

COMITÉ DE COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**ACTA N° 002****FECHA:** Bogotá, 2 de noviembre de 2018**HORA INICIO:** 10:15 am**HORA TERMINACIÓN:** 1:00 pm**LUGAR:** Despacho Superintendente.**PRESIDE:** Dr. Rubén Silva Gómez— Superintendente de Notariado y Registro.**Asistentes:**

Dr. Rubén Silva Gomez— Superintendente
Dra. Diana Leonor Buitrago Villegas — Superintendente Delegada para el Registro
Dra. Goethny Fernanda Garcia Florez — Superintendente Delegada para el Notariado
Dra. Beatriz Helena Galindo Lugo – Directora de Talento Humano
Dr. Jhon Jota Jaimes Carrillo - Jefe Oficina Asesora de Planeación (E)
Dr. Ricardo Garcia Ramirez – Invitado por el señor Superintendente
Dr. William Antonio Burgos Durango – Secretario General
Ing. Wilson Barrios – Jefe Oficina de Tecnologías de la Información
Dr. Andres Camilo Pardo Jimenez— Director Técnico de Registro
Dra. Daniela Andrade - Jefe Oficina Asesora Jurídica
Dr. Eduard Jesus Diaz Archila – Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario
Dra. Angela María Pantoja — Directora de Contratación
Dr. Jhon Fredy Gonzalez Dueñas — Superintendente -Delegada de Tierras
Dra. Nathalia Mendez— Asesora del Despacho
Dra. Zoraida Celis Carrillo — Asesora del Despacho
Dr. Oscar Anibal Luna Olivera - Director Administrativo y Financiero
Dra. Nolmy Emith Fajardo Benitez – Profesional Especializado Delegada Notariado
Dr. Ariel Leonel Melo — Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación
Dra. Maria Francisca Guevara Jimenez — Profesional Especializado Oficina de Control Interno
Dr. Jose Daniel Jutinico Rodriguez — Profesional Especializado Oficina de Control Interno
Ing. Luisa Nayibe Barreto Lopez — Profesional Especializado Oficina de Control Interno
Dra. Rita Cecilia Cotes Cotes — Jefe Oficina Control Interno de Gestión

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Verificación de Quórum.

El Doctor Rubén Silva Gómez, Superintendente de Notariado y Registro, presidió el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, dando la bienvenida a los asistentes y solicitando la presentación de cada uno de los asistentes por encontrarse personal directivo nuevo. 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.

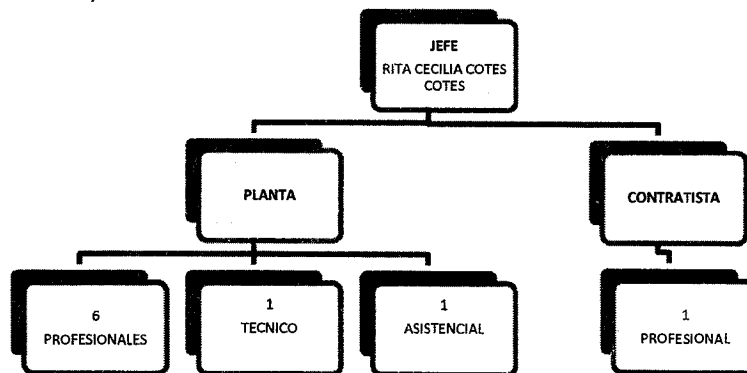
Posteriormente, la Secretaría Técnica del Comité, procedió a presentar la agenda a desarrollar, compuesta por los siguientes puntos:

ORDEN DEL DÍA

2. Equipo de trabajo oficina de control interno de gestión
3. Normatividad vigente y metodología de trabajo
4. Programa anual de auditoría 2018 y avance plan de acción OCI
5. Programa de auditorías internas de calidad – vigencia 2018 (No Conformidad Mayor – determinada por ICONTEC)
6. Avance plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República
7. Avance plan de mejoramiento integral (vigencias 2016-2017–2018)
8. Riesgos materializados
9. Hallazgos relevantes
10. Oportunidades de mejora identificadas por la oficina de control interno
11. Intervención Oficina Control Interno Disciplinario
12. Intervención Oficina Asesora de Planeación
13. Propositiones y varios

2. Equipo de trabajo oficina de control interno de gestión

La Jefe de la Oficina de Control Interno presentó el equipo de trabajo con que actualmente se cuenta en la Oficina de Control Interno, así:



Se informa que se han presentado varios cambios de personal, lo que ha significado volver a capacitar al personal, realizar la distribución de informes y demás actividades que se realizan en la Oficina de Control Interno.

3. Normatividad vigente y metodología de trabajo

Se expone de manera general las diferentes normas que rigen a la Oficina de Control Interno, como es la Ley 87 de 1993; Ley 1474 de 2011; la Resolución del Comité de Coordinación de Control Interno No.3128 del 23 de Marzo de 2018, la cual fue actualizada recientemente con base en las últimas

normas; y el Decreto 648 del 19 de abril de 2017, por el cual se establece que las Oficinas de Control Interno establezcan un Estatuto de Auditoría: lineamientos para el desarrollo de las auditorías, Código de Ética del Auditor, relacionado con los atributos del auditor y los principios especiales que deben conservar los auditores internos y la Carta de representación en la ejecución de las auditorías internas, es básicamente el compromiso que hace el sujeto auditado con el auditor para garantizar el normal desarrollo del ejercicio auditor. Así mismo, señala que se cuenta con un Programa de Auditorías internas de Gestión aprobadas para la vigencia 2018.

Se presentó la ubicación del Macroproceso Control Interno de Gestión en el Mapa de Procesos, explicando que hace parte de los procesos de Control y Evaluación e informó que éste cuenta con tres procedimientos, como son las Auditorías Internas, Informes Internos y Externos y Planes de Mejoramiento, contando con los respectivos formatos y manuales; así mismo, señaló que se esta realizando un trabajo de coordinación con la Oficina Asesora de Planeación para efectos de ajustarlo conforme a los roles que debe desarrollar cada uno en ejercicio de sus funciones y responsabilidades como segunda y tercera línea de defensa en aplicación al Modelo Integrado de Planeación y Gestión y parágrafo del artículo 12 de la Ley 87 de 1993, que contempla para las Oficinas de Control Interno, la prohibición de refrendación de actuaciones administrativas.

Se presentó la integración del Sistema de Control Interno del MECI con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG, que fue recientemente actualizado (Decreto 1499 de Septiembre de 2017) y el cual consta de siete dimensiones, teniendo en cuenta la responsabilidad que le asiste a la Oficina de Control Interno, como tercera línea de defensa, en la evaluación y seguimiento del Sistema de Control Interno en función de la articulación de los sistemas de gestión.

Resaltó además, que en esta séptima dimensión, todas las líneas de defensa tienen su rol y responsabilidad frente a cada uno de sus componentes, ilustrando a través de la siguiente gráfica, quienes hacen parte de cada una de éstas y sus principales funciones.



Líneas de defensa

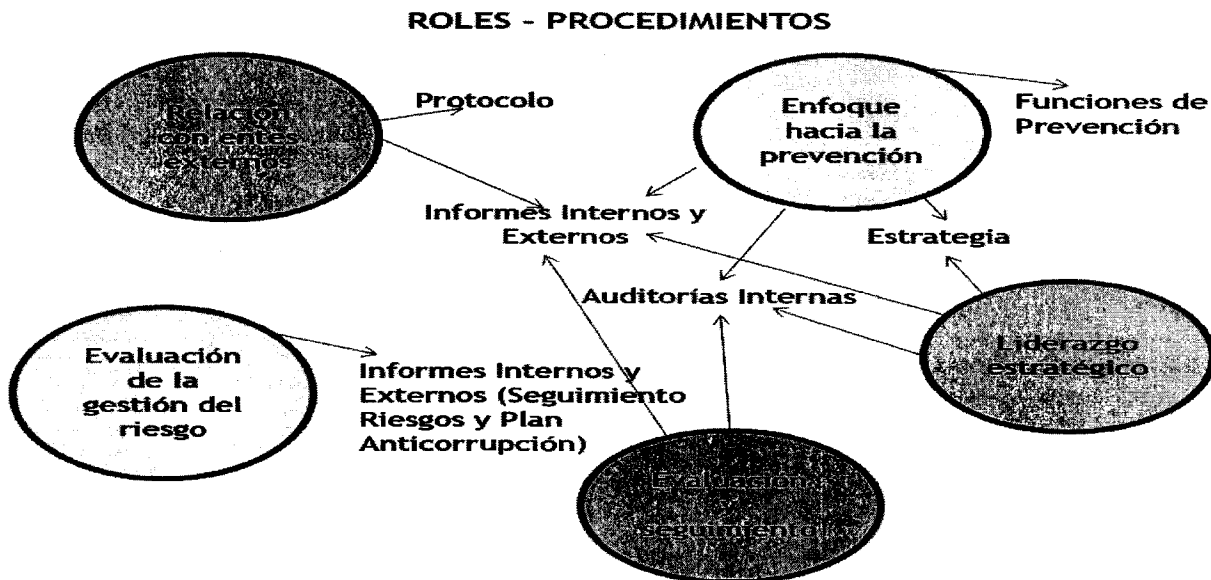
- ✓ Gestionan los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales y de sus procesos.
- ✓ Establecen directrices y apoyan el proceso de identificar, analizar y tratar los riesgos.
- ✓ Proveen aseguramiento independiente y objetivo sobre la efectividad del sistema de gestión de riesgos.
- ✓ Realizan monitoreo al cumplimiento de las etapas de la gestión de los riesgos.

Así mismo, explicó que la **1ra. Línea**, esta en cabeza de los Gerentes públicos y líderes de procesos o gerentes operativos de programas y proyectos, quienes son los encargados de Gestionar los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales y de sus procesos.

La **2da. Línea**, en cabeza de los Jefes de planeación, supervisores e interventores, y es la encargada de establecer directrices y apoyar el proceso de identificación, análisis y tratamiento a los riesgos. Así mismo, realizan el monitoreo al cumplimiento de las etapas de la gestión de los riesgos.

Y en la 3ra. Línea, se encuentra la Oficina de Control Interno, auditoría interna o quien haga sus veces, quien provee un aseguramiento independiente y objetivo sobre la efectividad del sistema de gestión de riesgos.

Informó también acerca de los roles de la Oficina de Control interno y la forma como se están gestionando a través de los diferentes procedimientos, así:



Con base en la ilustración anterior, realizó un recuento sobre la forma como la Oficina de Control Interno viene desarrollando cada uno de los roles que le corresponde ejercer en el ejercicio de sus funciones y frente al rol correspondiente a la relación con los entes externos, informó que en el Comité de Coordinación de Control Interno fue aprobado un protocolo para la atención de visitas de la Contraloría General de la República; sin embargo, este no se ha venido aplicando puesto que en la última visita de auditoría por parte de la Contraloría General de la República, por orden del señor Superintendente se designó como oficina de enlace a la Secretaría General; advirtió que esta disposición contraría la Ley 87 de 1993, en su artículo 12, Decretos reglamentarios y el mismo Decreto que crea el Manual de Funciones de la Entidad; razón por la cual, advirtió sobre la necesidad de revisar el tema por parte de la Alta Dirección.

Así mismo, señala que este rol de relación con entes externos, también se desarrolla a través de los informes que se remiten a las Entidades Públicas externas.

En cuanto al Rol de Enfoque hacia la prevención; se esta desarrollando a través de las auditorías internas, informes internos y externos, funciones de prevención o alertas tempranas de posibles riesgos y las acciones orientadas hacia el fomento de la cultura de autocontrol y asesoría y acompañamiento, orientados a prevenir cualquier riesgo o irregularidad y evitar su materialización; igualmente, cuando se hacen recomendaciones orientadas a la implementación de oportunidades de mejora continua en los procesos.

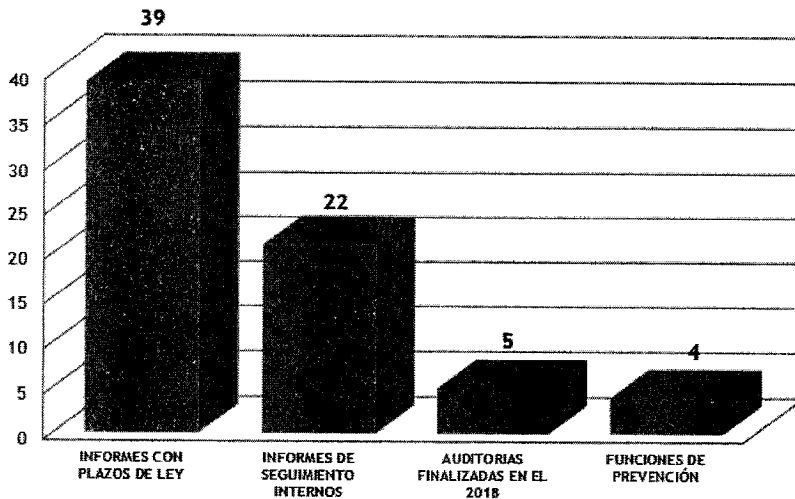
El Rol de Evaluación y Seguimiento, es realizado a través de los informes de seguimiento y auditorías internas.

El Rol de Gestión del Riesgo, se desarrolla principalmente a través del seguimiento al Mapa de Riesgos de los Procesos y Plan Anticorrupción en cada uno de sus componentes, también se realiza cuando se hacen los informes de seguimiento y auditorías internas, teniendo en cuenta que en las auditorías e informes, generalmente se advierte sobre los riesgos y en algunos casos, en la misma auditoría se identifican riesgos materializados o riesgos con probabilidad de ocurrencia.

4. PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA 2018 Y AVANCE PLAN DE ACCIÓN OCI

Se realizó un informe del Plan de Acción para la vigencia 2018, reportado a través de las distintas actividades realizadas por la Oficina de Control Interno de Gestión; básicamente relacionado con el numero de informes internos y externos, auditorías y funciones de prevención, así como la asistencia a Comités.

