



INFORME DE AUDITORÍA GRUPO DE DISEÑO 2021 (AUD – 2114)

INFORMACIÓN BÁSICA

| | | | |
|--------------------------|---|------------------------------|---|
| FECHA DE INFORME | 24 de septiembre de 2021 | PROCESO / DEPENDENCIA | DISEÑO |
| FECHA SEGUIMIENTO | 10 de agosto a 17 de septiembre de 2021 | AUDITOR | Auditor Líder: Sandra Paola Estupiñán Grupo Auditor: Derly Katherine Cubides |

1. OBJETIVO

Evaluar el grado de cumplimiento de los requisitos de los Sistemas de Gestión adoptados en la Agencia, así como la normatividad vigente y métodos de operación establecidos para el fortalecimiento de la operación y gestión institucional, del Grupo de Diseño.

2. ALCANCE

La verificación se realizó a través de la herramienta Microsoft Teams. Para el Grupo de Diseño, basados en la información recopilada entre el 01/09/2020 al 30/06/2021.

3. CRITERIOS

Se tuvieron en cuenta, entre otros, los siguientes criterios normativos: a) Ley 975 de 2005; b) Ley 1437 de 2011; c) Ley 1755 de 2015; d) Decreto 1391 de 2011; e) Decreto 1082 de 2015; f) Decreto 648 de 2017; g) Decreto Ley 899 de 2017; h) Decreto 1499 de 2017; i) Decreto 69 de 2018; j) Decreto 1212 de 2018; k) Decreto 1363 de 2018; l) Resolución 346 de 2012; m) Resolución 754 de 2013; n) Resolución 1724 de 2014; o) Resolución 0075 de 2016; p) Resolución 1356 de 2016; q) Resolución 3207 de 2018; r) Resolución 2536 de 2019; s) CONPES 3931 de 2018; t) NTC 6047:2013; u) NTC ISO 27001:2013; v) NTC ISO 9001:2015; w) NTC ISO 14001:2015; x) NTC PE 1000:2017; y) NTC ISO 45001:2018.

De igual manera, se tuvo 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 del Proceso de Diseño
- Manual de Operación del Proceso de Diseño
- Normograma del Proceso de Diseño

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

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

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

4. DESARROLLO

La auditoría al Grupo de Diseño se efectuó de acuerdo con las actividades planificadas en el Plan de Auditoría así:

- Reunión de apertura realizada el día 30 de agosto de 2021.
- Verificación de los resultados del Plan de Acción Institucional y demás planes a los cuales aporta en su gestión la unidad auditable.
- Verificación la aplicación de los controles para los riesgos institucionales.
- Verificación el conocimiento y aplicación de las normas adoptadas por la Entidad. (ISOs 9001, 45001, 14001, 27001, PE 1000 y MIPG)
- Verificación de la Implementación de los métodos de operación del grupo de Diseño.
- Verificación la ejecución de traslados documentales al nivel central y el estado del archivo de gestión.
- Verificación el seguimiento y cumplimiento de PQRSD
- Verificación y evaluar la eficacia de las acciones correctiva y de mejoras de los planes de mejoramiento cerrados.
- Verificación la ejecución presupuestal.
- Reunión de cierre realizada el día 03 de septiembre de 2021.

En el ejercicio de este auditoria se pudo haber incurrido en imprecisiones debido a cualquier limitación frente a la información reportada y encontrada en los sistemas de información oficiales.

4.1 Aspectos Generales del Grupo

Para desarrollar la Gestión Institucional, en especial, para cumplir con las actividades de la Caracterización que son responsabilidad del Grupo, así como lo establecido desde el PAI, demás planes a los cuales aporta en su gestión, en la Gestión de los Riesgos, en la implementación de las acciones correctivas, preventivas y de mejoras de los planes de mejora y las acciones derivadas de los Proyectos de Inversión, el Grupo de Diseño cuenta con el apoyo de ocho (8) funcionarios de Carrera Administrativa, de los cuales dos (2) se encuentran en encargo, adicionalmente integran el grupo dos (2) Contratistas y un (1) cargo provisional, para un total de once (11) personas; en el mismo orden de ideas, los costos mensuales totales proyectados para la Vigencia 2021 de este rubro son los siguientes:

