relación al acceso y disponibilidad de la herramienta de gestión documental “GTSS – Esigna”, con base a la respuesta dada por el proceso, a la fecha de elaboración de la presente auditoría, no permite a los demás procesos de la SSF, poder acceder a toda la información histórica que allí se tiene de la Superintendencia. | | **2** | **Hallazgo No. 944. Incumplimiento a la Norma NTC ISO 9001:2015 en su numeral 7.1.3 Infraestructura la organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios: literal d): tecnologías de la información y la comunicación**. Se observó el no cumplimiento relacionado “Transparencia y acceso a la Información pública”, con accesibilidad, disponibilidad de la página web, como se ha mencionado en los informes de seguimiento a la página web del IV trimestre del 2023, primer y segundo trimestre 2024. De acuerdo a la ley 1712 de 2014 artículo 8, decreto 1081 de 2015, artículos 2.1.1.2.2.1 y siguientes; Resolución 1519 de 2020 MinTIC, Anexo 1 y NTC 5854 de 2011. | | **3** | **Hallazgo No. 945: Incumplimiento norma NTC ISO 9001:2015 en el numeral 7.5.3.1, literal b)** esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad). Con respecto a lo evidenciado en la plataforma de Secop II, no se evidencia los “formatos de informe de actividades FO-CAD-013” para los siguientes contratos:  Contrato:  • 017-2023: No se evidenció para el mes de enero de 2023.  • 186-2023: Formato sin la estructura completa o campos sin diligenciar en los meses de marzo a julio de 2023.  • 304-2023: En el Secop, en la sección 7 ejecución de Contrato, No se observan los formatos de informe de supervisión de actividades, que se exige para cada pago.  • 023-2023: En el acta de inicio, en el campo de objeto del contrato, lo registrado allí no guarda relación con los estudios previos, ni como al contenido en el objeto del contrato 023-2023 dado que se registró datos relacionados, del objeto del Plan Anual de Adquisiciones con el ID-408, siendo la información correcta la que corresponde a la del ID-411.  • 023-2023: no están totalmente diligenciados todos los campos del formato como son: Informe Final de Supervisión: Código: FO-CAD-023, Formato de Evaluación de proveedor Código: FO-CAD-014 se observa campos faltantes como: Fecha de Evaluación y No de Evaluación.  Lo anterior, 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. | | **4** | **Hallazgo No. 946: Incumplimiento a la Norma NTC ISO 9001:2015 en el numeral 8.4.2 “Tipo y alcance del control”.** No se observan evidencias de la ejecución contractual en la supervisión del contrato del cumplimiento de la obligación No “7. Adelantar los cursos virtuales: Seguridad de la Información, DaVinci, GLPI, SIGER, SIMON, Sistema del Subsidio Familiar e intervención de las Cajas de Compensación Familiar, Reinducción Sistema del Subsidio Familiar, durante la vigencia del contrato.” De acuerdo a lo observado en el “Informe final de supervisión”: “Se realizaron los cursos DaVinci, SIGER, SIMON, Sistema del Subsidio Familiar e intervención de las Cajas de Compensación Familiar. Quedaron faltando 2 cursos (GLPI y Seguridad y privacidad de la información) que ya no están disponibles. Se envía y adjunta en evidencias los respectivos certificados.” Adicionalmente se evidencia el incumplimiento de la Obligación No “9. Diseñar y hacer seguimiento a indicadores aplicables en la dirección de proyectos de arquitectura empresarial en todas sus fases.” se observó en el “Informe Final de Supervisión” lo siguiente: “No efectuada. El trabajo se concentró en dar apoyo en el proyecto de analítica de Fonniñez”. De otro lado no se observa el certificado “Curso de “Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción”, Este Curso hace parte de la Estrategia de Conflicto de Interés, del Plan Nacional de Formación y Capacitación 2020 – 2030, y a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) de la Función Pública. 