

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO**ACTA N° 001**

FECHA: Bogotá, 22 de Marzo de 2018

HORA INICIO: 2:30 a.m.

HORA TERMINACIÓN: 5:00 p.m.

LUGAR: Despacho Superintendente.

PRESIDE: Dra. Martha Lucia Rodríguez Lozano – Secretaria General.

Asistentes:

Dr. Jhon Fredy González – Delegado del Superintendente y Superintendente Delegada para el Registro

Dr. Gustavo Enrique Aroca – Superintendente Delegado para el Notariado

Dra. Lina Marcela Mejía Álvarez – Jefe Oficina Asesora de Planeación

Dra. Beatriz Helena Galindo Lugo - Directora de Talento Humano

Dr. Jairo Iván Piñeres Rodríguez– Director Técnico de Registro

Dra. María Lourdes Castellanos Beltrán – Asesora Dirección Técnica de Registro

Dra. Ángela María Pantoja – Directora de Contratación

Dra. Daniela Andrade Valencia – Jefe Oficina Asesora Jurídica

Dra. María Elena Cardona Jaramillo - Jefe Oficina Atención al Ciudadano

Ingeniera. Luz Edith Florian Sánchez – Jefe Oficina de Tecnologías de la Información

Dra. Martha Rocio Lozano Rodríguez - Dirección Administrativa y Financiera

Dra. María Antonia Calderón - Dirección Administrativa y Financiera

Dr. Diego Enrique Corzo – Delegada para el Registro

Ingeniera. Yaneth Constanza Rincón Pulido – Oficina de Tecnologías de la Información

Dra. Nancy Cristina Mesa Arango – Dirección de Administración Notarial

Dr. Carlos Andrés Muñoz Patiño – Coordinador Gestión Documental

Dra. Nolmy Emith Fajardo Benítez – Delegada para el Notariado

Dr. John Jota Jaimes Carrillo - Director Regional Centro

Dra. Rita Cecilia Cotes Cotes – Jefe Oficina Control Interno

Dra. María Francisca Guevara Jiménez – Oficina Control Interno de Gestión

Dra. Marcela Vásquez Bonilla – Oficina Control Interno de Gestión

Dr. Daniel Jutinico Rodríguez – Oficina Control Interno de G

Invitados Asistentes por Videoconferencia:

Dr. Diego Salazar Saa-Director Regional Pacífica

Dr. Carlos Mario Orozco Valencia-Director Regional Andina

17 MAY 2018
9:20

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Verificación de Quórum.

La Doctora Martha Lucia Rodríguez, Secretaria General de la Superintendencia de Notariado y Registro, presidió el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se dio la bienvenida a los asistentes, siendo aproximadamente, las 2:30 p.m., y se procedió a verificar la asistencia de los miembros, contando con la existencia de quorum decisorio. Se anexa registro de asistencia de sus miembros, e invitados.

Posteriormente, la Secretaría Técnica del Comité, procedió a presentar la agenda a desarrollar, compuesta por los siguientes puntos:

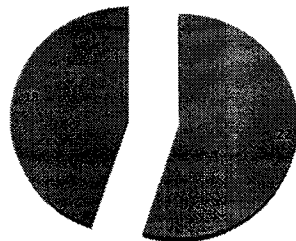
ORDEN DEL DÍA

1. Informe Programa de Auditorías Internas de Gestión y Calidad, Oficina de Control Interno, vigencia 2017
2. Informe Planes de Mejoramiento suscritos con la Contraloría General de la Republica
3. Informe de seguimiento al Plan de Mejoramiento Integral por Procesos
4. Informes de seguimiento y evaluación del tercer cuatrimestre de 2017
5. Programa de Auditoría vigencia 2018
6. Presentación Estrategia para el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno
7. Documentos para aprobación
8. Proposiciones y varios.

1. Informe Programa de Auditorías Internas de Gestión y Calidad, Oficina de Control Interno, vigencia 2017

Se presentó el estado del Programa de Auditorías de la vigencia 2017, indicando el número de auditorías de gestión y de calidad realizadas durante este periodo, así

PROGRAMA DE AUDITORÍAS VIGENCIA 2017



■ AUDITORIAS INTERNAS DE
GESTIÓN REALIZADAS

■ AUDITORIAS INTERNAS DE
CALIDAD REALIZADAS

Pendientes de Informe:

DE GESTIÓN:

- Inspección Vigilancia y Gestión Notarial
- Gestión Administrativa
- Orij Yopal
- Orij Sabanalarga
- Delegada de Tierras

DE CALIDAD:

- Orij Pereira
- Orij Cartagena
- Orij Puerto Carreño
- Orij Barranquilla
- Orij Manizales
- Orij Bogotá Sur
- Direccionamiento Estratégico
- Protección Restitución y Formalización de Tierras
- Gestión Administrativa
- Gestión Financiera

Veintidós (22) auditorías de gestión y dieciocho (18) auditorías internas de calidad ejecutadas.

Se precisó que actualmente se encuentran cinco (5) informes de auditorías de gestión y diez (10) informes de auditorías de calidad, que no han sido entregados, a pesar de haberse ejecutado, señalando que esta situación ha obedecido a que en las auditorías de calidad, algunos de los auditores son servidores que no están adscritos a la Oficina de Control Interno; en otros casos, faltan las firmas de los sujetos auditados. En cuanto a las auditorías de gestión, se explicó que existe personal en la OCI que se encuentra en proceso de reinducción, ya que hay servidores que no cuentan con la experiencia relacionada con las funciones del cargo y aún no tienen la habilidad y sienten temor de realizar auditorías, situación que es normal.

La Jefe de la Oficina de Control Interno, refiere que la norma señala que los auditores deben contar con unos atributos especiales e informa que se tiene previsto para el mes de abril de la presente vigencia, la entrega de estos informes finales.

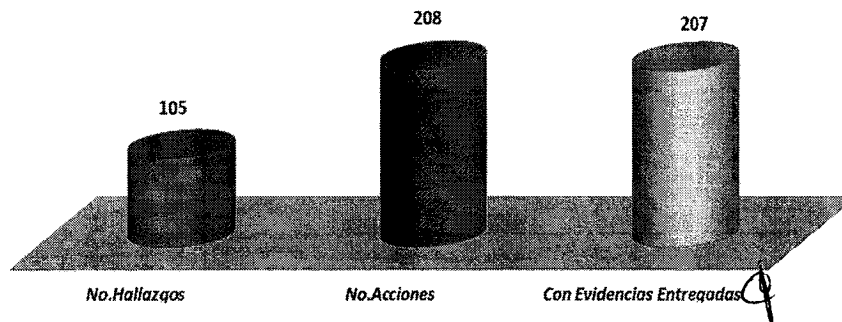
2. Informe Planes de Mejoramiento suscritos con la Contraloría General de la Republica

Se presentó la información reportada a la Contraloría General de la Republica, a través de la herramienta SIRECI, señalando que lo que allí se reporta, es solo el cumplimiento de las acciones, refiriendo que de acuerdo al seguimiento realizado, solamente hace falta el cumplimiento de una (1) acción, relacionada con un hallazgo en Facatativá, la cual se encuentra vencida e incumplida, como según se observa:

AVANCES EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA Y ACTIVIDADES REPORTADAS POR LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS EN EL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA.

El plan de mejoramiento contiene ciento cinco (105) hallazgos, a los cuales, la Superintendencia de Notariado y Registro concertó por intermedio de las dependencias responsables, un total de doscientos ocho (208) actividades, tendientes a eliminar las causas de los hallazgos.