| NOMBRE | EMPLEO GENERAL | ASIGNACIÓN BÁSICA | SITUACIÓN ADMINISTRATIVA |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------|--------------------------|
| Willma Francine Botero Garnica | Profesional Especializado 2028 – 24 | \$ 8.067.732 | Carrera administrativa |
| Osvaldo Ernesto Mendez Martan | Profesional Especializado 2028 – 19 | \$ 5.738.031 | Carrera administrativa |
| Angela Maria Correa Villegas | Profesional Especializado 2028 – 19 | \$ 5.738.031 | Carrera administrativa |
| Luz Alexandra Rubio Mejia | Profesional Especializado 2028 – 19 | \$ 5.738.031 | Carrera administrativa |
| Johanna Andrea Gutierrez Montaña | Profesional Especializado 2028 – 17 | \$ 4.953.304 | Carrera administrativa |
| Ana Viviana Franco Castro | Profesional Especializado 2028 - 17 | \$ 4.953.304 | Carrera administrativa |

INFORME DE AUDITORÍA PROCESO DE DISEÑO 2021 (AUD – 2114)

| NOMBRE | EMPLEO GENERAL | ASIGNACIÓN BÁSICA | SITUACIÓN ADMINISTRATIVA |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Cesar Augusto Remarchuk Leon | Profesional Especializado 2028 – 15 | \$ 4.367.944 | Encargo Carrera administrativa |
| Lina Rocio Rodriguez Martinez | Profesional Universitario 2044 – 11 | \$ 3.211.673 | Encargo Carrera administrativa |
| Jairo Alejandro Rivera Rodriguez | Técnico Administrativo 3124 – 11 | \$ 1.836.730 | Provisional |
| Yohana Andrea Ruiz Valderrama | Profesional 4 | \$ 6.790.000 * | Contratista |
| Andres Alejandro Rojas Ramírez | Profesional 2 | \$ 9.071.000 * | Contratista |
| Total, Anual Vigencia 2021 | | \$ 678.006.360 | |

*El cálculo del valor de los contratistas fue calculado con 9 meses, de acuerdo a lo contratado.

En lo que respecta a la ejecución presupuestal se verificó la ejecución con corte al 31 de diciembre de 2020, de acuerdo al Plan de Adquisiciones ARN 2020, del siguiente contrato supervisado a cargo de la coordinadora del grupo de diseño:

| Tabla de Consolidación de necesidades por Dependencia - Plan Anual de Adquisiciones 2020 | | | | | | | |
|--|---------------|--|---|-------------------------------------|--|-------------------|--------------------------------------|
| Dependencia Responsable (Selección la que corresponde) | Código UNSPSC | Descripción (bien o servicio requerido a contratar) | Duración estimada del contrato (número de Meses o días ¹) | Modalidad de selección (seleccione) | Descripción de la Actividad (según clasificación del presupuesto) | Rubro presupuesto | Valor estimado en la vigencia actual |
| DPR - Subdirección Territorial - Grupo de Diseño | 86101700 | Contratar el desarrollo de procesos de caracterización y la estructuración de estrategias de formación y fortalecimiento dirigidos a líderes exintegrantes FARC-EP en proceso de reincorporación residentes en el territorio nacional, en el marco de la Fase de Alistamiento, de la Estrategia de Fortalecimiento de Liderazgos en Reincorporación -ESAP Contrato N° 1632 de 2020 | 4 Meses | Contratación Directa | Costos Programa de Reincorporación Económica y social (Misional) Estrategia para fortalecimiento de liderazgos en Reincorporación | A-03-03-01-001 | \$ 431.367.330 |

Fuente: Plan de Adquisiciones ARN 2020. Subdirección Financiera ARN

Frente a la ejecución con respecto a este contrato se indicó que tuvo acta de inicio el 28/09/2020 y finalizó el 31/12/2020; con respecto a su ejecución, se realizó la parte de identificación de liderazgos en reincorporación, la caracterización de líderes en el país, con un total de 436 líderes, y se diseñó la estrategia de fortalecimiento liderazgos para tres líneas de acción estructuradas. El contrato fue liquidado en junio de 2021 sin novedad.

