

<b>FECHA DE INFORME</b>	<b>26 de octubre de 2021</b>	<b>PROCESO / DEPENDENCIA</b>	<b>Proceso Direccionamiento Estratégico</b>
<b>FECHA SEGUIMIENTO</b>	<b>Entre el 01/09/2020 al 30/06/2021.</b>	<b>AUDITOR</b>	<b>Auditor Líder: Eduardo Antonio Sanguinetti Equipo Auditor: Eucaris Robayo</b>

### **1. OBJETIVO**

Evaluar el grado de cumplimiento de los requisitos al Sistema Integrado de Gestión adoptado en la Agencia, así como la normatividad vigente y métodos de operación establecidos para el fortalecimiento de la operación y gestión institucional, del Proceso de Direccionamiento Estratégico.

### **2. ALCANCE**

La verificación se realizará a través de la herramienta Microsoft Teams. Para el Proceso de Direccionamiento Estratégico, basados en la información recopilada entre el 01/09/2020 al 30/06/2021.

### **3. CRITERIOS DE AUDITORIA**

Se tendrán en cuenta, entre otros, los siguientes criterios normativos: a) Ley 1437 de 2011; b) Ley 1755 de 2015; c) Decreto 1082 de 2015; d) Decreto 648 de 2017; e) Decreto Ley 899 de 2017; f) Decreto 1499 de 2017; g) Decreto 69 de 2018; h) Decreto 1212 de 2018; i) Resolución 346 de 2012; j) Resolución 754 de 2013; k) Resolución 1724 de 2014; l) Resolución 0075 de 2016; m) Resolución 1356 de 2016; n) Resolución 3207 de 2018; o) Resolución 2536 de 2019; p) CONPES 3931 de 2018; q) NTC 6047:2013; r) NTC ISO 27001:2013; s) NTC ISO 9001:2015; t) NTC ISO 14001:2015; u) NTC ISO 45001:2018. v) Decreto 1499 de 2017.

De igual manera, se tendrán en cuenta, entre otros, los siguientes procedimientos, manuales e instructivos inscritos en el Software para la Planeación y Gestión que apliquen a la unidad auditable, a saber:

Caracterización y demás documentos inscritos en el SIG (Antes SIGER) - (procedimientos, instructivos, guías, manuales y formatos)

En lo relacionado con el tema presupuestal se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- Asignación de recursos Presupuestales.
- Ejecución Plan Anual de Adquisiciones.

- Ejecución Presupuestal.

Finalmente, es importante dejar en claro que se tendrán en cuenta las demás normas, documentos, circulares, procedimientos, manuales e instructivos que le apliquen a cada una de las unidades auditables.

#### **4. DESARROLLO DE LA AUDITORIA**

La auditoría realizada al proceso de Direccionamiento Estratégico se efectuó de acuerdo con las actividades descritas en el Plan de Auditoría así:

- Reunión de apertura realizada el día 27 de septiembre de 2021.
- Revisión de acuerdo a la información suministrada por los responsables Proceso de Direccionamiento Estratégico en cada una de las herramientas dispuestas por la Entidad para seguimiento y control desde el 16 de agosto hasta el 10 de septiembre de la Vigencia 2021.
- Reuniones con el equipo auditado por medio de la herramienta Teams para validar información. Del 27 al 01 de octubre de 2021.
- Reunión de cierre realizada el día 12 de octubre de 2021.

En este punto es importante resaltar que, debido a las limitaciones de cualquier estructura de control interno, puede incurrirse en imprecisiones e irregularidades que no hayan sido detectados bajo la ejecución de los procedimientos de auditoría previamente planeados; conforme a ello, la Entidad y el Proceso son responsables de establecer y mantener un adecuado Sistema de Control Interno para prevenir irregularidades y materialización de riesgos.

#### **5. TEMAS VERIFICADOS**

##### **5.1 Planeación:**

Se identificó que para el Proceso de Direccionamiento Estratégico en el Plan de Acción Institucional (PAI) se definieron cinco indicadores, a los cuales se realizó la verificación en el seguimiento de dependencias del primer semestre de la vigencia 2021:

<b>Indicador</b>	<b>Valor Meta Anual</b>	<b>Valor Ejecutado (Primer Semestre)</b>	<b>Cumplimiento (Primer Semestre)</b>	<b>Comentarios</b>
------------------	-------------------------	--	---------------------------------------	--------------------

1. Nivel de cumplimiento del plan de implementación MIPG 2021	100.00	50.00	100%	Sin observaciones
2. Nivel de cumplimiento del Plan de Protección de Datos Personales 2021	100.00	36.00	100%	Sin observaciones
3. Porcentaje de riesgos de gestión y de corrupción definidos en los mapas de riesgo de los procesos sin materialización trimestral en la vigencia 2021	100.00%	95.60	100%	Sin observaciones
4. Nivel de cumplimiento del Plan de Gestión del Conocimiento y la Innovación 2021	100.00	55.00	100%	Sin observaciones
5. Nivel de avance en la implementación del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información 2021	100.00%	100.00	100%	Sin observaciones

Para el proceso de Direccionamiento Estratégico se identificó el siguiente indicador (PIP):

Indicador	Avance General			Comentarios
	Valor Meta Anual	Valor Ejecutado (Primer Semestre)	Cumplimiento (Primer Semestre)	
Ejercicios de seguimiento a la gestión Institucional 2021	7	4	100%	Sin observaciones

Para el primer semestre se observó el cumplimiento de las metas trimestrales al 100%, teniendo en cuenta que el indicador “Nivel de cumplimiento del Plan de

Protección de Datos Personales 2021” el cual tienen proyectada su ejecución para el segundo semestre de 2021 del 64% de acuerdo con el plan de trabajo de protección de datos personales y “Porcentaje de riesgos de gestión y de corrupción definidos en los mapas de riesgo de los procesos sin materialización trimestral en la vigencia 2021”

En la revisión de la información que soporta el avance en la ejecución de las metas realizado en la evaluación por dependencias del primer semestre se identificó lo siguiente en las evidencias:

**Indicador 1:** Carpeta 45: Correo "RE Lineamientos para la Gestión Documental", - se encuentra en formato de correo y no en formato PDF Excel: "Plan de implementación MIPG 2021", "20210218 Revisión alineación objetivos de proceso e indicadores de proceso", y "Requisitos mínimos a comunicar por norma técnica". PDF: "20210312 Nota en boletín interno e intranet", "CertificadoDiligenciamientoRDM11\_8267437323838090295", "20210311 Sensibilización SIG Gestión Legal", "20210219 Entrenamiento Sistema Integrado de Gestión - Reporte\_listado\_de\_asistencia\_virtual\_V1"- falta diligenciar en el formato hora, facilitador y tema. "Diligenciamiento Formulario Único de Reporte de Avance a la Gestión – FURAG- 2021"Presentaciones Power Point: "Definición alcance SIG", - falta en la primera diapositiva Nombre de la dependencia que elaboró la presentación y fecha de elaboración "Sensibilización Gestión legal", "20210224 Elección nombre e imagen SIG - V2", "Actualización Matriz de flujos de información" - falta en la primera diapositiva Nombre de la dependencia que elaboró la presentación y fecha de elaboración, "20210301 Diligenciamiento FURAG 2020".

**Indicador 2:** En el primer y segundo trimestre se evidencio que en la carpeta compartida no se observan evidencias del avance del indicador.

En la auditoría realizada el 27 de septiembre de 2021, se realizó seguimiento con el profesional responsable donde incluyo las evidencias del seguimiento en la carpeta compartida durante la auditoría.

**Indicador 3:** Se observaron las siguientes carpetas: I2. ANALÍTICA\_DATOS: Archivo en word: "Descripción actividad" Archivos en PDF: "20210302. Acta de reunión", "20210302. Listado de asistencia", "20210318. Acta de reunión", "20210318. Listado Asistencia\_Mesa\_Poli\_gobi\_info" y "20210329. Acta de reunión"-

**Indicador 5:** Carpeta 66: En el primer y segundo trimestre se evidencio que en la carpeta compartida no se observan evidencias del avance del indicador.

En la auditoría realizada el 27 de septiembre de 2021, se realizó seguimiento con el profesional responsable donde incluyo las evidencias del seguimiento en la carpeta compartida durante la auditoría.

De acuerdo a lo anteriormente descrito, se establece como un aspecto a fortalecer respecto a las evidencias.

## 5.2 Recursos

La Oficina Asesora de Planeación, presenta el siguiente esquema de recursos con corte al 30 de junio de 2021:

**Planta de Personal:** De acuerdo a información suministrada por Gestión de Talento Humano, el total de empleos que cuenta la Oficina Asesora de Planeación son los siguientes:

<b>EMPLEO GENERAL</b>	<b>Cantidad Empleo</b>	<b>Asignación básica</b>	<b>Total (asignación básica * Cantidad Empleo)</b>	<b>Situación Administrativa</b>
JEFE DE OFICINA ASESORA 1045 - 16	1	\$ 9.630.234	\$ 9.630.234	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2028 - 24	1	\$ 8.067.732		VACANTE DEFINITIVA*
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2028 - 24	1	\$ 8.067.732	\$ 8.067.732	CARRERA ADMINISTRATIVA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2028 - 19	1	\$ 5.738.031	\$ 5.738.031	CARRERA ADMINISTRATIVA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2028 - 17	3	\$ 4.953.304	\$ 14.859.912	CARRERA ADMINISTRATIVA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2028 - 17	1	\$ 4.953.304		VACANTE TEMPORAL
PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2044 - 11	1	\$ 3.211.673	\$ 3.211.673	CARRERA ADMINISTRATIVA
TECNICO ADMINISTRATIVO 3124 - 11	1	\$ 1.836.730	\$ 1.836.730	PROVISIONAL

**INFORME DE AUDITORÍA INTEGRAL PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO VIGENCIA 2021 (AUD – 2113 )**

<b>Total mes</b>	<b>\$ 43.344.312</b>	No se tiene en cuenta las vacantes
------------------	----------------------	------------------------------------

\*De acuerdo a reunión sostenida con la Jefe de la oficina Asesora de Planeación en el mes de septiembre ingreso una persona para realizar las actividades de la vacante.