Avance Alcanzado en el Plan de Mejoramiento CGR

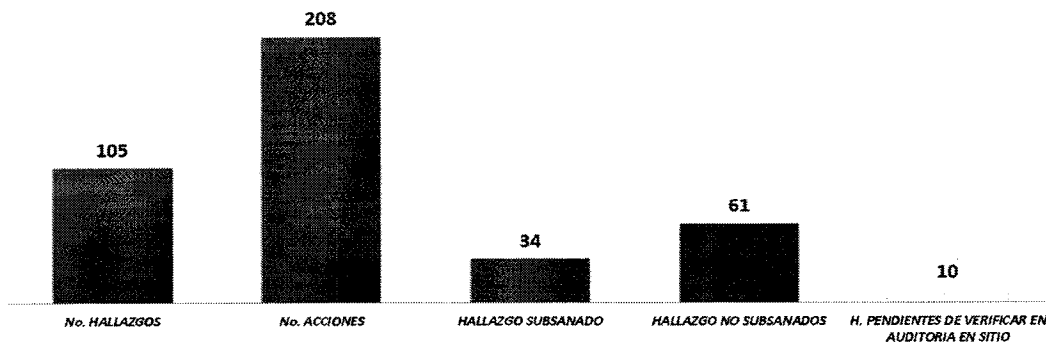


De igual manera, la Jefe de la Oficina de Control Interno, reiteró que se viene realizando evaluación de la efectividad de las acciones formuladas en los Planes de Mejoramiento, haciendo precisión de la diferencia que existe con la evaluación de eficacia, en la cual solamente se verifica el cumplimiento. Hizo hincapié sobre la evaluación de la efectividad indicando que es importante, ya que la Contraloría General de la Republica, el Departamento Administrativo de la Función Pública, Archivo General de Nación y todos los organismos de control, evalúan la efectividad.

Recalca que la evaluación de efectividad, está relacionada con la verificación del impacto; es decir, que tanto se subsanaron las causas que dieron origen a los hallazgos identificados.

En ese sentido, comunicó al comité el resultado de la evaluación de la efectividad realizada por la Oficina de Control Interno, con corte a 31 de diciembre de 2017, así:

**SEGUIMIENTO OCI A LA EFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES
HALLAZGOS CGR**



Explicó que la Superintendencia de Notariado y Registro, está cumpliendo con la ejecución de las acciones, pero éstas no están siendo efectivas para subsanar la causa – raíz de los hallazgos y en ese orden, se tiene solo un 58% de efectividad del Plan de Mejoramiento.

Se precisó que la Contraloría General de Republica, en la visita realizada en la vigencia 2017, evaluó el Plan de Mejoramiento, en relación con los hallazgos financieros, teniendo en cuenta que era una auditoría con enfoque financiero; señaló que en el informe de éste ente de control, indicó que no todos los hallazgos de la Superintendencia de Notariado y Registro, habían sido subsanados.

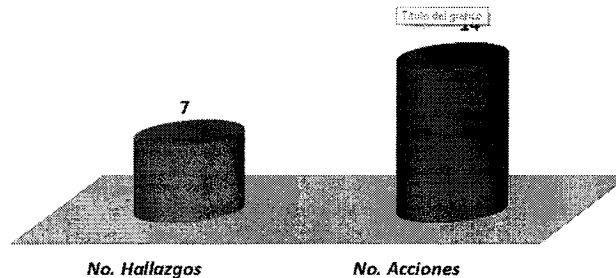
De acuerdo a lo explicado, la Jefe de Control Interno recomienda prestar atención a los informes de la Oficina de Control Interno, a fin de evitar que la Contraloría General de la Republica, detecte situaciones que puedan dar lugar a reportes a los demás organismos de control.

En ese sentido, se presentan los resultados de la auditoría realizada por la Contraloría General de la República en la vigencia 2017, así:

**Avance en el cumplimiento de las acciones de mejora para los 7 Hallazgos Financieros
Suscritos con la Contraloría General de la República**

El plan de mejoramiento producto de la Auditoría Financiera realizada por la CGR a la vigencia 2016, fue suscrito en el mes de Enero de 2018; contiene siete (7) hallazgos, a los cuales, la Superintendencia de Notariado y Registro concertó por intermedio de la Dirección Administrativa y Financiera, un total de catorce (14) actividades, tendientes a eliminar las causas de los hallazgos.

**Plan de Mejoramiento Suscrito CGR,
Vigencia Auditada 2016**



Se hace la aclaración que no se trata de un reporte de avance como tal; toda vez que, aún no se ha rendido el informe semestral, sino que obedece al resultado de la auditoría, en cuestión de hallazgos con la Contraloría.

La Jefe de la Oficina de Control Interno, presenta un cuadro comparativo entre lo reportado en el informe de la Contraloría y el análisis del informe realizado por la OCI, en el cual se evidencia que no existe claridad frente a los hallazgos subsanados por el ente de control, por cuanto lo verificado fueron las acciones y no los hallazgos, términos que son totalmente diferentes:

**EFFECTIVIDAD DEL PLAN DE MEJORAMIENTO VIGENCIAS ANTERIORES - DE ACUERDO CON LA EVALUACIÓN
REALIZADA POR LA C.G.R.**

EFFECTIVIDAD ESTABLECIDA POR LA C.G.R.	
No. HALLAZGOS VERIFICADOS POR LA C.G.R	41
No. ACCIONES VERIFICADAS POR LA C.G.R	52
No. HALLAZGOS SUBSANADOS	19
No. HALLAZGOS NO SUBSANADOS	22

REVISIÓN EFECTUADA POR LA OCI	
No. HALLAZGOS VERIFICADOS POR LA C.G.R.	29
No. ACCIONES VERIFICADAS POR LA C.G.R	40
No. ACCIONES EFECTIVAS	19
No. ACCIONES NO EFECTIVAS	21

Actualización que debe presentar la SNR al próximo 30 de junio de 2018, Suscribiendo nuevas acciones para los hallazgos No Subsanados - Avance en SIREC

La Jefe de la Oficina de Control Interno, informa que fue remitido a la Contraloría Delegada para el Sector Justicia, un oficio mediante el cual se solicitó la realización de una mesa de trabajo, para efectos de aclarar cuáles fueron los hallazgos subsanados. Indica que se encuentra pendiente de respuesta.

En este estado de la reunión, interviene la Dra. Martha Lucia Rodríguez (Secretaria General), para preguntar sobre la fecha de la reunión, a lo que la Jefe de Control Interno, responde que esta no puede ser después del 30 de junio de 2018, ya que se debe realizar el reporte semestral a la Contraloría.

De igual manera, interviene la Dra. Martha Lozano, para efectos de preguntar: Si una vez emitido el informe por la Contraloría General de la Republica, no se cuentan con unos términos para decir que el informe queda en firme? porque ahora la Contraloría va a pronunciarse diferente?.

La Jefe de Control Interno, aclara que lo que ha venido explicando, nada tiene que ver con el dictamen de los estados financieros, ya que esto es diferente a la evaluación del plan mejoramiento, la cual es un pronunciamiento sobre los hallazgos en sí. Indica que la Oficina de Control Interno no fue la Oficina enlace ante la Contraloría, ya que estuvo ajena a este ejercicio de auditoría; sin embargo, cuando tuvo acceso al informe, realizó el análisis y evidenció la situación planteada al comité. Informa que no se ha podido llevar a cabo la mesa de trabajo, por cuanto los auditores se encuentran dispersos, realizando auditoria en diferentes entidades, manifiesta tener todos los soportes de los correos que han sido enviados a la Contraloría y los recibidos, para efectos de cerrar el tema.

Invita a los de financiera para que se acerquen a la Oficina de Control Interno, a fin de que conozcan a fondo esta situación.

Frente al mismo tema, la Jefe de Control Interno llama la atención por el número de hallazgos sin subsanar (61), teniendo en cuenta que ya había sido informado éste resultado y la labor de los responsables de los procesos es revisar los hallazgos y las acciones y formular nuevas acciones que permitan subsanar las causas que los originaron.