De la ejecución con corte al 30 de junio de 2021, de acuerdo al Plan Anual de Adquisiciones 2021, se identificaron los tres siguientes contratos con dependencia responsable asignada al Grupo de Diseño:

Consolidación de Necesidades - Plan Anual de Adquisiciones 2021

| Dependencia Responsable | Código UNSPSC (cada código separad) | Descripción (bien o servicio requerido a contratar) | Fecha de Inicio del Contrato | Duración estimada del contrato (número de Meses o | Modalidad de selección | Descripción de la Actividad (según clasificación del presupuesto) | Rubro presupuesto | Valor estimado en la vigencia actual |
|--|--|--|------------------------------|---|---------------------------------|---|-------------------|--------------------------------------|
| DPR - Subdirección Territorial - Grupo de Diseño | 86116000 | Contratar la estructuración y ejecución de acciones que aporten al desarrollo integral y promoción de derechos de niños y niñas mayores de 6 años que hacen parte de los grupos familiares de exmigrantes FARC-EP en el marco del componente de Familia de la Ruta de Reincorporación, en territorios urbanos y rurales prioritizados. Contrato N° 1243 de 2021 | 4/06/2021 | 7 Meses | Selección Abreviada - Literal H | Costos Programa de Reincorporación Económica y Social (Misional) Promoción del desarrollo integral de niños y niñas mayores de 6 años en el marco del componente de familia de la Ruta de Reincorporación | A-03-03-01-001 | \$ 1.384.198.032 |
| DPR - Subdirección Territorial - Grupo de Diseño | 80111500 93141500 93141600 93141700 | Contratar los servicios para el fortalecimiento e implementación de la Estrategia de Cuidado Psicosocial y Emocional para colaboradores y funcionarios de Agencia para la Reincorporación y la Normalización a nivel nacional. Contrato N° 1140 de 2021 | 5/04/2021 | 7 Meses | Concurso de Méritos | Implementación de la estrategia de cuidado al cuidador Costos Programa de Reincorporación Económica y social (Misional) Implementación de la estrategia de cuidado al cuidador | A-03-03-01-001 | \$ 450.153.200 |
| DPR - Subdirección Territorial - Grupo de Diseño y Equipo de Comunidades | 93141600 86111602 86111503 | Estructuración e implementación de procesos de fortalecimiento de liderazgos y formación en competencias para la participación ciudadana, comunitaria y social y resolución no violenta de conflictos orientados a personas en proceso de reincorporación. Contrato N° 1214 de 2021 -ESAP | 18/05/2021 | 7 Meses | Contratación Directa | Costos Programa de Reincorporación Económica y Social (Misional) Fortalecimiento de las capacidades institucionales y comunitarias para la promoción de liderazgos y prevención de la estigmatización. Costos Programa de Reincorporación Económica y social (Misional) | A-03-03-01-001 | \$ 1.099.603.073 |

Fuente: Plan de Adquisiciones ARN 2021 con corte al 30 jun2021. Subdirección Financiera ARN

Frente a la ejecución con respecto a estos tres contratos se indicó lo siguiente:

- Contrato No.1249 de 2021: Fecha de inicio proyectada para el 4/06/2021 y su fecha de inicio real fue el 17/06/2021, con un plazo de ejecución de 6 meses y medio para su terminación máximo el 31 de diciembre de 2021. Se realizó una modificación contractual para adicionar recursos de un dinamizador adicional por valor de \$10.660.000= la cual quedo aprobada en Secop el 23 agosto de 2021; Se han realizado el 1er y 2do pagos el 26 julio el 30% y 24 de agosto el 20% del total el contrato respectivamente, los demás pagos están programado para octubre y diciembre el último; El último pago será de acuerdo con la totalidad de productos entregados. En este proyecto se cuenta con permanente comunicación con reintegradores, los cuales se desplazan a los territorios y dejan actas del operador e informes de seguimiento de los productos mensuales y extraordinarios en algunos casos.
- Contrato No. 1140 de 2021: Fecha de inicio proyectada para el 5/04/2021 y su fecha de inicio real fue el 07/04/2021, el contrato terminará el 15 de noviembre de 2021, fue adjudicado a la Fundación social colombiana CEDAVIDA. Este proyecto apoya la prevención del riesgo psicosocial de los contratistas de GT, mediante jornadas de 25 personas de cuidado psicosocial, a la fecha se programaron jornadas en Julio y agosto y con los coordinadores en octubre. Se realizó una modificación en el orden de los productos por no alcanzar las 100 jornadas definidas inicialmente, las cuales no se lograba cumplir por tiempos, programación y requisitos para pago así como entrega de informes de seguimiento e implementación, la modificación fue aprobada en Secop el 31/05/2021