INFORMES 2018



ASISTENCIA A COMITES
Asistencia comité de Conciliación
Sostenibilidad contable
Bienestar e incentivos
Audiencia de contratación
Coordinación de Control Interno
Comité de gestión del desempeño
PIGA

Como se expuso a través de la gráfica anterior, fueron presentados, 39 Informes con Plazos de Ley, de acuerdo con las normas vigentes, 22 informes de seguimiento internos de obligatoriedad legal, que no se establecen un plazo para su entrega, (5) auditorías realizadas en la vigencia 2018, cuatro (4) funciones de advertencia y se ha participado en las diferentes reuniones de Comites donde ha sido citada la Oficina de Control Interno. Así mismo, se informó sobre las limitaciones que se han presentado relacionadas con los traslados o reubicación del personal en la Oficina, que generan traumatismos internos debido a la necesidad de reasignar funciones y desarrollar procesos de inducción y reinducción; igualmente originan retrocesos, atrasos y desgastes administrativos; además, afectando la productividad y el objetivo del Proceso.

PROGRAMA AUDITORÍAS INTERNAS DE GESTIÓN

En cuanto a la ejecución del Programa de Auditorías, se refirió a las limitaciones de tipo presupuestal por cuanto después de haberse confirmado en el Comité de Control Interno de marzo de 2018, que se contaba con la disponibilidad presupuestal para garantizar el cumplimiento del Programa aprobado, al momento de solicitar la aprobación de las comisiones para la realización de auditorías a las Orip, estas fueron devueltas sin justificación alguna; este es uno de los motivos por el cual no se ha cumplido buena parte de las auditorías programadas a las Oficinas de Registro y Direcciones Regionales, por cuanto no han sido aprobados los viaticos y gastos de viaje. Esta situación conlleva a que solo se cuente con un avance del 19% de cumplimiento en las auditorías internas de gestión, quedando un 81% pendiente por ejecución; al igual que los traslados de personal surtidos al interior de la Oficina de Control Interno, como se mencionó anteriormente.

A continuación, se informó sobre el estado actual de las auditorías realizadas frente a las programadas durante la vigencia 2018.

ESTADO DE ACTIVIDADES	CANTIDAD
Auditorías Realizadas	3
Auditorías en ejecución	2
Auditorías Sin Iniciar - Orips y Dirección Regional	10
Auditorías Sin Iniciar Nivel Central	2
Auditorías Programadas	17

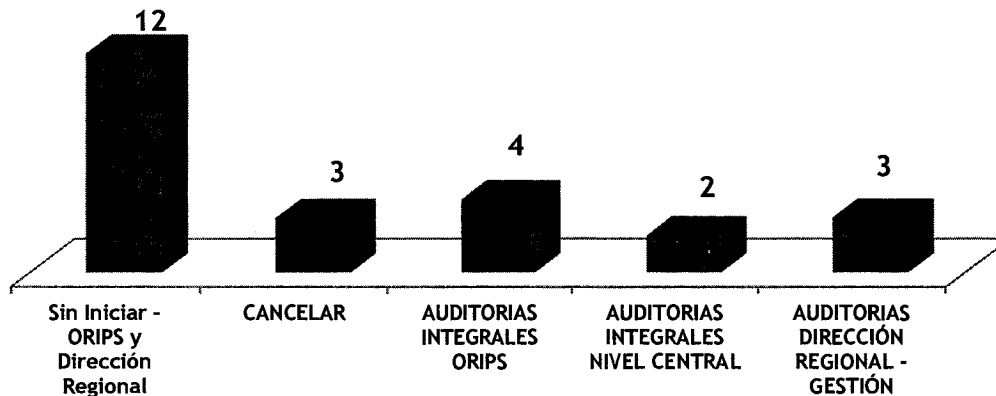
Se informa al Comité de Control Interno, que en el siguiente Link se encuentran publicados todos los informes de auditoría generados por la Oficina de Control Interno:

https://www.supernotariado.gov.co/PortalSNR/faces/oracle/webcenter/portalapp/pagehierarchy/Page130.jsp?_adf.ctrlstate=edsljr5cw_9&wcnv.model=%2Foracle%2Fwebcenter%2Fportalapp%2Fnavigations%2FSNR+Menu+GestionInstitucional&_afLoop=369153368143873

AUDITORIAS PENDIENTES 2018

Así mismo, se presentó la siguiente propuesta para dar cumplimiento al programa de auditorías internas de gestión de la vigencia 2018, aprovechando que se trae a Comité la propuesta de actividades para subsanar la No Conformidad Mayor determinada por el ICONTEC y con el objetivo de realizar las correcciones para lograr la recertificación por parte del organo de control Certificado (ICONTEC).

AUDITORÍAS INTERNAS DE GESTIÓN PENDIENTES - 2018



La jefatura de la Oficina de Control Interno de Gestión, informa sobre la existencia de un total de 12 auditorías tanto a ORIP como las Direcciones Regionales sin ejecución, por lo cual solicita aprobación de la siguiente propuesta:

- 1- Cancelar 3 auditorías a ORIP que no están certificadas y/o que el año pasado fueron auditadas en calidad.
- 2- Que se aprueben y garanticen los recursos para realizar auditorías integrales (Gestión y Calidad) a 4 Orip que actualmente cuentan con la certificación de calidad.
- 3- Que se apruebe desarrollar 2 auditorías integrales (Gestión y Calidad) en los Macroprocesos para ejecutar en el nivel central.
- 4- Que le garanticen recursos para el desarrollo de las 3 auditorías internas de gestión a Direcciones Regionales, por cuanto nunca habían sido objeto de auditorías y se consideró como uno de los principales criterios de priorización al momento de elaborar y aprobar el Programa de Auditorías de Gestión en la presente vigencia.

Lo anterior, para dar cumplimiento al programa que fue aprobado al principio de año. Se recomendó por parte de los miembros del Comité de Control Interno, tomar la decisión acerca de esta propuesta, al final de la reunión.

ESTRATEGIA PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La Jefatura de la Oficina de Control Interno expuso en que consistía la Estrategia aprobada en comité anterior, indicando que se encuentra fundamentada en dar cumplimiento a uno de los roles expuestos, como es el del Enfoque hacia la Prevención, y que básicamente señala lo siguiente: *“Fortalecer el sistema de control interno de la SNR, a través de la interiorización y apropiación de los conceptos y métodos inmersos en el modelo integrado de planeación y gestión, relacionados con la administración del riesgo, indicadores, planes de mejoramiento y ejercicio de supervisión de contratos, mediante el desarrollo de talleres teórico prácticos.”*

Informó que en el diseño de ésta, se previó un presupuesto de UN MILLÓN QUINIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS \$1.577.500, para el suministro de refrigerios para los invitados en virtud de que fue justificada la necesidad de realizar el evento en un auditorio por fuera de la Entidad.

a fin de propender por el logro del objetivo trazado, evitando que los asistentes se dispersaran; comunicó que al no contar con la disponibilidad presupuestal para realizar el evento conforme se había previsto inicialmente, la Estrategia fue modificada, informando que se han venido ejecutando acciones de interiorización y socialización con líderes de Macroprocesos y facilitadores de calidad, con respecto a la metodología para la formulación de los Planes de Mejoramiento y, gestión en la administración del riesgo, con las áreas de Gestión de Talento Humano, Delegada Notarial y la Dirección Técnica Registral que también ha solicitado asesoría en estos temas.


Esta estrategia, inicialmente sería desarrollada a través de Taller teórico práctico, dirigido al Nivel Directivo, Directores Regionales, Coordinadores y facilitadores de calidad de la SNR, con el fin de interiorizar los conceptos y roles relacionados con la administración del riesgo, indicadores, planes de mejoramiento y supervisión de contratos, en el ejercicio de sus funciones y competencia.

Así mismo, informó que se realizará un ejercicio virtual, dirigido a los Registradores de las Oficinas de Registro de la SNR y facilitadores del Nivel Central y Direcciones Regionales, con el fin de interiorizar los conceptos y roles relacionados con planes de mejoramiento y administración del riesgo, como se mencionó anteriormente.

5. Programa de auditorías internas de calidad – vigencia 2018 (No Conformidad Mayor – identificada por ICONTEC)

Se presentó a consideración de los miembros del Comité, el Programa de Auditorías Internas de Calidad para la aprobación del mismo, propuesta establecida como corrección a la No Conformidad Mayor determinada por el ICONTEC a la Entidad, donde básicamente su causa obedece a que para la vigencia 2018, no se evidencia la realización de auditorías internas al sistema de gestión de calidad, con el fin de verificar la conformidad con los requisitos de la nueva versión de la norma ISO 9001:2015; auditorías que no fueron desarrolladas dado que a comienzo de año la OCI solicitó que se emitieran los lineamientos respecto al tema, dado que conforme a la normatividad reciente, las entidades del estado tienen como facultad potestativa, darle continuidad a esos procesos de certificación en calidad, lo que significa que la Alta Dirección deberá decidir sobre la continuidad o no de este proceso, quedando a la espera de la respuesta de la solicitud sobre estos lineamientos.

Requisito(s)	Descripción de la no conformidad	Evidencia
ISO 9001:2015 NTC GP 1000:2009 9.2.1 8.2.2	No se evidencia que se realice auditorías internas al sistema de gestión de calidad, con el fin de verificar la conformidad con los requisitos de la norma ISO 9001:2015	No se evidencia programación ni ejecución de auditorías internas de calidad para la vigencia 2018. Acta comité institucional de coordinación de control interno en acta No. 001 del 22 de marzo de 2018, programa auditorías SNR.

	MACROPROCESO: CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	Código: CIG - CIG - FR - 01											
	PROCESO: CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	Versión: 02											
		Fecha: 17 - 08 - 2018											
PROGRAMA ANUAL DE GESTIÓN PARA LA OFICINA DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2018													
Objetivo del Programa: -Evaluar los Macroprocesos a partir de los procesos priorizados, efectuando la verificación al cumplimiento de los requisitos de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP1000 e ISO 9001:2015 en la Superintendencia de Notariado y Registro.													
Alcance del Programa: El alcance es el determinado a los procesos auditados que se relacionan en el plan de auditoría por Macroproceso.													
Criterios: Los criterios de la auditoría incluyen los requisitos de la norma que corresponden al sistema de gestión, la información documentada del sistema de gestión establecida por la entidad para cumplir los requisitos de la norma y demás documentos de origen externo aplicables.													
Recursos: Se requiere recurso humano certificado como auditor interno de calidad en la Norma ISO 9001:2015 y recursos presupuestales para los desplazamientos a las ORIPS seleccionadas.													
FECHA DE LAS ACTIVIDADES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Responsable
Programa Anual de Auditorías Internas													
Auditorías de Gestión													
Auditorías de Calidad													
AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD													JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Teniendo en cuenta las acciones establecidas para la No Conformidad Mayor, la Oficina de Control Interno pone en consideración para la aprobación del Comité, el Programa de Auditorías Internas de calidad a desarrollarse en la Entidad para la vigencia 2018, bajo el objetivo, alcance y criterios establecidos en el mismo. El cubrimiento se está presentando para todos los Macroprocesos, de acuerdo con los procesos priorizados y con los criterios que señalen los equipos auditores. Así mismo, manifiesta la jefatura de la OCI que de no ejecutarse, podría llegar afectar el proceso de Renovación y Actualización del certificado en la Norma ISO 9001:2015, por parte del Ente Certificador; y por lo cual se presentó el Cronograma propuesto para su ejecución, haciendo la salvedad que esta bastante estrecho, por la premura de la próxima visita del Ente Certificador para realizar la verificación de la ejecución de las auditorías.

Así mismo, informó que de ser aprobado el Programa, se procederá a comunicar el inicio de las auditorías internas de calidad a los líderes de Macroprocesos, a los auditores elegidos, para lo cual informa que se van a requerir algunos de los auditores certificados en la ISO 9001:2015 y que pertenecen a las diferentes áreas, con el fin de conformar los equipos de auditores, con base en la experiencia de la vigencia anterior (cumplimiento, mejores prácticas) y a quienes se les realizará una sensibilización respecto al procedimiento interno de auditorías, los formatos utilizados, un recordatorio de la normatividad vigente, y sobre la redacción de hallazgos.

Posteriormente, los equipos auditores deberán realizar los planes de auditorías, las listas de chequeo, las auditorías en sitio y finalmente los informes de auditoría. Igualmente informa que es necesario tener los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas de calidad, en caso de que se hayan generado hallazgos. Para la suscripción de los Planes de Mejoramiento, solicita el favor a la

Oficina Asesora de Planeación, de realizar el acompañamiento a los Macroprocesos con el fin de asesorarlos en las distintas metodologías adoptadas por la entidad, para identificar el análisis causa raíz de los hallazgos que sean identificados en este ciclo de auditorías y así lograr la suscripción efectiva de estos planes.

Se dio lectura al cronograma y a las fechas en que serán auditados para cada uno de los Macroprocesos.