**Contratistas:** De acuerdo a información suministrada por Gestión Contractual, el total de contratistas que cuenta la Oficina Asesora de Planeación con corte al 30 de junio son los siguientes:

<b>Actividad Contractual</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor Honorarios</b>	<b>Total Honorarios (Valor * Cantidad)</b>
ASESOR 1	1	\$ 13.110.000	\$ 13.110.000
PROFESIONAL 1	1	\$ 9.774.000	\$ 9.774.000
PROFESIONAL 2	5	\$ 9.071.000	\$ 45.355.000
PROFESIONAL 3	1	\$ 7.843.000	\$ 7.843.000
PROFESIONAL 7	1	\$ 4.448.000	\$ 4.448.000
PROFESIONAL 8	2	\$ 3.863.000	\$ 7.726.000
PROFESIONAL 10	1	\$ 2.412.000	\$ 2.412.000
<b>Total mes</b>			<b>\$ 90.668.000</b>

**Total Planta de personal y contratistas mes**  
**\$ 134.012.312**

En la auditoría se indagó si los recursos de personal asignado a la Oficina Asesora de Planeación eran suficientes, generando como respuesta que la entidad ARN ha asignado los recursos suficientes para desarrollar las funciones correspondientes a la Oficina.

**5.3 Presupuesto:**

Dentro de la auditoría realiza se observó que la Oficina Asesora de Planeación tiene asignado y activo en el presupuesto de la vigencia 2021 un rubro con código A-03-03-01-001 por valor de \$128.130.703 (Ciento veintiocho millones ciento treinta mil setecientos tres pesos), correspondiente al contrato No. 1113 con el proveedor Sertisoft S.A, con numero de compromiso 213121, cuyo objeto es: Adquisición de la licencia de actualización, soporte y mantenimiento de la plataforma TRACKING AND MANAGEMENT SYSTEM TMS en los módulos donde funciona el Sistema Integrado de Gestión – SIGER – OAP. Se observa que al 30 de junio de 2021 se tiene compromiso con registro presupuestal por el total de contrato y se ha ejecutado el 40% por valor de \$51.252.281 el cual se encuentra pago. Respecto al 60% pendiente por ejecutar en la auditoría, el auditado explicó que para el segundo

semestre de 2021 se tiene proyectado realizar la ejecución de acuerdo al desarrollo del contrato.

<b>Dependencia Responsable</b>	<b>Descripción de la Actividad (según clasificación del presupuesto)</b>	<b>Valor en la vigencia actual</b>	<b>Valor Ejecutado al 30 de junio de 2021</b>
Oficina Asesora de Planeación	Adquisición de la Licencia, soporte y mantenimiento del Software administrador del SIGER	\$128.130.703	\$51.252.281

#### 5.4 Riesgos Vigencia 2021

Se efectuó la revisión de los siguientes riesgos correspondientes Proceso de Direccionamiento Estratégico los cuales se encuentran dentro del mapa de riesgo de la Entidad y son transversales, es decir están a cargo de un proceso, pero la acción de seguimiento está a cargo de Direccionamiento Estratégico:

1. **Proceso:** Direccionamiento Estratégico **riesgo** “Fuga de capital intelectual en la ARN” - **Clasificación Riesgo:** Estratégico – **Acción:** “Socializar a los empleados públicos y contratistas de la ARN el Plan de Gestión del Conocimiento y la Innovación 2020-2022 de acuerdo a cronograma definido.”

Se evidencia en carpeta: \\acr.int\SAPYG2021\8-MR1\_DE\R\_2\AC\_1

Primer Trimestre: Se evidencia el archivo en word "Borrador memorando socialización Plan GC" en el seguimiento en el SIG no se evidencia la ruta de la carpeta.

Segundo Trimestre: Se evidencia el archivo en word "Descripción actividad" y archivo en PDF: "Descripcion\_Evidencias" donde se evidencia el cronograma de socialización, presentación y soporte de listas de asistencia.

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** Los registros realizados en el software fueron a tiempo, es decir cumplieron con las fechas programadas.
- **Calidad:** Las evidencias aportadas en la carpeta cumplen con los lineamientos establecidos. Para el primer trimestre en el seguimiento realizado en el SIG no se evidencia la ruta de la carpeta, de acuerdo a lo establecido en numeral 5.4.1 el Manual de seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional.

- **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación.

**2. Proceso:** Direccionamiento Estratégico: **riesgo** “Incumplimiento de la ley de transparencia y acceso a la información pública” - **Clasificación Riesgo:** Estratégico – **Acción:**” 1. El profesional designado por parte del proceso de Direccionamiento Estratégico debe realizar la revisión y actualización de la información publicada a través de la página web de la ARN y el espacio de transparencia, de acuerdo al Instructivo de Cumplimiento Ley 1712 de 2014 para la Transparencia y el Acceso a la Información Pública en la ARN (DE-I-04) y su Anexo No.1 Matriz de Cumplimiento, según le aplique, registrando el seguimiento en acta de revisión trimestral. Dicha acta debe reportar todas las acciones adelantadas para el tratamiento del riesgo y, en caso de materialización, debe determinar las acciones de mitigación y planes de mejora adelantados, remitiendo copia de la misma a la Oficina Asesora de Planeación para seguimiento y retroalimentación.”

Se evidencia en carpeta: \\acr.int\SAPYG2021\8-MR1\_DE\R\_4\AC\_1

Primer Trimestre: Se evidencia soporte "Acta OAP Transparencia 1T Final" donde realiza revisión de los contenidos del micrositio de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Segundo Trimestre: Se observa soporte "Acta OAP Transparencia 2T Final" donde realiza revisión de los contenidos del micrositio de Transparencia y Acceso a la Información Pública del primer y segundo trimestre

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** El registro en el Software para la administración de la planeación y la Gestión para el primer y segundo trimestre fue realizado a tiempo, es decir cumplió con la fecha programada.
- **Calidad:** Las evidencias aportadas en la carpeta cumplen con los lineamientos establecidos en el Manual de seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional.
- **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación.

**3. Proceso:** Direccionamiento Estratégico: **riesgo** “Incumplimiento de políticas de protección de datos personales” - **Clasificación Riesgo:** Estratégico – **Acción:** “17. El profesional designado por parte de la Oficina Asesora de Planeación junto con los profesionales designados por las dependencias y grupos territoriales en protección de datos personales, debe realizar las sensibilizaciones y transferencia de conocimiento, que se requieran en los equipos de trabajo de las diferentes dependencias. Como evidencia se registra el seguimiento vía correo electrónico con los jefes, coordinadores de GT y profesionales responsables. En caso de no

realizarse la divulgación deberán informar por escrito la justificación y la realización de las acciones para cumplir con la actividad, antes de terminar el mes de desarrollo de actividades.” **Acción “18.** El profesional designado por parte del proceso de Direccionamiento Estratégico debe realizar la revisión trimestral de las actas entregadas por parte de los diferentes procesos de la ARN para el cumplimiento de la normativa de protección de datos personales, y realizar un informe ejecutivo de los resultados, donde consigne las acciones adelantadas, alertas y observaciones encontradas a partir de la revisión de los procesos. En caso de evidencias de materialización por incumplimientos se debe verificar las acciones de mitigación y planes de mejora adelantados, conjuntamente con el Grupo de Control Interno de Gestión y la Mesa Técnica de Seguridad, para las determinar las medidas que se deben adoptar.” **Acción “2.** El profesional designado por parte del proceso de Direccionamiento Estratégico debe realizar la revisión trimestral de los inventarios de bases de datos a cargo (registradas y derivadas), el estado de autorizaciones de uso de datos personales capturadas y custodiadas, los procesos de transmisión de datos definidos y formalizados, las respuesta a PQRSD relacionadas con información personal, las sensibilizaciones realizadas en el tema, según le aplique, lo cual se consignará en acta de revisión consolidada por las dependencias y grupos territoriales involucrados en el proceso. Dicha acta debe reportar todas las acciones adelantadas para el tratamiento del riesgo y, en caso de materialización, debe determinar las acciones de mitigación y planes de mejora adelantados, remitiendo copia de la misma a la Oficina Asesora de Planeación para seguimiento y retroalimentación.

**Acción 17:** Se evidencia la carpeta compartida \\acr.int\SAPYG2021\8-MR\1\_DE\R\_3\AC\_17

Primer Trimestre: Durante la auditoría en la carpeta compartida se incluyeron las siguientes evidencias en la carpeta, lista de asistencia correspondiente a Plan de Trabajo - Acción de Tratamiento Protección de Datos Personales realizada el 15/04/2021 archivo PDF “Plan de Trabajo - Acción de Tratamiento PDP” y lista de asistencia correspondiente a Seguimiento a Riesgos - Protección de Datos Personales – Activos con fecha 25 de marzo de 2021 archivo PDF “Seguimiento a Riesgos - PDP – Activos”. Dentro de la carpeta no se evidencia el soporte correspondiente a lo indicado en el seguimiento “se envían instrucciones mediante correo electrónico del 29 de marzo de 2021.”

Segundo Trimestre: Se evidencian cinco archivos en PDF y correo con boletín.

**Acción 18:** Se evidencia la carpeta compartida \\acr.int\SAPYG2021\8-MR\1\_DE\R\_3\AC\_18

Se observa en los soportes suministrados el cumplimiento de la acción registrada en el primer trimestre – Para el segundo trimestre se evidencia que durante la auditoría fue incluido el archivo en Word “2021 INFOR EJEC – PDP 2T” con el seguimiento al tratamiento del riesgo.