- Contrato No. 1214 de 2021-ESAP: Fecha de inicio proyectada para el 18/05/2021 y su fecha de inicio real fue el 31/05/2021, el contrato terminará máximo 31 de diciembre de 2021. En este contrato se realiza la implementación de la estrategia en algunos departamentos (Meta-Guaviare-Tolima-Bogotá...) y 17 municipios, según la caracterización de 2020, con priorización en el componente FARC, se han realizado pagos en los meses de junio, julio y se encuentra pendientes los pagos de septiembre -noviembre y diciembre, actualmente se encuentra el tema de pagos pendiente por facturación electrónica de la ESAP. El contrato tuvo una adición de recursos por que se amplió la cobertura por optimización de recursos de DPR, se adicionaron los departamentos del Tolima, Cundinamarca y Caquetá, por valor de \$250'000,000=, la cual fue aprobada en el SECOP el 03 de agosto de 2021, la supervisión de este contrato está a cargo de Maria del Pilar Ruiz.

Adicional a lo anterior, como parte de los seguimientos de los supervisores de los contratos, se indica que se realiza un informe semanal todos los jueves, de la parte precontractual, los avances, y el acuerdo de desempeño, que mes se pide PAC y que se paga, así como de manera mensual realizan comité operativo, con la presencia del supervisor, coordinador y técnicos para hacer seguimientos y aprobar pagos, además de reuniones virtuales, grupos focales presenciales, revisión de los productos en los comités y correos remitidos.

4.2 Seguimiento al Plan de Acción Institucional y demás planes a los cuales aporta en su gestión.

Se identifica que, aunque el Grupo de Diseño no cuenta con indicadores propios dentro de los planes institucionales que se manejan en la entidad, la coordinadora del grupo es la responsable del reporte de los siguientes indicadores:

- Plan de Acción Institucional (PAI) y Plan Estratégico Institucional (PEI) – 3 indicadores.

| COD_ IND. | INDICADOR | FORMULA | Validación |
|-----------|---|---|---|
| PAI_8 | Nivel de avance en la consulta e implementación del programa de armonización para personas pertenecientes a grupos étnicos con enfoque diferencial y de género 2021 | {% avance diseño e implementación Programa armonización personas - grupos étnicos enfoque diferencial} | Se realizó la validación de las observaciones remitidas por planeación y se identifica que estas fueron subsanadas y avaladas, y por el momento no presentan ninguna novedad. |
| PAI_30 | Porcentaje de entidades territoriales que incorporan en los instrumentos de planeación, acciones para el cumplimiento de los compromisos adquiridos en el PDT en relación con las políticas de reintegración/reincorporación 2021 | {% municipios/departamentos vinculan en sus planes desarrollo territorial política de reint/reinc} | |
| PAI_70 | Nivel de avance en implementación de los planes para el desarrollo de los enfoques diferenciales y de Genero 2021 | (Número de actividades ejecutadas para la implementación del enfoque diferencial / Número de actividades planeadas para | Este indicador también se reporta en el Plan de Participación Ciudadana (PPC) |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | la implementación del enfoque diferencial) *100 | |
|--|--|---|--|

- Plan de Acción CONPES 3931 (2018–2026) - 3 indicadores.