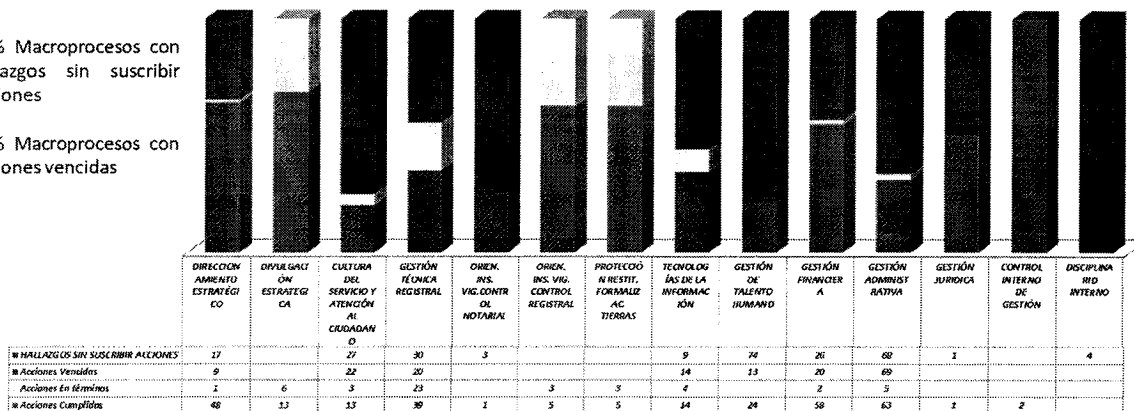
3. Informe de seguimiento Plan de Mejoramiento Integral por Procesos

Se ilustra sobre el Plan de Mejoramiento Integral, indicando que es aquel que se formula con ocasión de los resultados de las auditorías internas de gestión, los informes de evaluación y seguimiento que realiza la Oficina de Control Interno y los ejercicios de autoevaluación; señala que los resultados no son buenos como según se observa:

AVANCE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO INTEGRAL - VIGENCIAS 2016 - 2017

71% Macroprocesos con hallazgos sin suscribir acciones

50% Macroprocesos con acciones vencidas



Dic. 31 de 2017

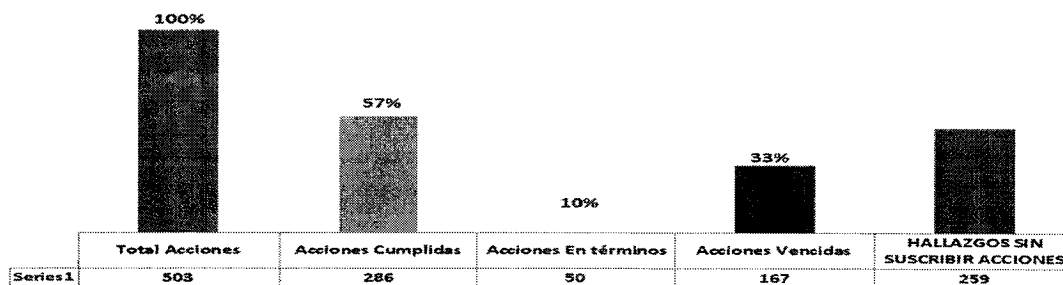
Se especifica que son catorce (14) macroprocesos, de los cuales diez (10) no han suscrito acciones para subsanar las no conformidades identificadas en los distintos informes.

En cuanto a las metas vencidas, se precisa que el 50% de los macroprocesos; es decir siete (7), tienen acciones vencidas en el Plan de Mejoramiento.

La Jefe de Control Interno, concluye que hay poca cultura del mejoramiento continuo en la Entidad, situación que puede generar que externamente la imagen de la Entidad no sea la mejor; precisa que además, que esta deficiencia es una situación que influye directamente en la materialización de los riesgos, los cuales han venido siendo identificados en los informes de Control Interno.

Informa que el Plan de Mejoramiento integral, actualmente cuenta con 503 acciones, de las cuales doscientos ochenta y seis (286) están cumplidas; cincuenta (50) se encuentran en términos y ciento sesenta y siete 167 se encuentran vencidas; en cuanto a los hallazgos sin suscribir acciones, refiere un numero de doscientos cincuenta y nueve (259), como se observa:

AVANCE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO INTEGRAL - VIGENCIAS 2016 - 2017



Por otra parte, la Jefe de la Oficina de Control Interno, recuerda a los integrantes del Comité el contenido de la Directiva Presidencial 01 de 2015, en la cual se da la directriz a los Jefes de las OCI, a reportar a la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la Republica, los posibles actos de corrupción e irregularidades, entre las cuales se encuentra el incumplimiento a los Planes de Mejoramiento. En este sentido les comunica que remitirá al señor Superintendente, la relación que se ha presentado en el comité, a fin de que sea él quien tome la decisión de reportar o no a la Oficina de Control Interno Disciplinario.

4. Informes de seguimiento y evaluación del tercer cuatrimestre de 2017

Se hace mención al primer informe, así: EAVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS

Se presenta la relación de funcionarios que fueron evaluados:


- Servidores públicos adscritos a los macro procesos nivel Central: Información registrada en el repositorio de evidencias en cumplimiento de las acciones planificadas, para el logro de las metas registradas en el Plan Anual de Gestión vigencia 2017
- Servidores públicos de las ORIP: PAG del Macro proceso Dirección Técnica Registral.
- Servidores públicos adscritos a la Secretaría General: acuerdos de gestión suscritos por el Secretario General.
- Servidores públicos adscritos a las Direcciones Regionales: Acuerdos de gestión suscritos por los Directores Regionales

Se relacionan los criterios tenidos en cuenta:

- Evidencias objetivas que deben estar cargadas en el repositorio de evidencias
- Correspondencia entre la evidencia y la unidad de medida registrada en el PAG.
- Coherencia entre el contenido de la información de las evidencias y la actividad planificada
- Cumplimiento de criterios instructivo Strategos

Se refieren las limitaciones:

- Falta de calidad de la información
- Inoportunidad de la información en el repositorio

Les comunica a los integrantes del comité, que en las evaluaciones que se harán en adelante, no se permitirá el cargue de los soportes fuera de los términos previstos, como sucedió con las evaluaciones realizadas en la vigencia 2017, en donde se validó información cargada extemporáneamente. Invita a los responsables de procesos a realizar los cargues oportunos, a realizar ejercicios de evaluación y seguimiento periódicos a los planes, a reformular si se requiere, de acuerdo a los lineamientos internos en el instructivo de Strategos. 

Manifiesta que en cuanto a la oportunidad en la entrega de la información, se han presentado muchas dificultades, las cuales han generado que los informes no se puedan emitir dentro de los términos y se ponga en riesgo el alcance de las auditorias, en este sentido, solicita respeto con los auditores, que se les entregue la información solicitada en términos de oportunidad y calidad, ya que se encuentran en el cumplimiento de sus funciones.

Le explica al comité que la Función Pública, a fin de evitar que esta situación se siga presentando, exigió la implementación de unos instrumentos de auditoria, dentro de los cuales se encuentra la carta de representación, a través de la cual los sujetos evaluados, se comprometen a entregar información oportuna, completa y con calidad.

Hace hincapié sobre la razón por la cual expone al comité este informe de evaluación y presenta para consideración de los responsables de proceso, algunos criterios para que sean tenidos en cuenta al momento de evaluar a los servidores de la Entidad, indicando que el objetivo es realizar una evaluación del desempeño laboral de los servidores públicos de la Superintendencia de Notariado y Registro (servidores de carrera administrativa, con nombramiento en provisionalidad y empleos temporales), mediante la aplicación de un instrumento diseñado por la entidad, que minimice el índice de subjetividad del evaluador y genere confianza al evaluado.

Relaciona las ventajas que traería la adopción de los mismos:

- Otorgar estímulos e incentivos, basados en evidencias claras
- Fortalecer las competencias laborales y comportamentales en los servidores públicos de la SNR
- Potenciar la sana competencia y competitividad en los servidores públicos de la SNR.
- Optimizar la prestación del servicio
- Impactar positivamente en la satisfacción del cliente externo

Resalta que fue una solicitud realizada por la Secretaria General, teniendo en cuenta las diferentes quejas que se han venido presentando, por falta de objetividad. Señala que la evaluación por dependencias, representa el 10% de la evaluación individual del desempeño y por esta razón también lo presenta al comité.

Aclara que los criterios fueron elaborados, teniendo en cuenta el formato dado por la Comisión Nacional del Servicio Civil, el cual fue adoptado por la Superintendencia; es decir, que cada criterio, permite evaluar la conducta asociada de cada competencia.