**Acción 2:** Se realizó la verificación de la información registrada en la carpeta \\acr.int\SAPYG2021\8-MR\1\_DE\3\AC\_2 Se observa en los soportes suministrados el cumplimiento de la acción registrada en el primer trimestre archivo Excel “2021 Plan Trabajo PDP OAP” y segundo trimestre soporte carpetas “Reporte Sigob”, “Riesgo Contagio Covid 19”, archivo PDF “Acta Acción de Tratamiento Protección de Datos Personales”, archivo excel “Reporte protecc dat pers T2” y correo “Presentación nota y enlace para responder encuesta de protección de datos”

Resultado de la verificación:

**Oportunidad:** El registro en el SIG (Software para la administración de la planeación y la gestión) para el primer y segundo trimestre fue realizado a tiempo, es decir cumplió con la fecha programada.

**Calidad:** Las evidencias aportadas en la carpeta cumplen de fondo con los lineamientos establecidos en el Manual de seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional.

**Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación.

**4. Proceso:** Direccionamiento Estratégico: **riesgo** “Ineficacia e ineficiencia en la gestión institucional” - **Clasificación Riesgo:** Estratégico – **Acción:** 1. Implementar acciones tendientes a fortalecer el seguimiento al cumplimiento de la planeación y gestión institucional y enviar solicitud de planes de mejoramiento a las dependencias que los requieran. – **Acción:** 2. Liderar la actualización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG a partir del plan de trabajo definido para tales efectos en la vigencia.

**Acción 1:** Se realizó la verificación de la información registrada en la carpeta \\acr.int\SAPYG2021\8-MR\1\_DE\1\AC\_1, se observan las actas (sin firma), donde se evidencia el seguimiento realizado a la planeación institucional, riesgos y presupuesto.

**Acción 2:** Se realizó la verificación de la información registrada en la carpeta \\acr.int\SAPYG2021\8-MR\1\_DE\1\AC\_2 Se observa en los soportes suministrados el cumplimiento de la acción registrada en el primer y segundo trimestre.

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** Los registros realizados en el software administrador del SIG (Software para la administración de la planeación y la gestión) fueron a tiempo, es decir cumplieron con las fechas programadas.
- **Calidad:** Las evidencias aportadas en la carpeta cumplen con los lineamientos establecidos en el Manual de seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional.

- **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación.

**5. Proceso:** Atención al Ciudadano: **riesgo** “Incumplimiento en los tiempos de respuesta de las PQRSD de acuerdo con la normatividad vigente” **Clasificación Riesgo:** Cumplimiento - **Acción:** Identificar el porcentaje de incumplimiento (Numerador: cantidad de Pqrsd vencidas en el periodo a reportar / Denominador: cantidad de Pqrsd tramitadas y finalizadas en el periodo a reportar) \*100 Especifique razones del incumplimiento en caso de que aplique. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

Se observa en la carpeta compartida \\acr.int\SAPYG2021\8-MR\15\_AC\R\_1\AC\_5 Se observa en los soportes suministrados el cumplimiento de la acción mensual registrada para el primer semestre de la vigencia 2021. En el archivo de seguimiento no se evidencia título (nombre del archivo y logo)

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** Los registros realizados en el software administrador del SIG (Software para la administración de la planeación y la gestión) fueron a tiempo, es decir cumplieron con las fechas programadas.
- **Calidad:** Las evidencias aportadas en la carpeta compartida cumple con los lineamientos establecidos en el Manual de seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional.
- **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación.

**6. Proceso:** Gestión de Tecnologías de la información- **riesgo:** Pérdida de la información. **Clasificación Riesgo:** Seguridad de la información – **Acción 1:** El profesional designado por parte del proceso de Direccionamiento Estratégico debe realizar la revisión y actualización de los activos de información de su dependencia, teniendo en cuenta los criterios de actualización establecidos en el DE-I-03 Instructivo para la Actualización de la matriz de activos de información. **Acción 2:** Realizar seguimiento al cumplimiento de los requisitos establecidos en el DE-I-03 Instructivo para la Actualización de la matriz de activos de información.

**Acción 1:** Se observa en la carpeta compartida, se observa en los soportes suministrados el cumplimiento de la acción registrada en el primer y segundo trimestre.

Resultado de la verificación:

**Oportunidad:** El registro en el SIG (Software para la administración de la planeación y la gestión) para el primer trimestre y segundo fue realizado a del tiempo, es decir cumplió con la fecha programada.

**Calidad:** Las evidencias aportadas en la carpeta cumplen con los lineamientos establecidos en el Manual de seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional.

**Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación.

**Acción 2:** Se observa en la carpeta compartida \\acr.int\SAPYG2021\8-MR\14\_TI\R\_3\AC\_3

Se observa en los soportes suministrados el cumplimiento de la acción registrada en el primer trimestre.

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** El registro en el SIG (Software para la administración de la planeación y la gestión) para el primer trimestre fue realizado a tiempo.
- **Calidad:** Las evidencias aportadas en la carpeta cumplen con los lineamientos establecidos en el Manual de seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional.
- **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación.

**7. Proceso:** Gestión de Tecnologías de la información- **riesgo:** Uso indebido de la información. **Clasificación Riesgo:** Seguridad de la información – **Acción 1:** El profesional designado por parte del proceso de Direccionamiento Estratégico debe realizar la revisión y actualización del índice de información clasificada y reservada y de la matriz de flujos de información, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos. **Acción 2:** Realizar de forma mensual por parte del líder del servicio las actividades de verificación (depuración) de usuarios en el Software para la Administración de la Planeación y la Gestión, con el fin de realizar el control de acceso a la información. Evidencia: Informe de seguimiento.

**Acción 1 y 2:** Se observa en la carpeta compartida \\acr.int\SAPYG2021\8-MR\14\_TI\R\_4\AC\_8 y carpeta \\acr.int\SAPYG2021\8-MR\14\_TI\R\_4\AC\_3 respectivamente, en los soportes suministrados el cumplimiento de la acción registrada en el primer y segundo trimestre.

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** El registro en el SIG (Software para la administración de la planeación y la gestión) Para el primer semestre fue realizado a tiempo, es decir cumplió con la fecha programada.

- **Calidad:** Las evidencias aportadas en la carpeta cumplen con los lineamientos establecidos en el Manual de seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional.
- **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación.

**9. Proceso:** Gestión del Talento Humano- **riesgo:** Gestión del Talento Humano  
**Clasificación Riesgo:** Cumplimiento – **Acción:** 5. El líder del proceso de Direccionamiento Estratégico promueve la apropiación de acuerdo a las notas informativas que se generen desde Talento Humano de manera trimestral.  
**Evidencias:** Listas de asistencia, actas de reunión, registros fotográficos o correos electrónicos, que den cuenta de la sensibilización de las notas informativas

Se observa en la carpeta compartida \\acr.int\SAPYG2021\8-MR\10\_THR\_6\AC\_5, donde se observan: Abril: boletines, circulares, conversatorios, correos recordatorios para el diligenciamiento de Alissta. Mayo: "738 Prorroga de emergencia sanitaria por el nuevo coronavirus COVID-19 declara mediante resolución 385 de 2020" y "Alissta Mayo". Junio: correos recordatorios para el diligenciamiento de Alissta.

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** Los registros realizados en el software administrador del SIG (Software para la administración de la planeación y la gestión) fueron a tiempo, es decir cumplieron con las fechas programadas.
- **Calidad:** Las evidencias aportadas en la carpeta compartida cumple con los lineamientos establecidos en el Manual de seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional.
- **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación.

### 5.5 Planes de Mejora

Una vez verificada la información del Módulo de Mejoramiento del SIG (Software para la administración de la planeación y la gestión), se observó que el Proceso de Direccionamiento Estratégico, a corte 30 de junio de la Vigencia 2021, cuenta con planes de mejoramiento en estado Abierto como: PM-19-00023 (abierta 14 acciones); PM-20-00013 (abierta 1 acción); PM-20-00014 (abierta 1 acción) y PM-21-00001 (abierta 13 acciones).

Sin embargo, se verificaron los planes de mejora y acciones cerradas, pendientes de evaluación de eficacia y, en este sentido, se realizó la siguiente verificación:

**Plan de mejora PM-18-00047**

Hallazgo 1: El Proceso de Direccionamiento Estratégico presenta deficiencia en la eficacia del Plan de Mejora PM-16 00073, toda vez que la acción: “Realizar seguimiento permanente al cumplimiento de los tiempos establecidos entre la elaboración del acta, la revisión, aprobación, firma y archivo en la carpeta de gestión de la Dirección General.” puesto que, durante la auditoria se evidenció que, en la carpeta de Actas del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo, el Acta N° 26 de mayo 26 de 2017 se encuentra pendiente de dos (2) firmas de los asistentes; y, por otra parte, en la carpeta de la Vigencia 2018 solo se encuentran debidamente firmadas las actas hasta el mes de junio encontrándose pendiente las últimas actas. Lo anterior, incumple con la Actividades N° 3. “Organizar los Registros”, y N° 4. “Almacenar los registros” del Procedimiento de Control de Registros vigente en la Agencia.