| COD_ IND. | INDICADOR | ACCIONES | Validación |
|-------------|--|--|--|
| CONPES_4.20 | Porcentaje de actividades para promover y mantener el bienestar de los exintegrantes FARC-EP mediante la identificación de las habilidades, capacidades y recursos con los que cuentan los exintegrantes FARC-EP y sus familias 2021 | 4.20 Promover y mantener el bienestar de exintegrantes FARC-EP y sus familias mediante la identificación de las habilidades y recursos con los que cuentan, a través del un acompañamiento que facilite el fortalecimiento y desarrollo de las capacidades para relacionarse consigo mismos y con los demás. | Se identifican reprocesos en ruta de reincorporación. |
| CONPES_4.23 | Porcentaje de actividades realizadas para fomentar el acceso a cultura, recreación y deporte de los exintegrantes de las Farc-Ep y sus familias 2021 | 4.23 Fomentar el acceso a cultura, recreación y deporte de los exintegrantes de las FARC - EP y sus familias. (Gestiones para ampliación de oferta) | Ejecución adecuada, se realizó en 1er semestre articulación con el ministerio del Deporte. |
| CONPES_4.32 | % avance en la construcción e implementación del programa especial de armonización para la reintegración y reincorporación social y económica con enfoque diferencial étnico y de género, de manera conjunta y participativa con las organizaciones y autoridades de los pueblos y grupos étnicos 2021 | 4.32 Construir e implementar el programa especial de armonización para la reintegración y reincorporación social y económica con enfoque diferencial étnico y de género, de manera conjunta y participativa con las organizaciones y autoridades de los pueblos y grupos étnicos. | Es el mismo reportado en el PAI y PLAN sectorial – código PAI_8 |

- Plan Estratégico Sectorial (PES) – 1 indicador.

| COD_ IND | INDICADOR | FORMULA | VALIDACION |
|----------|--|---|--|
| SEC_7 | Porcentaje de implementación del componente indígena del "Programa especial de armonización para la reintegración y reincorporación social y económica con enfoque diferencial étnico y de género 2021 | {Acciones de implementación realizadas} {Acciones de implementación programadas} | Se identificó un rezago en el indicador el cual no se puede ajustar hasta no obtener la aprobación por parte de la mesa permanente de concertación, se han remitido los oficios OFI21-003228 / OFI21-014555 y se debe reiterar con el fin de obtener respuesta y realizar el ajuste. |

De la validación de los planes que se manejan en la entidad, asociados a la coordinación del Grupo de Diseño se identifica que, aunque su responsabilidad es solo en reporte no en la gestión como tal de los indicadores a la fecha se han reportado con oportunidad y los ajustes de calidad se han subsanado de acuerdo a lo indicado por planeación.

No obstante, se recomienda al Grupo de Enfoques diferenciales de acuerdo a la competencia en la gestión del indicador, prestar especial cuidado al indicador del Plan Sectorial, debido a que presenta un rezago y su cumplimiento está sujeto al ajuste del cronograma y como tal del indicador el cual debe ser aprobado por la mesa de concertación y a la fecha la gestión no ha sido efectiva.

- Plan Indicadores de Proceso (PIP) - 1 indicador

De acuerdo a los resultados de evaluación de dependencias se observa que el Grupo de Diseño ha obtenido los siguientes resultados durante las siguientes vigencias:

| DEPENDENCIA | 2017 | | 2018 | | 2019 | | 2020 | |
|-------------|-----------------|---------------------------------------|-----------------|---------------------------------------|-----------------|---------------------------------------|-----------------|---------------------------------------|
| | RESULTADO SIGER | EVALUACION CONTROL INTERNO DE GESTIÓN | RESULTADO SIGER | EVALUACION CONTROL INTERNO DE GESTIÓN | RESULTADO SIGER | EVALUACION CONTROL INTERNO DE GESTIÓN | RESULTADO SIGER | EVALUACION CONTROL INTERNO DE GESTIÓN |
| Diseño | 100 | 100 | 99,40 | 94,40 | 100 | 97,00 | 100 | 95,00 |

Como observación general en los mencionados periodos se tiene que el Grupo de Diseño debe **fortalecer el tema de elaboración y administración de evidencias.**

Para lo corrido de la Vigencia 2021 en lo que respecta al primer semestre (corte al 30 de junio), el Grupo obtuvo una calificación del **100%** de cumplimiento en SIGER, correspondiente al cumplimiento del avance de 1 indicador del proceso. Se procedió a dar revisión a los resultados obtenidos en dicho periodo, así mismo, se exploró sobre los controles aplicados desde el Grupo con el fin de dar cumplimiento a las metas planteadas, así:

Indicador 1: Nivel de avance en la elaboración de los diseños según su plan de trabajo 2021

Para el periodo el Grupo de Diseño indica el cumplimiento de lo programado en el plan de trabajo de los siguientes diseños aplicables para el Proceso de Atención Diferencial: *Documento de Orientaciones para la etapa de Vinculación y Adaptación del Proceso de Atención Diferencial (100%/100%),*Documento de Lineamientos Generales del Proceso de Atención Diferencial (15%/15%) y *Instructivo de aplicación del instrumento de Línea de Base del Proceso de Atención Diferencial (100%/100%).