MACROPROCESO	FECHA AUDITORIA NIVEL GENERAL	LUGAR DE AUDITORIA - ORIP 2018	DIRECCION REGIONAL	FECHA AUDITORIA ORIP	DURACION EN ORIP
Direccionamiento Estratégico	13 Y 14 /11/2018	JERICÓ	ANDINA	19-20-21/NOV	3
Divulgación Estratégica	13/11/2018	BARICHARA	CENTRAL	19-20-21/NOV	3
Técnica Registral	13/11/2018	CAUCASIA	ANDINA	19-20-21/NOV	3
Gestión Jurídica	14/11/2018	CALI	PACIFICA	19-20-21/NOV	3
Orientación, Inspección, Vigilancia y Control Notarial	14/11/2018	PUERTO LOPEZ	ORINOQUIA	19-20-21/NOV	3
Orientación, Inspección, Vigilancia y Control Registral	14/11/2018	GIRARDOT	CENTRAL	19-20-21/NOV	3
Protección, Restitución y Formalización de Tierras	15/11/2018	MEDELLIN ZONA SUR	ANDINA	19-20-21/NOV	3
Tecnologías de la Información	15/11/2018	ORIPS	DE ACUERDO CON AUDITORIAS ORIPS	Audidores ORIPS	
Control Interno Disciplinario	16/11/2018				
Control Interno de Gestión	16/11/2018				
Gestión Financiera					
Cultura del Servicio y Atención al Ciudadano					
Gestión Administrativa					
Gestión del Talento Humano					

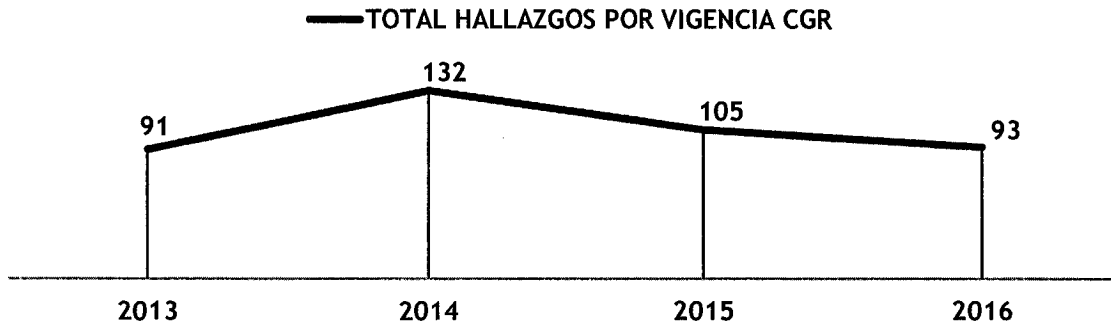
La jefatura de la OCI informa las fechas en que será auditados cada uno de los Macroprocesos, así como las ORIP y manifiesta que los procesos Gestión Financiera, Cultura del Servicio y Atención al Ciudadano, Gestión Administrativa y Gestión de Talento serán auditados en cada una de las oficinas de registro que sean visitadas; Informa además, que se realizará la comunicación a los registradores de las ORIP objeto de auditoría, como son: Jericó, Barichara, Cauca, Cali, Puerto Lopez, Girardot, y Medellín Zona Sur e informa los criterios con los cuales fueron seleccionadas:

- Oficinas de Registro Certificadas en Calidad.
- Oficinas que hacían parte del programa de auditorías internas de gestión y que no han sido aprobados los recursos de Comisiones.
- Oficinas de Registro no auditadas en los tres últimos años, por concepto de auditorías internas de calidad.
- Dar cobertura a Oficinas de Registro de las Direcciones Regionales (excepto Caribe por cuanto la totalidad de ORIP fueron auditadas en calidad para la vigencia 2017).

Al respecto, y luego de discutirse por parte de los líderes de Macroprocesos la aprobación o no del Programa de auditorías presentado por la OCI, este fue aprobado por el Comité, por la premura de su realización, dada la importancia de subsanar la No Conformidad Mayor.

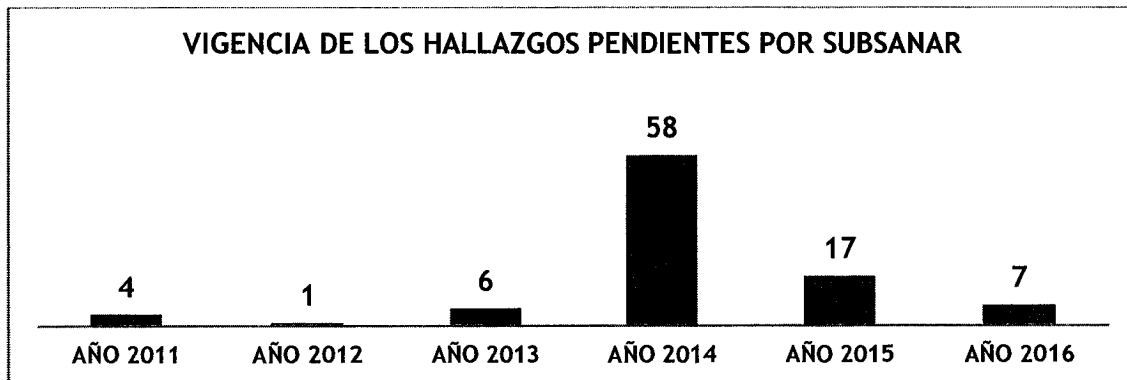
6. Avance plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República - CGR

La Jefatura de la OCI manifiesta que dada la existencia de nuevos directivos en la entidad, considera importante que se conozcan los antecedentes del Plan de Mejoramiento suscrito con la CGR y realiza la explicación de la siguiente gráfica:



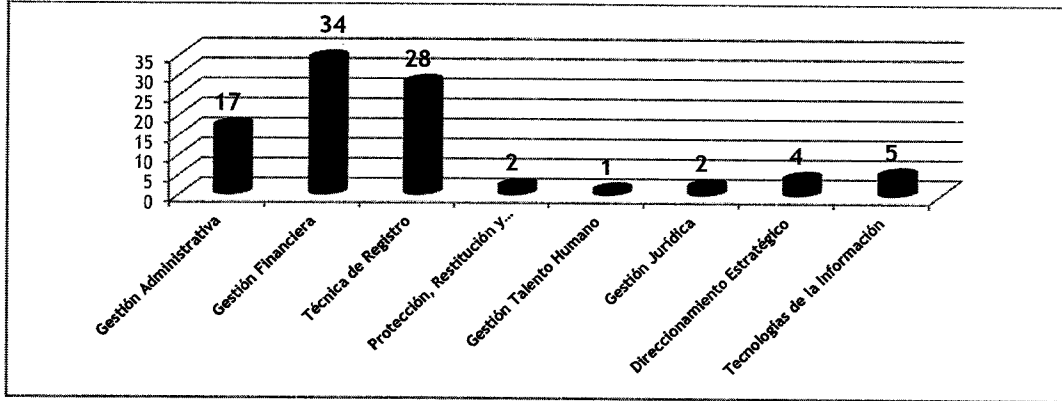
Como se observa, en la vigencia 2013 se contaba con un Plan de Mejoramiento Consolidado de 91 hallazgos, en la vigencia 2014 se contaba con un Plan de 132 hallazgos, en el 2015 con 105 hallazgos y en la vigencia actual, existe un Plan de Mejoramiento Consolidado, correspondiente a la vigencia 2016, con un total de 93 hallazgos suscritos con la CGR.

Así mismo, informó cómo están repartidos y a que vigencias corresponden los 93 hallazgos existentes:



Hay hallazgos que vienen desde el 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016; de acuerdo con la gráfica anterior. También aclara que de acuerdo con la metodología actualizada de la CGR, los 7 hallazgos de la vigencia 2016, corresponden a la Auditoría Financiera desarrollada y explica sobre el número de hallazgos con respecto al total de los 93 hallazgos identificados por vigencias y por Macroprocesos para tener una mayor ilustración:

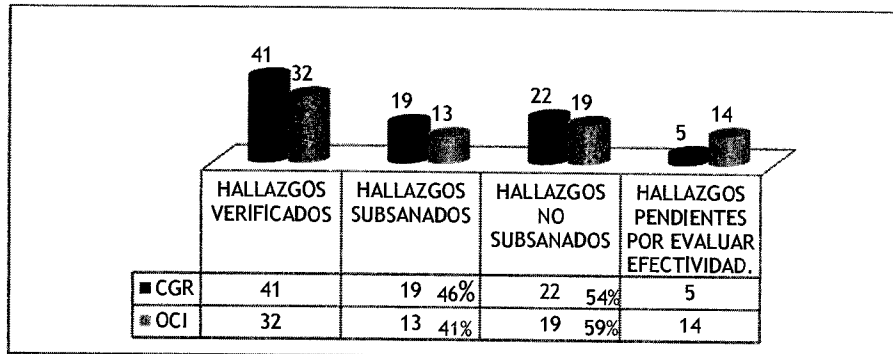
HALLAZGOS CGR POR MACROPROCESO



Se le ofreció a los líderes de Macroprocesos, la oportunidad de entregarles información personal sobre el tema cuando lo requieran y resolver cualquier inquietud al respecto.

EVALUACIÓN EFECTIVIDAD PLAN DE MEJORAMIENTO - CGR (FINANCIERO)

Se presentó un cuadro comparativo de la evaluación de efectividad que realizó la CGR, explica que la CGR realiza evaluación a la efectividad, que consiste en verificar que las actividades propuestas tiendan a subsanar las causas raíz de los hallazgos identificados en la auditoría desarrollada, respecto a la evaluación de efectividad realizada por la Oficina de Control Interno, así:



La jefatura de la OCI informa que anteriormente, la Superintendencia de Notariado, solo hacía evaluación de cumplimiento de las acciones formuladas, sin embargo, a su llegada en el año 2016, se empezó a realizar auditorías de evaluación a la efectividad de las acciones y hasta donde se facilitaron los recursos para realizarlo. Hizo igualmente una comparación sobre la evaluación realizada por La CGR, frente a la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, informando que la CGR, en visita realizada el año 2017, realizó auditoría para evaluar la gestión de la vigencia 2016, para lo cual revisaron 41 hallazgos de un total de 46 Hallazgos financieros, mientras que la OCI, evaluó 32 hallazgos antes de que llegara la visita de la CGR, con los resultados expuestos en la gráfica, con los porcentajes allí presentados.

Manifestó que eran muy similares los resultados obtenidos, por lo cual la Jefe de la OCI recomendó prestar mayor atención a las evaluaciones internas realizadas por dicha Oficina y emprender acciones de mejoramiento efectivas e inmediatas, en atención a las recomendaciones que de éstas surjan, para

efectos de que al llegar la visita del organismo de Control Externo, se haya alcanzado a subsanar las causas de los hallazgos identificados y se prevea el riesgo que el organismo de Control, se pronuncie sobre la recurrencia de hallazgos y se corra el riesgo de No Fenecimiento de la Cuenta por parte de la CGR y se prevea igualmente, el riesgo de ser sancionado.

FENECIMIENTO CUENTA FISCAL

Se hizo una presentación, especialmente para el conocimiento de los nuevos directivos, acerca del pronunciamiento de la Contraloría en relación con comportamiento de la Superintendencia de Notariado y Registro, en relación con el Fenecimiento de la Cuenta Fiscal

VIGENCIA AUDITADA	FENECIMIENTO	OPINIÓN
2011	FENECIDA	
2012	FENECIDA	
2013	FENECIDA	
2014	NO FENECIDA	CON SALVEDADES
2015	NO FENECIDA	NEGATIVA
2016	NO FENECIDA	NEGATIVA

La OCI ha realizado un compendio de las principales causas que han dado lugar a esta situación, determinadas por la CGR, tomando como fuente, los mismos informes de auditoría presentados y de las cuales se realizó un resumen de ellas, como son:

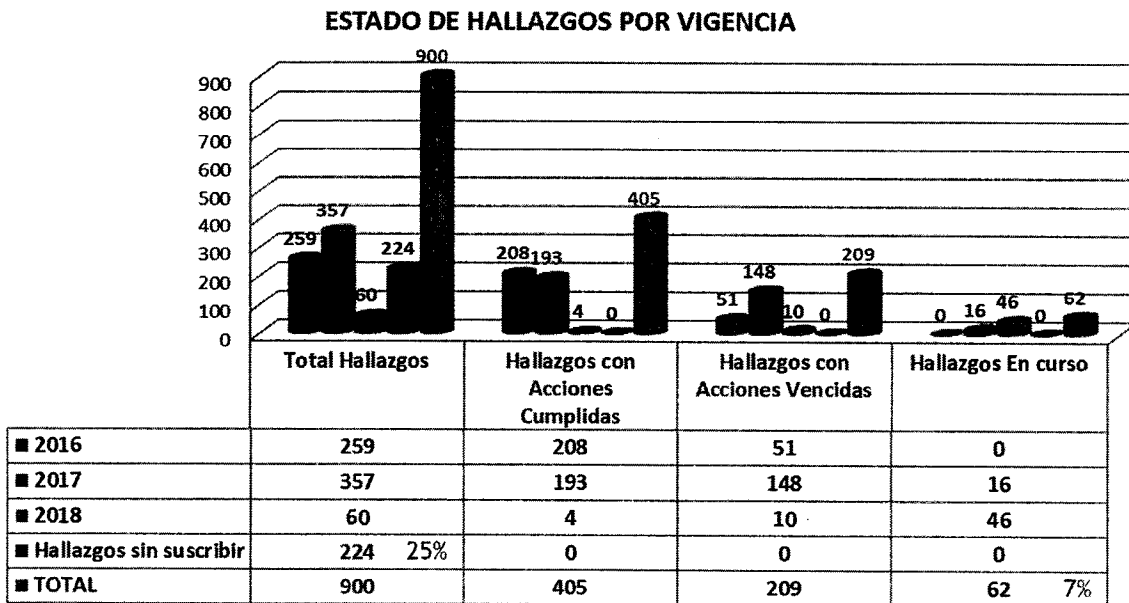
- Sobreestimaciones que representan el 39% del activo de la entidad, considerado principalmente por el registro de activos de los fondos administrados por la SNR, como sus propios activos.
- El Sistema de Control Interno Contable arrojó un resultado de 2,02 el cual corresponde a un concepto ineficiente, porque los mecanismos de control implementado por la SNR en el macroproceso de gestión financiera, el cual no permiten mitigar de forma efectiva los riesgos inherentes de dicho proceso, permitiendo su materialización.
- Subestimación en las cuentas de bienes y servicios pagadas por anticipado.
- Sobreestimación en la cuenta cargos diferidos por concepto de estudios y proyectos, como consecuencia de la falta de amortización.
- Falta de registro contable de valores entregados por concepto de viáticos pendientes de legalización.
- Falta de procedimientos formalizados que permitan controlar los activos intangibles.
- El sistema de control interno contable obtuvo puntuación de 1.622 con deficiencias, entre otros.
- Inobservancia del procedimiento establecido para la constitución de las reservas presupuestales (Incumplimiento de los requisitos legales para la constitución de la misma).
- Estados contables con incorrecciones causados por cálculo actuarial no ajustado, no contabilizado
- Cuentas construcciones en curso no contabilizados
- Valores no constituidos como cuentas por pagar en la vigencia 2016

El señor Superintendente interviene preguntando cuando sería la próxima auditoría a la SNR por parte de la CGR; la jefe de la OCI manifiesta que de acuerdo con el programa de auditorías publicado por la CGR y para la presente vigencia (2018), no estamos programados para que vengan a auditar la vigencia 2017.