La Jefe de Control Interno, explica cada uno de los criterios que se presentan en el siguiente cuadro

ITEM	ASPECTO	%	INDICADOR	CRITERIO	PUNTAJE	METAS		
Compromisos Laborales	Calidad y Oportunidad del Producto	60	Eficiencia	Entrega los productos a tiempo	12	100% -90%	90%-80%	<80%
			Eficacia	Cumple con el Cronograma POA Personal	34	12	9,6	0
			Efectividad	Entrega los productos con calidad (Producto No Conforme)	12	100% -90%	90%-80%	<80%
					12	9,6	0	
Competencias Comportamentales	Compromisos	40	Eficiencia	Cumple con el horario	20	<= 3 incumplimientos injustificados al horario de ingreso	<= 4 incumplimientos injustificados al horario de ingreso	>4 incumplimientos injustificados al horario de ingreso
			Efectividad	Sanciones Disciplinarias	20	20	15	0
						0 Sanciones	>0	0
						20	0	0

COMPETENCIAS LABORALES

1er rango de las metas: Se asigna el mayor puntaje si el cumplimiento del criterio es igual o mayor al 90%
 2do rango de las metas: Se asigna el 80% del mayor puntaje, si el cumplimiento del criterio se encuentra en el rango 90- 80
 3er rango de las metas: Si el cumplimiento del criterio es menor que el 80%, no se asigna puntaje

COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES

1er rango de las metas: Cumplimiento del Horario: Se asigna el mayor puntaje si el cumplimiento del criterio es igual o mayor al 90%
 2do rango de las metas: Sanciones Disciplinarias: Se asigna 15 puntos si se incumple el criterio hasta 4
 3er rango de las metas: Si el cumplimiento del criterio es menor es mayor a 4, no se asigna puntaje

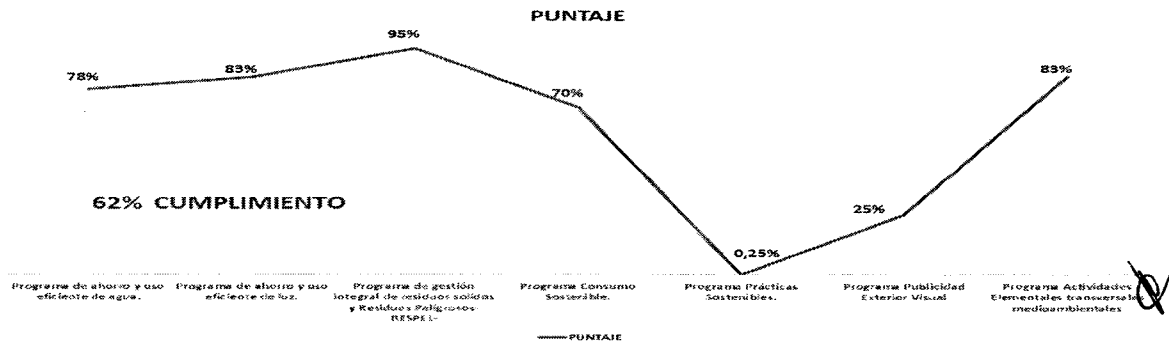
En virtud de la explicación, recomienda a la Oficina Asesora de Planeación la caracterización de los productos de todos los procesos, a fin de que se pueda establecer cuál es el producto no conforme; entretanto, sugiere que se tenga en cuenta el número de devoluciones con observaciones.

Informa que la Oficina de Control Interno, ya puso en práctica los criterios presentados al comité, ya que no se apartan de la norma y los lineamientos dados por la Comisión Nacional del Servicio Civil y espera que sea una decisión que tome la Alta Dirección.

Informe de Seguimiento al Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA

Se indica que al cierre de la vigencia 2017, el Plan tiene un porcentaje de cumplimiento del 62%, llama la atención frente a la cobertura, para efectos de dar cumplimiento, ya que la Entidad cuenta con ciento noventa y cinco (195) oficinas de registro y el cumplimiento de éste, impacta en el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.

INFORME DE SEGUIMIENTO AL PIGA



Concluye que existen varios programas en los que se está cumpliendo con las actividades, pero se está generando poco impacto en relación con el objetivo de cada uno de éstos programas, que tienen que ver con el ahorro del agua, papel, luz, entre otros; recomienda que se formulen indicadores de efectividad, para efectos de medir que tanto de lo que se está haciendo está permitiendo el cumplimiento de los objetivos.

Informe de Seguimiento a la Ley de Transparencia

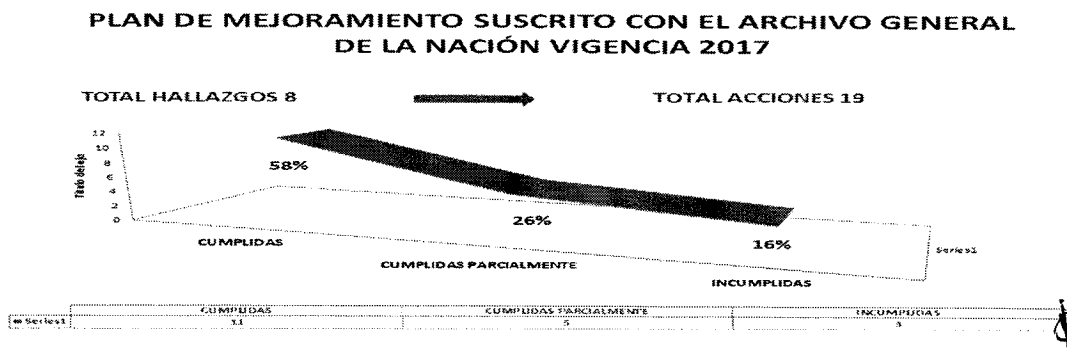
Menciona el cronograma que se elaboró por parte de la Entidad, a través de la Oficina Asesora de Planeación, el cual alcanzó un cumplimiento del 96%, y muestra los resultados con respecto a las vigencias anteriores desde 2013, así:



Explica que el cronograma se planteó conforme a la matriz que maneja la Procuraduría General de la Nación, recomienda diseñar un plan o cronograma con el que se dé continuidad y se trabajen los temas que quedaron pendientes, de los cuales ya tiene conocimiento la Oficina Asesora de Planeación; de igual manera, recomienda que se realice seguimiento y control a la calidad de la información que se publica en la página web de la Entidad.

Informe del Plan de Mejoramiento suscrito con el Archivo General de la Nación

Se informa que el porcentaje de cumplimiento con corte a 31 de diciembre de 2017, fue de 58%; cuenta con ocho (8) hallazgos y un total de diecinueve (19) acciones, de las cuales once (11) fueron cumplidas, cinco (5) se cumplieron parcialmente y tres (3) se incumplieron, como se observa:

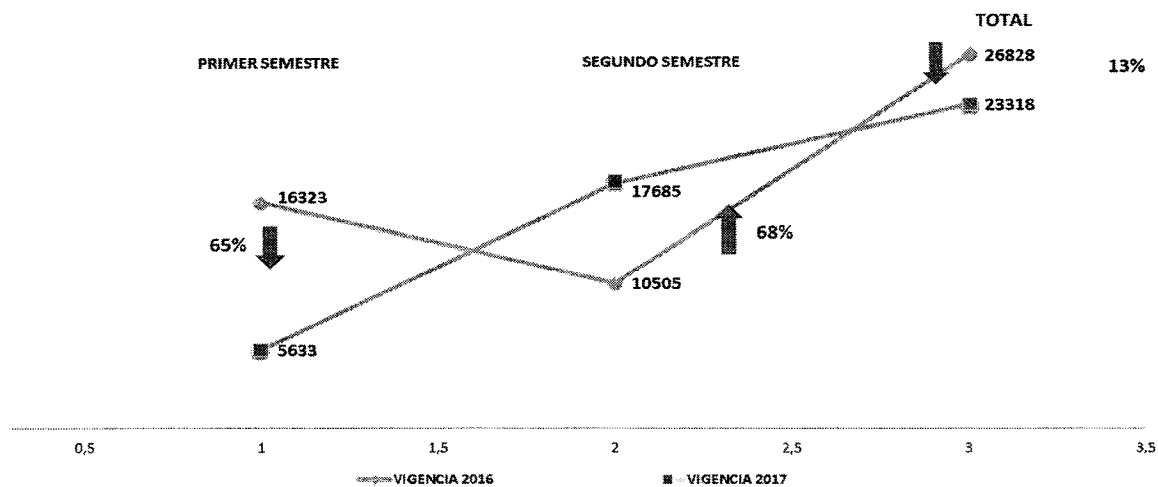


Se indica que éste plan obedece a la visita de inspección realizada por el Archivo General de la Nación en el año 2015, en donde el último plazo para dar cumplimiento en su totalidad al Plan, era el año 2017, sobre lo cual la Jefe de la Oficina de Control Interno, llama la atención por el bajo porcentaje de cumplimiento que alcanzó, teniendo en cuenta que las acciones incumplidas son las de alto impacto frente a la misión de la Entidad y advierte que de continuar así, podrán venir sanciones para la Entidad.