Resultados de evaluación de Dependencias 1er Semestre de 2021 (realizado por el Grupo de Control Interno de Gestión):

Resultado 3%: Aunque el proceso indica cumplimiento de la meta, no se identifica que es lo planeado ni los soportes del 1er trimestre en la carpeta compartida, por lo tanto, se restan tres (3) puntos.

Calidad de información 5%:

*Calidad de forma 2%: Se identifica que algunas de las evidencias aportadas no cumplen con los lineamientos establecidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional, por lo tanto, se restan dos (2) puntos;

*Calidad de fondo 3%: No se cuenta con evidencia de lo descrito en el seguimiento del indicador, por lo tanto, se restan tres (3) puntos por calidad de la información;

Oportunidad 2%: Los registros realizados en el software administrador del SIGER se evidencian que fueron efectuados dentro de los tiempos establecidos.

Por lo tanto, frente a la evaluación por dependencias del 1er trimestre se obtuvo una calificación del 92% debido a que no es posible identificar si lo planeado corresponde afectivamente a lo ejecutado, adicional a lo anterior, no se observó evidencia para el primer trimestre y se deben realizar ajustes en el formato usados en el 2do trimestre.

4.3 ACCIONES EN MAPAS DE RIESGOS

Para la Vigencia 2021, el Grupo de Diseño se encuentra vinculado a dos (2) riesgos del proceso de Diseño y a tres (3) transversales. Después de revisadas las evidencias ubicadas en las carpetas compartidas dispuestas para este fin, se verificó lo siguiente:

1. Proceso de Diseño

- **Riesgo 1:** Los Diseños (documentos estrategias y lineamientos conceptuales y metodológicos) que no cumplen con los criterios técnicos definidos para su elaboración.
Clasificación del Riesgo: Operativo
Control: El profesional responsable de acompañar los diseños que son del alcance del Manual del Proceso vigente, verificará el cumplimiento de las actividades y requisitos previstos para la elaboración de los diseños y que los avances realizados correspondan con los criterios de la solicitud del diseño y en el Plan de Trabajo para el Diseño. Los avances se registrarán en el formato de Plan de Trabajo. En caso de observarse que no se cumple con los mismos remitirá mediante correo electrónico las observaciones pertinentes al profesional responsable del diseño y al líder del diseño. En caso de requerirse se realizarán ajustes al Plan de Trabajo del diseño y se dejará constancia de ello en el mismo formato.
Acción: Verificar que se cumpla con las actividades previstas para la elaboración de los diseños y que los avances realizados correspondan con los criterios de la solicitud consignados en el formato de Solicitud del Diseño y en el Plan de Trabajo para el Diseño.

- **Riesgo 2:** Falencia en la apropiación de los diseños (documentos de estrategias y lineamientos conceptuales y metodológicos) de los procesos misionales de la entidad.
Clasificación del Riesgo: Operativo
Control: El grupo de diseño consolidará anualmente, las necesidades de entrenamiento y reentrenamiento de los profesionales de los Grupos Territoriales, así como las actividades

requeridas, para garantizar la apropiación y de los diseños relacionados con los procesos misionales de la entidad. La coordinación del Grupo de Diseño trimestralmente verificará que las acciones de entrenamiento ejecutadas correspondan con las planeadas para cada periodo, se registrarán los avances con las respectivas evidencias en el plan de segundo nivel de la Subdirección Territorial, se acopiaran las evidencias en la carpeta compartida creada para tal fin.

