



**INFORME DE AUDITORÍA
PROCESO DE EVALUACION, CONTROL Y MEJORAMIENTO
VIGENCIA 2020 (AUD – 206)**

INFORMACIÓN BÁSICA

FECHA DE INFORME	21 de diciembre de 2020	PROCESO / DEPENDENCIA	EVALUACIÓN , CONTROL Y MEJORAMIENTO
FECHA DE EJECUCIÓN	5 de noviembre a 1 de diciembre de 2020	AUDITOR	Auditor Líder: Gladys Marlenny Velásquez

1. OBJETIVO

Evaluar y realizar seguimiento a la gestión integral de los procesos y/o dependencias de la Agencia para la Reincorporación y la Normalización (ARN), teniendo en cuenta los criterios normativos, del cliente e institucionales, así como el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y los Sistemas de: a) Control Interno; b) Calidad; c) Seguridad de la Información; d) Seguridad y Salud en el Trabajo; y, e) Operaciones Estadísticas. Adicionalmente, los temas referentes a Gestión Documental y normatividad decretada para hacer frente al COVID 19, entre otros.

2. ALCANCE

Se tendrá en cuenta la información y resultados presentados al cierre de vigencia 2019 y hasta el 31 de agosto del año 2020

Nota Aclaratoria: No se incluye la verificación de la eficacia del Plan de Mejoramiento PM-19-000026, PM-20-00015, debido a que aún se encuentran acciones en ejecución y su fecha de cumplimiento va hasta el primer trimestre de la Vigencia 2021. Se incluye la evaluación de la eficacia de los planes de mejoramiento: PM-18-00033, PM-18-00049, PM-19-00006.

3. CRITERIOS

Los criterios a tener en cuenta serán los siguientes:

- Caracterización y demás documentos inscritos en el SIGER (procedimientos, instructivos, manuales y formatos).
- Normatividad del Proceso (leyes, decretos, resoluciones y acuerdos y demás normatividad que le aplique al proceso) y Planes de Mejoramiento del Proceso.
- Decreto 1499 de 2017 y demás normatividad vigente aplicable producto de las 18 políticas de desarrollo administrativo, así como la normatividad aplicable a los sistemas de gestión de: Control Interno, Seguridad de la Información, Seguridad y Salud en el Trabajo, Operaciones Estadísticas y las establecidas con ocasión a la Pandemia del COVID 19.
- Normatividad decretada para hacer frente al COVID 19, entre otros.
- Carta de Representación expedida por el Director de la ARN.

4. DESARROLLO

La Auditoría al Proceso Evaluación, Control y Mejoramiento se efectuó de acuerdo con las actividades planificadas en el Plan de Auditoría así:

- Reunión de apertura general realizada el día 5 de agosto de 2020 y la particular el día 5 de noviembre de 2020.
- Verificar de acuerdo con los compromisos y responsabilidades institucionales y del proceso, el cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo / el cumplimiento de las disposiciones establecidas y producto de la Emergencia de Pandemia COVID 19.
- Verificar de acuerdo con los compromisos y responsabilidades institucionales y del proceso, el cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información y Gestión Documental.
- Verificar de acuerdo con los compromisos y responsabilidades institucionales y del proceso, el cumplimiento del Modeló Integrado de Planeación y Gestión - MIPG de la Agencia. (Aplicación Política de Desarrollo Administrativo y de Control Interno)
- Revisión de la eficacia de los planes de mejoramiento
- Verificar de acuerdo con los compromisos y responsabilidades institucionales y del proceso, el cumplimiento del Sistema de Operaciones estadísticas para la Reintegración y la Reincidencia de la Agencia.
- Reunión de cierre realizada el día 1 de diciembre de 2020.

4.1 EVALUACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO NORMATIVO POR OCASIÓN DE LA PANDEMIA COVID19.

Se realizó a la verificación de las responsabilidades, indicadores, peligros y riesgos que tiene el Proceso de Evaluación, Control y Mejoramiento, donde se identificó lo siguientes:

De acuerdo a lo indicado en el Manual del SGSST Código: TH-M-02 V1, numeral 4.3 Funciones y Responsabilidades , el responsable del proceso acata los lineamientos generados en la normatividad e y en los comités en cuanto al cumplimiento de lineamientos como participación en las actividades del programa de bienestar, y en las sendas solicitudes recibidas como información para rendición de cuentas, asistencia a capacitaciones , cumplimiento de protocolo de bioseguridad para el manejo de la pandemia COVID-19, reportes obligatorios como de accidentes de trabajo, enfermedades y comunicación de estas directrices al equipo de trabajo; sin embargo aunque se evidencia el cumplimiento se sugiere documentar los ejercicios realizados al interior de proceso en donde se socializan las directrices y se promueve el cumplimiento de los lineamientos recibidos en Comités de la implementación de los sistemas.

En cumplimiento del Manual de Seguridad y salud en el Trabajo TH-M-02 V1, numeral 7.1, y de acuerdo con el Decreto 1072 de 2017 **Artículos: 2.2.4.6.20, 2.2.4.6.21 y 2.2.4.6.22**, la ARN con el fin de cumplir con la política y los objetivos de SST, cuenta con programas de gestión detallados en el numeral 5.4.: Programa de medicina preventiva, programas de vigilancia epidemiológica, programa de seguridad industrial, programa de higiene industrial y programas de gestión de riesgos específicos observado en que se tiene conocimiento sobre la responsabilidad del reporte de accidentes laborales, enfermedades, ausentismo , los cuales no se han presentado en las vigencias 2019 y 2020, se nombró a una funcionaria como brigadista y se han participado en las actividades organizadas de la Entidad en los programas de bienestar como pausas activas, actividades de fortalecimiento de clima laboral: almuerzo en el mes de diciembre de 2019, celebración de cumpleaños, entre otros.

Se reportó la identificación de los peligros como proceso, la cual se encuentra consolidada en la Matriz de Identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, por parte del equipo se conoce la matriz de peligros y riesgos, se conoce y ubica los protocolos de bioseguridad, así como el procedimiento para ingreso a las instalaciones; sin embargo desde Talento Humano se debe fortalecer el esquema de socialización con el fin de generar mayor apropiación, en donde los servidores identifiquen los cambios realizados como el caso de la afectación de la pandemia COVID-19.

En cuanto a las condiciones de seguridad y trabajo de los servidores públicos del Grupo y teniendo en cuenta el ajuste a los métodos de operación que realizó la Entidad por el manejo de la pandemia por COVID-19, desde el Grupo de Talento Humano se hizo la revisión en forma virtual y por fotografías de los puestos de trabajo de cada uno de los servidores y se dieron recomendaciones, así mismo todo el equipo de Control interno continua con la modalidad de trabajo en casa. En cuanto al reporte obligatorio de las condiciones de salud en el aplicativo Alissta se comunicó en reunión el lineamiento sobre su registro por parte del responsable del proceso.

En la revisión por la dirección y en algunos comités institucionales de gestión y desempeño, se presentaron los resultados del cumplimiento del sistema, sin embargo se presenta como observación la necesidad de presentar resultados concretos sobre productos definidos del avance del sistema por parte del líder de la política de Talento Humano, así como definir responsabilidades concretas de los directivos, supervisores y demás trabajadores de la Agencia

Se verifica cumplimiento del rol de evaluación en la implementación de las normas asociadas, sistema de salud y seguridad en el trabajo y del sistema de seguridad de la información observado en la realización de la auditoría AUD-192 al Grupo Gestión de Desarrollo de Talento Humano en el que se verificó la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en la Agencia para la Reincorporación y la Normalización (ARN), de acuerdo con los requisitos establecidos en el decreto N° 1072 de 2015 (Capítulo 6) y Resolución 1111 de 2017, adicionalmente en el programa de auditorías 2020 se determinó como objetivo la evaluación y seguimiento de los procesos en los que se incluye como criterio el sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo; se evidencia la participación del Comité Paritario de Salud Ocupacional para la construcción del Programa Anual de Auditorías.

Se gestionó el fortalecimiento de competencias del equipo auditor con la capacitación en las normas, ISO45001 de los auditores del proceso: Kathy Martínez, Claudia Tuta, Marcela Morales, Ana Yancy Urbano, Diana Barrero, Enrique Fernandez, Jairo Tulande y en la que participaron servidores públicos de otras dependencias.

En cuanto a las acciones realizadas por el proceso según la pandemia COVID 19, se han realizado lo siguiente:

Comunicación por parte del líder de proceso sobre las medidas a cumplir y que están definidas en protocolo de bioseguridad.

Revisión de puestos de trabajo en modo virtual por parte de Talento Humano a fin de mejorar las condiciones de trabajo en casa de cada uno de los servidores públicos.

Participación en las pausas activas organizadas por Talento Humano

Realización de las auditorias por medio virtual, lo cual requirió generar una nueva propuesta que fue presentada en el Comité Institucional de Control Interno.

En cuanto al cumplimiento de la política de Integridad, se conoce y aplica la política con la aplicación del estatuto de auditoria, código de ética del auditor, principios del auditor en la que aplican los principios del código de integridad de la Entidad; no se ha identificado conflictos de intereses en el ejercicio auditor en las vigencias revisadas.

Se puede concluir que los servidores públicos del Grupo de Control Interno han estado cumpliendo con las actividades del SGSST, así como con su rol evaluador acorde a las medidas generadas para el manejo de la pandemia COVID19.

4.2. EVALUACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN Y GESTIÓN DOCUMENTAL

4.2.1. Sistema de Gestión de Seguridad de la Información

En cuanto a las responsabilidades definidas del **Sistema de Gestión de Seguridad de la Información** y de acuerdo al Manual del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, con Código TI-M-01, versión 08 del 02/10/2020, que en su numeral **2.3 ROLES Y RESPONSABILIDADES EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, APLICATIVOS, PORTALES Y/O SERVICIOS DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN:** en donde los responsables de dependencias deben conocer y promulgar la existencia del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información en la ARN, promoviendo su cumplimiento entre los empleados públicos y contratistas a su cargo, para que toda la entidad esté alineada con el cumplimiento de los objetivos del SGSI, así como todos los empleados públicos y contratistas de la ARN son responsables de la protección de la información de la entidad la cual acceden y/o procesan, así como de evitar su pérdida, alteración, destrucción y/o uso indebido, además de reportar los Incidentes de Seguridad informática, eventos sospechosos y el mal uso de los recursos que identifique. Se observa que:

Se recibió por parte de Entidad los lineamientos a los controles identificados por la Entidad como parta de la implementación del Sistema de Seguridad de la Información.