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. | | **5** | **Hallazgo No. 947. Norma NTC ISO 9001:2015 numeral 9.1.1 literal b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos.**  Como se evidenció en el Informe de Seguimiento al plan de acción, emitido por la Oficina de Control Interno correspondiente al IV Trimestre de 2023, para las acciones. A8. Entrega de servicios digitales a ciudadanos mediante implementación de servicios de consulta (FOSFEC WS de consulta), A9. Implementación de servicios de Carpeta ciudadana como repositorio PQRSF atendidos por la Entidad, A9 Implementar un proyecto de AE del portafolio de proyectos del ejercicio de AE 2023. En donde no se cumplieron las metas establecidas dentro del plan. | | **Oportunidad de mejora** | | | **1** | **Oportunidad de Mejora No. 817: Incumplimiento norma NTC ISO 9001:2015 en el numeral 7.5.2. Creación y Actualización Literal a):** En el procedimiento Gestión De Administración De Bases De Datos con Código: PR-GSI-030 versión 3. Se observa que para la actividad 2 Validar Capacidad tiene como salida el “Formato de monitoreo FOGSI-01”, así como también no se indica en la sección Formatos o Documentos relacionados, de otra parte no se encuentra en la herramienta de gestión de calidad “Isolucion” en listado maestro de documentos.  De la misma manera no se observa en el procedimiento “PR-GSI-015 GESTIÓN DE LA DISPONIBILIDAD” en su numeral “7. Formatos, dado que se indica que no aplican formatos pero en las actividades se describen que genera el “ANX-GSI-048” y tiene uso en actividades el anexo “ANX-GSI-046”. De acuerdo a la estructura de formatos para procedimiento, del sistema de gestión de la calidad. |  |  |  | | --- | --- | | **No. 401 Control Legal de Cajas de Compensación Familiar** | | | **Hallazgos** | | | **1** | **Hallazgo No. 928.- NTC ISO 9001:2015, numeral 4.4.1, literal a) determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas de estos procesos:** se evidenció en el procedimiento Registro de Libros (PR-CLC-016 versión 6) en el radicado No. 1-2023-001219 del 18/01/2023 remitido por COMFANDI, se observa que en el rotulo que insertó la SSF cuando recibió el documento, señala que se anexaron 625 folios, sin embargo dicha cifra no coincide con la respuesta generada por la delegada mediante radicado de salida No. 2-2023-008656 de 30/03/2023, ya que el número de folios registrados y sellados fue de un total de 724 folios.  Así mismo, tal como se enuncia en este informe en varias de las solicitudes de registros de libros elevadas por las CCF, se observa que en los rótulos que insertó la SSF cuando recibió el documento no se inserta el contenido de folios, ni tampoco de anexos, situación que contravía lo dispuesto en el Acuerdo 060 de 2001 del Archivo General de la Nación y por ende genera que la actividad 1 de tal procedimiento no se esté cumpliendo a cabalidad. | | **2** | **Hallazgo No. 929.- NTC ISO 9001:2015, numeral 4.4.1. literal g)** se verificó tal como se pormenorizó en este informe, que en las CCF de COMFACARTAGENA, COMFAGUAJIRA, COMFAMILIAR HUILA, COMFANARIÑO, COMFACA, COMFACESAR, COMFANORTE, los Agentes Especiales en diferentes oportunidades han vulnerado sus responsabilidades descritas en el numeral 5 del del título II y en el inciso segundo del numeral 8 del título IV ibidem, en lo relacionado con:  “(…)  “c. El Agente deberá conjuntamente con el equipo de apoyo rendir trimestralmente informe escrito a la Delegada para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales…  “(…)  “e. El Agente removido de su designación, deberá entregar informe detallado mediante acta al nuevo Agente, dentro de los quince (15) días siguientes a la expedición del acto administrativo. El empalme debe realizarse con la Delegad para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales…  “f. Cada vez que se produzca una nueva designación de Agente Especial, el archivo que se genere dentro de la medida cautelar deberá ser entregado por el Agente saliente al entrante mediante acta debidamente detallada, con la indicación de cada uno de los soportes que se entreguen. Copia del acta deberá remitirse a la Coordinación de Medidas Especiales junto con una copia de las resoluciones de agencia especial AEI, expedidas durante su gestión.  “8. VISITAS EN CUMPLIMIENTO DE LA MEDIDAD ESPECIAL  “(…)  “Las visitas de Agentes Especiales de Intervención y su grupo de apoyo deberá efectuarse por lo menos cada dos meses”.   Así mismo, dentro de dicho procedimiento se observó en los literal “d” y “j” del numeral 1 ibidem los cuales determinan que la medida de la vigilancia especial no puede ser superior a 12 meses y podrá ser prorrogada hasta por el mismo término, y que dicho acto administrativo debe ser notificado al director administrativo y comunicarse a los miembros principales del consejo directivo, al revisor fiscal, al Agente de Vigilancia Especial, y a su grupo de apoyo situación que se presentó con la CCF COMFACESAR  Además, se evidenció que respecto del PDM suscrito con ocasión de la imposición de intervención administrativa el inciso 2 del numeral 4 del título IV de la Resolución 629 de 2018 de la SSS, describe que el mismo debe ser remitido a la SDRAME en un término de quince (15) días hábiles contados a partir del fecha de la notificación que adopta la medida, sin embargo, dicho plazo fue excediendo en varias oportunidades como se puede evidencia en el las CCF de COMFACARTAGENA, COMFAGUAJIRA, COMFAMILIAR HUILA, COMFANARIÑO, COMFACA.  Se llevó a cabo la verificación y análisis del cumplimiento de las actividades documentadas en el procedimiento (PR-CLC-26), evidenciándose que el proceso no aportó todos los informes evaluativos (de seguimiento) por cada CCF con medida cautelar para el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 al 31 de marzo del 2024, dentro del término estipulado, tal como se explicó en el parte correspondiente de este informe, y relacionado con las CCF COMFACARTAGENA, COMFAGUAJIRA, COMFAMILIAR HUILA, y COMFANARIÑO. | | **3** | **Hallazgo No. 930.- NTC ISO 9001:2015, numeral 4.4.1, literal h, mejorar los procesos y el sistema de gestión de calidad:** se evidenció debilidad en los de procedimientos de Registro de Libros (PR-CLC-016 versión 6), Expedición de certificaciones de existencia y representación legal de las cajas de compensación familiar (PR-CLC-019 versión: 5) y PR-CLC-027 versión 7, Aprobación – improbación de las decisiones de las Asambleas toda vez que encuentra ausencia de términos entre actividad y actividad, situación que permite que se presenten una marcada línea de tiempo entre que la primera y la última actividad de los mismos que como se puede evidenciar en los acápites correspondientes de este informe, pueden pasar más de quince (15) días hábiles entre la solicitud inicial elevada ante esta Entidad y la resolución definitiva por parte de la SSF a la misma, término que al no encontrase en el procedimiento referido, debe ser contabilizado teniendo en cuenta aquel que la norma dispone para contestar las peticiones de carácter general (artículo 14 de la Ley 1755 de 2015). | | **4** | **Hallazgo No.931.- 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, con respecto al procedimiento PR-CLC-027 “Aprobación – Improbación de las decisiones de las Asambleas”, de acuerdo al numeral 3.1.1. Procedimiento Aprobación - Improbación de las Decisiones de las Asambleas (PR-CLC-027 versión 7), se observa:  - Caja de Compensación Familiar del Cauca “Comfacauca”, No se evidencia dentro del expediente físico entregado a OCI, actas de posesión de Revisor Fiscal Principal y Revisor Fiscal Suplente elegidos en acta de asamblea N° 58 y aprobados mediante Resolución 1100 del 20 de diciembre de 2023, además no se evidencia Certificado de Existencia y Representación Legal actualizado con las decisiones de elección de miembros de Consejo Directivo.  - Caja de Compensación Familiar del Huila, no se observa ejecutoria del Acto Administrativo.  - Caja de Compensación Familiar del Casanare “Comfacasanare”, no se evidencia certificado de Existencia y Representación Legal con las reformas de los Estatutos aprobadas mediante Resolución número 0016 del 04 de enero de 2024.  - Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca “Comfenalco Valle Delagente, no se evidencia de Existencia y Representación Legal con las actuaciones aprobadas en acto administrativo.  Con respecto al procedimiento PR-CLC-034 versión 1 Registro de nombramientos de Directores Administrativos de las Cajas de Compensación Familiar, se presentaron vacíos en los soportes de las siguientes CCF:  - Comfenalco Antioquia Resolución 1017 del 22 de noviembre de 2023.  - Caja de Compensación Familiar del Magdalena – Cajamag Resolución 0341 del 21 de abril de 2023  - Caja de Compensación Familiar Campesina "Comcaja" Caja de Compensación Familiar Campesina "Comcaja", Resolución 0379 del 02 de mayo de 2023Resolución 0360 del 25 de abril de 2023.  - Caja de Compensación Familiar de Nariño, Resolución 0658 del 31 de julio de 2023 y Resolución 0660 del 31 de julio de 2023.  - Caja de Compensación Familiar de Arauca "Comfiar", Resolución 0925 del 20 de octubre de 2023  - Caja de Compensación Familiar de Risaralda " Comfamiliar Risaralda", Resolución 0932 del 23 de octubre de 2023  - Caja de Compensación Familiar de la Guajira " ComfaGuajira", Resolución 1027 del 27 de noviembre de 2023  - Caja de Compensación Familiar Campesina "Comcaja", Resolución 0068 del 26 de enero de 2024  - Caja de Compensación Familiar de Córdoba "Comfacor", Resolución 0126 del 19 de febrero de 2024  - Caja de Compensación Familiar de Risaralda "Comfamiliar Risaralda", Resolución 0117 del 15 de febrero de 2024.  Por último, con respecto al procedimiento PR-CLC-013 versión 8, Registro de designación de consejeros directivos por trabajadores, se presentó incumplimiento de actividad 7 “Realizar la inscripción en la plataforma institucional”, no se evidenciaron los Certificados de Existencia y Representación Legal de las siguientes CCF: (Comfamiliar Risaralda, Combarranquilla, Cafasur, Comfacesar, Comfachocó, Comfatolima y Comfenalco Santander).  Con respecto al procedimiento PR-CLC-026 Medidas Cautelares se evidenció en la totalidad de los expedientes revisados que respecto a los actos administrativos que ordenaron o prorrogaron la medida cautelar no se realizó la publicación de los mismo en un diario oficial, desconociendo lo dispuesto en el literal “1” numeral “l” del título III, y el literal “q” del numeral “1” del título I de la Resolución 629 de 2018 de la SSF, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 65 de la Ley 1437 de 2011 modificada por el artículo 15 de la Ley 2080 de 2021.  Con respecto al procedimiento PR-CLC-034 versión 1 Registro de nombramientos de Directores Administrativos de las Cajas de Compensación Familiar, se presentaron vacíos en los soportes como se evidencia en el acápite correspondiente de este informe. Por último, con respecto al procedimiento PR-CLC-013 versión 8, Registro de designación de consejeros directivos por trabajadores, se presentó incumplimiento de actividad 7 “Realizar la inscripción en la plataforma institucional”, no se evidenciaron los Certificados de Existencia y Representación Legal de las CCF. | | **5** | **Hallazgo No. 932. Norma NTC ISO 9001:2015 numeral 6.1.1 literal c) y d** se reportaron por el proceso en los seguimientos a los riesgos de gestión correspondientes a los trimestres 2 y 4 de 2023, y I trimestre 2024, se señalaron dentro del informe en el numeral 3.2.2. Riesgos de gestión del proceso, con lo anterior se evidenció que se materializó el riesgo de gestión, a su vez se observa que el control establecido no fue efectivo ni eficaz, por consiguiente se hace necesario fortalecer el control de prevención documentado, así como determinar controles correctivos que permitan atenuar las consecuencias de la materialización del riesgo, de conformidad con lo dispuesto en el Manual Institucional de Gestión Integral de Riesgo de la SSF que al respecto indica que los controles detectivos “(…) están diseñados para detectar una posible materialización de un riesgo. Al permitir la detección oportuna de una materialización de un riesgo, estos controles mitigan los posibles impactos de las materializaciones y por ende disminuyen el nivel de impacto de estos.”