ACCIÓN	Verificación eficacia o ineficacia
<p>Establecer que los miembros que deben firmar las actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, sean únicamente el presidente y quien ejerza la Secretaria Técnica del comité con fundamento en el artículo 33 del Decreto 019 de 2012. Así mismo, todas las actas deben tener como soporte el listado de asistencia firmado por los asistentes del Comité.</p>	<p>Se observa acta No. 10 de 2020 y acta No. 01 de 2021 correspondiente al Comité de Gestión y Desempeño las cuales se encuentran firmadas por el Presidente del Comité y la Secretaria Técnica. Se evidencia listados de asistencia en PDF correspondiente al comité.</p>
<p>Recolectar las firmas pendientes de los miembros del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y archivar las actas de manera inmediata en el archivo de gestión de la Oficina Asesora de Planeación y en el carpeta compartida de la oficina de planeación de manera digital.</p>	<p>Se evidencia mediante reunión virtual realizada el 29 de septiembre de 2021, se observa que en la carpeta compartida el acta No. 01 de 2021 junto con el listado de asistencia, agenda presentaciones y carpeta con los anexos del acta. Resultado: <b>Eficaz</b></p>

**Plan de mejora PM-19-00023**

Hallazgo 1: Se presentan algunos incumplimientos de acuerdo al Autodiagnóstico de MIPG realizado en el último trimestre del 2018 en donde el puntaje de las

actividades es inferior al 100% y a los resultados de la medición del Formulario único Reportes de Avances de la Gestión (FURAG) de la ARN a 31-12-2018, realizado en el primer trimestre de 2019. Plan 1

ACCIÓN	Verificación eficacia o ineficacia
AC90: Definir y aprobar el plan de arquitectura organizacional	Se observa que la definición de la arquitectura: Mapa de procesos el cual se encuentra publicado en el SIG. Contexto estratégico: Se evidencia en la página de la agencia el documento Marco y Plan estratégico 2019 – 2022 en su versión 4 el cual fue actualizado el 21-04-2021 donde se observa en el numeral 3 el contexto estratégico. Resultado: <b>Eficaz</b>
AC90: Documentar los ejercicios de arquitectura empresarial de la Entidad (MIPG - Sistema integrado de Gestión) y organizar los soportes en las carpetas compartidas correspondientes.	Se evidencia carpeta compartida “Gestión Institucional/MIPG/2020” con las carpetas correspondientes al ejercicio de actualización del contexto estratégico, correos, documentos, insumos junto con la matriz final del contexto, actualización de documentos por cada una de las áreas. En la página WEB de la agencia se evidencia el documento Marco y Plan estratégico 2019 – 2022 en su versión 4. Resultado: <b>Eficaz</b>
AC65: Fortalecer la estrategia de Gestión de conocimiento, incluyendo la forma de participación en espacios/eventos de innovación externos de forma que la Entidad pueda gestionar el riesgo inmerso en la generación de nuevos productos y servicios y pueda experimentar de manera controlada.	Se evidencia Manual Plan de Gestión del Conocimiento y la Innovación 2020-2022 el cual tiene fecha de actualización 30 de junio de 2021, en el numeral 5.4 Identificación de riesgos y controles asociados al plan, se observan cuatro (4) riesgos con sus controles. Se evidencia archivo en PDF “Listado de postulados 2021” donde se evidencian la participación de la ARN con 3 propuestas, para el premio Nacional de Alta Gerencia del DAFP. Resultado: <b>Eficaz</b>
AC69: Fortalecer la Estrategia de Gestión del Conocimiento con actividades de Sistematización de proyectos de innovación, buenas prácticas, lecciones aprendidas, en el que se incluya:	La creación de redes de conocimiento y la articulación con otros actores que generan conocimiento, es una actividad que está incluida en el Plan Gestión del Conocimiento y la Innovación. Se evidencia que en el marco del grupo de investigación de la entidad hay siete (7)

<p>Integrar o fortalecer la estrategia de Gestión del conocimiento con una línea de Gestión de cooperación técnica con otras instituciones.</p> <p>Formular, ejecutar, monitorear y difundir proyectos de innovación para solucionar las necesidades de la entidad.</p> <p>Evaluar los resultados de los proyectos de innovación de la entidad.</p>	<p>proyectos, de los cuales cinco (5) están en articulación con otros actores o grupos de investigación nacionales o internacionales. Se evidencia Matriz de Gestión de Conocimiento donde se encuentran relacionados los actores principales, otros actores, nombre o tema de la investigación, tipo de red, apoyo, descripción de reuniones, compromisos, fecha máxima de compromisos y se tiene documentos, y la fecha en la cual se realizan los seguimientos. Cuando se termina un proyecto de investigación se realiza una jornada de socialización con los Grupos Territoriales, luego el proceso de aseguramiento de la información.</p> <p><b>Resultado: Eficaz</b></p>
<p>AC60: Actualizar el Manual de seguimiento a la planeación y gestión institucional y el Manual para la gestión de proyectos, con los lineamientos y herramientas definidos relacionado con gestión de proyectos, en el sentido de fortalecer la política de seguimiento en la entidad, con prácticas de autoevaluación por parte de líderes, a planes, programas y proyectos.</p> <p>Incluir herramientas que permitan utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para identificar la relación entre la ejecución presupuestal y la obtención de resultados.</p>	<p>Se evidencia que el Manual de seguimiento a la planeación y gestión institucional DE-M-03 Versión 9, el cual fue actualizado 16 de junio 2021.</p> <p><b>Resultado: Eficaz</b></p>
<p>AC87: Actualizar base de datos del SIR en el Registro Nacional de bases de datos de la SIC, pues ya ingresaron al SIR los datos del Registro Nacional de Reincorporación.</p>	<p>Se evidencia que la actualización fue realizada en el Registro Nacional de bases de datos de la SIC. <b>Resultado: Eficaz</b></p>
<p>AC18: Actualizar el registro de activos de información</p>	<p>La actualización es un proceso que se realiza todos los años, para el año 2021 se</p>

	incorporó a todas las dependencias para la actualización. Resultado: <b>Eficaz</b>
AC45: Actualizar y documentar la Política de protección de datos personales con temas como la supresión de datos personales, una vez cumplida la finalidad del tratamiento de los mismos.	Se evidencia la actualización en el SIG del Manual de Datos Personales versión 2 con fecha 29 de junio de 2021. Resultado: <b>Eficaz</b>
AC88: Definir y documentar mecanismos gestión de información en los que se tenga en cuenta matrices de activos de información y flujos de información, caracterización de usuarios.	Actualmente se está desarrollando la matriz de activos de información y se están actualizando la matriz de flujos de información con todas las áreas. Se han realizado unas mesas de trabajo para generar los lineamientos de etiquetado, se vienen creando instrumentos para los mecanismos de gestión de la información. Resultado: <b>Eficaz</b>
AC88: Diseñar e implementar encuesta de satisfacción, sobre transparencia a través de la página web de la Entidad.	La encuesta se realizó en ese año de acuerdo a lo que indicaba el formulario. <b>Eficaz</b>
AC82: Documentar, actualizar y socializar la metodología de cumplimiento de ley de transparencia con responsables, incluyendo los siguientes temas: Validación y actualización de la información publicada en la página web de la entidad micrositio de Ley de transparencia: activos de información, información clasificada, esquema de publicación de información, información de los grupos étnicos en territorio, calendario, solicitudes y respuestas a solicitudes de información, enlace Secop disponible y funcionando	Se evidencia que se tiene Instructivo de cumplimiento Ley 1712 de 2014 para la transparencia y acceso a la información pública versión 1 del 24/12/2019, de acuerdo al seguimiento realizado este instructivo se está actualizando de acuerdo a la Resolución 1519 de 2020 la cual tiene como objeto expedir los lineamientos que deben atender los obligados en la Ley 1712 de 2014, estableciendo criterios para la estandarización de contenidos e información, accesibilidad web, seguridad digital, datos abiertos y formulario electrónico para Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD). Resultado: <b>Eficaz</b>
AC38: Incluir periódicamente en el PIC actividades de capacitación sobre la ley de transparencia 1712 de 2014.	Se evidencia en el Cronograma del PIC de la vigencia 2021 la capacitación “Ley de transparencia y acceso a la información”. Resultado: <b>Eficaz</b>

Formalizar el líder de la política de Gestión del Conocimiento ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Se evidencia Manual Plan de Gestión del Conocimiento y la Innovación 2020-2020 el cual tiene fecha de actualización 30 de junio de 2021. Resultado: <b>Eficaz</b>
Actualizar la matriz de flujos de información	Se evidencia en el SIG Matriz de flujos de información versión 1 del 12/11/2019 y de acuerdo a lo indicado por la persona encargada actualmente se está actualizando con todas las áreas, se espera tener la matriz publicada en octubre y la web en noviembre de 2021. Resultado: <b>Eficaz</b>
Definir lineamientos para la Gestión de proyectos.	Se evidencia en el SIG que el documento Guía para la Formulación y Gestión de Proyectos en la ARN en su versión 3 el cual fue actualizado el 10 de agosto de 2021. Resultado: <b>Eficaz</b>
Establecer la estrategia de gestión de trámites documentada que incluya: 1. difusión de los beneficios que obtiene los usuarios con las mejoras realizadas al(los) trámites(s), 2. realización de campañas de difusión para la apropiación de mejoras de los trámites.	Se evidencia en el SIG que el documento Guía de Gestión de Trámites ARN versión 1 con fecha 26/06/2021. Se observa que dentro del documento se tiene el capítulo 6.4 Socialización y Difusión de la Gestión de Trámites. Se realizó la verificación del proceso mediante reunión, donde se observó en año 2020 para el trámite “Beneficio de Gestión en Salud”. Que consistió en el plan de trabajo, implementación en la entidad, actualización en el SUIT, socialización del procedimiento IR-P-05 en boletín No. 060-20, beneficios para el usuario y mecanismos de medición mediante encuesta de percepción en la cual se incluyó en el instrumento satisfacción del cliente externo en la pregunta No. 7 el beneficio de gestión en salud. Resultado: <b>Eficaz</b>
Analizar los trámites actuales y definir el Plan de actualización de trámites: Trámites que se deben eliminar, nuevos trámites, ajustes a las fichas de trámites etc.	
Incluir la gestión de trámites en la Encuesta de Satisfacción del cliente de página web.	
Identificar las causas por las cuales se actualiza un documento, incluyendo como fuente las PQRDS	Se evidencia Manual para la Producción de Documentos versión 4 con fecha de 21/05/2021 donde se observa que se tiene el lineamiento para la actualización de documentos ya existentes, donde incluye que cuando un ciudadano o grupo de ciudadanos que pertenece a los grupos de