Como responsabilidad del proceso en el rol de evaluación, se incluye como criterios de auditoria:

- Revisión de los controles del sistema de seguridad de la información.
- Lineamientos referidos a seguridad de la información en todas las actividades.
- Seguimientos de riesgos, controles, planes de mejoramiento.

-Revisión de documentación para que cumplan con las directrices en el manejo acuerdo de la información.

- Manejo de carpetas compartidas, su manejo, disposición, autorización, calidad de las evidencias los cuales son las bases de los informes generados por el Grupo de Control Interno de Gestión

Se evidencia la responsabilidad del rol en la realización de la auditoria AUD-1926- Auditoria Integral OTI 2019 y en la inclusión en el programa de auditorías 2020 de la evaluación del sistema de seguridad de la información

Para garantizar la calidad que la información sea consistente se tiene la carta de representación que expide el Director General para la disposición y manejo de la información en el proceso auditor.

Se tiene conocimiento de los lineamientos en seguridad de la información en el equipo de trabajo observado en el manejo de claves, uso de perfiles, identificación de responsabilidades en cuanto a la asignación de actividades, uso de recursos informáticos, criterios unificados en el ejercicio auditor.

Se tiene conocimiento de los riesgos de seguridad de la información, sin embargo, plantea el responsable de información que este riesgo debe manejarse a nivel transversal teniendo en cuenta toda la información que se genere y las actividades que se desarrollan en todos los procesos deben aplicar los lineamientos en seguridad de la información y protección de datos.

En cumplimiento de las disposiciones dadas en el DE-M-06 Manual de Protección de Datos V1 del 2019-08-05 el proceso conoce y aplica la política de protección de datos observado en que los informes de grupos territoriales en donde se identifica la información sensible que no se puede divulgar ni quedar registrada, manejo de soportes e información obtenida en el ejercicio auditor; aunado a la aplicación de los principios del auditor.

Se tiene conocimiento del manejo de registro de bases de datos, el cumplimiento de las disposiciones de la Entidad con la Ley de Derechos de Autor con el uso der software autorizado y licenciado.

En cuanto a capacitaciones, el equipo de trabajo recibió en el 2019 la sensibilización en seguridad de la información, en el 2020 se ha participado en charlas de seguridad y resguardo de información, Ciberseguridad y trabajo en casa, entre otros.

Se gestionó el fortalecimiento de competencias del equipo auditor con la capacitación en las normas ISO 27001, de los auditores del proceso: Kathy Martínez, Claudia Tuta, Marcela Morales, Ana Yancy Urbano, Diana Barrero, Enrique Fernandez, Jairo Tulande y en la que participaron servidores públicos de otras dependencias.

En conclusión, se evidencia conocimiento de los lineamientos del SGSI, su aplicación y su manejo como criterio de auditoria, que se ven evidenciados en los informes publicados en la página de la ARN en el link de transparencia, soportes en carpetas compartidas, informes de auditorías registradas en SIGER.

4.2.2. Gestión Documental - Tabla de Retención Documental

Dentro de los temas revisados en cumplimiento de la política de gestión documental está la aplicación de los lineamientos dados en el Manual de Organización De archivos De Gestión, Código GD-M-03,

versión 01 del 17/02/2020, y la Tabla de Retención Documental del 2017, sin embargo la revisión de la conformación en física del archivo de gestión, transferencias documentales, eliminación documentales no se revisan teniendo en cuenta las medidas adoptadas por la Entidad por la modalidad de trabajo en casa a raíz de la pandemia COVID19.

En cumplimiento del rol de evaluación, se practicó auditoría AUD 1923 al Grupo de Gestión Documental en septiembre de 2019, y se incluyó la revisión de la implementación de los temas de gestión documental como criterios en el programa de auditorías 2020.

Se reporta por parte del líder del proceso que las tablas de TRD del proceso no están actualizadas y ajustadas a las funciones reales del Grupo Control Interno de Gestión, la TRD se basó en las funciones establecidas en la Resolución 0767 del 1 de marzo de 2018, las cuales no están ajustadas al Decreto 648 de 2017, decreto que modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentaria Único del Sector de la Función Pública en que se dan unos nuevos lineamientos que regulan las Oficinas de Control Interno. Se presentó la propuesta del ajuste de las funciones al Comité Institucional de Control Interno de enero del 2018 y se han enviado varios requerimientos para su actualización desde al año 2018; sin embargo aún no se ha actualizado las funciones, es pertinente mencionar que continua el nombramiento de funcionarios de las listas de elegibles de la convocatoria 336 de 2016 la cual está basada en el manual de funciones vigente, situación que debería revisarse desde Talento Humano a fin de actualizar los instrumentos respectivos dentro de la política de Gestión Documental.

En cuanto a la integración de políticas y como parte de los lineamientos de la política de seguridad digital, se cuenta con perfiles y claves para acceso al SIGOB, módulo que maneja la correspondencia de la Entidad.

En cuanto al manejo de PQRDS, se asigna el monitoreo a la técnico administrativo de la oficina con el fin de garantizar los tiempos de respuesta y de acuerdo a los reportes de riesgos a agosto de 2020 de la acción de PQRDS se observa un cumplimiento de un 100% en la oportunidad de la respuesta.

En cuanto al manejo de información digital no se ha recibido lineamientos de archivos electrónicos, se cuenta con carpetas compartidas organizadas de acuerdo a los temas que trabaja el proceso; se cuenta con un esquema estructurado para manejo de soportes de planes, indicadores de procesos riesgos, planes de mejoramiento.

4.3 Evaluación del Modelo Integrado de Planeación y gestión MIPG – Cumplimiento de las 7 dimensiones y 18 políticas

4.3.1 Aplicación Políticas, Líneas de Defensa, Dimensiones de MIPG

De acuerdo al Manual operativo de MIPG, el modelo “opera a través de un conjunto de 7 dimensiones que agrupan las políticas de gestión y desempeño institucional (Talento Humano, Direccionamiento estratégico y Planeación, Gestión con valores para resultados, Evaluación de resultados, Información y comunicación, Gestión del conocimiento y Control Interno), implementadas de manera articulada e intercomunicada.”

La ARN he generado lineamientos para la operación de las políticas en los documentos: Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional con Código DE-M-03, Versión 08 del 29/11/2019,

en el Manual de Gestión de Riesgo, con Código DE-M-02 Versión 07 del 06/02/2020 y en la Guía de operación mesas de trabajo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño Código: De-G-10 Versión V- 1 Fecha: 2020-08-04.

Adicionalmente en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 5 de mayo de 2020, la Oficina de Planeación presentó los responsables por política de MIPG, y se plantearon responsabilidades con respecto al modelo : “Cada responsable de Política, debe articular la presentación de productos y/ resultado con los responsables de otras políticas con las que interactúa.

- Cada responsable de política debe promover la realización de las mesas de trabajo, necesarias para el análisis de temas puntuales, con el fin de presentar resultados específicos para aprobación en el Comité trimestralmente. “

De igual forma en el Comité se presentó los mecanismos y evidencias de la aplicación de las líneas de defensa.

El líder de proceso y su equipo de trabajo tienen conocimiento sobre las políticas y demuestra apropiación de la política de Control Interno, así como su interrelación con las demás políticas del modelo MIPG. Se observa el conocimiento de los puntos o mecanismos en los que el proceso aporta para la aplicación de las líneas de defensa como la realización del Comité Institucional de Control Interno, cumplimiento de su rol evaluador evidenciado en la realización de auditorías y los informes de Ley.

Se realizaron observaciones a la Oficina de Planeación en cuanto a la identificación de las dimensiones en las caracterizaciones de los procesos, así como la identificación de las líneas de defensa y la aplicación en los diferentes mecanismos con que cuenta la ARN.

4.3.2 Dimensión Talento Humano

En cuanto a la política de Talento Humano, el proceso cumple con las actividades organizadas por el grupo de Talento Humano como los programas de capacitación, programas de bienestar e incentivos, cumplimiento de los lineamientos de protocolos de seguridad, entre otros.

En el 2020 se ha presentado variación del equipo de trabajo del proceso de evaluación, control y mejoramiento, por efectos de encargo y nombramientos en otras entidades se fueron del equipo 2 funcionarios y 1 contratista y en el segundo semestre del año ingresaron 2 funcionarios y 1 contratista, a los cuales se les hizo una socialización sobre el ejercicio de auditoría.

Al interior del proceso se realizan reuniones para socializar y promover los lineamientos recibidos en Comités de la implementación de los sistemas, sistema de salud y seguridad en el trabajo y del sistema de seguridad de la información como la promoción de las actividades del plan de bienestar social y lineamientos de manejo de Covid, entre otros; sin embargo, no se encuentra documentado estos ejercicios en el 2020.

En cuanto a la política de integridad el proceso cumple con instrumentos ya diseñados como el estatuto de auditoría, código de ética del auditor, principios del auditor, no se ha identificado conflictos de intereses en el ejercicio auditor en las vigencias revisadas; para mejorar el entendimiento de los hallazgos de auditoría y mejorar el cumplimiento de los planes de mejoramiento el proceso ha

reforzado el acompañamiento a los procesos y con la generación de alertas en forma mensual, soportes revisados en el indicador “Asesorías, acompañamientos y acciones de enfoque hacia la prevención realizadas 2020” del Plan de Acción Institucional 2020.

4.3.3 Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación

En la política de Planeación Institucional, el proceso ha identificado en las 2 vigencias los instrumentos de planeación definidos por la Entidad como indicadores en plan estratégico sectorial, plan estratégico institucional, plan de acción, indicadores de proceso, mapa de riesgos. El resultado de la planificación se encuentra registrada en SIGER.