Informe de Seguimiento a las PQRSD, segundo semestre 2017

Se presenta la comparación entre las vigencias 2016 y 2017, así:

INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS PQRSD SEGUNDO SEMESTRE 2017

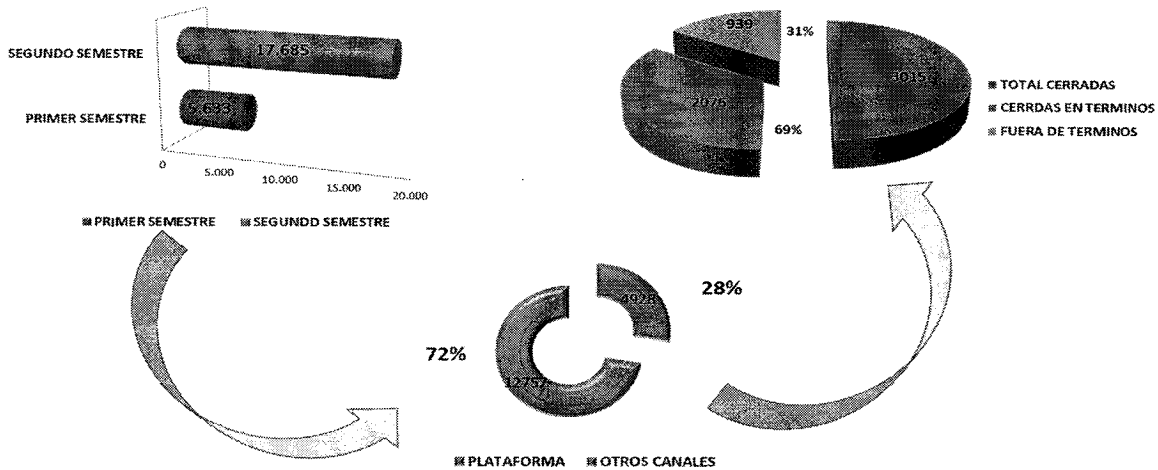


Se indica que a pesar que hubo una disminución del 13%, frente a la anterior vigencia, en el segundo semestre de 2017, se observa un incremento representativo del 68%.

Explica que de las 17.685 quejas que ingresaron a la Entidad durante el segundo semestre de 2017, solamente el 28% de estas; es decir, 4.928, ingresaron a través del Certigestor y el 72% restante, correspondiente a 12.757, ingresaron por medio de los demás canales con que cuenta la Entidad.

En ese orden, solamente se presentan los datos de la plataforma, por cuanto son los que cuentan con menos margen de error; así es que, de las 4.928, el total de peticiones cerradas fue 3.015, de las cuales 939, se cerraron dentro de los términos y 2.076 fuera de términos.

INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS PQRS SEGUNDO SEMESTRE 2017



La Jefe de la Oficina de Control Interno, menciona el objetivo y finalidad de la adquisición de la herramienta Certigestor, indicando que lo que se pretendía era la centralización y manejo de todas PQRS, a fin de garantizar un mejor seguimiento y control, objetivo que no se está cumpliendo, ya que de acuerdo a lo informado en el comité, el porcentaje de PQRS, que ingresa a través de esta plataforma es mínimo y el margen de error frente a la información de los otros canales, es bastante alto.

Insta a que se emprendan acciones encaminadas a establecer el porqué son las quejas de los usuarios, a fin de tomar decisiones orientadas a tacer las causas generadoras, y recuerda a los integrantes del comité, que el Certigestor es una herramienta que le costó recursos a la Entidad y actualmente está siendo subutilizada.

Toma la palabra la Dra. María Elena Cardona Jaramillo - Jefe de la Oficina de Atención al Ciudadano, para señalar que cree que no existe una herramienta que integre todos los canales de comunicación que tiene la Entidad, ni aun la que se está desarrollando; de acuerdo a la reunión que tuvo con el Ministerio y otras entidades, no es posible integrar el canal telefónico y el correo electrónico.

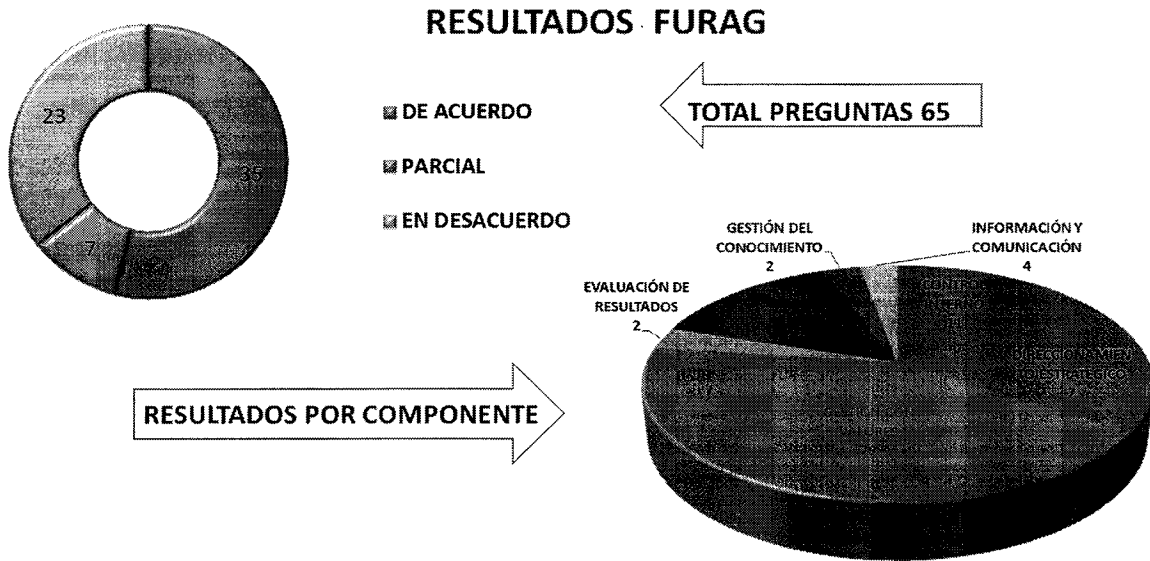
En este sentido la Jefe de Control Interno, indica que es necesario que al interior de la Entidad, se genere cultura frente al manejo de la plataforma, teniendo en cuenta que el gestor documental (iris documental), no está integrado con el Certigestor y no todas las oficinas de registro cuentan con Iris Documental. Advierte que por casos similares, en otras entidades se han abierto procesos fiscales, los cuales se pueden evitar.

Resultados FURAG

Se inicia explicando que en el mes de noviembre de 2017, las Oficinas Asesoras de Planeación y Oficinas de Control Interno de las Entidades del orden nacional, tenían la tarea de evaluar el FURAG, el cual es básicamente el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, alineado con el Sistema de Control Interno, con el propósito de tener una línea

base para el desarrollo de la segunda versión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

En ese orden, los resultados se presentaron en la siguiente grafica:



Se indica que de acuerdo a los resultados, existen treinta (30) aspectos sobre los cuales deben formularse acciones de mejora.

En cuanto al ejercicio del autodiagnóstico, menciona que el resultado del FURAG debe ser tenido en cuenta, ya que el nuevo modelo de gestión y planeación, es el que marca la línea estratégica en adelante para las entidades del estado, por lo que es necesario prestarle mucha atención. Reitera que es de obligatorio cumplimiento y que debe realizarse conscientemente.