. | | **6** | **Hallazgo No.933.- NTC ISO 9001:2015, numeral 7.1.5.1, literal a)** son apropiados para el tipo específico de actividades de seguimiento y medición realizadas con respecto al procedimiento PR-CLC-027 “Aprobación – Improbación de las decisiones de las Asambleas”, se observa inexactitud en las siguientes CCF:  - Caja de Compensación Familiar de Caldas “Confa”, en Resolución número 0526 del 08 de junio de 2023 en página 36 aparece el total de votos 1.771, y en asamblea el total de votos para dicho punto que hace referencia a la fijación de la cuantía hasta la cual puede contratar el Director Administrativo sin autorización del Consejo Directivo fue de 1.772. - Caja de Compensación Familiar del Putumayo, el Acta numero 47 no cuenta con el sello propio del libro de actas registrado ante la SSF. - Caja de Compensación Familiar Cartagena y Bolívar, en el documento "Por el cual se decide la solicitud de aprobación de las decisiones adoptadas en la Asamblea General Ordinaria de Afiliados del 9 de junio de 2023 y que constan en el Acta No. 24 de la Caja de Compensación Familiar de Cartagena y Bolívar - COMFAMILIAR", dentro de las observaciones realizadas por el profesional cita "No se recibieron poderes", sin embargo, al efectuar la revisión de los documentos allegados a la OCI, se evidencia copia del acta de visita o auditoría con la revisión de los poderes dando como resultado siete poderes hábiles y uno no hábil por no estar autenticado; por lo anterior, se evidencia error en el diligenciamiento de la evaluación por parte del profesional de registro y control. - Caja Santandereana de Subsidio Familiar “Cajasan”, dentro del cuerpo de la resolución número 1108 del 21 de diciembre de 2023, se describe en el orden del día en su punto 8. Propuesta honorarios miembros del Consejo Directivo y acorde a la asamblea se aprobó con 506 votos por el SI y 24 abstenciones. Sin embargo, dentro del punto 3. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO EN EL CASO CONCRETO, se evalúan  3.1. Análisis de la decisión de aprobación del orden del día  3.2. análisis de la designación de la comisión encargada de aprobar el acta de asamblea general en curso  3.3. Consideración y aprobación del balance general del ejercicio a diciembre 31 de 2022  3.4. Fijación de la cuantía hasta la cual puede contratar el Director Administrativo sin autorización del consejo directivo Por lo anterior, no se incluye dentro de las consideraciones del despacho la propuesta aprobada en asamblea de honorarios del consejo directivo.  - Caja de Compensación Familiar de Fenalco – ANDI Comfenalco Cartagena, la evaluación y recomendaciones a solicitud de aprobación de decisiones contenidas en Acta No 65 de "la Asamblea General Ordinaria de Afiliados del 28 de junio de 2023” no se encuentra firmada por la Superintendente Delegada para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales (E). - Caja de Compensación Familiar del Huila, el Acta numero 47 no cuenta con el sello propio del libro de actas registrado ante la SSF. - Caja de Compensación Familiar de Norte de Santander “Comfanorte”, dentro del documento de evaluación del profesional de Registro y Control dentro del punto 5. Análisis del acta propiamente dicha en el aspecto "El Director Administrativo envió copia del acta dentro de los quince (15) días siguientes al de la reunión, se evidencia que en las observaciones anotan que el director envío el acta dentro del plazo establecido por la ley, sin embargo, analizando la documentación allegada el envío del acta fue con 08 días hábiles de extemporaneidad, por lo anterior, la evaluación no se encuentra correctamente diligenciada. | | **7** | **Hallazgo No.934.