El proceso identificó sus grupos de valor y sus necesidades, los cuales se ven consolidados en la caracterización del proceso y en cumplimiento de su rol realiza auditorias, informes de Ley, atiende requerimientos de los entes de control, los del sector presidencia, los procesos y ciudadanía en general.

En la política de Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público se envían las necesidades a nivel de presupuesto como proceso se identifican en el plan de contratación relacionadas con la contratación de servicios personales, se envía el plan de contratación y se realiza la ejecución de los recursos asignados a través de las supervisiones asignadas.

4.3.4 Dimensión Gestión con Valores para el Resultados

Fortalecimiento Organizacional y simplificación de procesos

Para el rol del proceso no se hizo necesario generar normatividad o documentos con lineamientos asociados por el Covid para la realización de las auditorias (políticas de operación), para la operación del proceso se cuenta con los siguientes documentos.

Caracterización	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y MEJORAMIENTO	EM-C-01	V-6	2019-06-25
Manual	ESTATUTO DE AUDITORÍA INTERNA Y CÓDIGO DEL AUDITOR	EM-M-03	V-1	2017-12-29
	MANUAL DE AUDITORÍA INTERNA	EM-M-01	V-6	2017-11-03
Normograma		EM-N-01	V-5	2020-04-20
Procedimiento	PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA	EM-P-01	V-4	2019-06-18

Al momento de la auditoria se adelanta la revisión de contexto y la caracterización, en atención a una acción del plan de mejoramiento PM-19-00023 a cargo del proceso de direccionamiento estratégico se revisarán los documentos acordes a un cronograma de revisión documental concertado con la Oficina Asesora de Planeación.

Aunque se viene trabajando en la actualización de los documentos, es conveniente darle celeridad a la actualización del EM-M-01 Manual de auditoria interna V6 y el documentos para incluir los requisitos del equipo auditor de otras dependencias que apoya el ejercicio de auditoria, así como el enfoque en riesgos del proceso auditor, manejo de hallazgos transversales, acciones no eficaces en forma repetitiva .

En cuanto al cumplimiento de la política de Gobierno Digital, el Proceso de evaluación, control y mejoramiento basa su ejercicio auditor en evidencias, las cuales están en el mecanismo determinado

por la Entidad de manejo de carpetas compartidas, con la designación se responsables de carpetas y roles definidos. En cuanto al registro de la gestión de todas las dependencias y que son insumo primario para las auditorias y elaboración de informes de Ley se basan en la información registrada en SIGER.

Con relación a la política de seguridad digital se atiende como criterio de auditoria del sistema de gestión de seguridad de la información tratado en el numeral 4.2.1

En las auditorías realizadas a la Oficina Asesora Jurídica se verifican el cumplimiento de las actividades que aportan a las políticas de defensa jurídica y mejora normativa, de igual forma el Jefe del grupo de Control Interno de Gestión participa cuando es convocado a los comités de conciliación que celebra la Entidad.

De la política de servicio al ciudadano se verifica la gestión de la atención de las PQRDS en la auditoria realizadas al grupo de Atención al Ciudadano y en los informes de gestión de riesgos en donde se incluye la acción de PQRDS.

En cuanto al aporte de la política de integridad a esta dimensión se trabaja el tema del autocontrol, en el año 2019 en todas las auditorias se realizó una charla de autocontrol, para el 2020 se incluye la realización de una charla de autocontrol en la semana de la lucha contra la corrupción que está programada para el mes de diciembre.

4.3.5 Dimensión Evaluación de Resultados

En la política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional, el proceso cumple con el registro trimestral de los avances de los indicadores de proceso y plan de acción institucional.

Indicador	Avance General		
	Valor Meta	Valor Planeado	Valor Ejecutado
Acciones correctivas y de mejora, cerradas en la vigencia 2020	100.00%	Min.: 90.00 Est.: 90.00 Máx.: 100.00	97.64

Fuente SIGER: Indicadores de proceso con corte a 30-09-2020

El reporte del avance de este indicador se debe realizar manualmente, se ha realizado solicitudes de ajustes al SIGER, se ha generado requerimientos en el año 2019 y 2020 asociados a : la validación de la eficacia de las acciones, eficacia de los hallazgos, identificación de hallazgos de acuerdo al sistema que se audite, reportes exportables de acciones de mejoramiento; de acuerdo al reporte entregado por la Oficina de Planeación se han atendido los casos y hay una solicitud pendiente enviada el 14-12-2020 y que se encuentra en pruebas por parte del Grupo Control Interno de Gestión, para los demás requerimientos se solicitó enviarlo en formatos como novedad para entregarlo al proveedor.

**INFORME DE AUDITORÍA PROCESO DE EVALUACION,
CONTROL Y MEJORAMIENTO
VIGENCIA 2020 (AUD – 206)**

PRODUCTOS	Indicador	Avance General		
		Valor Meta	Valor Planeado	Valor Ejecutado
Matriz con el control de acciones de planes de mejoramiento cerradas y eficaces.	Acciones correctivas y de mejora eficaces, evaluadas en la vigencia 2020	100.00%	Min.: 80.00 Est.: 80.00 Máx.: 100.00	91.33
	Acciones correctivas y de mejora, cerradas en la vigencia 2020	100.00%	Min.: 90.00 Est.: 90.00 Máx.: 100.00	97.64
Informes de ley y de seguimiento publicados	Cumplimiento de informes de ley y seguimiento 2020	100.00	75.00	100.00
Plan anual de auditoria Aprobado y Ejecutado	Nivel de cumplimiento del Plan anual de auditorias 2020	100.00	100.00	100.00
Documento consolidado de Asesorías, acompañamiento y acciones de enfoque hacia la prevención realizadas	Asesorías, acompañamientos y acciones de enfoque hacia la prevención realizadas 2020	100.00	75.00	100.00

Fuente: SIGER- Plan de Acción Institucional con corte a 30-09-2020

Se registra 3 versiones del Plan Anual de Auditorías, las cuales presentan su justificación y fueron aprobadas en Comité de Coordinación de Control Interno

Versión 1, Ajustado por el COVID, se unió las auditorias de los grupos territoriales

Versión 2, Auditorias a grupos directivos, porque no hay personal suficiente

Versión 3. Se ajustó fechas de realización de auditorías a petición de la Dirección General

Las auditorias se están realizando en forma virtual y se ha cumplido con las auditorias y los informes de Ley.

4.3.6 Dimensión Información y Comunicación

De la política de gestión documental, tema revisado en el numeral 4.2.2. y se cuenta con documentos que respaldan la operación del proceso, documentos que están publicados en SIGER, además de contar con las TRD; se cuenta con un esquema de carpetas compartidas en donde se guardan los soportes de los avances de los indicadores de los diversos planes que maneja la Entidad, así como las acciones de tratamientos de riesgos y los planes de mejoramiento, instrumento que ha sido clave para el desarrollo de las auditorias y de los informes en el marco de la pandemia del COVID19 y en el esquema de trabajo en casa.

Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, se verifica el cumplimiento de la publicación de los informes en el espacio de Control Interno en el link de transparencia y Acceso a la información pública nacional en los siguientes ítems:

Informes de gestión, evaluación y auditoría

Reportes de control interno

Planes de mejoramiento

Entes de control que vigilan el sujeto obligado y mecanismos de supervisión

Se cuenta con un indicador con el fin de monitorear el cumplimiento de la generación y publicación de informes a cargo de la técnico administrativo quien realiza el seguimiento y reporte del indicador, adicionalmente cada auditor a quien se le asigne la elaboración de un informe debe monitorear su publicación en la página de la ARN.

Se evidenció el cumplimiento de las obligaciones de los roles de control interno con la generación de los informes de Ley y de seguimiento de acuerdo a la normatividad y a su debida publicación en cumplimiento a la Ley de transparencia 1712 de 2014.

4.3.7 Dimensión Gestión del Conocimiento y la Innovación

A raíz de la salida de algunos auditores del Grupo de Control Interno, los funcionarios dejaron en un repositorio la información relacionada a sus actividades, para todos los auditores se asignan el acompañamiento de procesos y grupos territoriales actividades como riesgos, planes de mejora, auditorías, informes a fin de fortalecer sus competencias,

4.3.8 Dimensión del Control Interno

Dimensión que se cumple con la política de control interno y que se desarrolla bajo los cinco (5) componentes del MECI:

1. Ambiente de control

A través de los lineamientos generados en Comités directivos, comités institucionales de Gestión y Desempeño y Comité de Coordinación de Control se generan lineamientos para dar aplicación al modelo estándar de control enmarcado desde la óptica del riesgo. Se ha actualizado la política institucional de administración del riesgo y se ha realizado el informe de seguimiento al plan anticorrupción y atención al ciudadano. Las realizaciones de estos comités se convierten en factores de ambientes de control ya que permiten monitorear la gestión institucional, el avance de la implementación de las políticas, análisis de riesgos y toma de decisiones a nivel estratégico.

El proceso cumple con los lineamientos en cuanto a la planificación con la identificación de indicadores de diferentes planes como puntos de control, fortalecimiento de competencias en donde se han certificado los auditores en las normas ISO9001:2015, ISO27001:2013, ISO45001:2018, NTC PE1000:2017.

Se observa cumplimiento del rol de prevención del proceso Control, evaluación y mejoramiento con el acompañamiento con la designación y redistribución de auditores a cada proceso y grupo territorial para asesorarlos en temas de control interno: riesgos, planes de mejora, entre otros, boletines informativos en intranet, campañas de lucha anticorrupción: semana de la lucha contra la corrupción,

concurso de un slogan del autocontrol, concurso en los lunes de conexión , designación de un enlace en todos los procesos y grupos territoriales con el fin de fortalecer el control interno.

Se incluyen como parámetros el sistema de seguridad de la información a fin de confirmar el uso adecuado de la información a cargo de cada líder de proceso y se está identificando los hallazgos de las auditorias de grupos territoriales asociado a la posible de materialización de riesgos.

En el año 2019 al inicio de cada auditoria una capacitación de autocontrol en donde se refuerza y se da a conocer el ejercicio auditor y se afianza la aceptación de hallazgos con el fin de que los responsables de procesos vean una no conformidad y las observaciones como una oportunidad de mejora de la gestión. Teniendo en cuenta los cambios que se han dado por el manejo de la pandemia Covid 19, se plantea por parte del responsable de fortalecer a los enlaces de proceso en la reunión programada para noviembre de 2020 y las actividades de la semana de la corrupción en autocontrol.