Informe de la Gestión del Riesgo

Se explicó cada una de las etapas de la administración del riesgo, desde la identificación, señalando los responsables en cada una de estas, resaltando la obligación sobre la evaluación institucional que debe realizar la Oficina Asesora de Planeación. Se refiere que las mayores deficiencias se presentan en la ejecución de las acciones, en la implementación de los controles y en el seguimiento y monitoreo de los riesgos por parte de los líderes de proceso.

Menciona que a pesar que la Oficina Asesora de Planeación, no ha realizado la evaluación institucional, ha venido trabajando en aspectos importantes como la actualización de la metodología y otras acciones de mejora, con base en las recomendaciones que ha presentado la Oficina de Control Interno.

Comunica a los integrantes del Comité, que en los informes de la Oficina de Control Interno, se han venido identificando riesgos y presenta algunos, así:

PROPUESTA DE IDENTIFICACIÓN DE NUEVOS RIESGOS

Utilización de información privilegiada para beneficio propio o de un tercero

Inadecuada liquidación de las tarifas registrales

- **Dirección Técnica de Registro**

Pérdida o deterioro de los bienes de la SNR

Pago de lo no debido

- **Gestión Administrativa**

El contenido del plan de capacitación, no se ajuste a las necesidades reales de los funcionarios de la entidad.

Errores en la liquidación de la nómina

Pérdida o alteración de la documentación contenida en las historias laborales de los funcionarios.

Inoportunidad de la atención y solución a las quejas por acoso laboral presentadas por los funcionarios de la SNR

No trasladar o dar traslado inoportuno a la Procuraduría de las quejas cuando las diligencias de conciliación resulten fallidas


- **Gestión Humana**

Se recomienda que estos riesgos sean incluidos en el Mapa de Riesgos de los procesos.

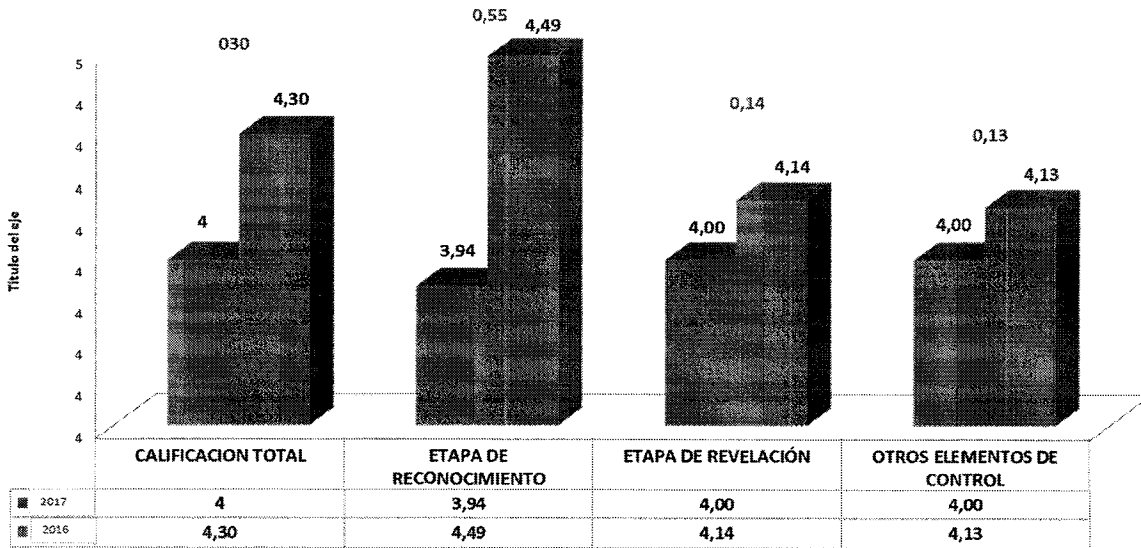
Informe Control Interno Contable

La jefe de la Oficina de Control Interno, solicita que una vez se explique lo general de éste informe, sean los contadores de la OCI quienes entren a explicar los resultados de la evaluación realizada.

De acuerdo a lo anterior, cita el resultado de la evaluación anterior (2016) el cual fue de 4.30 y el de la presente evaluación (2017), el cual es de 4; le indica al comité que se entregará un informe detallado, informando en donde se evidenciaron las deficiencias que dieron lugar a que la calificación fuera menor a la del año pasado.

Muestra los resultados en la siguiente gráfica 

INFORME CONTROL INTERNO CONTABLE



Toma la palabra la Dra. María Francisca Guevara – Profesional de la Oficina de Control Interno, para explicar que la evaluación se realizó con base en las evidencias de toda la vigencia, por tratarse de un informe anual; precisa que en el informe se presentó una variación del 0.30, con respecto a la vigencia 2016, a pesar de que la Entidad viene trabajando.

Relaciona las situaciones que dieron lugar a la calificación e indica que persisten diferencias en propiedad planta y equipo, en el consolidado de ingresos por oficina de registro y en el registro de las cuentas por pagar de los servicios profesionales; asimismo, refiere que existen deficiencias en la aplicación de las políticas y menciona el tema de legalización de viáticos, en donde aún existen viáticos pendientes de legalizar desde la vigencia 2014; de igual manera, señala que existen deficiencias en las notas explicativas, en el reporte de las variaciones significativas a través del Chip, en las operaciones recíprocas, en los saldos negativos y en la publicación de la información contable.

En este estado de la reunión, la Jefe de la Oficina de Control Interno da la palabra a los integrantes del comité que quieran realizar alguna pregunta; la Dra. Yolanda Rodríguez Roldan - Coordinadora del Grupo de Contabilidad y Costos, toma la palabra para indicar que si bien es cierto, en la Evaluación del Sistema de Control Interno Contable, se encontraron algunas deficiencias, le gustaría que en la medida de lo posible se dieran a conocer con anterioridad, a fin de que en el transcurso del año se puedan subsanar.

Menciona que la Dirección Financiera, presentó un alcance a la Oficina de Control Interno a éste informe, en el cual se hicieron algunas precisiones frente a cada una de las observaciones que se dieron a conocer, las cuales fueron muy generales. Indica que le gustaría conocer con más detalle el tema de los ingresos, la publicación de los estados financieros, ya que estos vienen publicándose de forma permanente y en la página

trimestralmente, refiere que la Entidad viene preparándose en las normas internacionales ya que estas si obligan a la presentación de balances mensuales.

En cuanto a las diferencias por concepto de propiedad, planta y equipo, menciona que se presentaron diferencias con las regionales y oficinas de registro, por lo cual se decidió que a través de dos (2) personas, se realizara la conciliación a nivel nacional, actualmente se le está haciendo seguimiento a las diferencias encontradas.

En relación a las cuentas por pagar, menciona que el Iris Documental es la herramienta a través de la cual éstas se remiten; no obstante, en el proceso de pago entran varios grupos a intervenir (Presupuesto, Tesorería, Contabilidad), los cuales pueden identificar la falta de algún documento para la realización del pago, razón por la cual menciona que es importante se conozcan con claridad en donde se encontraron las deficiencias.

Finaliza la intervención la Dra. Yolanda Roldan y toma la palabra la Jefe de la Oficina de Control Interno, para aprovechar la oportunidad y felicitar a la Dirección Financiera por el trabajo adelantado con el ajuste de las políticas y por los puntos de control que aplican, para tener el control de una entidad tan grande; señala que es normal que se escapen algunos puntos de control.

Prosigue con una breve explicación de la labor que realiza el contador en una Entidad y recomienda leer detenidamente el informe que les será entregado, en el cual se encuentran algunas recomendaciones puntuales. De igual manera, recomienda fortalecer los controles en el tema de propiedad planta y equipo, teniendo en cuenta que se trata de la cuenta más significativa de la Entidad.

Menciona que en las auditorías realizadas a las Oficinas de Registro, se han encontrado grandes diferencias entre el inventario físico y el que se encuentra en la herramienta Holística, refiere otra de las situaciones como es el cargue de inventarios a los servidores que no deben, por lo que se requiere realizar control con esta herramienta.