- NTC ISO 9001:2015, numeral 7.5.1, literal b)** la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia el sistema de gestión de la calidad, con respecto al procedimiento PR-CLC- 027 “Aprobación – Improbación de las decisiones de las Asambleas”, se observa incumplimiento en la actividad 3 “Analizar la solicitud y los soportes remitidos. El profesional asignado realizará el análisis de la información allegada, para lo cual verifica los anexos adjuntos y validará la integralidad de la misma. En caso de que no se allegue la documentación, el profesional deberá elaborar oficio de requerimiento dirigido al solicitante, para que allegue la documentación. Una vez cuente con la documentación completa el profesional a cargo deberá emitir concepto sobre el cumplimiento de requisitos o no del Director Administrativo que pretende su aprobación”, de conformidad con el numeral 3.1.1. Procedimiento Aprobación - Improbación de las Decisiones de las Asambleas (PR-CLC-027 versión 7), En las siguientes Cajas de Compensación Familiar no se observó el concepto sobre el cumplimiento de requisitos de las siguientes CCF: (Confa, Comfacauca y Comfaboy).  En relación al procedimiento Medidas Cautelares PR-CLC-026 versión 5 y Resolución número 629 de 2018, se evidenció que en el caso de la designación del Agente Especial de las CCF COMFAGUAJIRA y COMFACA no se encontró documentado dicho proceso de conformidad con lo dispuesto en el numeral 2 del título IV la Resolución 629 de 2018. En lo referente a la Designación del Director Administrativo tampoco se vio el cumplimiento lo dispuesto en los artículos 6 y 7 del capítulo II de la Resolución 275 de 2022 de la SSF, en lo relacionado con la presentación ante el Superintendente del Subsidio Familiar de los tres candidatos por parte SSDRAME, y la aceptación del Director administrativo dentro de los cinco (5) días siguientes a su designación, respectivamente, situación que también se evidencia en las CCF COMFANARIÑO y ANTIOQUIA.  Así mismo, en dicho procedimiento se identificó en relación con el PDM la desobediencia al numeral 2 literales b del título III y al literal b del numeral 4 de la Resolución 629 de 2018 de la SSF, el cual dispone “(…) b. El PDM deberá ser aprobado por el consejo directivo en un término de ocho (08) días hábiles contados a partir de la fecha de la notificación de la resolución que adopta la medida”, pues no se evidenció con las CCF COMFANORTE, COMFACARTAGENA, COMFAGUAJIRA, COMFANARIÑO y ANTIOQUIA. Igualmente, se identificó dentro de la totalidad de las carpetas revisadas, con medidas cautelares de intervención total y parcial que no se cumple con la actividad 5 del procedimiento la cual determina que el SRSDRAME solicitará al secretario técnico del Comité de Dirección y Coordinación Institucional CDCI realizar la convocatoria del Comité, y socializar el informe integral a sus integrantes, para su conocimiento previo. | | **8** | **Hallazgo No.935.- NTC ISO 9001:2015, numeral 7.5.3.1, literal b)** esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad). con respecto al procedimiento PR-CLC-027 “Aprobación – Improbación de las decisiones de las Asambleas”, se observa:  - Caja de Compensación Familiar de Caldas “Confa” en acta de Asamblea faltan las hojas 002141 y 002142, dentro del libro de actas de la SSF.  - Caja de Compensación Familiar de Huila, dentro del expediente en la Resolución número 0004 del 02 de enero de 2024 falta las hojas 12 y 13. | | **9** | **Hallazgo No.936.