7. Avance plan de mejoramiento integral (vigencias 2016-2017-2018)

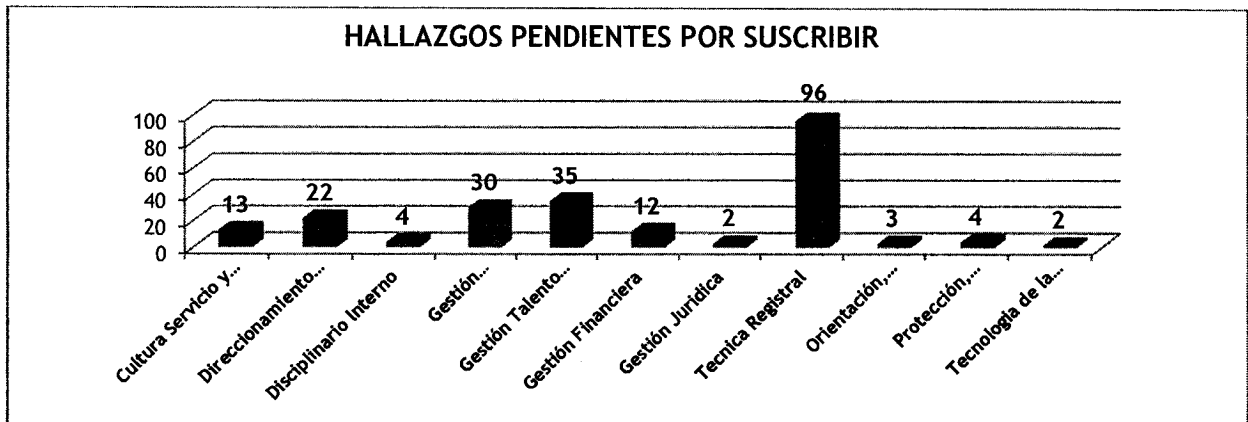
Se presenta el avance alcanzado al Plan de Mejoramiento Integral, indicando que es aquel que se formula con ocasión de los resultados de las auditorías internas de gestión, los informes de evaluación y seguimiento que realiza la Oficina de Control Interno y los ejercicios de autoevaluación que realiza la primera línea de defensa (líderes de Macro procesos); señala que la cultura de autocontrol en la SNR, se encuentra muy disminuida y que la mayoría de las fuentes de información que alimentan los planes de mejoramiento de gestión, que se generan son los resultados de informes presentados por la OCI.

Así mismo, señala que en total existen 900 hallazgos, de los cuales están pendientes de suscribir el 25% que corresponden a 224 hallazgos, tal como se observa a continuación:



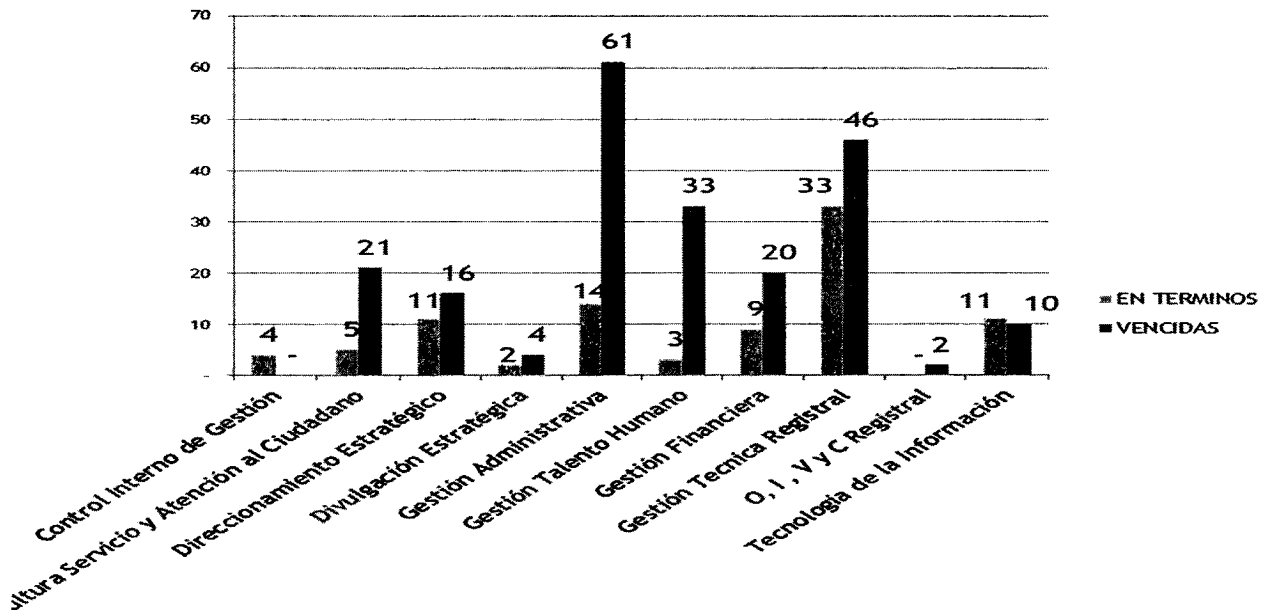
Al respecto, se informó que no se está dando cumplimiento a la entrega de evidencias y que existe muy baja cultura de autocontrol y de mejoramiento continuo en la entidad, y en la medida en que no se tomen acciones inmediatas, se seguirá viendo materializado el No Fecimiento de la Cuenta Fiscal con la Contraloría General de la República y se verá afectado el cumplimiento del Plan de Mejoramiento Archivístico, al igual que la Certificación de Calidad en la Entidad. Se advirtió sobre una posible sanción por parte del Archivo General de la Nación en razón a que conforme al proceso de vigilancia de este organismo de Control, se le dio una oportunidad a la Entidad de reprogramar y reformular el Plan de Mejoramiento suscrito con dicho Organismo y de no cumplirse, la Entidad, corre el riesgo de ser sancionada.

HALLAZGOS PENDIENTES POR SUSCRIBIR, DISCRIMINADOS POR MACROPROCESOS



Como se puede observar en la gráfica, se presentó la relación de hallazgos que a la fecha los líderes de los diferentes macro procesos, no han suscrito acciones. Se especifica que son catorce (14) macro procesos, de los cuales once (11), no han suscrito acciones para subsanar los hallazgos identificados en los distintos informes.

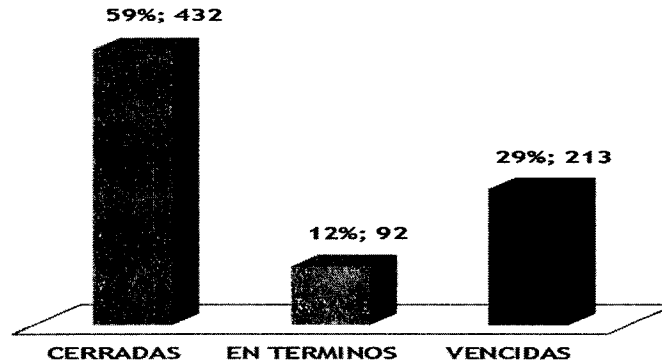
ESTADO DE LAS ACCIONES POR MACROPROCESO (Vencidas y En Términos para subsanar)



En cuanto a las acciones vencidas, se precisa que el 64% de los macro procesos; es decir nueve (9), tienen acciones vencidas en el Plan de Mejoramiento.

Informa también, que el Plan de Mejoramiento integral, actualmente tiene 737 acciones, de las cuales, cuatrocientas treinta y dos (432) están cumplidas; noventa y dos (92) se encuentran en términos y doscientas trece (213) se encuentran vencidas, tal como se presenta en la siguiente gráfica.

ESTADO DEL AVANCE GENERAL DEL TOTAL DE ACCIONES SUSCRITAS



Señala que el 29% de las acciones están vencidas, es decir doscientas trece (213), mientras que el 12% de las acciones están en términos para su ejecución, es decir noventa y dos (92).

Igualmente 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 emitió la directriz a los Jefes de las OCI, de reportar a la Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la Republica los posibles actos de corrupción e irregularidades, entre las cuales se encuentra señalada el incumplimiento a los Planes de Mejoramiento.

Se ha venido trabajando en el fomento de la cultura de la mejora continua, asesorando a los líderes de los Macro procesos en la metodología para la suscripción de los planes de mejoramiento y manifiesta que a la fecha, la Oficina de Control Interno de Gestión, ha generado las alertas al interior de la entidad sobre esta irregularidad, a través de los diferentes informes de seguimiento enviados a la Alta Dirección. Se recuerda el compromiso adquirido al respecto, para efectos de que se trabaje sobre la mejora continua y poder evitar alguna sanción por esta irregularidad.

8- Los Riesgos materializados

A continuación, se presentaron los principales riesgos materializados, teniendo como fuente de información los informes de seguimiento que ha realizado la Oficina de Control Interno a cada uno de los riesgos identificados por los líderes de Macroprocesos en la "Matriz de Riesgos por Procesos", y de acuerdo con las diferentes fuentes como son: seguimiento mapa de riesgos, auditorías e informes de seguimiento.

Fue así, como se dieron a conocer los siguientes riesgos materializados por Macroproceso, de acuerdo con la identificación efectuada en cada Matriz de Riesgos por Procesos:

Macroproceso	Riesgo
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Fallas en el mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad. Evidenciados en los informes de evaluación de proyectos, Plan Anual de Gestión e Informes de Auditoría. (Procesos MIPG, Indicadores, Riesgos, etc.)

Macroproceso	Riesgo
CULTURA DEL SERVICIO Y ATENCION AL CIUDADANO	Incumplimiento a los tiempos de respuestas a las PQRS de los ciudadanos, por parte de los responsables de los procesos involucrados. Evidenciado en: Informe de seguimiento a las PQRS, Auditoría a las Oficinas de Registro y Delegada para Notariado.
ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL NOTARIAL	-Prescripción de la Acción Disciplinaria y Oportunidad para Sancionar (En Auditoría Delegada para el Notariado). -Realizar por lo menos una visita de auditoría anual a las diferentes notarias existentes en el país, de acuerdo con el decreto existente.
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	-Incumplimiento del contrato: (Informe de Auditoría Gestión Administrativa, Informe de seguimiento a la actividad contractual. -Deficiente supervisión de los contratos para favorecer al contratista o a un tercero: (Evaluación al objetivo no. 3 del proyecto de inversión "sistematización de los procesos administrativos y jurídicos de la superintendencia de notariado y registro". (No se puede decir que se haya comprobado este hecho por parte de la OCI). -Incumplimiento del contratista y Carpetas de contratos con soportes incompletos (Actas, Cuentas de Cobro, etc.).
GESTIÓN FINANCIERA	Demoras excesivas en la devolución de dineros recaudados en los nuevos canales (Certificados de tradición en línea-CTL-, Datafono, PSE, Supergiros Occidente: Informe de Auditoría a las Orips.
TECNICA REGISTRAL	-Daño Antijurídico por decisiones por fuera del ordenamiento legal (informe de evaluación OCI). Incumplimiento del término establecido para las devoluciones de dinero en las ORIP. (Informe de Auditoría). - Incumplimiento del término establecido para las devoluciones de dinero en las ORIP. (Informe de Auditoría).
GESTIÓN TALENTO HUMANO	Incumplimiento de los requisitos para posesión establecido en la normatividad vigente: (Evidenciado en Resolución de desempates)
GESTIÓN JURÍDICA	Pérdida de los procesos judiciales (Según información verificada por la OCI).
GESTIÓN ADMINISTRATIVA (Contratos)	Se identificó la materialización de los riesgos Incumplimiento del contratista y Carpetas de contratos con soportes incompletos (Actas, Cuentas de Cobro, etc.).

Para realizar este análisis, se tuvo en cuenta los resultados de las siguientes evaluaciones - (Fuentes de Información):

• Seguimiento Plan de Mejoramiento Archivo General de la Nación
• Informe seguimiento Planes Anuales de Gestión
• Informe Seguimiento Ejecución Presupuestal
• Informe de Austeridad en el Gasto
• Seguimiento al Mapa de Riesgos de Institucional y de Corrupción
• Informe del Plan Gestión Ambiental PIGA
• Informe de Seguimiento Planes de Mejoramiento Integrado
• Seguimiento Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano
• Seguimiento a la actividad contractual
• Seguimiento a Ley de Transparencia
• Informe de Auditoría de Gestión a la Regional Caribe y Centro
• Informe de seguimiento a las Acciones de Repetición
• Informe Seguimiento a los Acuerdos de Gestión

• Informe Seguimiento Gobierno en Línea
• Informe Seguimiento al Plan de Adquisiciones
• Informe de Seguimiento al Plan de Mejoramiento de la Contraloría General de la Republica
• Informe Pormenorizado de Control Interno
• Informe Seguimiento SIGEP
• Informe Seguimiento a las PQRS
• Informe de Auditoria de Gestión a la Orip Cartagena
• Informe Control Interno Contable
• Seguimiento a EKOGUI
• Informe SUIT Dec.019 de 2012

Algunos de ellos, corresponden a los informes que por normatividad se deben presentar, en algunos casos la misma Ley establece los términos para ello y en otros casos, lo determina la Oficina de Control Interno.