2. Evaluación del riesgo

Se incluye el manejo del riesgo como el incumplimiento a los compromisos de la ARN, temas que con revisado en el ejercicio auditor.

Se presenta una debilidad a nivel institucional en cuanto al tratamiento de hallazgos transversales, esto es que se crean acciones correctivas para los grupos territoriales en donde se encontró la no conformidad, pero que en el siguiente ejercicio de auditoria vuelven y salen el mismo tipo de hallazgos en otros grupos; se debe revisar la forma en cómo se deben articular los procesos y los grupos territoriales para concertar planes de mejoramiento eficaces. Se plantea la asociación de riesgos a los hallazgos a fin de generar una mejora continua; para el año 2020 se incluye la identificación de hallazgos transversales en el informe de cada auditoria, tema que debe tenerse en cuenta para la actualización de los documentos del proceso.

Se debe reforzar el tema de riesgos, incluyendo los hallazgos de las auditorías realizadas por el proceso Evaluación, Control y Mejoramiento como riesgos materializados y tomarlo como insumo para la actualización de los mapas de riesgos de los procesos

En cuanto a la responsabilidad como líder de proceso de identificación de riesgos planteada en el Manual de Gestión de Riesgo, con Código DE-M-02 Versión 07 del 06/02/2020 , el proceso identificó 3 riesgos de proceso y 1 riesgo de corrupción , con el fin de evitar la materialización en la contratación se revisa la competencia del personal que realiza auditorías, en el 2019 se gestionó la capacitación y certificación de auditores en la norma ISO27001, ISO45001, para el 2020 se presentan problemas con la contratación de cursos de auditorías, actividad que se posterga para la vigencia siguiente a fin de fortalecer las competencias y certificar a los nuevos funcionarios que entraron al grupo en el segundo semestre del 2020. De igual forma se fortalece el

En el informe de seguimiento mapa de riesgos primer semestre vigencia, se plantean recomendaciones como revisar los riesgos que están ajustados al objetivo del proceso, diseño adecuado de controles, evidencia suficiente que demuestran la aplicación del control, participación de los grupos territoriales en la identificación de riesgos teniendo en cuenta que es en el territorial en donde se materializan algunos de estos riesgos, evidencias que cumplan con los criterios de calidad de la Entidad.

3. Actividades de Control

El líder del Proceso evaluación, control y mejoramiento junto con su equipo de trabajo viene aplicando los controles definidos en los documentos, así como los definidos en los diferentes comités, en el caso especial del manejo de la pandemia COVID19 con el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad, lineamientos en seguridad digital con el uso de claves, software autorizado por la ARN, esquemas de roles y permisos.

Los mecanismos de control y monitoreo se articulan con la planeación institucional, evidenciado en la determinación de indicadores que miden las auditorías realizadas, los informes de ley y seguimiento, monitoreo a planes de mejoramiento y actividades en las campañas de prevención contra la corrupción. El proceso cumple con los lineamientos definidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional Código: Código: DE-M-03 Versión: V- 8 Fecha: 2019- 11-29

Se cuenta con procedimientos documentados los cuales están disponibles en SIGER y el rol de control interno se cumple conforme a estos documentos y normatividad asociada.

Se realizan reuniones para revisión y monitoreo de las actividades propias del proceso como ejemplos de autocontrol, sin embargo, el tema de la virtualidad ha afectado la generación de los soportes que demuestren el cumplimiento, por lo que es conveniente realizar la gestión necesaria para generar los soportes respectivos.

Se identificaron algunas situaciones que podrían afectar el cumplimiento del plan de auditoria como por ejemplo la salida de auditores del grupo de control interno de gestión en donde hizo reasignación de tareas.

4. Información y Comunicación

El Grupo de Control Interno de Gestión participó en la identificación del contexto estratégico de la Entidad en los ejercicios realizados en la planeación estratégica 2019-2022, en el mes de abril se revisó el contexto en el marco de la pandemia COVID19 y actualmente se adelanta la revisión con todos los procesos.

Los avances del proceso se encuentran registrados en el aplicativo SIGER y le ejecución se consolida en los informes de gestión trimestrales disponibles en el link de Transparencia y Acceso a la información pública de la página de la ARN, así como las salidas del proceso como informes de auditoría, informe de Ley y Seguimiento, informes de planes de mejoramiento.

Con la implementación de la TRD se garantiza la organización de los archivos de gestión de la información del proceso, así como también se dispone de documentos en donde se dan los lineamientos.

Como canales de comunicación de la información generada en el proceso se cuenta con la realización de Comité directivo, Comité Institucional de Control Interno, Comité de Contratación, Comité Institucional de Gestión y Desempeño, informes de gestión, evaluación de dependencias, informes de auditorías, informes de riesgos.

5. Monitoreo – Seguimiento

La entidad cuenta con el SIGER, en que el proceso registra los avances trimestralmente, en el tema de riesgos se hace el reporte a las seis (6) acciones de tratamiento y los 4 riesgos que tiene identificado el proceso.

Se cuenta con otros sistemas como SIGOB que permite monitorear el cumplimiento de los tiempos de respuesta de las solicitudes

En la implementación del Sistema de Control Interno, cada proceso debe realizar seguimiento a sus actividades a través del autocontrol.

El grupo de Control Interno en el año 2019 aplicó una encuesta del Sistema de Control Interno MECI, el cual fue entregado en Comité directivo y el director general tomó algunas decisiones como mejorar el plan de capacitación, plan de comunicaciones internas, entre otros.

Se realizan reuniones para revisión y monitoreo de las actividades propias del proceso como ejemplos de autocontrol, como es el caso de la generación de informes, avance del Plan de Auditoría.

En este ámbito y cumpliendo con el rol el proceso realizó el Informe de Evaluación del sistema de Control Interno del primer semestre del 2020, el cual disponible en la página web de la Entidad.

4.4 Evaluación del Sistema de Operaciones estadísticas para la Reintegración y la Reincidencia de la ARN.

En cumplimiento de la política de Gestión de la Información Estadística y dentro del rol de evaluación se identifica la responsabilidad de auditar la operación estadística, para el año 2019 se realizó la auditoría integral AUD – 1919 al Proceso Seguimiento - Procesos Estadísticos: Índice de Reincidencia en Personas Desmovilizadas y Estadísticas de las Personas Desmovilizadas que han Ingresado al Proceso de Reintegración.

En el año 2019 se realizó un trabajo conjunto entre la Subdirección de Seguimiento, la Oficina de Planeación y el Grupo de Control Interno de Gestión para la revisión y oficialización de los documentos que soportan la norma, en cumplimiento del plan de mejoramiento de la auditoría que realizó el DANE.

Para el año 2020, se incluyó la evaluación e integración de este sistema a los demás sistemas de la Entidad.

Con el fin de asegurar los resultados se han certificado en la norma NTC PE1000:2017 2 auditores del grupo de Control Interno de Gestión.

Se observa por parte de Control Interno, que se debe revisar las operaciones que están certificadas con el fin de incluir otras operaciones, así como su articulación con otros sistemas, de igual forma se debe fortalecer la identificación de roles y responsabilidades por parte de la Subdirección de Seguimiento, dejando evidencia documentada.

4.5 Evaluación de la Eficacia de las acciones correctiva y de mejora de los Hallazgos del Proceso de Gestión Documental

De acuerdo al alcance de la auditoria se incluye la evaluación de la eficacia de los planes de mejoramiento: PM-18-00033, PM-18-00049, PM-19-00006.

a) Revisión EFICACIA Plan de Mejoramiento PM-18-00033

El plan de mejoramiento PM-18-00033 está compuesto por 6 hallazgos y 8 acciones, para lo cual se realiza la siguiente revisión y evaluación de eficacia:

Hallazgo	Acción	Fecha Inicio Acción Fecha Finalización Fecha Cierre	Evaluación de la Eficacia
<p>1. MECANISMOS DE CONTACTO DEL SUJETO OBLIGADO: Revisado se encuentra lo siguiente: Link formulario electrónico de peticiones, quejas, denuncia y felicitaciones. Se recomienda publicarlo como esta en el anexo 2 de la Resolución 3564 de 2015, revisándolo en forma general para este conforme a lo que dice la Resolución.</p> <p>Verificada en la página web en la visita, no se encuentra el link que redirecciona a la Solicitud de la Información Pública con Identificación Reservada -SIPIR de la Procuraduría General de la Nación, según lo dispuesto en el anexo 2</p>	<p>1. Incluir la opción Solicitud de información pública, en el formulario de Crear PQRS-D, en el campo de Tipo de Solicitud</p>	<p>FI: 2018-04-26 FF: 2018-06-22 FC: 2018-07-05</p>	<p>No hay soportes del cumplimiento de la acción. Se verifica la inclusión del tipo de solicitud en el formulario. Cierre Extemporáneo. Eficaz</p> <p>OBS. En el Link Peticiones, Quejas, Reclamos, Reclamos, Sugerencias y Denuncias el documento que está publicado es "Instructivo Módulo Pqrs-D de Página Web-Rol Ciudadano, Fecha 2016- 12-01 Versión V-4", el cual no está actualizado a los cambios que se realizaron en el aplicativo en atención al hallazgo en el año 2018. En el SIGER se encuentra el documento Instructivo Modulo Pqrs-D De Pagina Web – Rol Ciudadano, Fecha 2019-10-01, Versión V6</p>
<p>Verificada en la página web en la visita, no se encuentra el link que redirecciona a la Solicitud de la Información Pública con Identificación Reservada -SIPIR de la Procuraduría General de la Nación, según lo dispuesto en el anexo 2</p>	<p>2. Agregar la opción de Solicitud Información Pública con Identidad Reservada - SIPIR en el link de Ley de Transparencia y Acceso a la Información, en su punto 1, Mecanismo de contacto y 1,1.</p>	<p>FI: 2018-04-26 FF: 2018-06-22 FC: 2018-07-05</p>	<p>No hay soportes del cumplimiento de la acción en la carpeta compartida, Se verificó la inclusión del link. Cierre Extemporáneo. Eficaz</p> <p>OBS: A la fecha (noviembre 2020) el La URL relacionada en el link de Ley de Transparencia y Acceso a</p>