**INFORME DE AUDITORÍA INTEGRAL PROCESO DE  
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO  
VIGENCIA 2021 (AUD – 2113 )**

	<p>valor/interés, interpone una PQRSD, a la entidad cuyo resultado o respuesta requiere la modificación de los métodos y/o políticas de operación. De acuerdo a lo indicado en reunión la persona responsable de la acción no conoce algún caso que se haya presentado que requiera una modificación por PQRSD. Resultado: <b>Eficaz</b></p>
<p>Realizar actividades de sensibilización a funcionarios y contratistas para fortalecer la importancia del ejercicio de la función pública. Estas actividades deben estar articuladas entre la Oficina Asesora de Comunicaciones, el grupo de talento humano y la Oficina Asesora de Planeación.</p>	<p>Se evidencia en el Cronograma del PIC de la vigencia 2021 la capacitación “Ley de transparencia y acceso a la información”, empleo público, formación de directivos y contratistas, delitos contra la administración pública, entre otros. Resultado: <b>Eficaz</b></p>
<p>Actualizar el manual de gestión de riesgos, incluyendo: manejo de la desviación del control, los roles y responsabilidades, Determinación del plan de contingencia del mapa de riesgos (las acciones a definir e implementar cuando un riesgo se materializa).</p>	<p>Se evidencia actualización del Manual de Riesgos versión 8 del 08/09/2021 Resultado: <b>Eficaz</b></p>
<p>-Documentar la estrategia de Rendición de cuentas institucional, que debe contener: lineamientos por medio electrónico, ampliación de las acciones de diálogo por diferentes medios, socialización al interior de la Entidad de los resultados del diagnóstico de Rendición de cuentas.</p> <p>-Establecer un documento metodológico y estratégico de Rendición de cuentas que contenga, los espacios de diálogo presenciales y virtuales para la Rendición, Formular el reto, los objetivos, metas e indicadores de la ERC; los roles y responsabilidades de las áreas en</p>	<p>Como tal Estrategia de rendición de cuenta: Hay participación ciudadana, para que no se perdiera toda la estratégica está el manual y sufrió una modificación de acuerdo a una actualización del DAFP. Y cada año se está trabajando de cómo realizarlo mejor. El manual tiene los roles y responsabilidad, explica que esta rendición de cuentas, las fases en que se desarrolla y de acuerdo a esto se va trabajando en cada vigencia. Se evidencia en el SIG el Manual de Rendición de cuentas DE-M-07 se actualizó de formatos complementarios los cuales ingresaron a documentos controlados. Resultado: <b>Eficaz</b></p>

materia de rendición de cuentas. Preparación de la información sobre la garantía de derechos humanos y compromisos frente a la construcción de paz, materializada en los programas, proyectos y servicios con sus respectivos indicadores y verificando la accesibilidad, asequibilidad, adaptabilidad y calidad de los bienes y servicios.

-Incluir en la programación de las acciones territoriales, la capacitación con líderes de organizaciones sociales y grupos de interés para formular y ejecutar mecanismos de convocatoria a los espacios de diálogo.

-Diseñar un formato para evaluación de cada ejercicio de rendición de cuentas y su sistematización para la evaluación general de la estrategia.

-Fortalecer el aprovechamiento de las observaciones y recomendaciones ciudadanas, para la implementación de planes de mejora.

Documentar la estrategia del Plan anticorrupción , articulando con la estrategia de escenarios de diálogo, e incluir el uso de otros mecanismos de difusión de los lineamientos del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano a sus grupos de valor y la ciudadanía, (diferentes a Sitio web e intranet), como son: Televisores y pantallas, carteleras, Megáfono, otros.

Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano, se hizo un borrador y se elaboró la guía y que se elaboró se está siguiendo lo que dice la guía para poder realizar el plan anticorrupción de 2022 (Salió en febrero de 2021), ya que en la Guía no se ha incluido debido a que es nuevo y en el DAFP hasta ahora están dando línea para las "Iniciativas adicionales" tiene que ver con Talento Humano y tiene que ver con el manual de integridad y conflicto de interés. Ya se tiene un borrador, pero está pendiente para enviarlo a las áreas para validarlo y

de acuerdo a esto se actualizaría la GUIA.  
Resultado: **Eficaz**

**Plan de mejora PM-20-00013**

Hallazgo 2. El Proceso de Direccionamiento Estratégico presenta debilidad en el control de registros frente a los compromisos establecidos en las Actas del Comité de Gestión y Desempeño tal como se evidenció en: a) Acta N° 8 correspondiente al 31 de julio de 2018; b) Acta N° 9 de septiembre 27 de 2018; c) Acta N° 10 de diciembre 10 de 2018; d) Acta N° 1 de Enero 29 de 2019; e) Acta N° 2 de febrero 11 de 2019; f) Acta N° 3 de febrero 25 de 2019; g) Acta N° 4 de fecha 29 de marzo de 2019; h) Acta N° 5 de fecha 6 de mayo de 2019; i) Acta N° 6 de fecha 11 de junio de 2019; j) Acta N° 7 de 2019 de fecha 23 de julio de 2019; y, k) el Acta N° 8 de 2019 de fecha 23 de septiembre de 2019.

ACCIÓN	Verificación eficacia o ineficacia
Aprobar y socializar el protocolo para soportar el seguimiento de proyectos	Se evidencia en el SIG que el documento Guía para la Formulación y Gestión de Proyectos en la ARN en su versión 3 el cual fue actualizado el 10 de agosto de 2021, se encuentra la instrucción para la homologación de evidencias y herramientas para la gestión de proyectos. Resultado: <b>Eficaz</b>
Definir protocolo de homologación de evidencias y herramientas de gestión para soportar el seguimiento a proyectos de inversión	
Implementar el protocolo para soportar el seguimiento de proyectos.	
Dejar registro del seguimiento a los compromisos del comités institucionales de gestión y desempeño, dejando la traza completa de cumplimiento.	Se observa el acta No 01-2021 donde se evidencia el seguimiento a los compromisos adquiridos en las sesiones anteriores. Resultado: <b>Eficaz</b>
Emitir, aprobar y socializar los lineamientos para la actualización de los documentos y/o métodos de operación de la Entidad, en el marco de la actualización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y la implementación del Sistema Integrado de Gestión	Se observa en las actas del Comité de Gestión y Desempeño No. 3/2021 el seguimiento a la actualización de todos los documentos. Al igual se observan boletines donde se socializa los métodos de operación actualizados Resultado: <b>Eficaz</b>

Hallazgo 3: La Agencia está utilizando bases de datos no autorizadas, toda vez que se evidencia que se está publicando información a través de una base de datos llamada "MAILCHIMP" por parte de la Oficina Asesora de Comunicaciones; lo anterior incumple con lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 que, en el

literal d) del artículo 17. (Deberes de los Responsables del Tratamiento) dice: “[...] Conservar la información bajo las condiciones de seguridad necesarias para impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento; [...]”.

ACCIÓN	Verificación eficacia o ineficacia
Definir medios de custodia y responsables directos de bases de datos, copias de las bases y soportes de autorización de titulares en cumplimiento de la normatividad vigente.	Se definió un correo electrónico, carpeta compartida y se observa que se están actualizando las políticas. <b>Eficaz</b>
Definir proceso de autorización de tratamiento de datos para titulares	Se tiene definido el procedimiento para la autorización de tratamiento datos personales, actualizado el 24/06/2020, manual de protección de datos personales. <b>Eficaz</b>
Realizar capacitación sobre autorización de titulares y manejo de bases de datos a líderes de proceso y delegados de protección de datos personales	De acuerdo a lo indicado por el proceso en el año 2020 se realizó capacitación a los empleados públicos y contratistas acerca de principios, buenas prácticas y responsabilidades. Para el año 2021 se evidencia que se están realizando por parte de Talento Humano cotizaciones para las capacitaciones. <b>Eficaz</b>

**Plan de mejora PM-20-00014**

Hallazgo 3: Hallazgo Transversal Auditoria Oficina Tecnologías de la Información AU-1926.

La Agencia no cumple con los requisitos de la Norma ISO 27001: 2013 – SGSI abajo descritos, tal y como se evidenció en la revisión de la implementación de dicha norma en la evaluación que se realizó al Proceso de Gestión de Tecnología de la Información (resultado presentado en el informe de auditoría). Los numerales de la norma que se incumplen son los siguientes, a saber: 7.2 COMPETENCIA, 9.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN y 10.1 NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS de la norma NTC ISO 27001:2013.

ACCIÓN	Verificación eficacia o ineficacia
--------	------------------------------------

<p>AC2: Presentar en sesión del Comité Institucional de Gestión y Desempeño la terna de posibles servidores de la ARN aspirantes a Oficial de Seguridad que cumplen las competencias, esto con el fin que en marco del Comité se defina el aspirante a presentarle al Director General para su designación oficial. Producto: Acta de comité</p>	<p>De acuerdo a la verificación se evidencia que no se presenta la asignación del oficial de seguridad con las competencias necesarias, adicional en el acta No 08/2020 realizada el 19 de noviembre de 2020 no se evidencia la presentación de la terna. Resultado: <b>Ineficaz*</b></p>
--	---

**\*NOTA:** Esta no conformidad se verá reflejada en el informe de auditoría realizado al proceso de tecnología de la información.

### 5.6 Atención PQRSD

De acuerdo con la base de datos suministrada por el Grupo de Atención Ciudadano, durante el primer semestre del 2021 el proceso de Direccionamiento Estratégico recibió y atendió 53 PQRSD registradas en el Sistema de Correspondencia de la Entidad - SIGOB. En la verificación de la base de datos se resalta que el promedio de días en la atención de las PQRSD recibidas en el Sistema de Correspondencia de la Entidad - SIGOB es de un promedio entre 5 a 10 días hábiles.