9. HALLAZGOS RELEVANTES

Se presentaron las situaciones relevantes determinadas por la OCI, que en muchos casos, son causa para que se genere la materialización de los riesgos ya mencionados. Los principales hallazgos encontrados son los siguientes:

Macroproceso	Hallazgos
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y LÍDERES DE PROCESO	PLANES INSTITUCIONALES -Inexistencia de Planes, modificación sucesiva a los planes, Reformulación y reprogramación permanente de las acciones y las actividades, falta o deficiente seguimiento, generando incumplimientos en los compromisos (metas) programados. -Las acciones formuladas en los Planes, carecen de efectividad en relación con los objetivos de existencia de los mismos y falta de articulación de los mismos; falta de controles para garantizar la seguridad de la información reportada a través de la herramienta de seguimiento a la Gestión (Strategos).
	PROYECTOS - Deficiencia en la planeación y ejecución de los proyectos de inversión, evidenciado a través de la materialización de los riesgos: " <i>Incumplimiento del contratista y Carpetas de contratos con soportes incompletos (Actas, Cuentas de Cobro, etc.)</i> " y el identificado en el desarrollo de la evaluación " <i>Insatisfacción de la necesidad identificada en los estudios previos</i> "; detectados en la auditoría realizado al Objetivo No.3- Implementación del Programa de Gestión Documental, del proyecto de Inversión " <i>SISTEMATIZACION DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y JURIDICOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO</i> "; mediante la muestra de contratos seleccionados, asociados a la ejecución del proyecto. - El riesgo de inadecuada viabilizarían de los contratos asociados a los proyectos de inversión, fue identificado y materializado. - Contratos que no guardan relación con las actividades de los proyectos (obras de infraestructura realizadas en ORIP que no contribuyen de manera directa con el proyecto de inversión).
	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS. - Deficiencia en la formulación de las actividades de control toda vez que estas no mitiga la totalidad de las causas asociadas, no está claramente definida la frecuencia de su aplicación, la información utilizada para realizar los controles no siempre es adecuada y confiable; - No se tiene control sobre los riesgos materializados,

Macroproceso	Hallazgos
	<ul style="list-style-type: none"> - No se formulan los planes de mejoramiento para eliminar la causa de su materialización, - Igualmente no se prevén planes de contingencia para disminuir el impacto frente a eventos no deseados.
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	<p>ACTUALIZACIÓN HOJAS DE VIDA SIGEP, VIGENCIA 2018 -I SEMESTRE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de Registro y actualización de la información Hojas de Vida y Bienes y rentas -servidores públicos y contratistas. - En Talento Humano: Hojas de vidas aprobadas: 32% y pendientes por aprobar: 68%. Bienes y rentas: 43% sin actualizar. - En Contratación: Hojas de vida pendientes 97% y actualización bienes y rentas, avance del 0%. (Esta situación genera Incumplimiento Artículo 2.2.5.1.9 Declaración de bienes y rentas y hoja de vida, Decreto 1083 de 2015 y Decreto 484 de 2017). <p>INOPORTUNIDAD E INSUFICIENCIA DEL PRESUPUESTO PLAN DE BIENESTAR SOCIAL, ESTÍMULOS E INCENTIVOS Y PICS.</p> <p>DEFICIENCIAS EN EL PROCESO DE LIQUIDACIÓN Y PAGO DE CESANTÍAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Causas: pagos por encima de lo legal; (se volvió a aplicar el valor de las cesantías para funcionarios que ya se habían retirado de la entidad). - Se continúan presentando diferencias en el reporte mensual de cesantías exportado del aplicativo Perno, siendo necesario hacer correcciones manuales por parte del funcionario encargado. - Esta situación aumenta la probabilidad de que el riesgo se vuelva a materializar. <p>INCUMPLIMIENTO LEGAL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (Deficiencias en cumplimiento de normas en relación con los siguientes temas: extintores vencidos, falta de rampas, tuberías dañadas, mantenimiento de aires acondicionados, falta de camillas y de brigadistas capacitados para una eventual situación de emergencia).</p>
TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	<p>INTERRUPCIÓN DE LOS SERVICIOS REGISTRALES POR FALTA DE ADECUACIÓN DE LOS CUARTOS DE COMPUTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incumplimiento de estándares de seguridad ya que no se garantiza la temperatura adecuada de los equipos tecnológicos existentes en los cuartos de cómputo de las ORIPS, generando sobrecalentamiento de los mismos; situación que podría conllevar a generar riesgos de seguridad y/o de interrupción de servicios, al no contar con los diferentes controles y buenas practicas que contempla la Norma ISO/IEC 27001, publicada por la Organización Internacional para la Estandarización (ISO). <p>DEFICIENTES CONTROLES EN LA CREACIÓN DE USUARIOS Y ROLES. (Podría ser causa para realizar cobros indebidos a usuarios para la agilización de trámites en la ORIP).</p> <p>INSUFICIENTES CONTROLES APLICATIVO FOLIO MAGNÉTICO POR CUANTO NO EXIGE LA TOTALIDAD DE LA SECUENCIA QUE SE DEBE REALIZAR PARA LA CALIFICACIÓN DE UN DOCUMENTO (Podría ser causa para realizar cobros indebidos a usuarios para la agilización de trámites en la ORIP).</p> <p>DEBILIDADES EN LOS CONTROLES DEL APLICATIVO FOLIO Matriculas bloqueadas sin turnos asociados por cuanto se han encontrado matriculas inmobiliarias en estado bloqueadas, sin que se les haya asignado un turno de radicación de documento.</p> <p>DEFICIENTES CONTROLES AL HARDWARE, SOFTWARE Y LICENCIAMIENTO: Por cuanto no existen evidencias de soportes que validen el recibo y control de las licencias al software del sistema operativo Windows 10 pro y equipos de cómputo recientemente adquiridos.</p>

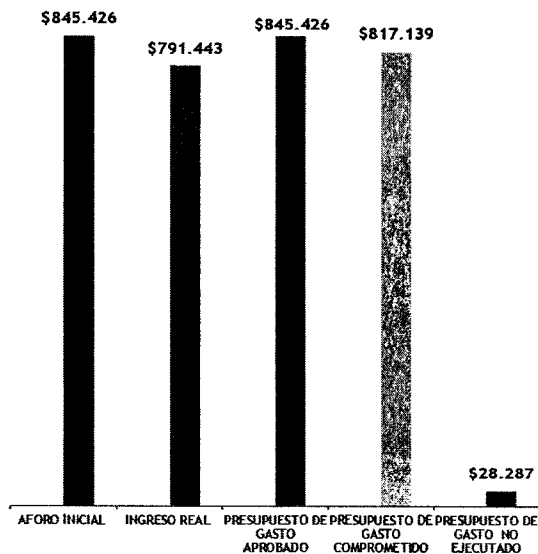
Macroproceso	Hallazgos
	<p>DEFICIENCIAS EN LA PARAMETRIZACIÓN DEL APLICATIVO PQRS-CERTICÁMARA (Anterior aplicativo no se exigieron los requerimiento y controles necesarios para su funcionamiento y actualmente se está desarrollando un Nuevo aplicativo SISG para PQRSD).</p>
<p>DIRECCIÓN TÉCNICA REGISTRAL (ORIPS)</p>	<p>INCUMPLIMIENTO TÉRMINOS DE REGISTRO (Art. 26 Ley 1579 de 2012) (Verificado en auditorías realizadas a la ORIPS).</p> <p>ELEVADO NÚMERO DE CORRECCIONES Y PRODUCTO NO CONFORME. (Verificado en auditorías realizadas a la ORIPS).</p> <p>ALERTA GENERADA POR EL DAFP SOBRE POLÍTICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES (2017): Reunión liderada por la OCI, entre el DAFP y la Superintendencia, donde básicamente se trataron los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento de la tarifa de la Consulta de Propiedad inmobiliaria casi de un 800% de la vigencia 2016 a la vigencia 2017. - Obligatoriedad del ingreso de los tramites en el SUIT (Manifestaron que todos los tramites deben estar registrador en el SUIT, como única fuente valida de información disponible a la ciudadanía. <p>Observaciones por parte del DAFP a las Resoluciones 2854 y 3177 de 2018: (Tarifas Registrales).</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Incremento en los porcentajes de liquidación de la tarifa en comparación con lo estipulado en la Resolución 0450 de 2017. b. No existe soporte jurídico para el cobro del 2% por concepto de sistematización y Conservación Documental, con lo que se están trasladando costos internos a los ciudadanos. c. Frente al artículo 13, literal c, de la Resolución 2854 de 2018, frente al cobro de las consultas especiales notariales, se encuentra en contravía del artículo 15 del Decreto Ley 019 de 2012, toda vez que los notarios son particulares que ejercen funciones públicas y, por tanto, pueden conectarse gratuitamente a los registros públicos que lleven las entidades encargadas de Expedir los certificados de tradición de bienes inmuebles. d. Artículo 20 de la Resolución 2854 de 2018, se plantea una modalidad llamada "<i>Trámite Especial de Registro</i>", lo cual se vulnera ampliamente el derecho constitucional de igualdad de los ciudadanos a ser atendidos y acceder a la oferta estatal sin distinción alguna, dado que se establecen criterios de atención preferentes para aquellas personas que tienen mayor poder Adquisitivo. Igualmente, viola el Derecho de Turno, bajo el cual las personas deben ser atendidas en el orden de llegada o en el orden que fue radicada la solicitud. <p>Estas fueron textualmente las causas que generaron esta alerta, enviada por el DAFP.</p>
<p>GESTIÓN ADMINISTRATIVA</p>	<p>INCUMPLIMIENTO GENERAL DE ARCHIVO LEY 594 DE 2000:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de mejoramiento suscrito con el AGN, reprogramado y reformulado-06 de agosto de 2018. • Sistema Integrado de Conservación - SIC: (No cuenta). • Instrumentos Archivísticos Tablas de Retención Documental y Cuadros de Clasificación: (no cuenta). • Programa de Gestión Documental - PGD (Falta de actualización y adopción). • Conformación de los Archivos Públicos (no ha elaborado las Tablas de Valoración Documental). • Organización de los Archivos de Gestión (no está aplicando los criterios de organización de los archivos de gestión)

Macroproceso	Hallazgos
	<ul style="list-style-type: none"> • Organización de Historias Laborales (no ha aplicado los criterios de organización y control de la Serie Documental Historias Laborales). • Inventario Único Documental - FUID (no cuenta). <p>DEFICIENCIAS EJERCICIO DE SUPERVISIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificaciones que no guardan relación con las obligaciones y objeto del contrato. <p>DEFICIENCIAS EN LAS ETAPAS DE PLANEACIÓN CONTRACTUAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades que no se encuentran pactadas contractualmente. • los estudios previos no presentan justificación clara de la necesidad que se pretende satisfacer. • Contratos asociados a los proyectos de inversión que no guardan relación con las actividades contenidas en los mismos y obras de infraestructura realizadas en orip que no contribuyen de manera directa al cumplimiento del objetivo del el proyecto de inversión. • Contratistas que no acreditaron experiencia relacionada con el objeto contractual. <p>DEFICIENCIAS EJERCICIO DE SUPERVISIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informes que no reflejan el cumplimiento de las obligaciones • Expedientes sin informes de supervisión, ni la documentación que se ha generado con ocasión de su ejecución. <p>FALTA DE PUBLICACIÓN SISTEMA SECOP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informes de supervisión y contratos a través de la modalidad de contratación directa. <p>SERVICIOS GENERALES (HOLÍSTICA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La información contenida en el aplicativo, correspondiente a los bienes de propiedad planta y equipo, no coincide con los valores registrados en el SIIF. (Causa para materializarse el riesgo: Los estados financieros no reflejen la realidad de la información financiera de la SNR). <p>AUSTERIDAD DEL GASTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento de la Directiva Presidencial No.01 de 2016. • No se prevé el porcentaje de ahorro indicado en la Directiva. • No se ha diseñado un plan orientado a dar cumplimiento a la directiva. • No se están cumpliendo las políticas internas de austeridad. <p>INFRAESTRUCTURA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias en el mantenimiento de infraestructura física, identificado en las ORIPS. <p>VIÁTICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pago por valores superiores a los permitidos por la Ley por concepto de comisiones (Evaluación Proyecto - viáticos). • Cumplimiento parcial de las políticas de gestión ambiental nacional e institucional (Plan Estratégico Institucional – PIGA y MIPG; 3ra. Dimensión Gestión con Valores para Resultados – Gestión Ambiental para el buen uso de los recursos públicos). <p>LA AFECTACIÓN DEL SERVICIO PARA LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE TRADICIÓN A TRAVÉS DE LOS KIOSKOS.</p>

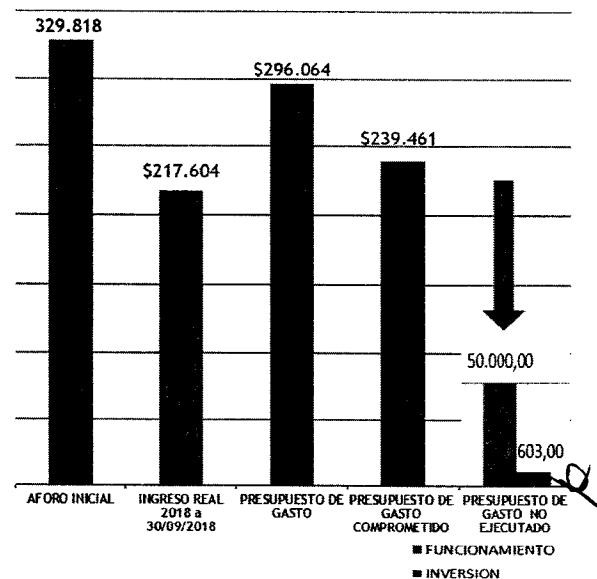
Macroproceso	Hallazgos
CULTURA DEL SERVICIO Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	<ul style="list-style-type: none"> Incumplimiento términos para la gestión de las PQRSD, por parte de los responsables de las respuestas, conforme a la Ley 1755 de 2015. Falta establecer lineamientos precisos sobre las modalidades de petición, términos de respuestas y responsables de los mismos. No existe un análisis objetivo de las causas generadoras de las PQRSD, de acuerdo con las encuestas de percepción entregada por el Ciudadanos. No existe un Plan de Atención al ciudadano que se haya construido con base en un diagnóstico de las necesidades reales.
GESTIÓN FINANCIERA	<p>INCUMPLIMIENTO TÉRMINOS DEVOLUCIÓN DE DINEROS.</p> <p>SITUACIÓN CONTABLE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Incertidumbre en partidas de algunas cuentas de los estados contables (por legalizaciones, deficientes conciliaciones y registros inoportunos de hechos financieros, relacionados con propiedad planta y equipo, viáticos, cuentas por pagar, operaciones recíprocas e ingresos recibidos por anticipado, entre otros). <p>SITUACIÓN PRESUPUESTAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ejecución presupuestal sin planificación adecuada y conforme a un plan de adquisiciones detallado que guarde armonía con el presupuesto aprobado. (Alta reservas y cuentas por pagar sin ejecución en su totalidad; objeto hallazgo CGR). <p>Consecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inoportunidad en la ejecución del presupuesto de gastos; Constitución del rezago Presupuestal sin el lleno de los requisitos. (Ley establece techo mínimo). <ul style="list-style-type: none"> Incumplimiento a las metas (proyección ingresos) de recaudo del presupuesto de ingresos.