<p>de la Resolución 3564 de 2015.</p>	<p>Mecanismos para la atención al ciudadano.</p>		<p>la Información, en su punto 1, Mecanismo de contacto y 1,1. Mecanismos para la atención al ciudadano, literal f Solicitud Información Pública con Identidad Reservada – SIPIR indica URL inválida</p>
<p>2. INFORMACIÓN DE INTERES: Se encontró lo siguiente:</p> <p>Convocatorias: Se sugiere plasmar una explicación como información al ciudadano de las mismas de acuerdo si hay o no hay convocatorias en el mes, se debe publicar de acuerdo a lo establecido en la Resolución 3564 de 2015, (Objetivos y requisitos).</p>	<p>1. Disponer de un texto que indique la no existencia de convocatorias en los momentos en que no se esté realizando ninguna actividad en el link de Ley de Transparencia y Acceso a la Información, en su punto 2. Información de interés, en el ítem 2,3 Convocatorias.</p>	<p>FI: 2018-04-26 FF: 2018-06-22 FC: 2018-07-05</p>	<p>No hay soportes del cumplimiento de la acción en la carpeta compartida, A la fecha (noviembre 2020) está cumpliendo con la publicación de eventos Cierre Extemporáneo. Eficaz</p>
<p>3. ESTRUCTURA ORGÁNICA Y TALENTO HUMANO. Se encontró lo siguiente:</p> <p>Funciones y deberes: Se sugiere agregar los deberes como entidad de manera desagregada para que sea más amigable para el ciudadano, según la Resolución y a la normativa sugerida por el departamento de Planeación Institucional.</p>	<p>1. Elevar consulta a Secretaría de transparencia y a la Procuraduría General de la Nación, pues la normatividad de creación y reestructuración de la entidad (Decreto 4138 de 2011 y Decreto 897 de 2017) no se hace referencia a deberes sino a funciones, las cuales se encuentran publicadas en la página conforme lo indicado por la resolución 3564 de 2015 en su anexo 1, numeral 3.2. Funciones y deberes.</p>	<p>FI: 2018-04-26 FF: 2018-08-31 FC: 2018-09-19</p>	<p>Se confirma la consulta, aunque sin respuesta por parte de Transparencia. Cierre Extemporáneo. Eficaz</p>

**INFORME DE AUDITORÍA PROCESO DE EVALUACION,
CONTROL Y MEJORAMIENTO
VIGENCIA 2020 (AUD – 206)**

<p>Agremiaciones y Asociaciones: Lo que está publicado corresponde es a entidades del estado, sse debe colocar asociaciones o agremiaciones segun la misionalidad y de acuerdo con la Resolución 3564 de 2015.</p> <p>Oferta de Empleo: Se debe revisar para modificar la explicación donde se denote que en el momento no se encuentra una oferta de empleo correspondiente.</p>	<p>2. Elevar consulta a Secretaría de transparencia y a la Procuraduría General de la Nación, pues en las diferentes reuniones de seguimiento sostenidas por la ARN con la Secretaría de Transparencia se ha indicado que la información que se tiene publicada da cumplimiento a los requisitos de la resolución 3564 toda vez que la ARN no tiene relación con asociaciones ni agremiaciones relacionadas con la actividad propia de la misma. (Item de Ley de Transparencia y Acceso a la Información 3.7. Directorio de agremiaciones, asociaciones y otros grupos de interés).</p> <p>3. Modificar la explicación donde se denote que en el momento no se encuentra una oferta de empleo correspondiente (tem de Ley de Transparencia y Acceso a la Información 3.8. Ofertas de empleo)</p>	<p>FI: 2018-04-26 FF: 2018-08-31 FC: 2018-09-19</p> <p>FI: 2018-04-26 FF: 2018-06-22 FC: 2018-07-05</p>	<p>Se confirma la consulta, aunque sin respuesta por parte de Transparencia. Cierre Extemporáneo. Eficaz</p> <p>No hay soportes, se verifica en el espacio información sobre la convocatoria . Cierre Extemporáneo. Eficaz</p>
---	--	---	--

**INFORME DE AUDITORÍA PROCESO DE EVALUACION,
CONTROL Y MEJORAMIENTO
VIGENCIA 2020 (AUD – 206)**

<p>4. PLANEACIÓN: Se encontró lo siguiente</p> <p>Manuales: Se recomienda en este punto cumplir con la Resolución 3564 de 2015 y agrupar los manuales en el ítem Manuales.</p> <p>Plan de Gasto Público: Lo que está publicado es el Plan Anual de Adquisiciones que es una parte del mismo, revisarlo y publicarlo de acuerdo con lo expuesto a la Resolución 3564 de 2015.</p>	<p>1. Elevar consulta a Secretaría de transparencia y a la Procuraduría General de la Nación, pues en la página de la Entidad se encuentran publicados todos los documentos de operación de los procesos (Manuales, procedimientos, instructivos y guías) organizados por proceso, lo cual da cumplimiento al requerimiento de la Resolución 3564 en el numeral 6. Planeación y 6.1. Políticas, lineamiento y manuales.</p>	<p>FI: 2018-04-26 FF: 2018-08-31 FC: 2018-09-19</p>	<p>Se confirma la consulta, aunque sin respuesta por parte de Transparencia. Cierre Extemporáneo. Eficaz</p>
<p>Participación en la formulación de políticas. Se sugiere de acuerdo a lo reglamentado en la Resolución 3564 de 2015.</p>	<p>2. Elevar consulta a Secretaría de transparencia y a la Procuraduría General de la Nación, con el fin de aclarar lo publicado en este punto.</p>	<p>FI: 2018-04-26 FF: 2018-08-31 FC: 2018-09-19</p>	<p>Se confirma la consulta, aunque sin respuesta por parte de Transparencia. Cierre Extemporáneo. Eficaz</p>
	<p>3. Ajustar el título de Mecanismos de Participación por Participación en la formulación de Políticas, de igual manera ajustar el texto expuesto al ingresar En el link correspondiente de Ley de Transparencia y Acceso a la Información en su punto 6.5.</p>	<p>FI: 2018-04-26 FF: 2018-06-22 FC: 2018-07-05</p>	<p>No hay soportes del cumplimiento de la acción en la carpeta compartida, A la fecha (noviembre 2020) está cumpliendo con los ajustes en el numeral relacionado con el título en el punto 6.5. Participación en la Formulación de políticas y el texto expuesto al ingreso de este link quedando de la siguiente manera Cierre Extemporáneo. Eficaz</p>
<p>5. CONTROL: Se encontró lo siguiente</p> <p>Planes de mejoramiento: Realizar el enlace correspondiente a la entidad donde se</p>	<p>1. Adicionar el enlace correspondiente a la(s) entidad(es) que hallan generado informes sobre la entidad con recomendaciones, de acuerdo con la resolución 3564 de 2015, en el link</p>	<p>FI: 2018-04-26 FF: 2018-06-22 FC: 2018-07-05</p>	<p>No hay soportes del cumplimiento de la acción en la carpeta compartida, A la fecha (noviembre 2020) está cumpliendo con los ajustes en el numeral relacionado con el título en el punto 7.3 Planes de Mejoramiento Cierre Extemporáneo. Eficaz</p>

<p>encuentra los informes publicados esto según la Resolución 3564 de 2015.</p>	<p>correspondiente de Ley de Transparencia y Acceso a la Información en su punto 7.3. Planes de Mejoramiento.</p>		
<p>Entidades que vigilan al sujeto obligado: Se recomienda especificar el tipo de control que cada ente realiza al sujeto obligado, estos según la resolución 3564 de 2015- Defensa Judicial. El sujeto obligado debe publicar la información según la Resolución 3564 de 2015, específicamente el estado del proceso en el archivo que esta publicado.</p>	<p>2. Especificar el tipo de control que ejerce cada entidad expuestas en el link correspondiente de Ley de Transparencia y Acceso a la Información en su punto 7.4. Entes de control que vigilan al sujeto obligado y mecanismos de supervisión.</p>	<p>FI: 2018-04-26 FF: 2018-06-22 FC: 2018-07-05</p>	<p>No hay soportes del cumplimiento de la acción en la carpeta compartida, A la fecha (noviembre 2020) está cumpliendo con los ajustes en el numeral relacionado con el título en el punto 7.4 Entes de Control que vigilan a la Entidad Cierre Extemporáneo. Eficaz</p>
	<p>3. Publicar el campo de estado a la información de defensa judicial, publicada en el link correspondiente de Ley de Transparencia y Acceso a la Información en su punto 7.6. Defensa judicial.</p>	<p>FI: 2018-04-26 FF: 2018-06-22 FC: 2018-07-05</p>	<p>No hay soportes del cumplimiento de la acción en la carpeta compartida, A la fecha (noviembre 2020) está cumpliendo con los ajustes en el numeral relacionado con el título en el punto 7.6. Defensa judicial. Cierre Extemporáneo. Eficaz</p>
<p>6. INSTRUMENTOS DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN PÚBLICA. Se encontró lo siguiente: Registro de publicaciones: Se debe revisar ya que lo publicado está generando un error.</p>	<p>1. Revisar, actualizar y garantizar que siempre se encuentre en funcionamiento el link</p>	<p>FI: 2018-04-26 FF: 2018-06-22 FC: 2018-07-05</p>	<p>No hay soportes del cumplimiento de la acción, A la fecha (noviembre 2020) el link "instrumentos de gestión de información pública" se encuentra funcionando. Cierre Extemporáneo. Eficaz</p>

Conclusión: De las 13 acciones planteadas, y teniendo en cuenta que los hallazgos se relacionaron con la actualización de la web de la ARN todas fueron eficaces, sin embargo, no se encuentran evidencias de todas las acciones en las carpetas compartidas, todas se cerraron extemporáneamente.