Con el fin de determinar el cumplimiento de los criterios para la atención de PQRSD y demás lineamientos establecidos en el Manual del Sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias - PQRS-D, con código AC-M-01, versión 6 del 27/12/2019, se estableció una muestra total de PQRSD recibidas, como se detalla a continuación:

SISTEMA	No. RADICADOS	MUESTRA
SIGOB	53	9

En la revisión efectuada a la muestra se realizó la verificación de los siguientes criterios a tener en cuenta al momento de dar respuesta a una PQRSD:

- ¿La respuesta se dio en términos de Ley?
- ¿La respuesta fue clara y en un lenguaje sencillo?
- ¿La contestación a la PQRS-D tuvo argumento?
- ¿La respuesta brindada por la entidad estuvo acorde con lo expresado por el peticionario en la PQRSD?
- Certificación de envío (CERTIMAIL)
- La repuesta fue realizada en los tiempos establecidos.

En la verificación mediante reunión el día 30/09/2021 por la herramienta teams con el auditado Técnico Administrativo de la Oficina Asesora de Planeación, se evidenció lo siguiente:

CÓDIGO DE RADICACIÓN	La respuesta se dio en términos de Ley?	La respuesta fue clara y en un lenguaje sencillo?	La contestación a la PQRS-D tuvo argumento?	¿La respuesta brindada por la entidad estuvo acorde con lo expresado por el peticionario en la PQRS-D?	Certificación de envío (CERTIMAIL)	CONCLUSIONES
EXT21-000602	SI	SI	SI	SI	SI	
EXT21-001048	SI	SI	SI	SI	SI	La respuesta da instrucciones de pasos a seguir
EXT21-002588	SI	SI	SI	SI	SI	La respuesta da pasos a seguir
EXT21-005479	SI	SI	SI	SI	SI	
EXT21-007011	SI	SI	SI	SI	SI	
EXT21-007948	SI	SI	SI	SI	SI	
EXT21-008706	SI	SI	SI	SI	SI	
EXT21-001755	No	SI	SI	SI	SI	
EXT21-006281	No	SI	SI	SI	SI	

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, de acuerdo al resultado de la muestra se está cumpliendo con lo establecido en el Manual del Sistema de PQRS-D código AC-M-01, del 27/12/2019, versión 6 establece en el numeral 5.2 TÉRMINOS DE RESPUESTA DE LAS PQRS-D y a lo establecido en la Ley 1755 de 2015, en lo que respecta al Artículo 14.

En la revisión de la integridad de las PQRS-D, donde se tomó la cantidad de PQRS-D atendidas en control que tiene la Oficina Asesora de Planeación versus la cantidad de PQRS-D de la base de datos suministrada por el Grupo de Atención Ciudadano, identificando una diferencia de 9 PQRS-D en la base de datos de Atención al Ciudadano, de acuerdo a lo anterior dentro del informe se deja una no conformidad transversal.

**5.7 Verificar la ejecución de traslados documentales al nivel central y el estado del archivo de gestión.**

Con base en el procedimiento de traslado documental físico (GD-P-01 - V4 del 28/05/2021), se realizó la verificación de los traslados realizados durante la vigencia 2021 al proceso de Direccionamiento Estratégico con el siguiente resultado:

De acuerdo a lo informado por el auditado no se han realizado traslados documentales, en el mes de septiembre de 2021 se está realizando el alistamiento de la información para realizar el traslado documental.

Respecto a las transferencias documentales, el último fue realizado en el 2016 debido a que Gestión Documental se encuentra actualizando la TRD y cuando terminen enviarán las instrucciones para realizar la transferencia de los años 2017 a la fecha.

Se realizó auditoría por medio de la herramienta Microsoft Teams el día 29 de septiembre de 2021 donde se solicitó un video y fotos de una carpeta del archivo con el siguiente resultado:

Se realizó la verificación de la carpeta Actas de la subserie: Actas de Comité Institucional de Desarrollo Administrativo, título carpeta: Actas Comité Institucional de Gestión y Desempeño 2019, en la cual se identificó que se encontraba marcada, foliada, rotulada y con la hoja de control, fecha extrema (a lápiz) y se revisó que estuviera registrada en el FUID.

Se realizó la verificación de 1 carpeta digital:

Actas Comité Institucional de Gestión y Desempeño 2021, las cuales se encontraban almacenadas de acuerdo al memorando MEM21-008176 Lineamientos para la Gestión Documental Electrónica emitido con fecha 07 de julio de 2021.

Se indago acerca del conocimiento del procedimiento de traslado documental físico, generando como resultado que el auditado tiene conocimiento sobre este proceso.

Dado que la auditoría se realizó a través de la herramienta Microsoft Teams, se informa que no se tuvo acceso de forma física al archivo de gestión y a los expedientes documentales físicos limitando la verificación y evaluación del cumplimiento de los lineamientos en materia de gestión documental.

## **5.8 Documentos Direccionamiento Estratégico**

El Proceso de Direccionamiento Estratégico, se encuentra en actualización y/o creación de sus métodos de operación. A la fecha de la Auditoría 28/09/2021 cuenta con los siguientes documentos registrados en el aplicativo SIG, así:

**INFORME DE AUDITORÍA INTEGRAL PROCESO DE  
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO  
VIGENCIA 2021 (AUD – 2113 )**

<b>Tipo de Documento</b>	<b>Cantidad</b>
Caracterización	1
Documentos de apoyo	21
Formato	35
Guía	12
Instructivo	6
Manual	8
Normograma	1
Procedimiento	10
<b>Total general</b>	<b>94</b>

Del total de documentos se identificó en el sistema SIG que se encuentran pendientes por actualizar los siguientes:

<b>Tipo Documento</b>	<b>Nombre Documento</b>	<b>Vigencia</b>
Documentos de apoyo	DAFP - GUÍA PARA LA GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN	2017-03-11
Documentos de apoyo	DAPRE - FORMATO F-DE-48 REGISTRO PARA LA FORMULACIÓN MGA WEB	2019-01-09
Documentos de apoyo	DNP - MANUAL MODULO PROGRAMACIÓN PROYECTO DE PRESUPUESTO AJUSTES REGIONALIZACIÓN Y MODIFICACIONES DE LEY Y DECRETO	2019-06-14
Documentos de apoyo	POLÍTICA Y OBJETIVOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PARA LA REINTEGRACIÓN	2014-10-10
Formato	MATRIZ DE FLUJOS DE INFORMACIÓN COMPONENTE DE COMUNICACIÓN PÚBLICA	2019-11-12
Guía	GUÍA PARA SISTEMATIZAR BUENAS PRÁCTICAS, EXPERIENCIAS E INICIATIVAS DE LA ARN	2018-04-10
Guía	GUÍA PARA SISTEMATIZAR LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL CICLO DE GESTIÓN DE LA ENTIDAD	2018-08-17
Instructivo	INSTRUCTIVO DE CUMPLIMIENTO LEY 1712 DE 2014 PARA LA TRANSPARENCIA Y EL ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA	2019-12-24
Instructivo	INSTRUCTIVO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA MATRIZ DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN	2019-11-25



## INFORME DE AUDITORÍA INTEGRAL PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO VIGENCIA 2021 (AUD – 2113 )

Manual	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PARA LA REINTEGRACIÓN	2016-11-16
--------	---	------------

Información tomada del SIG con corte al 28 de septiembre de 2021

Estos documentos consultados en el proceso de auditoría, se manifestó que están en proceso de actualización y/o eliminación de acuerdo al cronograma, las dinámicas y directrices de la entidad.

Durante la ejecución de la auditoría se verificó la aplicación de algunos de estos documentos acorde a lo definido en los mismos. Como, por ejemplo: el procedimiento recolección, identificación, y cargue de documentos de gestión del conocimiento con código DE-P-06 Versión 2. El cual fue validado en reunión realizada mediante la herramienta Microsoft Teams, se hace la respectiva verificación al Procedimiento mencionado y se observa que se realizan las tareas correspondientes de manera adecuada y conforme con los pasos que lo componen; igualmente, se denota el esfuerzo de la Profesional encargada de llevar a cabo lo relacionado con Gestión del Conocimiento para cumplir las actividades que tiene a su cargo.

En la validación se recomienda que teniendo en cuenta que la Matriz de Caracterización de Documentos es el eje de este procedimiento es preciso que se realicen las acciones que sean pertinentes para que sea formalizado como un documento en el Sistema Integrado de Gestión de la ARN (SIG).

Adicional, se realizó verificación que los instrumentos registrados en el SIG se encontraran publicados en la página web de la Agencia, se verificó la caracterización del proceso, manuales, procedimientos, instructivos y guías, en donde se identificó que el procedimiento para el diligenciamiento de los formularios de cuenta fiscal con código DE-P-12 versión 1 y el procedimiento para el seguimiento a la gestión institucional con código DE-P-05 versión 3 no se encuentra publicado en la página web de la agencia, en la siguiente ruta:  
<https://www.reincorporacion.gov.co/es/agencia/Paginas/SIG.aspx?RootFolder=%2Fes%2Fagencia%2FDocumentos%20de%20Siger%2F0%5FLineamientos%20por%20Proceso%2F1%2E%20Direccionamiento%20Estrat%C3%A9gico%2F3%2E%20Procedimientos&FolderCTID=0x012000BF75D84663314940B521810E4B9EA5D9&View=%7BFAE1F3C0%2D55A9%2D4C86%2DA9A0%2DD85135060240%7D>

### 5.9 Sistemas de Gestión adoptados por la ARN

Se procedió a la verificación de las responsabilidades que tiene el Proceso de Direccionamiento Estratégico en la implementación los Sistemas de Gestión adoptados por la Entidad, como son, el Sistema de Gestión de Calidad, el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, el Sistema de Seguridad de la Información y el Sistema de Gestión Ambiental. Esta verificación se realizó, por una parte, a través de la indagación y con el personal asignado para el apoyo en la implementación por cada uno de los Sistemas; y, por otra parte, a través del diligenciamiento y análisis

de un formulario por parte de los funcionarios y contratistas que hacen parte del Proceso de Direccionamiento Estratégico.