Igualmente, se presentó el análisis del comportamiento financiero de los ingresos vs. Los gastos, con respecto a la vigencia 2017, tal como se presenta en las siguientes gráficas:

ANÁLISIS INGRESOS Vs. GASTOS - VIGENCIA 2017

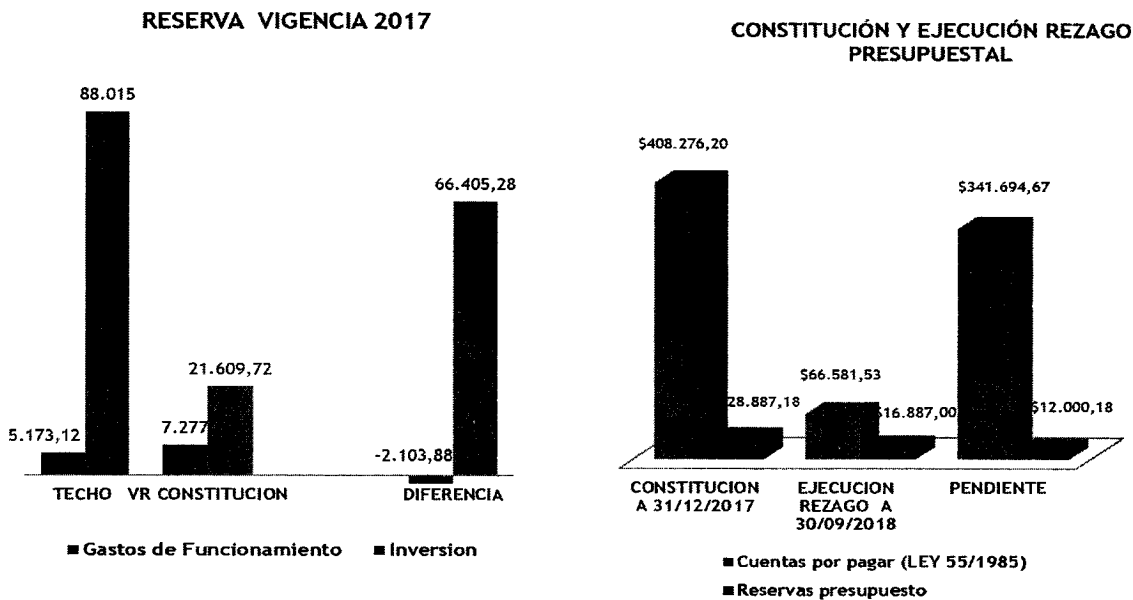


PTTO. INGRESOS Vs. PTTO. GASTOS - VIGENCIA 2018



La Jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión, consideró necesario generar una alerta advirtiendo sobre una posible materialización del rezago presupuestal que podría estarse generando en la vigencia 2018, por cuanto el comportamiento del presupuesto de gasto no ejecutado con respecto al comprometido, al corte del 30 de septiembre de 2018, asciende a la suma de (\$50.000), cincuenta mil millones de pesos (50.000), de los cuales, (\$6000) seis mil millones de pesos, corresponden a gastos de inversión; situación similar presentada en la vigencia 2017, en el que el presupuesto de gastos no ejecutados ascendió a la suma de (28.287), veintiocho mil millones doscientos ochenta y siete millones de pesos a 31 de diciembre de 2018, constituyéndose de esta manera, una reserva presupuestal que durante la vigencia 2018, no ha sido ejecutada en su totalidad.

Se presentó también la Reserva Presupuestal vigencia 2017, presentó el siguiente comportamiento:



Para Gastos de Funcionamiento se obtuvo un techo de \$5.173,12 millones, de los cuales se alcanzó el \$7.277 millones en la constitución de las reservas, obteniendo por encima del techo, un total de \$2.103,88 millones; mientras que para el rubro de inversión, este presentó una reserva muy por debajo del techo, por lo cual se dio cumplimiento al techo establecido, donde se obtuvo una diferencia de \$66.405,28 millones.

Con respecto a la constitución y ejecución del rezago presupuestal, suma de la reserva, más las cuentas por pagar, se observa un pendiente del 2017 por valor de \$12.000 millones en reservas del presupuesto, mientras que en cuentas por pagar por valor de \$341.694,67 (que obedece al tema de las transferencias de obligación de Ley 55/1985), que no se cumplió con esta obligación y a la fecha no se han pagado, con corte al mes de septiembre de 2018.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno generó una alerta en procura de que no se cometan los mismos errores del pasado, teniendo en cuenta que la Contraloría General de la República, ha venido identificado de manera recurrente, un hallazgo en este sentido.

10. OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Son recomendaciones generales que realiza la Oficina de Control Interno; sin embargo, en cada uno de los informes producto de las diferentes auditorías y seguimientos se encuentran un poco más detalladas, para cada uno de los riesgos materializados y/o hallazgos recurrentes. Así mismo, manifiesta la Jefe de la OCI, que en algunos de los informes se han identificado riesgos por parte de la Oficina de Control Interno, observando que éstos no han sido revisados por parte de los líderes de los Macro procesos para considerar la posibilidad de documentarlos en sus procesos, máxime cuando algunos de éstos se han reportado como materializados

Macroproceso	Oportunidades de Mejora
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	<p>PLANES INSTITUCIONALES: Formular los Planes teniendo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MIPG - En el rol que deben ejercer como primera línea de defensa, a fin de fortalecer el ejercicio de autocontrol, en aras de evitar vencimiento de las actividades y garantizar los respectivos soportes de las actividades planteadas. • ISO 9001: 2015, Numeral 10 - Mejora • Agrupación de Hallazgos para la formulación de acciones por Macroprocesos • Cumplimiento de los compromisos (metas) en las fechas programadas. • Seguimiento oportuno a la gestión institucional de la entidad, generando alertas tempranas de cumplimiento.

Macroproceso	Oportunidades de Mejora
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	<p>RIESGOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar el cumplimiento del procedimiento previsto para la formulación y seguimiento de los proyectos de inversión, a fin de establecer controles efectivos que garanticen la ejecución de recursos de manera planificada, de acuerdo a las actividades estratégicas formuladas para la cadena de valor. • Realizar una revisión exhaustiva de los contratos que se encuentren asociados a los proyectos de inversión, para efectos de garantizar que el manejo de los recursos públicos en las etapas de planeación, asignación, ejecución y evaluación, se realice en atención a los principios presupuestales y de contratación pública. • Fortalecer la implementación de la Política para la Administración del Riesgo continuando con la formulación del mapa de riesgos por procesos, de proyectos, de contratos y de corrupción, así mismo incluir los lineamientos para la formulación del plan de contingencia. • Reforzar la socialización e interiorización de la gestión del riesgo a todos los niveles de la Entidad como un proceso continuo y participativo. • Documentar en el Mapa de Riesgos Institucional, los riesgos que han sido identificados como materializados en el proceso de evaluación y seguimiento y auditorías internas realizadas por la OCI. • Con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación, formular el plan de mejoramiento de acciones correctivas, para eliminar las causas que está ocasionando la materialización de los riesgos.
GESTIÓN TALENTO HUMANO	<p>SIGEP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar y depurar la información contenida en los módulos de Hoja de Vida y Bienes y Rentas del SIGEP teniendo en cuenta la planta de personal y contratistas de la Entidad, realizando seguimiento periódico.

	<p>PLAN DE BIENESTAR E INCENTIVOS Y CAPACITACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentar y sustentar adecuada y oportunamente las necesidades del Plan de Capacitación y el Plan de Bienestar Social, Estímulos e Incentivos a la Alta Dirección, con el propósito de que sean aprobados los recursos necesarios para su ejecución, utilizando la metodología para la formulación de planes estratégicos. <p>CREDITOS ICETEX:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unificar el formato "Acta de Entrega" para todos los servidores de la Entidad e incluir aspectos críticos que representan pérdida de recursos y que deben ser objeto de verificación una vez el funcionario se retire de la Entidad. • Individualizar e iniciar las acciones disciplinarias contra los responsables de velar por la protección de los recursos de la Entidad. <p>LIQUIDACIÓN CESANTIAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentar en el procedimiento, puntos de control encaminados a garantizar el envío oportuno de los actos administrativos que afectan la base de liquidación de las cesantías, el ingreso oportuno de las novedades que la impacta y la verificación de la totalidad de la información reflejada en el archivo plano, exportado del aplicativo de nómina. <p>PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseñar un diagnóstico integral y definir una política de mantenimiento de los inmuebles, con mecanismos de seguimiento y control, priorizado con base en los resultados del diagnóstico para la elaboración de un plan a corto, mediano y largo plazo para satisfacer las necesidades (Proyectos de inversión).
<p>TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN</p>	<p>CREACIÓN DE USUARIOS Y ROLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda identificar y depurar los usuarios activos existentes en los Aplicativos SIR y Folio magnético, en coordinación con la Oficina de Talento Humano y Contratación. <p>CONTROLES APLICATIVO FOLIO MAGNÉTICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer las medidas de control necesarias para que a través del Folio se exija la interacción de los usuarios que intervienen en la calificación de los documentos requeridos por los ciudadanos, dejando registrada la trazabilidad. <p>CONTROLES DEL APLICATIVO FOLIO- MATRÍCULAS BLOQUEADAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda revisar cada uno de los turnos y de las matriculas identificadas como bloqueadas, así como la falta de asignación de turnos, validando el motivo de su bloqueo, con el fin de tomar las medidas necesarias para su trámite. De no dársele tratamiento puede conllevar a la insatisfacción del usuario, a la generación de turnos de corrección o a generar mayor número de PQRS a la ORIP. <p>HARDWARE, SOFTWARE Y LICENCIAMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda la aplicación de la circular No.236 de 2018 -Lineamientos Adquisición de Software y Hardware; así como la Circular No.02 de 2018 -Aprobación Técnica de la Oficina de OTI para la adquisición de hardware y software de la SNR. • Establecer los mecanismos de control necesarios para identificar tanto el licenciamiento del software adquirido, como el que es dado de baja, a través del uso de tecnologías modernas, para la administración de los activos informáticos. <p>PARAMETRIZACIÓN DEL APLICATIVO PQRS - CERTICÁMARA (NUEVO APLICATIVO SISG PARA PQRS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En su momento se recomendó realizar los ajustes necesarios a la plataforma, con el fin de contar con las variables que exige la norma, garantizando la respuesta dentro de los términos establecidos, permitiendo que se realicen los análisis y seguimientos

	<p>a las causas generadoras de los mismos, como insumo para diseñar mecanismos orientados a disminuir el número de PQRSD que recibe la entidad mensualmente.</p>
<p>DIRECCIÓN TÉCNICA REGISTRAL (ORIPS)</p>	<p>INCUMPLIMIENTO TÉRMINOS DE REGISTRO (Art. 26 Ley 1579 de 2012)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de necesidades de Recurso Humano en las Orips y estudio de cargas de trabajo teniendo en cuenta los siguientes factores: (No. de documentos, Atención a usuarios, Capacitaciones, representación de la entidad en la regiones, estudio de respuesta a tutelas, derechos de petición, consultas. • Apoyo temporal personal idóneo. • Cruce de Información con los emisores de los actos objeto de registro para la verificación de los datos y autenticidad de los documentos a través del sistema y/o convenios internos con los Jueces Municipales, alcaldías, Notarios, Agencia Nacional de Tierras. • Análisis estadístico del Crecimiento inmobiliario frente al registro, producto de los planes territoriales. • Definir una política orientada a fijar criterios excepcionales para la rotación y traslado de personal <p>ALERTA GENERADA POR EL DAFP SOBRE POLÍTICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES (2017):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplir los compromisos adquiridos mediante acta de reunión sostenida con el Departamento Administrativo de la Función Pública, realizada del 2 de agosto de 2018 y emitir respuesta al oficio radicado No. 20185010158321 del 5 de julio de 2018, del DAFP.
<p>GESTIÓN ADMINISTRATIVA</p>	<p>GESTIÓN DOCUMENTAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con los compromisos planteados por la Entidad frente a la no conformidad identificada por el AGN en los términos establecidos. <p>CONTRATACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimizar la utilización de la Plataforma de Secop II para los procesos contractuales, Mejorar la planeación contractual para evitar reiteradas modificaciones contractuales (prórrogas, suspensiones, adiciones). • Definir el responsable de la publicación de los informes de supervisión y establecer los términos para su publicación en el Sistema Electrónico de Contratación SECOP, conforme a los lineamientos establecidos por Colombia Compra Eficiente. • Continuar con el proceso de capacitación a los supervisores de contratos, sobre el impacto PERSONAL E INSTITUCIONAL que conlleva un deficiente ejercicio de supervisión. • Fortalecer los controles en los procesos de contabilización y pago de las obligaciones, tales como devolver las cuentas de cobro, que no cuenten con informes de supervisión soportados en evidencias que garanticen el cumplimiento de las Obligaciones del contrato. • Definir puntos de control en el Procedimiento "ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS", que garanticen la ejecución del proceso de contratación, de conformidad a las normas vigentes. <p>INFRAESTRUCTURA:</p> <p>Elaborar un Plan de Acción priorizando las necesidades de infraestructura física, a fin de prever los recursos para suplirlas y proporcionar el mantenimiento de éstas en las diferentes sedes de la SNR, en cumplimiento a las Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental.</p>