b) Revisión EFICACIA Plan de Mejoramiento PM-18-00049

Hallazgo	Acción	Fecha Inicio Fecha Finalización Fecha Cierre	Evaluación Eficacia
De la muestra de 258 unidades de negocio seleccionadas, se encontraron 178 en funcionamiento y 80 cerradas, lo que equivale al 31%; es preciso señalar que algunas unidades no superaron la fase de seguimiento de un año, establecida en el instructivo de seguimiento a la unidad de negocio / ISUN	1. Actualizar el instructivo de acceso al Beneficio de Inserción Económica en sus tres modalidades, incluyendo el seguimiento a los desembolsos realizados	FI: 2019-01-01 FF: 2019-04-30 FC: 2019-08-01	AC1, se observa el cumplimiento de la actualización de los documentos en SIGER del instructivo de BIE, así como el seguimiento, acción ejecutada extemporáneamente. Eficaz
De la muestra de 258 unidades de negocio seleccionadas, se encontraron 178 en funcionamiento y 80 cerradas, lo que equivale al 31%; es preciso señalar que algunas unidades no superaron la fase de seguimiento de un año, establecida en el instructivo de seguimiento a la unidad de negocio / ISUN	1. Fortalecer el funcionamiento de la mesa técnica de reintegración económica de los GT/PA	FI: 2019-02-01 FF: 2019-12-31 FC: 2019-12-17	H2.AC4. Se observa la generación de acciones para fortalecer el funcionamiento de las mesas, el cual quedó documentado en el instructivo, así como el seguimiento a través de los informes, reportado oportunamente Eficaz
De la muestra de 258 unidades de negocio seleccionadas, se encontraron 178 en funcionamiento y 80 cerradas, lo que equivale al 31%; es preciso señalar que algunas unidades no superaron la fase de seguimiento de un año, establecida en el instructivo de seguimiento a la unidad de negocio / ISUN	2. Definición e implementación de una herramienta de caracterización de habilidades y competencias para la inclusión productiva.	FI: 2019-01-01 FF: 2019-12-31 FC: 2019-12-17	H2.AC2. Se observa gestión para la definición e implementación de la herramienta de caracterización de habilidades y competencias integrada en SIR, acción ejecutada oportunamente. Eficaz
De la muestra de 258 unidades de negocio seleccionadas, se encontraron 178 en funcionamiento y 80 cerradas, lo que equivale al 31%; es preciso señalar que algunas unidades no superaron la fase de seguimiento de un año, establecida en el instructivo de seguimiento a la unidad de negocio / ISUN	2. Fortalecer las capacidades de formulación y seguimiento de BIE en los GT/PA con entrenamiento de los equipos	FI: 2019-02-01 FF: 2019-12-31 FC: 2019-12-17	H2.AC5. Se observa gestión en el fortalecimiento de capacidades en los GT con jornadas de entrenamiento, reportado oportunamente y ejecutada dentro de las fechas programadas. Eficaz

establecida en el instructivo de seguimiento a la unidad de negocio / ISUN			
De la muestra de 258 unidades de negocio seleccionadas, se encontraron 178 en funcionamiento y 80 cerradas, lo que equivale al 31%; es preciso señalar que algunas unidades no superaron la fase de seguimiento de un año, establecida en el instructivo de seguimiento a la unidad de negocio / ISUN	3. Actualizar el módulo BIE en SIR para las tres modalidades existentes basados en controles preventivos	FI: 2019-03-01 FF: 2019-06-30 FC: 2019-07-17	H2.AC3. Se realizó la actualización el módulo BIE en SIR para las tres modalidades existentes basados en controles preventivos, generando las alertas para los seguimientos y le elaboración de las actas de entrega, se cumplió de acuerdo a las fechas programadas. Extemporánea Eficaz
Debilidades en la supervisión por parte de la ARN, a la contratación derivada del PNUD la cual busca garantizar el funcionamiento ETCRs; lo que genera condiciones insalubres, riesgo para los habitantes especialmente para la población infantil y riesgo de deslizamiento en temporada invernal, lo que incide en la implementación del Proceso de Reincorporación de los integrantes de las FARC EP	1.1. Realizar gestiones de articulación territorial con las autoridades locales, para que en los ETCR y comunidades aledañas realicen planes y programas orientados a prevenir y/o mitigar las deficiencias en materia de tratamiento de aguas residuales y disposición final de basuras y excretas.	FI: 2019-01-14 FF: 2019-01-31 FC: 2019-02-13	H3.AC1. Se expidió la circular 1 del 22 de enero del 2019 con el lineamiento para gestionar con autoridades locales incluyan las necesidades de los ETCR en sus programaciones, es importante revisar las fechas de programaciones de las actividades teniendo en cuenta que la planeación de las actividades requieren tiempos para ser incluidos como requerimientos, adicionalmente para el cierre de una acción se debe solicitar con 10 días de antelación a la fecha de finalización de la acción, porque con el periodo que se programó y la fecha de lanzamiento de tareas, no daba la posibilidad a solicitar el cierre oportunamente. Extemporánea. Eficaz
Debilidades en la supervisión por parte de la ARN, a la contratación derivada del PNUD la cual busca garantizar el funcionamiento ETCRs; lo que genera condiciones insalubres, riesgo para los habitantes especialmente para la población infantil y riesgo de deslizamiento en temporada invernal, lo que incide en la implementación del Proceso de Reincorporación de los integrantes de las FARC EP	1.2. Realizar seguimiento trimestralmente a la intervención que adelanten las entidades territoriales en cada ETCR, con el propósito de atender las recomendaciones que se generen respecto al mejoramiento de las necesidades de saneamiento básico	FI: 2019-02-01 FF: 2019-08-10 FC: 2019-08-13	Se verifica los soportes del ETCR Filipinas "Formato seguimiento Filipinas" del primer trimestre " y el Informe acciones de intervención Julio", "ETCR Filipinas - Seguimiento acciones intervención Mayo", del segundo trimestre en donde se toman muestras de agua potable . En los informes no se observa la atención del hallazgo del informe de la CGR "No se cuenta con agua potable al 100% apta para consumo humano; ni con suministro permanente de energía eléctrica ; no existe cerramiento para : la planta de tratamiento de agua potable, planta eléctrica y el puesto de salud; la tubería presenta taponamientos y las aguas residuales se encuentran al aire libre". Extemporánea Eficaz

INFORME DE AUDITORÍA PROCESO DE EVALUACION, CONTROL Y MEJORAMIENTO VIGENCIA 2020 (AUD – 206)

<p>Debilidades en la supervisión por parte de la ARN, a la contratación derivada del PNUD la cual busca garantizar el funcionamiento ETCRs; lo que genera condiciones insalubres, riesgo para los habitantes especialmente para la población infantil y riesgo de deslizamiento en temporada invernal, lo que incide en la implementación del Proceso de Reincorporación de los integrantes de las FARC EP</p>	<p>1.3. Elaborar un instructivo orientado a generar buenas prácticas para minimizar los impactos ambientales y mejorar la calidad de vida al interior de los ETCR, respecto a potabilización del agua, disposición de residuos y manejo de aguas residuales</p>	<p>FI: 2019-01-14 FF: 2019-01-31 FC: 2019-03-06</p>	<p>Se generaron 2 documentos: instructivo que establece los parámetros para la dosificación de químicos en las Plantas de Tratamiento de Agua Potable, un (1) Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos y Peligrosos, generados en los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación. Teniendo en cuenta que es un lineamiento, es conveniente articular estos documentos al SGI y oficializarlos. adicionalmente para el cierre de una acción se debe solicitar con 10 días de antelación a la fecha de finalización de la acción, porque con el periodo que se programó y la fecha de lanzamiento de tareas, no daba la posibilidad a solicitar el cierre oportunamente Extemporánea Eficaz</p>
<p>Debilidades en la supervisión por parte de la ARN, a la contratación derivada del PNUD la cual busca garantizar el funcionamiento ETCRs; lo que genera condiciones insalubres, riesgo para los habitantes especialmente para la población infantil y riesgo de deslizamiento en temporada invernal, lo que incide en la implementación del Proceso de Reincorporación de los integrantes de las FARC EP</p>	<p>1.4. Socializar a la comunidad que habita en los ETCR los instructivos generados, así como todos los procedimientos que se realizan para el tratamiento y potabilización del agua, tratamiento de aguas residuales y disposición final de residuos sólidos.</p>	<p>FI: 2019-02-01 FF: 2019-02-28 FC: 2019-07-25</p>	<p>Se verifica el cumplimiento de las socializaciones con los registros de los ETCR de Llano Grande y Filipinas. adicionalmente para el cierre de una acción se debe solicitar con 10 días de antelación a la fecha de finalización de la acción, porque con el periodo que se programó y la fecha de lanzamiento de tareas, no daba la posibilidad a solicitar el cierre oportunamente Extemporánea Eficaz</p>
<p>Debilidades en la supervisión por parte de la ARN, a la contratación derivada del PNUD la cual busca garantizar el funcionamiento ETCRs; lo que genera condiciones insalubres, riesgo para los habitantes especialmente para la población infantil y riesgo de deslizamiento en temporada invernal, lo que incide en la implementación del Proceso de Reincorporación de los integrantes de las FARC EP</p>	<p>2.1. Estructurar el plan de operaciones con la programación de todas las actividades relacionadas con el mantenimiento de los equipos, las obras de encerramiento, la intervención de taludes y el mejoramiento de la infraestructura en los ETCR.</p>	<p>FI: 2019-01-14 FF: 2019-01-31 FC: 2019-06-10</p>	<p>Se verificó el plan de operacional para la vigencia 2019 con las actividades a realizar los ETCR: plan de suministro, plan de mantenimiento y compras, adicionalmente para el cierre de una acción se debe solicitar con 10 días de antelación a la fecha de finalización de la acción, porque con el periodo que se programó y la fecha de lanzamiento de tareas, no daba la posibilidad a solicitar el cierre oportunamente. Extemporánea. Eficaz</p>

INFORME DE AUDITORÍA PROCESO DE EVALUACION, CONTROL Y MEJORAMIENTO VIGENCIA 2020 (AUD – 206)