Recomienda aprovechar la entrada de las Normas Internacionales, para efectos de limpiar los estados financieros y reitera la colaboración de la Oficina de Control Interno para lo que se requiera.

Informa al Comité que en la presente vigencia, se pretende realizar un informe de Control Interno Contable semestral, a fin de generar las alertas tempranas y que se tomen las acciones pertinentes, solicita que se tenga consideración frente a dicho informe semestral, ya que se hará bajo las nuevas Normas Internacionales.

Por su parte, toma la palabra el Director Regional Centro, señalando que observa la preocupación frente al tema de las PQRSD, teniendo en cuenta que la Entidad está llamada a darle respuesta oportuna a estas, indica que se están capacitando a los servidores de la regional, para que le hagan seguimiento a las entradas de PQRSD de sus oficinas de registro.

Precisa que si existen herramientas que permiten canalizar todas las entradas de PQRD, que se reciben a través de los distintos canales, menciona la experiencia de la Unidad de

Victimas, en donde el número de quejas ascendía a ocho millones. Señala que el ejercicio debe iniciarse desde la entrada, en donde se estandaricen las PQRSD; asimismo, recalca que la Entidad debe darle las herramientas necesarias a las oficinas de registro, ya que no se trata de requerirlas solamente a través de la Dirección Regional, y se permite ofrecer la asesoría de un grupo de personas que pueden guiar a la Entidad en este tema.

Interviene la Jefe de la Oficina de Control Interno, para informar que en las visitas realizadas a varias oficinas de registro, se ha observado que no se hace uso del Certigestor a pesar de contar con los equipos.

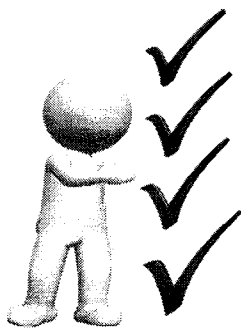
Por otra parte, hace mención de la calidad de la respuesta que se está dando a los peticionarios y el lenguaje que se está empleando por la Entidad, e indica que este tema se desarrolla más en el informe de seguimiento a las PQRSD.

Programa de auditoría para la vigencia 2018.

La Jefe de Control Interno, indica que el programa de auditoría es con enfoque basado en riesgos, explica que el número de auditorías para la vigencia 2018, se ha reducido en un 50%, en relación con el año 2017, basados en la política de austeridad en el gasto y un ejercicio de autoevaluación realizado por la OCI, en el que se pretende trabajar las causas que están generando la entrega inoportuna de los informes, teniendo en cuenta que son muchos los informes y en oportunidades el personal se hace insuficiente para el efecto.

Presenta la priorización realizada por la OCI y los criterios, así:

PROGRAMA DE AUDITORÍA 2018 CON ENFOQUE BASADO EN RIESGOS



CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

- Orips con mayor número de PQR, durante la vigencia 2017
- Orips no auditadas durante los últimos cuatro (4) años
- Tipo de riesgo que enfrentan las Orips y Macroprocesos

Oficina de Registro	Fecha Inicio Auditoría	Fecha Fin Auditoría
Santa Rosa de Osos	21/05/2018	25/05/2018
Puerto López	13/08/2018	17/08/2018
Barichara	08/10/2018	12/10/2018
Cartagena	09/06/2018	13/06/2018
Jericó	25/06/2018	29/06/2018
Caucasia	27/08/2018	31/08/2018
Puerto Inírida	08/10/2018	12/10/2018
Bogotá Sur	24/09/2018	28/09/2018
Regional Andina	19/11/2018	23/11/2018
Regional Caribe	07/05/2018	11/05/2018
Regional Pacífico	22/10/2018	26/10/2018
Regional Orinoquia	30/07/2018	03/08/2018
Orientación, Inspección, Vigilancia y Control Registral	JUNIO	JULIO
Gestión Financiera	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Gestión Jurídica	OCTUBRE	NOVIEMBRE

La Jefe de Control Interno, aclara que en el programa de auditoría no se encuentran incluidas las auditorías de calidad, por cuanto se está a la espera de la determinación que se tome por parte de la Alta Dirección sobre el tema, ya que actualmente es facultativo que se realicen o no; sin embargo, precisa que la Oficina de Control Interno, es partidaria que se sigan realizando estas auditorías, en cuanto a los recursos, solicita a la Secretaria General que éstos se garanticen para llevar a cabo el programa de auditoría.

Puesto en consideración el Programa de Auditoría, se pregunta a los miembros del comité, si están de acuerdo y lo aprueban a lo cual todos manifiestan su conformidad.

Interviene la Jefe de la Oficina de Atención al Ciudadano, para preguntar si la Regional Centro no será auditada y la Jefe de Control Interno, expresa que por descuido no fue incluida, pero que se incluirá dentro del programa.

Estrategia para el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno

La Jefe de la Oficina de Control Interno, con base en el rol que le asiste, presenta al Comité la estrategia para el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno, indicando que en el año 2017, se ejecutó una estrategia de asesoría y acompañamiento y de fomento de la cultura autocontrol, en donde se dictaron unas capacitaciones, indica que este año se pretende realizar, a partir de las oportunidades de mejora identificadas por la OCI.

La estrategia se presenta, así:

SEMINARIO

**APROPIACION DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y
GESTION**
Formación y sensibilización

Este seminario permite reflexionar sobre la importancia de conocer y aplicar las herramientas de gestión en las operaciones de la entidad.

Temas:

- **Administración del riesgo:** Rol de los directores regionales y líderes de proceso frente a la gestión oportuna y adecuada de los riesgos institucionales, de corrupción, contratos, proyectos y de procesos.
- **Supervisión de contratos:** Prevención del impacto fiscal, civil, disciplinario y penal como consecuencia de un deficiente ejercicio de supervisión.
- **Indicadores de Gestión:** Principios, características, tipos, metodología.
- **Planes de Mejoramiento:** Planes de mejoramiento, como el mecanismo principal para corregir desviaciones, lograr metas y mejorar continuamente.

Conferencista Invitado:
Alejandro Cardenas Morales
Ingeniero Industrial, Especialista en Gerencia con énfasis en Logística y Comercio internacional de la Universidad Externado de Colombia. Realizó estudios de Alta Gerencia en la Universidad Sergio Arboleda. Actualmente consultor en estrategia, mejora de procesos y cultura organizacional, docente en programas de educación ejecutiva en las Universidades Nacional, Sergio Arboleda y Cámara de Comercio de Bogotá.

LIDERES DE PROCESO
31 de mayo del 2018
Hora: 8:00 a.m. a 9:00 p.m.,

DIRECTIVOS
28 de junio del 2018
Hora: 8:00 a.m. a 12:30 p.m.

Invita: Oficina de Control Interno SNR

**“Juntos juntos es el principio,
mantenerse juntos es el progreso,
trabajar juntos es el éxito”**

Se sustenta cada uno de los temas que se pretenden trabajar y se hace referencia al conferencista invitado, indicando que cuenta con mucha experiencia en la materia y que su participación será gratuita. Se indica que lo ideal es que los talleres se realicen fuera

de las instalaciones de la Entidad, con el beneficio de un refrigerio y almuerzo para los Directivos y demás funcionarios que participen.

Aclara que la metodología a implementar para la ejecución de los talleres, es distinta a la que se lleva a cabo normalmente, para lo cual se solicita el respaldo de la Secretaria General, a fin de poder ejecutar dicha estrategia y alcanzar los objetivos planteados; la Jefe de Control Interno, se compromete a remitirle a la Secretaria General, la información correspondiente para efectos que se estudie y se realice la gestión a que haya lugar.

En este orden interviene la Doctora Martha Lucia Rodríguez - Secretaria General, para preguntar cuándo se realizaría el seminario y en cuántos días, a lo que responde la Jefe de Control Interno, que es medio día para el equipo directivo y un día para los líderes de proceso, incluyendo si se puede a los Directores Regionales, en el mes de mayo y junio.