	<p>VIÁTICOS Dar cumplimiento a la aplicación de los controles establecidos para la liquidación de Viáticos y Comisiones.</p>
GESTIÓN FINANCIERA	<p>DEVOLUCIÓN DE DINERO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Designar un funcionario para realizar esta gestión en el Nivel Central. • Revisión y ajuste de los datos en los folios de matrícula que administran los sistemas SIR y FOLIO. Evaluación de los convenios bancarios para garantizar que estos medios de pago sean efectivos. <p>CONTABLE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño e implementación de controles contables que garanticen la razonabilidad de las cifras presentadas en los estados contables; así como la implementación de mecanismos en todas las áreas de la SNR para garantizar el registro oportuno de todos los hechos financieros en aplicativo SIIF Nación II. <p>PRESUPUESTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización de un estudio de proyección y manejo presupuestal conjuntamente entre la oficina Asesora de Planeación y la Dirección Administrativa y Financiera que determine objetivos claros y precisos para la ejecución de ingresos, gastos y programas de inversión; así como el recaudo de los ingresos para garantizarle a la entidad la estabilidad financiera frente a sus compromisos. • Definición de un plan financiero que garantice a la SNR el cumplimiento de la meta de ingresos y la ejecución oportuna del presupuesto con el cumplimiento de los requisitos de ley.
CULTURA DEL SERVICIO Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	<p>PQRSD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar los tiempos de respuesta de la PQRSD y por consiguiente, el servicio al ciudadano, implementando los mecanismos definidos en la ley 1755 de 2015. • Establecer lineamientos precisos sobre las modalidades de petición, términos de respuestas y respuestas de los mismos. • Complementar el espacio de preguntas frecuentes con información de consultas repetitivas por parte de los interesados. • Articular los mecanismos de participación ciudadana y servicios al ciudadano implementados en la entidad. • Entrenar a los servidores públicos y contratistas de la Entidad, que en sus obligaciones tengan el deber de tramitar las PQRSD, en sus distintos roles. • Elaborar respuestas tipo para PQRSD que se realicen reiteradamente.

Teniendo en cuenta lo manifestado en cada uno de los hallazgos, y para atender las recomendaciones de la Oficina de Control Interno ha realizado en cada uno de los informes remitidos a los líderes de Macroprocesos, la jefe de la OCI manifiesta que es necesario emprender las siguientes acciones, para efectos de subsanar las causas que han venido generando los hallazgos y especialmente aquellos que se volvieron recurrentes en la Entidad, los cuales resumió de la siguiente manera:

- Actualización de cada uno de los autodiagnósticos para la implementación del MIPG, trabajados inicialmente por los líderes de Macro procesos, usando como insumos, los informes de Ley, especialmente el seguimiento al Mapa de Riesgos, auditorías internas de gestión y de calidad y externas y el ejercicio de autocontrol. Para la elaboración de estos productos, se debe realizar el ejercicio de análisis de causa raíz, utilizando las metodologías adoptadas por la Entidad, el cual debe ser liderado por la Oficina de Planeación, con la participación activa de los líderes de Procesos y el apoyo de los facilitadores de calidad y el acompañamiento de

la Oficina de Control Interno de Gestión; ya que es necesario profundizar sobre las verdaderas causas para que de esta manera se puedan generar acciones efectivas de conformidad con las obligaciones contenidas en el Decreto 612 de 2018

Estas situaciones evidenciadas, realizando un diagnóstico de cada uno de los Macroprocesos y hace un llamado a los líderes de los mismos, para que se trabaje con enfoque por procesos, mas no de manera aislada, generando acciones a partir del análisis a las causas que se están generando en determinado proceso, por lo cual se sugiere utilizar diferentes metodologías existentes; así mismo, manifiesta que es importante que se actualice el Diagnóstico efectuado al MIPG, a través de la metodología combinada de análisis causa raíz, para garantizar mayor objetividad en los mismos; considera que éste debe ser actualizado para efectos de profundizar sobre las verdaderas causas y de allí se puedan generar unas acciones generales, de acuerdo con todos los temas contenidos en el MIPG y de conformidad a las obligaciones contenidas en el Decreto 612 de 2018- *Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado.*, en el cual se establece que se deben integrar todas las acciones en un solo Plan de Acción.

De esta forma, estarían interviniendo todas las líneas de defensa, conforme a los roles definidos en el MIPG, realizando un trabajo articulado y en Equipo, se podría alcanzar los objetivos de fenecer la cuenta fiscal; mejorar la calificación en el Sistema de Control Interno; mantener la certificación del Sistema de Gestión de la Calidad; evitar sanciones, procesos disciplinarios, fiscales y demás; fortaleciendo la confianza institucional, entre otros.

Al finalizar la intervención la Dra. Rita, manifiesta que somete a la aprobación del Comité, los dos temas, como son:

- 1- La aprobación del Programa de Auditorías Internas de Calidad, vigencia 2018 que se presentó, y
- 2- La cancelación de las 3 auditorías presentadas, para no ser realizadas del Programa de Auditorías Internas de Gestión, vigencia 2018, en los términos expuestos en la gráfica.

Posteriormente el señor Secretario General intervino para recomendar que antes de tomar la decisión de aprobar el programa de auditorías, se evalúe la situación interna que se presenta, sobre la gran cantidad de puntos críticos como el tema de los hallazgos presentados en la reunión y que no tienen plan de mejoramiento; igualmente, los que cuentan con acciones vencidas, y/o que presentan baja ejecución, y se realice una revisión íntegra a los riesgos evidenciados; porque de ser aprobado el programa de auditorías que se está planteando, se continuaría con la misma situación encontrada en el pasado, por cuanto muy seguramente van a resultar más hallazgos sin que se haya dado cumplimiento a los anteriormente identificados; seguirán en aumento y sugiere intervenir el tema integralmente.

El señor Superintendente toma la palabra para hacer una aclaración con respecto a la propuesta que hace el Secretario General y manifiesta que allí hay dos temas diferentes; el primero relacionado con el programa de auditoría interna de calidad, con un cronograma muy ajustado en noviembre para efectos de desarrollar una serie de actividades y poder cumplir de esta manera, con la auditoría de recertificación en la Norma ISO 9001:2015, de acuerdo con la auditoría adelantada por ICONTEC, y el otro tema, con respecto a lo que el Secretario General ha mencionado, a lo cual manifiesta que se

adhiera a lo sugerido, porque es apenas natural que como es una nueva administración, se puedan analizar el estudio que ha presentado la Oficina de Control Interno, para poder conocer un poco más los diferentes temas y considera prudente dentro de la administración, obrar de esa manera, por lo que somete a consideración solamente el tema de la programación de Auditorías Internas de Calidad, en la norma ISO, dejando pendiente el tema de las Auditorías de Gestión y se realizará un nuevo Comité para conformar el equipo, más los que seguirán acompañando se realice un estudio a fondo sobre el tema para saber qué decisiones son las que se van a tomar al respecto.

Con base en las consideraciones del Secretario General y el señor Superintendente, se determina por parte de los miembros del Comité, NO aprobar la propuesta inicialmente presentada por la Jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión, por cuanto se deben revisar las acciones correctivas establecidas para los hallazgos identificados por la OCI, como prioridad para la Alta Dirección; además, con el fin de darle prioridad a las auditorías de calidad, para efectos de subsanar las causas de la No Conformidad Mayor identificada en auditoría externa realizada por el Ente Auditor Certificador.

Por lo anterior, se tomó la decisión de cancelar la totalidad de las auditorías de gestión pendientes por realizar y que fueron inicialmente programadas y aprobadas en el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, mediante acta No. 01 del 22 de marzo de 2018, así:

1. Cancelar la realización de las auditorías de las Oficinas de Registro No Certificadas en calidad, que inicialmente habían sido programadas con auditoría de gestión (Santa Rosa de Osos y Puerto Inírida).
2. Cancelar la realización de la auditoría interna de gestión a la Oficina de Registro Bogotá Zona Sur, por cuanto se aparta de los criterios para la realización de auditorías de calidad, ya que ésta fue auditada en calidad, durante la vigencia 2017
3. Cancelar la realización de las auditorías de gestión de las Direcciones Regionales Orinoquía, Pacífico y Andina.
4. Cancelar la realización de las auditorías internas de gestión de los Macroprocesos Orientación, Inspección, Vigilancia y Control Registral y Gestión Jurídica.
5. Realizar auditorías internas de calidad a las Orip certificadas que inicialmente fueron programadas con auditorías de gestión, las cuales se relacionan a continuación: Jericó, Puerto López, Barichara, Caucasia

Por su parte la Jefe de la Oficina de Control Interno manifiesta que está de acuerdo con la decisión y se somete a consideración de aprobación, el Programa de Auditorías Internas de Calidad, y manifiesta que ya esto se había planteado al interior de la Oficina de Control Interno, y que si bien la norma exige en uno de sus roles la elaboración de auditorías, se puede reducir el número de las mismas para una próxima vigencia, dedicando mayor tiempo e interés a brindar asesoría y acompañamiento para subsanar los hallazgos identificados, en procura de trabajar con la metodología causa raíz, máxime cuando se aproxima el próximo cuatrienio, en el cual se debe elaborar el Plan estratégico.

La jefatura de la Oficina de Jurídica realiza su intervención manifestando que es necesario tocar dos puntos en el comité, como son:

1- En cuanto al personal requerido para las auditorías internas de calidad, ya que la jefe de la OCI menciona que requiere de personal de todas las oficinas, por lo que solicita para su caso específico que tiene dos personas que conocen del tema, le dejen una persona que le apoye en atender su auditoría, y para tener en claro quién va a participar en ello.

2- El trámite de la auditoría, ya que manifiesta en anteriores auditorías no se le ha corrido traslado de los hallazgos que han quedado, para que sea más concertado con el jefe de la Oficina auditada, en el desarrollo de la auditoría, con el fin de que sean aclarados los hallazgos y No Conformidades, que pueden conllevar a las acciones disciplinarias. Se han realizado dos mesas de trabajo y si requiere se tenga en cuenta para estas auditorías ya que el cronograma es muy ajustado.

Al respecto, la Jefatura de la Oficina de Control Interno manifiesta que ya en mesas de trabajo se explicaron las razones por las cuales fueron identificados estos hallazgos y pensó que el tema había sido aclarado y resuelto de conformidad.

Con respecto a que no se tuvo contacto en el desarrollo de la auditoría, aclaró que el informe no se produjo como resultado de una auditoría, sino que correspondía a un seguimiento que por obligación de ley se debe realizar, relacionado con el proceso de defensa judicial a través de la certificación que se emite a la Agencia Jurídica del Estado, denominado EKOGUI, agrega, que fueron muchas las solicitudes que se hicieron por correo electrónico y que nunca se obtuvo respuesta por parte de la Oficina y en el desarrollo de dicha actividad, no se allegó requerimiento al respecto, incluso no se reportó la información requerida para el seguimiento.

Con respecto al tema de riesgos, la Dra. María Francisca Guevara, profesional que labora en la Oficina de Control Interno, realizó una breve explicación sobre los riesgos enfocados a los objetivos de los Macro procesos, aclarando que si el objetivo es en este caso, corresponde a la defensa judicial de la entidad, los riesgos que pueden suceder son: que se pierdan los procesos, cuyo efecto sería los recursos. El Macroproceso ha identificado un riesgo con respecto a la pérdida de los procesos de la defensa judicial, que siendo evaluado por la Oficina de Control Interno, en cuanto a los recursos, se observa que se dobló el presupuesto anual de la entidad de los procesos que se perdieron en la vigencia 2017, esa es la base para manifestarse la materialización de un riesgo.

El señor superintendente interviene manifestando que ese procedimiento, en cuanto al trámite de la auditoría, le parece muy claro, porque pueden existir inconsistencias en la percepción de cómo se formula el hallazgo, porque el tema jurídico es muy relativo y debe concertarse porque existen varios temas que se deben tener en cuenta para el riesgo. Sin embargo, manifiesta que no es tema de la reunión, pero si es tema de tenerse presente los criterios que se van a tener en cuenta por parte de la Oficina de Control Interno, con el fin de que haya una interacción con cada líder de Macroproceso. Igualmente manifiesta que lo importante es haberse reunido y extiende la invitación para que este mismo Comité pueda reunirse cada mes, ya que es importante y les sirve a todos para mejorar.

Posteriormente realiza su intervención el Dr. Ricardo García Ramírez, invitado del Señor Superintendente, (quien de acuerdo con lo manifestado por el Señor Superintendente, será el próximo Jefe de la Oficina Asesora de Planeación- quien tiene amplia experiencia en temas de Planeación, Financiera y Control Interno), manifestando que advierte lo siguiente: El presente comité es un comité que pertenece a la primera línea de Defensa, que es el cuerpo Directivo en Cabeza del Señor

Superintendente, donde el papel protagónico lo deben hacer los responsables de cada uno de los temas y no control interno, quien representa a la tercera línea de defensa.