<p>Debilidades en la supervisión por parte de la ARN, a la contratación derivada del PNUD la cual busca garantizar el funcionamiento ETCRs; lo que genera condiciones insalubres, riesgo para los habitantes especialmente para la población infantil y riesgo de deslizamiento en temporada invernal, lo que incide en la implementación del Proceso de Reincorporación de los integrantes de las FARC EP</p>	<p>2.2. Verificar el cumplimiento del plan de operaciones en los 24 ETCR</p>	<p>FI: 2019-02-01 FF: 2019-07-30 FC: 2019-02-28</p>	<p>Se verifica la aplicación de una lista de chequeo con la que se va controlando el avance en las actividades del plan de operaciones en los 24 ETCR, las fechas de ejecución no permiten monitorear el cumplimiento de las actividades completamente, adicionalmente para el cierre de una acción se debe solicitar con 10 días de antelación a la fecha de finalización de la acción, porque con el periodo que se programó y la fecha de lanzamiento de tareas, no daba la posibilidad a solicitar el cierre oportunamente Extemporánea Eficaz</p>
<p>La ARN no dispone de criterios claros y unificados, para la asignación y distribución de los facilitadores en los diferentes espacios territoriales, acorde con la población intervenir; como quiera que se observan facilitadores con 28 personas a cargo y otros con 77</p>	<p>1. Definir criterios estandarizados que permitan atender las necesidades en cada proceso que ofrece la ARN teniendo en cuenta las particularidades de la población y la evolución de la política en cada contexto.</p>	<p>FI: 2018-11-27 FF: 2019-01-31 FC: 2019-03-27</p>	<p>H1AC2, se evidencia documentos de lineamientos de plazas realizado en octubre y noviembre del 2018, el registro del avance se hizo en forma extemporánea, el acceso a las carpetas compartidas no se realizó en forma oportuna Eficaz</p>
<p>La ARN no dispone de criterios claros y unificados, para la asignación y distribución de los facilitadores en los diferentes espacios territoriales, acorde con la población intervenir; como quiera que se observan facilitadores con 28 personas a cargo y otros con 77</p>	<p>2. A partir de los criterios definidos construir lineamientos que permitan consolidar la proyección de plazas a nivel territorial para la vigencia 2019.</p>	<p>FI: 2018-11-27 FF: 2019-01-31 FC: 2019-03-27</p>	<p>H1AC1, se evidencia la proyección de plazas, el registro del avance se hizo en forma extemporánea, el acceso a las carpetas compartidas no se realizó en forma oportuna Eficaz</p>
<p>La ARN no dispone de criterios claros y unificados, para la asignación y distribución de los facilitadores en los diferentes espacios territoriales, acorde con la población intervenir; como quiera que se observan facilitadores con 28 personas a cargo y otros con 77</p>	<p>3. Socializar con el equipo directivo de la Entidad, los criterios definidos para la proyección de plazas de la vigencia 2019 de los GT/PA.</p>	<p>FI: 2018-11-27 FF: 2019-01-31 FC: 2019-03-27</p>	<p>H1AC3, El 30 de octubre de 2018 se hizo la socialización y validación con la Dirección General de la Entidad, las plazas a contratar en 2019 y los criterios para la definición de las mismas y en el Comité Presencial de Presupuesto y Contratación N° 17 del 13 de noviembre de 2018 con el fin de comunicar la aprobación de "Tabla de Honorarios 2019; el registro del avance se hizo en forma extemporánea, el acceso a las carpetas compartidas no se realizó en forma oportuna. Eficaz</p>

**INFORME DE AUDITORÍA PROCESO DE EVALUACION,
CONTROL Y MEJORAMIENTO
VIGENCIA 2020 (AUD – 206)**

<p>La ARN no dispone de criterios claros y unificados, para la asignación y distribución de los facilitadores en los diferentes espacios territoriales, acorde con la población intervenir; como quiera que se observan facilitadores con 28 personas a cargo y otros con 77</p>	<p>4. Comunicar a los GT/PA los lineamientos para la proyección de plazas a nivel territorial en 2019.</p>	<p>FI: 2018-11-27 FF: 2019-01-31 FC: 2019-03-27</p>	<p>H1AC4, se envió correo a los GT de los lineamientos para definición de las plazas, acción ejecutada dentro de las fechas programadas pero reportada extemporáneamente, el acceso a las carpetas compartidas no se realizó en forma oportuna. Eficaz</p>
<p>La ARN no dispone de criterios claros y unificados, para la asignación y distribución de los facilitadores en los diferentes espacios territoriales, acorde con la población intervenir; como quiera que se observan facilitadores con 28 personas a cargo y otros con 77</p>	<p>A través del equipo de la Estrategia de Desarrollo y Acompañamiento Territorial (EDAT), acompañar a los GT/PA en la definición final de sus equipos para el 2019, conforme lo definido en los lineamientos y reconociendo las particularidades de cada contexto y la temporalidad de los roles</p>	<p>FI: 2018-11-27 FF: 2019-01-31 FC: 2019-04-14</p>	<p>H1AC5, se evidencia el acompañamiento a la concertación de la conformación de los equipos territoriales en los GT, el registro se hizo extemporáneamente, el acceso a las carpetas compartidas no se realizó en forma oportuna Eficaz</p>
<p>La ARN no dispone de criterios claros y unificados, para la asignación y distribución de los facilitadores en los diferentes espacios territoriales, acorde con la población intervenir; como quiera que se observan facilitadores con 28 personas a cargo y otros con 77</p>	<p>Construir PROTOCOLO que contenga las principales actividades a desarrollar para la definición de criterios y definición de plazas territoriales en cada vigencia</p>	<p>FI: 2019-01-01 FF: 2019-03-31 FC: 2019-05-31</p>	<p>H1AC6, se generó el documento que contienen los criterios para la conformación de equipos de trabajo ajustado al contexto del territorio, acción ejecutada dentro de la fecha programada pero reportada extemporáneamente. Eficaz</p>

Conclusión: Las diecisiete (17) acciones formuladas en el plan de mejoramiento fueron eficaces, 13 de las acciones fueron cerradas extemporáneamente, se observa en algunas acciones que en las fechas de programación de la ejecución de actividades no se tuvo en cuenta los tiempos para el registro del avance y adicionalmente para el cierre de una acción se debe solicitar con 10 días de antelación a la fecha de finalización de la acción, lo que incide en que no se hiciera el cierre oportunamente; así mismo la oportunidad en crear las carpetas compartidas.

c) Revisión EFICACIA Plan de Mejoramiento PM-19-00006

Hallazgo	Acción	Fecha Inicio Fecha Finalización Fecha Cierre	Evaluación Eficacia
No se está oficializando el informe trimestral de seguimiento a planes de mejora ante el Director General a través de memorando, lo anterior incumpliendo lo establecido en la actividad No. 18 del procedimiento de Gestión de acciones correctivas, preventivas y de mejora EM-P -01	Incluir en la Matriz de seguimiento de Planes de Mejora un campo en el cual se indique en que fecha se realizó la remisión del informe trimestral al Director General.	FI: 2019-02-20 FF: 2019-03-31 FC: 2019-02-26	Se evidencia cuadro de control y la publicación de los informes trimestrales de seguimiento de planes de mejoramiento, ejecutada dentro de las fechas programadas Eficaz
	Realizar la actualización del Procedimiento de Gestión de acciones correctivas, preventivas y de mejora EM-P-01 con el fin de incluir que la oficialización del informe se realizará por correo o memorando dirigido al Director General.	FI: 2019-02-20 FF: 2019-03-28 FC: 2019-06-28	Se verifica en SIGER la publicación de la actualización del documento el 2019-06-18, extemporánea Eficaz
	Realizar la oficialización del Informe de Planes de Mejora correspondiente al segundo trimestre remitiendo mediante memorando al Director General el contenido del mismo.	FI: 2018-11-15 FF: 2018-12-20 FC: 2019-02-26	Se verifica el envío de los planes por memorando, extemporánea Eficaz
Se evidenciaron imprecisiones frente a la información reportada en los seguimientos a planes de mejoramiento, así: INFORME DE SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA PRIMER TRIMESTRE 2018 de abril de 2018, INFORME DE SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA SEGUNDO TRIMESTRE 2018 de julio de 2018. Lo anterior incumpliendo lo establecido en la Ley de Transparencia 1712 2014, título I artículo 3, Principio de la calidad de la información, el cual enuncia que ... Toda la información de interés público que sea producida, gestionada y difundida por el sujeto obligado, deberá ser oportuna,	Realizar la corrección de los datos reportados en los Informes del primer y segundo trimestre de 2018.	FI: 2018-12-03 FF: 2018-12-31 FC: 2019-02-26	Se verifica la corrección y publicación de los informes, extemporánea Eficaz
	Verificar con el Equipo de Trabajo del Grupo de Control Interno la información que se presenta en los informes y se publican.	FI: 2019-02-20 FF: 2020-01-20 FC: 2020-01-22	Se evidencia con correos el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento, extemporánea Eficaz

INFORME DE AUDITORÍA PROCESO DE EVALUACION, CONTROL Y MEJORAMIENTO VIGENCIA 2020 (AUD – 206)