El formulario se realizó a través de la herramienta TEAMS y está constituido por 35 preguntas de conocimiento y percepción sobre los Sistemas de Gestión adoptados por la Entidad. A la fecha de la auditoría el Proceso de Direccionamiento Estratégico cuenta con 20 funcionarios y contratista de los cuales 17 (85%) diligenciaron el formulario. Con base en los resultados obtenidos se describen las principales fortalezas y oportunidades de mejora que debe tener en cuenta la dependencia.

A continuación, se describen los aspectos identificados por cada uno de los sistemas:

### **5.9.1 Sistema de Gestión de Calidad**

En el desarrollo de la Auditoría se verificó el cumplimiento de las disposiciones en términos de calidad mediante reunión por medio de la herramienta Teams en el proceso de Direccionamiento Estratégico de acuerdo a lo establecido en los requisitos de la norma ISO 9001: 2015, específicamente los numerales: 4.1 Comprensión de la organización y su contexto; 4.4 Sistema de gestión de calidad y sus procesos; 7.1 Recursos; 7.2 Competencia; 7.4 Comunicación; 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación; 9.1.2 Satisfacción del cliente, 10.3 Mejora Continua, observando lo siguiente:

- a) Se evidenció que la ARN determinó las cuestiones externas e internas (Análisis del Contexto), en el documento en Word (Análisis PESTAL), se evidencia matriz DOFA.
- b) El proceso de Direccionamiento Estratégico manifestó en reunión contar con los recursos de infraestructura, humano, tecnológicos, financieros, físicos los cuales son suficientes para desarrollar sus labores y cumplir con los objetivos de la Entidad.
- c) Respecto a las competencias, el proceso de Direccionamiento Estratégico indica su cumplimiento de acuerdo con los perfiles que se tienen en el cargo. Se evidencia conocimiento y manejo de la información sobre las funciones y/o obligaciones.
- d) La Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y el profesional encargado demuestra conocimiento sobre la forma y las herramientas que se utilizan en la formulación y ejecución del presupuesto y el Plan Anual de Adquisiciones asignado a la ARN.
- e) Se demuestra conocimiento sobre los canales de comunicación dispuestos por la ARN.
- f) La Jefe de la Oficina Asesora de Planeación demuestra conocimiento y apropiación sobre las funciones que desempeña, resaltando la gestión de asesoramiento a la Dirección General en planes, proyectos, programas por el

- cumplimiento de los objetivos de la Entidad. Coordinación de los lineamientos con las demás dependencias, planificación de toda la Entidad, implementación de la rendición de cuentas de la Entidad, monitoreo a los indicadores: plan sectorial, plan de acción institucional, indicadores de proceso.
- g) La Oficina Asesora de Planeación en su prestación del servicio contribuye con la coordinación para fijar los lineamientos, entregar a tiempo lo que solicitan las demás dependencias, entrega de información a entes externos como la Presidencia que algunos se realizan los 5 primeros días de cada mes. Acompañamiento en los proyectos de inversión, en la reinducción e inducción, tanto a nivel central y en los Grupos Territoriales, con los resultados de MIPG.
  - h) Sobre la planeación Institucional se tiene el seguimiento al plan de anticorrupción y atención al ciudadano, plan de acción institucional, plan sectorial, informes de gestión, plan de participación ciudadana y seguimiento a indicadores.
  - i) La Jefe de la Oficina Asesora de Planeación indica que con el grupo de atención al ciudadano se realiza una encuesta sobre la satisfacción de nuestro cliente coordinado con la operación misional.
  - j) Encuesta de satisfacción de evaluación del servicio y evaluación de trámites que se realiza por la página web y se presenta en el informe de gestión, se realiza en el comité directivo.
  - k) Respecto al mejoramiento continuo del proceso, de acuerdo a lo indicado se realizan planes de mejora internos, por el resultado de las evaluaciones de MIPG y auditorías internas. También la mejora continua se realiza en las evaluaciones de desempeño a los empleados públicos. Internamente los profesionales realizan sesiones de unidades de criterio.
  - l) En cuanto a las capacitaciones se realizan de acuerdo al Plan de capacitación de la Agencia, también las capacitaciones que realiza el Departamento Nacional de la Planeación, el DAFP (Departamento Administrativo de Función Pública), a nivel sectorial y las que se solicitan puntualmente a estas entidades.

En relación con los resultados obtenidos en el formulario se destacan los siguientes aspectos:

- m) El proceso de Direccionamiento Estratégico tiene claridad y conocimiento que la ARN presta un servicio, el cual está orientado al acompañamiento y asesoría a las personas en proceso de reintegración y reincorporación.
- n) Respecto a las responsabilidades que tiene los empleados públicos y contratistas frente a los Sistemas de Gestión adoptados por la ARN se evidenció que se tiene claridad y conocimiento.
- o) En cuanto a la participación en la identificación y gestión de los riesgos institucionales el 88% indicó su participación y el 12% no ha participado y también indican que saben cuáles son los riesgos de corrupción de la Agencia el 88%.

- p) El proceso de Direccionamiento Estratégico el 100% de los encuestados conoce la documentación que aplica a las actividades que realiza y donde se encuentran publicadas.
- q) El 100% de los encuestados (17) tiene claro que como empleados públicos y contratistas tiene claro a qué línea de defensa pertenecen. Y el 94% (16) ha recibido la capacitación ofrecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- r) En relación con los conocimientos sobre el Sistema de Gestión de Calidad se observó que del total de encuestados el 88% conoce su política; el 94,1% sabe cómo están asignados los Roles y Responsabilidades; el 100% considera que se promueve la toma de conciencia; el 100% ha recibido capacitaciones sobre este Sistema de Gestión; el 94.1 % conoce que la dependencia tiene definido un enlace (delegado) para la implementación de este Sistema de Gestión.
- s) Por último, sobre la percepción del grado de conocimiento de cada encuestado frente al Sistema de Gestión de Calidad – SGC se observó que el 12% considera que su grado de conocimiento esta entre 0 – 6, el 59% considera que su grado de conocimiento esta entre 7 – 8 y el 29% considera que su grado de conocimiento esta entre 9 y 10.

### **5.9.2 Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo**

Para la verificación de este sistema se realizó mediante una reunión de los días 01 y 05 de octubre de 2021 en horas de la tarde vía Teams y se aplicó un cuestionario para verificar el conocimiento y aplicación del SGSST con la Unidad Auditable, la entrevista realizada con los encargados del proceso de Direccionamiento Estratégico. Al respecto, se obtuvieron los siguientes resultados:

En entrevista con la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación se observó el conocimiento frente a las acciones para abordar riesgos y oportunidad dando, de esta manera, cumplimiento a lo establecido en el numeral "6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades" de la Norma NTC ISO 45001:2018 y, adicionalmente, para la Vigencia 2021, manifestó que no se tienen reportes sobre accidentes o incidentes de trabajo y en caso de presentarse tiene claro cómo se debe reportar y cómo actuar.

El proceso de Direccionamiento Estratégico cuenta a la fecha de corte de la presente auditoría, con un (1) brigadista, la cual indico que durante el año 2021 recibió la capacitación en primeros auxilios. Lo anterior cumple con lo establecido en el Numeral 8.2. "Preparación y respuesta ante emergencias" de la mencionada Norma.

Respecto al conocimiento si la Entidad ha identificado los peligros y la evaluación de riesgos en materia de SG-SST en la reunión se obtuvo como respuesta que se realiza a través de la encuesta y los resultados se llevan al Comité Institucional de

Gestión y Desempeño, adicional presentan los accidentes de trabajo y cuando van a los grupos territoriales realizan el ejercicio para la identificación de esos riesgos.

En relación con los resultados obtenidos en la encuesta de percepción de los sistemas de gestión se destacan los siguientes aspectos:

- t) En relación con los conocimientos sobre el Sistema de Gestión de Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo se observó que del total de encuestados el 88% conoce la política; el 88.2% sabe cómo están asignados los Roles y Responsabilidades; el 94.1% considera que se promueve la toma de conciencia; el 88.2% ha recibido capacitaciones sobre este SGSST; el 70.6% conoce que la Dependencia tiene definido un enlace (delegado); el 76.5% conoce que es un incidente; el 94.1% conoce que es un accidente; el 70.6% conoce como se reporta un incidente de SGSST y el 88.2% conoce como se reporta un accidente de SGSST. El 88.2% indicó que sabe cómo proceder en una situación de emergencia de SGSST; el 94% indica que la entidad ha realizado evaluación de su sitio de trabajo. El 47.1% indicó que participado en ejercicios de simulacros de emergencias del SGSST.
- u) Por último, sobre la percepción del grado de conocimiento de cada encuestado frente al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo se observó que el 29% considera que su grado de conocimiento esta entre 0 – 6, el 59% considera que su grado de conocimiento esta entre 7 – 8 y el 12% considera que su grado de conocimiento esta entre 9 y 10.

### **5.9.3 Sistema de Seguridad de la Información**

En el desarrollo de la Auditoría se verificó el cumplimiento de las disposiciones en materia de seguridad de la información de acuerdo con lo establecido en el Manual del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información con Código TI-M-01, versión 08 del 02/10/2020, documentación asociada, y requisitos de la norma ISO 27001, específicamente los numerales 5.1.1 Liderazgo y compromiso; 6.1.1. Planificar y determina riesgos y oportunidades; Anexo A: Control A: 8.1, 9.2, 9.3, 11.1.2, 18.1.4; observando lo siguiente:

- a) Direccionamiento Estratégico demostró conocimiento sobre las responsabilidades y compromisos frente al Sistema, establecidas en el Manual del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información con Código TI-M-01.
- b) Sobre el proceso acerca de cómo se reporta el cambio de accesos a las personas que se retiran de la Entidad, Direccionamiento Estratégico conoce el proceso de acuerdo a lo indicado en el Manual del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información en el numeral 3.5.3.