- 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 “Responsabilidad Administrativas” en cuatro (4) investigaciones administrativas expedientes administrativos que se relacionan a continuación: Exp. No. 006/2022, Exp. No 024/2022, Exp. No 033/2022, Exp. No 004/2023, 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 números de expediente 017/2022, 021/2022, 018/2023 y 007/2023 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 para el pliego de cargos (Exp. Números 017/2022 y 021/2022), ii. Entre la presentación de los alegatos de conclusión y la emisión del Acto Administrativo que decide la investigación administrativa (Exp. No.018/2023-007/2023).  Con respecto al procedimiento PR-CLC-026 Medidas Cautelares se constató que los agentes especiales designados no están presentando las solicitudes de prórroga en el plazo establecido en el numeral 3 del título II de la Resolución 0629 de 2018, que indica: “Por lo menos con quince (15) días de antelación al vencimiento del plazo otorgado en el acto administrativo para la medida adoptada, el Agente designado deberá presentar un memorando al Superintendente del Subsidio Familiar con copia al Delegado para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales, solicitando la prórroga y justificando esta petición. (…)”, lo anterior teniendo en cuenta que dicha actividad se vio transgredida en las CCF COMFAMILIAR HUILA, COMFACESAR y COMFANORTE. | | **10** | **Hallazgo No.937.- NTC ISO 9001:2015, numeral 8.2.3.1, literal d)** los requisitos legales reglamentarios aplicables a los productos y servicios Con respecto al procedimiento PR-CLC- 027 “Aprobación – Improbación de las decisiones de las Asambleas”, dándole seguimiento a lo dispuesto en el Decreto 1072 de 2015, se evidencian debilidades en los expedientes objeto de auditoria, de acuerdo al numeral 3.1.1. Procedimiento Aprobación - Improbación de las Decisiones de las Asambleas (PR-CLC-027 versión 7), contenido en este informe. | | **11** | **Hallazgo No. 938. Norma NTC ISO 9001:2015 numeral 9.1.1 literal b)** los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos. Se evidenciaron falencias en los reportes de los indicadores de gestión de la vigencia 2023; indicador número 695 “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” no se encuentra ajustada la fórmula del indicador, de acuerdo a solicitudes plasmadas en los informes de seguimiento trimestral de la OCI; además, en el indicador número 337 “Certificados de Existencia y representación legal de las cajas de compensación familiar expedidos oportunamente” y 695 “Seguimiento a la gestión de los agentes especiales de vigilancia y de intervención de las Cajas de Compensación Familiar con medidas cautelares, de acuerdo a los términos establecidos en la normatividad vigente” no se cumplieron las metas establecidas dentro de la medición de los anteriores indicadores, como se evidenció en el Informe de Seguimiento a los Indicadores emitido por la Oficina de Control Interno correspondiente al III Trimestre de 2023. | | **12** | **Hallazgo No.939.- NTC ISO 9001:2015 numeral 10.2.1:** De los Planes de mejoramiento a la fecha se evidenció que el hallazgo (828) a la fecha se encuentra abierto vencido y pendiente de reformular resultado de la auditoría realizada en la vigencia 2023, la Oficina de Control Interno no puede cerrar en la plataforma Isolución el hallazgo relacionado anteriormente. Así mismo se evidencia 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, se siguen presentando situaciones similares. | | **Oportunidad de mejora** | | | **1** | **Oportunidad de Mejora No. 816.- 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” contrato número 035/2024, como se describió en el numeral 3.1.9. 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). |   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 Auditorías, para el segundo trimestre del año 2024.  Como se evidencia en los informes realizados de las auditorías internas, 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.  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 | |