<p>objetiva, veraz, completa, reutilizable, procesable y estar disponible en formatos accesibles para los solicitantes e interesados en ella, teniendo en cuenta los procedimientos de gestión documental de la respectiva Entidad.</p>			
<p>Se evidencio que Control Interno de Gestión no realiza seguimiento al cumplimiento de remisión de información de contratos o convenios con tercero para la administración de recursos, lo anterior incumpliendo lo establecido en el Decreto 1068 del 2015 Capitulo 3 Sección 1 articulo 2.8.4.3.1.4</p>	<p>Actualizar la matriz de informes y de seguimiento a la presentación de informes de la Entidad señalando norma en la cual se definió, responsable, periodicidad, fecha en que se debe presentar y fecha en que se realizó la publicación y/o se constató el cumplimiento de la presentación.</p>	<p>FI: 2019-02-20 FF: 2019-03-28 FC: 2019-03-29</p>	<p>Se verifica en los soportes del indicador 38 de PAI-2020, la matriz con de los informes generados en cada trimestre, así como el responsable, periodicidad y publicación y el seguimiento a la generación de los informes. Eficaz</p>
	<p>Realizar seguimiento para verificar el cumplimiento del Decreto 1068 de 2015 Capitulo 3 Sección 1 articulo 2.8.4.3.1.4.</p>	<p>FI: 2018-11-13 FF: 2018-12-20 FC: 2019-02-26</p>	<p>Se verifica el cumplimiento del Grupo de Control Interno de velar por la generación de los informes. Extemporánea Eficaz</p>
	<p>Revisar una (1) vez al mes el cumplimiento de la publicación de informes así como de la remisión de Informes de la Entidad a las entidades que correspondan.</p>	<p>FI: 2019-02-20 FF: 2020-01-20 FC: 2020-01-22</p>	<p>Se verifica el cumplimiento en el control y en la página de la ARN la publicación de informes, sin embargo, los soportes de la carpeta compartida no están los soportes de los últimos seguimientos reportados. Extemporánea Eficaz</p>
<p>Se evidenció que la caracterización del proceso Evaluación, Control y mejoramiento, se encuentra desactualizada, toda vez que las caracterizaciones de los grupos de valor no se encuentran conforme a los lineamientos de Atención al usuario (Evaluado en MIPG). Lo anterior incumpliendo lo establecido en la ISO 9001:2008 numeral 4.2.3 literal b. el cual enuncia Revisar y actualizar los</p>	<p>Realizar la actualización del documento de caracterización del proceso.</p>	<p>FI: 2019-02-20 FF: 2019-03-31 FC: 2019-06-28</p>	<p>Se evidencia en SIGER la actualización de la caracterización realizada el 2019-06-25, sin embargo, los soportes colocados en la carpeta compartida no demuestran los avances reportados. Extemporánea Eficaz</p>

documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente	Revisar trimestralmente que la caracterización del proceso este ajustado a la normatividad, lineamientos y directrices vigentes.	FI: 2019-02-20 FF: 2019-10-31 FC: 2019-11-07	Se evidencia en SIGER la actualización de la caracterización realizada el 2019-06-25 y el PM-19-00023, sin embargo, los soportes colocados en la carpeta compartida no demuestran los avances reportados. Extemporánea Eficaz
---	--	--	---

Conclusión: Las diez (10) acciones formuladas en el plan de mejoramiento fueron eficaces, 8 de las cuales se cerraron extemporáneamente, en 3 acciones no se observa el aporte de soportes suficientes del cumplimiento de las acciones, teniendo en cuenta que los hallazgos son relacionados a la publicación de los informes de Ley y Seguimiento, se validan con las publicaciones realizadas a noviembre de 2020.

5. CONCLUSIÓN GENERAL

En el proceso Evaluación, control y mejoramiento se encuentra que el Sistema de Gestión Integrado se cumple con los requisitos en la normatividad, del cliente e institucionales, así como el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y los Sistemas de: a) Control Interno; b) Calidad; c) Seguridad de la Información; d) Seguridad y Salud en el Trabajo; y, e) Operaciones Estadísticas. Adicionalmente, los temas referentes a Gestión Documental y normatividad decretada para hacer frente al COVID 19.

5.1 Conformidades

1. Conocimiento y apropiación de la política de Control Interno, así como su interrelación con las demás políticas del modelo MIPG
2. Cumplimiento de las obligaciones de los roles de control interno con la generación de los informes de Ley y de seguimiento de acuerdo a la normatividad y a su debida publicación en cumplimiento a la Ley de transparencia 1712 de 2014.
3. Aplicación de lineamientos propios al ejercicio auditor en cumplimientos de los lineamientos de la política de protección de datos y del sistema de seguridad de la información.
4. Cumplimiento del rol de evaluación en la implementación de las normas asociadas a la operación estadística, sistema de salud y seguridad en el trabajo y del sistema de seguridad de la información.
5. Se cumple con la realización de los comités de control interno
6. Cumplimiento del rol de prevención del proceso Control, evaluación y mejoramiento con el acompañamiento con la designación y redistribución de auditores a cada proceso y grupo territorial para asesorarlos en temas de control interno: riesgos, planes de mejora, entre otros, boletines informativos en intranet, campañas de lucha anticorrupción: semana de la lucha contra la corrupción, concurso de un slogan del autocontrol, concurso en los lunes de conexión , designación de un enlace en todos los procesos y grupos territoriales con el fin de fortalecer el control interno.

7. Cumplimiento de la evaluación del Sistema de Control Interno en el 2019, así como la aplicación de encuesta del Sistema de Control Interno MECI.
8. Se evidencia el cumplimiento en el fortalecimiento de competencias del equipo auditor con la capacitación en las normas ISO 27001, ISO45001, NTC PE 1000.
9. Se conoce y aplica la política de integridad con el estatuto de auditoria y código de ética del auditor en la que aplican los principios del código de integridad de la Entidad, así como los principios del auditor; no se ha identificado conflictos de intereses en el ejercicio auditor.
10. En el año 2019 al inicio de cada auditoria una capacitación de autocontrol en donde se refuerza y se da a conocer el ejercicio auditor y se afianza la aceptación de hallazgos con el fin de que los responsables de procesos vean una no conformidad, observación como una oportunidad de mejora de la gestión. Teniendo en cuenta los cambios que se han dado por el manejo de la pandemia Covid 19, se plantea por parte del responsable de fortalecer a los enlaces de proceso en la reunión programada para noviembre de 2020 y las actividades de la semana de la corrupción en autocontrol.
11. La eficacia de los planes de mejoramiento PM-18-00033 y PM-18-00049 y PM 19-00006

5.2 No Conformidades

No se presentaron No conformidades para el proceso de Evaluación, Control y Mejoramiento en este proceso de auditoría.

5.3 Recomendaciones del Proceso

1. Documentar los ejercicios realizados al interior de proceso en donde se socializa las directrices y en donde promueve el cumplimiento de lineamientos recibidos en Comités de la implementación de los sistemas , sistema de salud y seguridad en el trabajo y del sistema de seguridad de la información como la promoción de las actividades del plan de bienestar social y lineamientos de manejo de Covid.
2. Aunque se viene trabajando en la actualización de los documentos con un cronograma de revisión documental de una acción liderada por la Oficina de Planeación en el plan de mejoramiento MIPG-19-00023, es conveniente darle celeridad a la actualización del EM-M-01 Manual de auditoria interna V6 y los documentos necesarios para incluir los requisitos del equipo auditor de otras dependencias que apoya el ejercicio de auditoria, así como el enfoque en riegos del proceso auditor, manejo de hallazgos transversales, acciones no eficaces en forma repetitiva.
3. Se realizan reuniones para revisión y monitoreo de las actividades propias del proceso como ejemplos de autocontrol, sin embargo, el tema de la virtualidad ha afectado la generación de los soportes que demuestren el cumplimiento, por lo que es conveniente realizar la gestión necesaria para generar los soportes respectivos.

4. En cuanto a los planes de mejoramiento, se observan algunas acciones que tienen falencia en las fechas programadas y que en el momento en que se registran y se realice su primer avance y cuando se solicita el cierre ya son extemporáneas, ejemplo PM-18-000049, de 17 acciones, 12 se cerraron en forma extemporánea 4 por inadecuada definición del periodo de ejecución, 5 porque no había acceso a carpetas en el momento del registro del avance y 3 porque demora en la ejecución de la acción. Del plan PM-18-00033 en algunas acciones que tienen que ven con la actualización o publicación de información en la página no hay soportes, es conveniente revisar el procedimiento “Procedimiento Gestión De Acciones Correctivas Y De Mejora” (actividad 19) y del plan 19-00006 de 10 acciones, 8 se cerraron extemporáneamente y 3 no tenían soportes suficientes en las carpetas compartidas.
5. Se presenta una debilidad a nivel institucional en cuanto al tratamiento de hallazgos transversales, es to es que se crean acciones correctivas para los grupos territoriales en donde se encontró la no conformidad, pero que en el siguiente ejercicio de auditoria vuelven y salen el mismo tipo de hallazgos en otros grupos; se debe revisar la forma en cómo se deben articular los procesos y los grupos territoriales para concertar planes de mejoramiento eficaces. Se plantea la asociación de riesgos a los hallazgos a fin de generar una mejora continua; para el año 2020 se incluye la identificación de hallazgos transversales en el informe de cada auditoria, tema que debe tenerse en cuenta para la actualización de los documentos del proceso. Se debe reforzar el tema de riesgos, incluyendo los hallazgos de las auditorías realizadas por el proceso Evaluación, Control y Mejoramiento como riesgos materializados y tomarlo como insumo para la actualización de los mapas de riesgos de los procesos.

5.4 Recomendaciones Transversales

1. Falta más lineamientos claros sobre las responsabilidades en cada uno de los sistemas y la retroalimentación de forma que sean entendidos por todos los servidores que laboran en la Entidad, con el fin de promover una mejor apropiación. En este sentido es conveniente reforzar el funcionamiento de las mesas de cada política de MIPG (Guía De Operación Para Las Mesas De Trabajo Del Comité Institucional De Gestión Y Desempeño) con el fin de garantizar la articulación entre políticas y la presentación de resultados de avance de cada sistema en forma sencilla, clara y de fácil apropiación en el Comité de Gestión y Desempeño. Por ejemplo, falta los resultados eventos, incidentes de seguridad, como están los activos de información y la definición de productos en cada política y en cada sistema que se está implementando. Política de Control Interno: hallazgos transversales, promoción de generación de acciones de mejora por revisiones propias del proceso, política de riesgos transversales . Política de Gestión de la Información estadística: certificación estadística, entre otros.

2. Aunque se conoce la matriz de peligros y riesgos, es conveniente diseñar e implementar un esquema pedagógico con el fin de generar mayor apropiación y demostrar los ejercicios realizados por la Entidad como en el caso de los impactos generados por la pandemia por el COVID-19.

Nombre Auditor	Gladys Marlenny Velásquez Acosta	Nombre Jefe Dependencia/ Proceso Auditado:	Eduardo Antonio Sanguinetti Evaluación control y mejoramiento
Firma Auditor Líder:	Firma Auditado:		

Nota: El presente informe no requiere firma por parte del Auditor Líder ni del Auditado, teniendo en cuenta que su aprobación se realizó a través del Sistema de Gestión para la Reintegración – SIGER.