Documentos para aprobación del Comité:

La Jefe de Control Interno, inicia precisando que los documentos que se pondrán a aprobación del comité, fueron remitidos con anterioridad a través de correo electrónico para su revisión; asimismo, informa que el Superintendente ya firmó la Resolución del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en donde se efectuaron algunos cambios.

Indica que la aprobación de los documentos que se presentan, tiene fundamento en el Decreto 648 de 2017, que se muestra a continuación y presenta un breve resumen del objetivo de éstos, así:

APROBACIÓN POR PARTE DEL COMITÉ DECRETO 648 DE 2017



Estatuto de Auditoría

Establece y comunica las directrices que definirán el marco dentro del cual se desarrollará la actividad de Auditoría Interna en la Entidad, con el propósito de asegurar el logro de los objetivos estratégicos.

Artículo 2.2.21.1.6 Funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Son funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno:

(...) c). *Aprobar el Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética del auditor, así como verificar su cumplimiento; (...)*

Código de Ética

Contiene los lineamientos del Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna del Instituto de Auditores Internos de Colombia (IIA), se establecen los principios que gobiernan el comportamiento de los individuos que se desempeñan en la OCI e igualmente se describen las reglas mínimas de conducta y comportamiento que se espera de los auditores internos.

Se explica que de acuerdo a las Normas Internacionales de Auditoría, los auditores deben contar con unos atributos especiales para el ejercicio, los cuales además permiten mitigar los riesgos de corrupción a los cuales se encuentran expuestos los auditores.

En ese sentido, la Jefe de Control Interno, señala que no se recibieron observaciones de los documentos y por lo tanto se someten a consideración del comité, para saber si son o no aprobados; una vez realizada la pregunta, todos manifiestan la conformidad y quedan aprobados.

Por otra parte, presenta para conocimiento del comité la Carta de Representación, la cual no es objeto de aprobación pero es importante que la conozcan; toda vez, que son quienes en adelante los deben suscribir:

 FORMATO EVALUACIÓN AUDITORES					SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD Código: Fecha aprobación: Versión:	
FECHA:	AÑO	MES	DÍA			
AUDITADO:						
MAPROCESO / CARGO:						
NOMBRE DEL AUDITOR:						
PROCESO AUDITADO:						
FECHA DE AUDITORIA:						
OBJETIVO: Evaluar la auditoría interna por parte del Auditado, consolidar los resultados y establecer acciones de mejora por parte el auditor una vez realizada la auditoría.						
CRITERIOS DE EVALUACION: Son los criterios utilizados por el Evaluador desde el rol de auditado.					5	Excelente
					4	Muy Bueno
					3	Bueno
					2	Por Mejorar
					1	Deficiente
ASPECTO A EVALUAR						CALIFICACION
1	Oportunidad en la notificación del Plan de Auditoría y manejo de cambios de programación					
2	Organización, conocimiento y entendimiento evidenciado en la ejecución de la auditoría: Reunión de inicio, recolección de evidencias y reunión de cierre Cumplimiento del horario de la Auditoría (manejo del tiempo).					
3	Cordialidad, respeto, amabilidad, objetividad e imparcialidad, durante la auditoría					
4	Metodología utilizada en la Auditoría					
5	Puntualidad, Seriedad y Disciplina durante el Ejercicio de la Auditoría					
Total						
COMENTARIOS ADICIONALES: Coloque aquí los comentarios que usted como evaluador considera que el auditor debe fortalecer en su competencia.						

Se cita el Artículo 2.2.21.4.8. del Decreto 648 de 2017, como fundamento de este documento, mediante el cual se compromete al sujeto auditado a presentar en términos de calidad y oportunidad la información que le es solicitada como producto de un seguimiento o auditoría.

Interviene la Dra. Martha Lozano, a fin de comentar la situación que se presentó en una auditoría, en el sentido que la auditoría tenía programada una fecha de inicio y el auditor no llego ni en la fecha ni en la hora; asimismo, hace mención a otro caso puntual, en el que se realizó la auditoría y se levantaron los hallazgos, pero el informe llego cuatro meses después, lo que originó que al reevaluar el informe ya no fuera fácil identificar las causas.

La Jefe de Control Interno, recuerda que al inicio de la reunión comentó la situación de algunas auditorías, en relación con los informes finales que no han podido ser entregados.

y refirió algunas de las causas, las cuales se encuentran descritas al inicio del acta e hizo mención, que a partir de esta vigencia los auditores serán evaluados por los sujetos auditados, en este sentido, recomienda que sea una evaluación objetiva y sustentada en evidencias y que le sea reportada oportunamente cualquier situación irregularidad como Jefe de la Oficina.

Explica que otra de las causas por las cuales se han presentado atrasos en la entrega de los informes, son los traslados; sin embargo, expresa que habrá más exigencia para los auditores en este sentido.

Finalmente la Dra. Rita recuerda los compromisos del comité anterior, a fin de que le sean remitidas a través de correo electrónico, las evidencias del cumplimiento de los mismos:

- La Oficina de Control Interno, deberá proyectar memorando a cada uno de los líderes de Proceso, a fin de que informen las razones por las cuales tienen acciones vencidas dentro del Plan de Mejoramiento Integral.

Indica que esta fue una instrucción dada por el señor Superintendente a la Oficina de Control Interno, la cual procedió a enviar los informes correspondientes, aun cuando no le exigieron a los líderes de proceso que informaran las razones del incumplimiento si se reportó puntualmente a cada macroproceso como se encontraban en el plan de mejoramiento.

En este sentido felicita y reconoce el trabajo que viene adelantando la Dirección Técnica de Registro con las oficinas de registro con el apoyo de la Dra. María Lourdes, ya que se encuentran trabajando en los planes de mejoramiento incluso con los procesos que son transversales como financiera, talento humano, entre otros.

Interviene la Dra. María Antonia de la Dirección financiera para solicitarle a la Jefe de Control interno la solicitud que tienen pendiente de la matriz de las acciones que tienen vencidas, requiere que se realice un cruce de información, ya que han venido trabajando con algunas regionales.

La Jefe de Control interno, recomienda acercarse personalmente a la Oficina y programar una mesa de trabajo.

- La Directora de Talento Humano, deberá presentar al señor Superintendente, informe con cifras sobre el tema de dotación, en relación a cuántas personas tienen este derecho y cuántos no han accedido a él, indicando las razones. Asimismo, deberá realizar las consultas y gestiones necesarias para efectos de uniformar al personal que atiende público.
- El Secretario General deberá proyectar un oficio con las estadísticas que reflejen los inconvenientes que se han presentado, en relación con el tema de dotaciones, para efectos de elevar a través del Ministerio un requerimiento a Colombia Compra Eficiente.

- El Director Administrativo deberá remitir a la Oficina de Control Interno, el informe que genere el Archivo General de la Nación, como consecuencia de la visita realizada en mayo de 2017. Sobre este aspecto, la Dra. Martha Lozano indica que ya se envió el informe.

La Dra. Martha Lozano, para informar que el informe ya fue remitido.

- La Oficina de Planeación deberá elaborar un cronograma para el análisis de los hallazgos y sus causas, producto de las auditorías internas de gestión y los informes de evaluación y seguimiento realizados por la OCI y la identificación de las acciones de mejora.; en relación con los hallazgos identificados en las Orips, se deberá prever la participación de los Directores Regionales, al menos un registrador por Regional y un representante de las áreas involucradas.

En el desarrollo del Comité quedaron los siguientes compromisos:


Los responsables de procesos deberán formular las acciones de mejoramiento que sean necesarias, para efectos de eliminar las causas que dieron origen a las No Conformidades identificadas, teniendo en cuenta las alertas que se generaron en el comité.

La Oficina de Control Interno, deberá informar la fecha y hora en que se realizará la mesa de trabajo con la Contraloría General de la Republica, una vez tenga conocimiento de su realización.

Para mayor constancia, se firma la presente acta, a los 22 días del mes de marzo de 2018.


MARTHA LUCIA RODRIGUEZ
Secretaria General


LINA MARCELA MEJIA ÁLVAREZ
Representante de la Dirección


RITA CECILIA COTES COTES
Jefe de Control Interno de Gestión
Secretario Técnico de Comité Control Interno