- c) Direccionamiento Estratégico demuestra tener conocimiento sobre el protocolo para el manejo de los permisos a las carpetas compartidas y el formato establecido el cual es enviado al grupo de soporte de la Entidad.
- d) El proceso garantiza la Integridad, disponibilidad, confidencialidad y seguridad de la Información que aplica y genera a través del cumplimiento de la Política de Seguridad de la Información, así como de las disposiciones establecidas en el Manual del Sistema de Gestión de Seguridad, sobre el manejo de los datos personales.

En relación con los resultados obtenidos en la encuesta de percepción de los sistemas de gestión se destacan los siguientes aspectos:

- e) En relación con los conocimientos sobre el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información se observó que del total de encuestados el 94% conoce la política; el 88.2% sabe cómo están asignados los Roles y Responsabilidades; el 94% considera que se promueve la toma de conciencia; el 76.5% ha recibido capacitaciones sobre este Sistema de Gestión de Seguridad de la información; el 70.6% tiene definido en el proceso un enlace (delegado); el 100% de los encuestados informa que no le han socializado la Declaración de Aplicabilidad; el 82.4% conoce que es un incidente; el 82.4% evento de seguridad; el 64,7% conoce como se reporta un incidente de seguridad y el 58.8% conoce como se reporta un evento de seguridad. El 94% indico que no tenía accesos a medios extraíbles USB- Discos extraíbles entre otros.
- f) Por último, sobre la percepción del grado de conocimiento de cada encuestado frente al Sistema de Seguridad de la Información se observó que el 53% considera que su grado de conocimiento esta entre 0 – 6, el 24% considera que su grado de conocimiento esta entre 7 – 8 y el 24% considera que su grado de conocimiento esta entre 9 y 10.

#### **5.9.4 Sistema de Gestión Ambiental**

Para la verificación de este sistema se realizó mediante cuestionario enviado por correo electrónico, generando como resultado:

La Oficina Asesora de Planeación cuenta con un (1) delegado ambiental quien impulsa la participación y desarrolla las tareas correspondientes al Plan de Gestión Ambiental.

El gestor ambiental demuestra su compromiso y liderazgo fomentando en el área la protección del medio ambiente, aplicar la cultura del reciclaje, el manejo de residuos de una manera adecuada, la siembra de árboles, invitándolos a la capacitación de

retroalimentación conforme a lineamientos dados trimestralmente. Lo anterior da cumplimiento al numeral 5.1 “Liderazgo y compromiso” de la precitada Norma.

Respecto a las actividades que realiza el guardián ambiental se evidencio que trimestralmente reporta las buenas prácticas establecidas y el ahorro de papel mediante el formato hoja de seguimiento ambiental - sede central y alternas.

En relación con los resultados obtenidos en la encuesta de precepción de los sistemas de gestión se destacan los siguientes aspectos:

- a) En relación con los conocimientos sobre el Sistema de Gestión Ambiental se observó que del total de encuestados el 82% conoce la política; el 76.5% sabe cómo están asignados los Roles y Responsabilidades; el 82.4% considera que se promueve la toma de conciencia; el 64.7% ha recibido capacitaciones sobre este Sistema de Gestión de Ambiental; el 82.4% conoce que la Dependencia tiene definido un enlace (delegado); el 52.9% conoce que es una contingencia ambiental; el 41.2% conoce como se reporta una contingencia ambiental; el 47.1% sabe cómo proceder en una situación de emergencia de ambiental; el 5.9% ha participado en ejercicios de simulacros de emergencias de ambiental; el 71% conoce que la Entidad ha establecido un proceso para la eliminación de peligros, sustitución a materiales ecológicos y/o procesos o equipos menos peligrosos.
- b) Por último, sobre la percepción del grado de conocimiento de cada encuestado frente al Sistema de Gestión Ambiental se observó que el 53% considera que su grado de conocimiento esta entre 0 – 6, el 41% considera que su grado de conocimiento esta entre 7 – 8 y el 6% considera que su grado de conocimiento esta entre 9 y 10.

**5.9.5 Seguimiento Diagnóstico Implementación de los Sistema de Gestión de la Calidad para su certificación.**

De acuerdo a la información suministrada del diagnóstico armonizado con corte al 06 de octubre de 2021 por Direccionamiento Estratégico la implementación del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015, se encuentra en el siguiente avance, razón por la cual se emitirá un informe consolidado de todas las auditorías y se verificaran los numerales que no fueron objeto revisión en este informe o se encontraban en actualización, realizando el seguimiento a todos los numerales con el fin de verificar su nivel de implementación a nivel de la entidad.

RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN CALIDAD (Diagnostico 2020)			RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN CALIDAD OCT 2021	
NUMERAL DE LA NORMA	% OBTENIDO DE IMPLEMENTACION	ACCIONES POR REALIZAR	% OBTENIDO DE IMPLEMENTACION oct 2021	ACCIONES POR REALIZAR

4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	59%	MEJORAR	91%	MANTENER
5. LIDERAZGO	77%	MEJORAR	95%	MANTENER
6. PLANIFICACION	56%	MEJORAR	86%	MANTENER
7. APOYO	83%	MANTENER	95%	MANTENER
8. OPERACIÓN	72%	MEJORAR	95%	MANTENER
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	72%	MEJORAR	82%	MANTENER
10. MEJORA	75%	MEJORAR	95%	MANTENER
<b>TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACION</b>	<b>71%</b>		<b>91%</b>	

Cuadro de Diagnostico Armonizado con corte al 06/10/2021

## 6. Resultado

La Auditoría al Proceso de Direccionamiento Estratégico, se ejecutó de acuerdo con lo previsto en el Plan de Auditoria y cumplió con el objetivo y alcance previsto gracias a la disposición de los profesionales que conforman el Proceso. Adicionalmente, este ejercicio de auditoría se realizó bajo un enfoque basado en riesgos y oportunidades.

Finalmente, y resultado de la auditoría realizada se observó que la gestión adelantada por el proceso se realiza de manera razonable dentro del marco regulatorio aplicable y vigente; adicionalmente, aplica los procedimientos que se han establecido en lo referente a sus políticas de operación y, también, aplica controles y seguimiento a las actividades que se desarrollan para dar cumplimiento al objetivo misional de la Agencia

## 7. Conformidades

- Se resalta la labor que ha realizado el proceso de Direccionamiento Estratégico por el trabajo respecto a la actualización de su documentación en el Listado Maestro de Documentos del SIG.
- Liderazgo y conocimiento por parte de la Líder del Proceso de Direccionamiento Estratégico respecto a sus responsabilidades e importancia de su proceso estratégico a nivel de la Entidad, teniendo en cuenta que su proceso se encarga de liderar varias actividades.
- Se observó el registro oportuno en el SIG del avance del primer semestre el Plan de Acción Institucional - PAI y de los seguimientos de las acciones de los mapas riesgos de acuerdo a la periodicidad establecida.
- El proceso de Direccionamiento Estratégico tiene conocimiento de las responsabilidades que se tienen frente al Sistema Integrado de Gestión adoptado

por la Entidad. Así mismo, conocen como están asignados los roles y responsabilidades de los sistemas.

- De acuerdo al diagnóstico armonizado de los Sistemas Integrados de Gestión se evidencia con corte al 06 de octubre de 2021 que se ha avanzado en la implementación del Sistema Integrado de Gestión.
- El proceso de Direccionamiento Estratégico tiene conocimiento claro de la línea de defensa a la cual pertenecen en el desarrollo de sus actividades.

## **8. No Conformidades**

**Se identificó la siguiente no conformidad transversal para el proceso de Atención al Ciudadano.**

Los reportes de PQRSD del primer y segundo trimestre, generados por el Sistema de Correspondencia de la Entidad - SIGOB y analizados por el Grupo de Atención al Ciudadano, no contienen la totalidad de PQRSD recibidas y gestionadas durante el primer semestre de 2021, dado que en la revisión de PQRSD del proceso de Direccionamiento Estratégico, se dejaron de reportar 9 PQRSD, afectando la integridad de la información reportada y analizada para realizar el seguimiento y evaluación del Sistema de PQRSD en la ARN, lo cual genera un incumplimiento en el Manual de Seguridad de la Información con respecto al objetivo: “Proteger la información de la gestión de la Agencia para la Reincorporación y la Normalización y la tecnología utilizada para su procesamiento, asegurando el cumplimiento de los principios de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información”. y materialización del riesgo de entrega de información imprecisa para la toma de decisiones.

## **9. Aspectos por fortalecer**

En el seguimiento que se realizó a las carpetas compartidas se identificó que faltaban algunas evidencias correspondientes a las acciones del mapa de riesgos e indicadores del PAI, los cuales fueron subsanados durante el proceso de auditoría, sin embargo, se debe realizar un proceso de seguimiento interno de verificación que las evidencias se hayan reportado correctamente en sus diferentes carpetas compartidas de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Manual de seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional DE-M-03 Versión 9, en el numeral 5.5 Gestión de evidencias literal c.

## **10. Recomendaciones**

Se recomienda realizar seguimiento para la firma de acta No.4 del 11 de agosto de 2021 se encuentra en revisión y firma por parte del anterior Secretario General.

Se recomienda referenciar en la página web de la agencia el procedimiento para el diligenciamiento de los formularios de cuenta fiscal con código DE-P-12 versión 1 y el procedimiento para el seguimiento a la gestión institucional con código DE-P-05 versión 3.

Se recomienda que la Matriz de Caracterización de Documentos que es el eje del procedimiento recolección, identificación, y cargue de documentos de gestión del conocimiento con código DE-P-06 Versión 2, sea formalizada como un documento en el Sistema Integrado de Gestión de la ARN (SIG).

Elaborado por: Eucaris Robayo

Revisado y Aprobado: Eduardo Antonio Sanguinetti Romero – Asesor del Grupo  
de Control Interno de Gestión

Fecha de elaboración: octubre 26 de 2021