Suele suceder que esta situación se ha invertido en las entidades del estado y manifiesta que también ha estado en la posición de la Dra. Rita – como Jefe de la Oficina de Control Interno, y manifiesta que es difícil vender la idea a la primera línea de defensa y que son ellos los responsables del Autocontrol, como dueño de cada uno de los procesos, quienes deberían informar en Comité las situaciones presentadas y cuáles fueron sus hallazgos, el avance que actualmente se tiene en cada uno de ellos, cuales acciones han sido eficaces o eficientes para subsanar las causas de los hallazgos, luego de muchas reuniones previas en sus áreas, para llegar al Comité y comentarle al Superintendente el estado de cada dependencia, con los logros identificados, así como con los compromisos adquiridos; pero no estar dos horas, escuchando a una persona, situación que termina en que todos se conviertan en parte del paisaje, al ver tantas cifras de hallazgos y los líderes realicen un papel pasivo en el Comité, cuando debe ser el actor protagónico de la reunión. Lo anterior, teniendo en cuenta que el riesgo está ocurriendo en cada una de sus dependencias, que son quienes deben resolverlos y presentarlos al comité en mesas de trabajo, estableciendo políticas dictadas por los miembros del Comité, debatidas allí, porque se ha trabajado con anterioridad. Así mismo, expresa que es inconcebible que se tengan hallazgos acumulados de vigencias anteriores 2014, 2015, 2016, 2017, cuando debieran estar al día; por cuanto se debe apropiarse por cada gerente o líder de proceso, o Director, solucionando a la mayor brevedad posible la situación detectada por la Contraloría General de la República, volviéndolo un caso principal de solucionar en su área, que se vuelva dramático con dos o tres casos no resueltos.

Al respecto, el señor Superintendente manifiesta que está de acuerdo con la observación y que le parece importante que en esta reunión puedan participar activamente todos los líderes, con el objetivo de siempre mejorar y que no se conviertan en reuniones de lo mismo, sin resultados finales, en beneficio del objetivo del Comité.

Al respecto interviene nuevamente interviene el Dr. Ricardo García Ramírez y manifiesta que la Oficina de Planeación está dispuesta a asesorar y acompañar a los líderes en como empaparse de la “Actitud”, en primera medida, y asumir el papel de gerente de control interno en cada dependencia, haciendo su propia autoevaluación; para que cuando llegue Control Interno, no encuentre observaciones y así en cada área todo esté completamente controlado; en caso contrario, la Oficina de Control Interno se pondrá de acuerdo con el gerente y se le realizarán las recomendaciones del caso, de lo cual estará pendiente Planeación para que se utilicen las metodologías adecuadas, con el fin de obtener los resultados esperados, sin esperar al final de la vigencia para continuar en la misma situación, que es importante que todos aprendan de todos (Gerente – Planeación – Oficina de Control Interno).

Posteriormente interviene la Dra. Fernanda García, Delegada de Notariado, señalando que ella es nueva en la entidad y que lo que plantea el Dr. Ricardo, es muy importante; sin embargo, muchas veces dependen de otros procesos, inclusive en su área han tratado de arreglar varios temas que tiene en atraso, por citar un ejemplo manifiesta que cuentan con una obligación Legal de realizar mínimo una visita al año por notaria, como lo presenta la OCI, es un riesgo materializado y cuenta con 10 personas para ello, que tiene planes de mejoramiento producto de los hallazgos; sin embargo, manifiesta que la única forma de cumplir las metas es con más personal, por lo cual se depende de aprobaciones presupuestales para ello, sabiendo que es un tema misionales de la entidad y que para

algunas actividades no se puede delegar en contratistas, por lo tanto se requiere adoptar una política al respecto para las delegadas.

El Dr. Ricardo García interviene manifestando que es importante conocer cómo hacer tantas cosas con tan poco presupuesto, que para ello se debe salir de las metodologías tradicionales de auditoría para empezar a implementar auditorías inteligentes y virtuales, logrando llegar a través de los sistemas de información a cada Notaria o a cada Oficina de Registro, realizando cruces de información, ecuaciones de balanceo, para que sin necesidad de ir hasta allá, se estén arqueando, son ejemplos de cómo hacer las cosas de manera diferente.

La Delegada de Registro, la Dra. Diana Buitrago, realiza su intervención manifestando que quería precisar que entendió por el orden del día que se presentó para la sesión, que seguramente era un tema relacionado con la presentación de un informe por parte de Control Interno de Gestión, porque comparte la necesidad de poder intervenir frente a lo que se indica, por parte de cada líder de Macroproceso y manifiesta que no está acomodado el comité para ello y que frente a lo expresado por Secretario General, es importante realizar ese tipo de reuniones para poder expresar que situación se está presentando frente a cada una de ellas, como son los hallazgos, acciones incumplidas y demás, con la respuesta de cada una de ellas, porque seguramente existen situaciones que no se han logrado solucionar y con tanto tiempo, tendrán que existir soluciones diferentes a las planteadas en el plan de mejoramiento, y considera muy importante que con la asesoría de planeación se logre identificar cuáles son las razones para no subsanarse un hallazgo; y que no se continúe hablando de lo mismo, sin solucionar el hallazgo. Considera importante conformar un equipo de trabajo para que se revisen los temas que son transversales a los procesos, para de esta forma, determinar la raíz del suceso y con el objetivo de lograr el cierre de los hallazgos existentes.

Interviene el Dr. Eduard Díaz – Jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario, manifestando que entiende la preocupación, ya que ellos como ente de Control posterior, en términos de realizar las investigaciones pertinentes para establecer responsabilidades, es importante que los líderes de proceso tengan presente que la materialización de un riesgo, no significa una mala gestión, por cuanto, el litigio, es una relación de medios y no de resultados, donde existe un riesgo e invita a no asumir una actitud a la defensiva ante la materialización de un riesgo, sino que se debe demostrar como líder de proceso, que se tomaron todas las medidas de control para que evitar su materialización; pero que sin embargo, por cosas ajenas a la voluntad del líder y del personal de su dependencia puede verse materializado un riesgo; diferente a cuando se realiza un fallo disciplinario que establecen que obedeció a la culpa o al dolo de alguien.

Lo anterior, para dejar claridad a los líderes de procesos, que con el establecimiento de riesgos y su materialización, no es asustarse, sino de revisar qué está pasando?, qué se hizo?, y qué se puede hacer?, para que no se vuelva a repetir. Pone de ejemplo su Oficina, en donde tuvo la asesoría de planeación para identificar sus riesgos y donde él mismo como jefe, lideró el levantamiento de los mismos, como conocedor de su proceso.

11. INTERVENCIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

El jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario realizó su intervención manifestando que su exposición la realiza desde el objetivo misional de su Oficina, presentando que riesgos se han materializado y han generado procesos disciplinarios durante la última vigencia (2018); presentando una muestra consolidada (pues cuenta con un total de 930 procesos disciplinarios en la entidad) que han sido radicados en esta Oficina, identificando las tipologías que han sido causales para la materialización de los riesgos que se adelantan en la entidad, con el fin de que sirvan de insumo para revisar que procesos han sido objeto de investigación y establezcan los controles que consideren necesarios implementar:

PROCESO	TIPO DE RIESGO	RIESGOS	TIPOLOGIAS	MATERIALIZADO CON PROCESO DISCIPLINARIO	MATERIALIZADO CON FALLO DE INSTANCIA	
FORMULACION Y EVALUACION DE PROYECTOS DE INVERSION	Y DE DE	Corrupción	Posibilidad de que por acción u omisión se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado en la viabilización de las iniciativas de inversión	Irregularidad en la utilización de los recursos públicos de destinación específica en los proyectos de inversión	2	
DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL PARA EL SERVICIO AL CIUDADANO	Y Proceso	Proceso	Incumplimiento a los tiempos de respuesta a las PQRS	Violación al derecho de petición	62	1
GESTION TECNOLÓGICA ADMINISTRATIVA	Y Proceso	Proceso	Afectación del servicio registral	Incumplimiento de horario laboral	27	5
GESTION TECNOLÓGICA ADMINISTRATIVA	Y Proceso	Proceso	Incumplimiento del término establecido para la devolución de dinero en las ORIPS	Irregularidad en la devolución de dinero en las oficinas de registro	2	
SEGUIMIENTO AL SERVICIO DE VENTANILLA ÚNICA DE REGISTRO - VUR	AL DE UNICA	Corrupción	Por acción u omisión y abuso del poder se da uso inadecuado a la información generada por la plataforma VUR desviando la gestión de lo público en beneficio de un particular	Uso inadecuado de los sistemas de información	1	
PROCESO DE GESTION JURIDICA REGISTRAL	DE Proceso	Proceso	Certificados de tradición y libertad que no reflejan la realidad jurídica del inmueble	Error en calificación	204	1
PROCESO DE GESTION JURIDICA REGISTRAL	DE proceso	proceso	Certificados de tradición y libertad que no reflejan la realidad del inmueble	Alteración del sistema de información registral	11	4

PROCESO	TIPO DE RIESGO	RIESGOS	TIPOLOGIAS	MATERIALIZADO CON PROCESO DISCIPLINARIO	MATERIALIZADO CON FALLO DE INSTANCIA
PROCESO DE GESTION JURIDICA REGISTRAL	Corrupción	Cobros indebidos a usuarios	Solicitud de dadivas o dinero para la agilización de tramites	8	
PROCESO DE GESTION JURIDICA REGISTRAL	Corrupción	Apropiación de ingresos de la SNR por parte de funcionarios de la entidad	Peculado por apropiación	8	1
CONTROL DE LA GESTION DEL SERVICIO NOTARIAL	Proceso	Prescripción de la acción disciplinaria y oportunidad para sancionar	Prescripción de la acción disciplinaria por desatención	30	
GESTION DE INCORPORACION DE TECNOLOGIA	Proceso	Adquisición de hardware y software para favorecer a terceros	Irregularidad en estructuración de estudios previos (ficha técnica)	1	
GESTION DE VINCULACION DE TALENTO HUMANO	Corrupción	Incumplimiento de los requisitos para posesión	Suministro inexacto de información y documentación para la posesión	2	
GESTION DE PERMANENCIA DE TALENTO HUMANO	Corrupción	Por acción u omisión o abuso del poder, se liquidan inadecuadamente el pago de las cesantías en el mes 13, generando doble valor pagado para desviar la gestión de lo público para beneficios de terceros	Apropiación indebida de dinero	1	
GESTION DE SERVICIO ADMINISTRATIVO	Proceso	Pérdida de recursos financieros asignados al rubro de viáticos	No legalización de viáticos	1	
GESTION DE SERVICIO ADMINISTRATIVO	proceso	Pérdida de recursos físicos de la entidad desviando la gestión de lo publico	Pérdida de recursos físicos	2	
DISEÑO Y MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA	Proceso	Incumplimiento del contrato	Incumplimiento de contrato de obra	1	
GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACION	Corrupción	Por acción u omisión y abuso del poder se favorece a terceros en el proceso de contratación desviando la gestión de lo público a lo particular	Direccionamiento de contratos	1	

PROCESO	TIPO DE RIESGO	RIESGOS	TIPOLOGIAS	MATERIALIZADO CON PROCESO DISCIPLINARIO	MATERIALIZADO CON FALLO DE INSTANCIA
GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACION	Corrupción	Por acción u omisión y abuso del poder se favorece a terceros en el proceso de contratación desviando la gestión de lo público a lo particular	Direccionamiento de las necesidades en la estructuración de los estudios previos	1	
GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACION	Corrupción	por acción u omisión y abuso del poder se favorece a terceros en el proceso de contratación desviando la gestión de lo público a lo particular	Indebida determinación en la modalidad de selección del contratista para favorecer a terceros	1	
GESTION DISCIPLINARIA INTERNA	Proceso	Prescripción de la acción disciplinaria y oportunidad para sancionar	Prescripción de la acción disciplinaria por desatención	3	
CONTROL Y SEGUIMIENTO CONTRACTUAL	Proceso	Deficiente supervisión de los contratos para favorecer a un contratista o a un tercero	Deficiente ejercicio de la supervisión en la ejecución de los contratos	4	

Finaliza la intervención mencionando que en la Oficina de Control Interno Disciplinario se encuentra a la orden para los hechos de sus dependencias que hayan visto y les preocupe, estarán atentos a informarles, cualquier irregularidad que detecten desde los procesos, o conexos que les hagan seguimiento estarán atentos a atender sus requerimientos.

12. INTERVENCIÓN OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

El Dr. Ricardo García Ramírez, propone que la Oficina Asesora de Planeación realizará la intervención posteriormente y se plantea hacer una brigada de saneamiento en materia de Planes de Mejoramiento, con el fin de establecer los controles adecuados para un mejoramiento continuo, cambiando el concepto que se tiene respecto al Control que no es la Oficina de Control Interno, sino cada uno de los presentes, de manera que se logre resolver los hallazgos existentes.

13. PROPOSICIONES Y VARIOS

No se plantearon.

En el desarrollo del presente Comité, quedaron los siguientes compromisos:

1. Compromiso por parte de los líderes de Macroproceso, para dar cumplimiento al Programa de Auditoría Interna de Calidad, propuesto por la Oficina de Control Interno, conforme al cronograma socializado en este Comité; para efectos de desarrollar todas las actividades y

poder cumplir de esta manera, con la auditoría de recertificación en la Norma ISO 9001:2015, de acuerdo con la auditoría adelantada por ICONTEC.

2. Realizar una brigada de saneamiento en materia de Planes de Mejoramiento, bajo el liderazgo de la Oficina de Planeación y la participación activa como primera línea de defensa por parte de los líderes de Macro procesos, con el acompañamiento de la Oficina de Control Interno de Gestión, en caso de requerirlo, con el fin de establecer los controles adecuados para un mejoramiento continuo.

NOTA: Se anexa presentación en Power Point con los temas expuestos a los asistentes, para los fines pertinentes.

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



RUBEN SILVA GOMEZ
Superintendente de Notariado y Registro

X



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

2