Acción: Desarrollar procesos de identificación de necesidades e implementar acciones de entrenamiento, reentrenamiento y fortalecimiento de equipos en territorio para la apropiación de diseños relacionados con los procesos misionales, haciendo uso de herramientas pedagógicas pertinentes.

Posterior, el auditor expone el resultado de la revisión efectuada por el Grupo de Control Interno de Gestión a la gestión de los riesgos con base en los seguimientos realizados en el Aplicativo dispuesto para este fin, resaltando los siguientes aspectos:

Resultado: Se observa el cumplimiento de las actividades propuestas para mitigar el riesgo.

Calidad de la Información: Algunas evidencias aportadas en la carpeta compartida no cumplen con los lineamientos establecidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional (Codigo:DE-M-03), adición a esto no se identifican soportes del primer trimestre en la carpeta compartida.

Oportunidad: Se observó que los seguimientos y análisis se realizaron de manera extemporánea para el primer trimestre.

Frente a lo anterior se indica que hay lugar a una no conformidad debido al incumplimiento al Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión, dado que a la fecha de la auditoría 01/09/2021 no se ha realizado el cargue de las evidencias correspondientes al primer trimestre de 2021 de ninguno de los dos riesgos del proceso, en la carpeta compartida para tal fin, adicional a esto se recomienda incluir en los seguimientos que es lo planeado y lo ejecutado efectivamente debido a que se identifican los soportes de las actividades realizadas, pero no es posible validar si corresponde a lo planeado efectivamente, y dentro del control se menciona que *“La coordinación del Grupo de Diseño trimestralmente verificará que las acciones de entrenamiento ejecutadas correspondan con las planeadas para cada periodo”*.

2. Proceso Gestión de Tecnologías de la información.

- **Riesgo:** Pérdida de la información. **Tipo de Riesgo:** Seguridad de la información.

Acción No. 6: El profesional designado por parte del proceso de Diseño 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.

El auditado informa que durante el primer trimestre asistió a capacitación virtual y se estableció el Plan de trabajo a desarrollar durante la vigencia 2021, en el cual se definió, entre otros aspectos, los objetivos y cronograma a desarrollar. En el segundo trimestre se realizaron los ajustes a los activos de

información y se remitió el correo a planeación, con algunas inquietudes al respecto, sin embargo, aún no se ha recibido respuesta.

- **Riesgo 2:** Uso indebido de la información.
Clasificación del Riesgo: Seguridad de la información.
Acción No. 10: El profesional designado por parte del proceso de Diseño 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.

Para el primer trimestre el auditado informa que se estableció el plan de trabajo que entre otros aspectos se establecen las actividades a desarrollar junto con el cronograma a desarrollar durante la vigencia 2021. Se indica que la actualización del índice de información clasificada y reservada esta programada para el 3er trimestre.

Posterior, el auditor expone el resultado de la revisión efectuada por el Grupo de Control Interno de Gestión a la gestión de los riesgos con base en los seguimientos realizados en el Aplicativo dispuesto para este fin, resaltando los siguientes aspectos:

Resultado: Se observa el cumplimiento de las actividades propuestas para mitigar el riesgo.
Calidad de la Información: Las evidencias aportadas cumplen con los lineamientos emitidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión (CODIGO:DE-03).
Oportunidad: Se observa el cumplimiento en la fecha de seguimiento, sin embargo, la fecha de los análisis se observa que se están realizando de manera extemporánea.

Frente a los riesgos transversales de seguridad de la información, el Grupo de diseño manifiesta que es importante que las próximas ocasiones se tenga en cuenta la inclusión de todos los procesos desde la definición o inicio de los mismos, con el fin de mejorar la apropiación e inclusión en los temas de seguridad de la información, y controles aplicados al grupo según su necesidad o la información que se maneja, lo cual se incluye como parte de las recomendaciones transversales de este informe.

3. **Proceso Gestión del Talento Humano.**

Riesgo: Contagios de COVID-19 por el retorno a la presencialidad en todas las sedes de la ARN.
Clasificación del Riesgo: Cumplimiento.
Acción No. 6: El líder del proceso de Diseño promueve la apropiación de acuerdo a las notas informativas que se generen desde Talento Humano de trimestral.
Evidencias: Listas de asistencia, actas de reunión, registros fotográficos o correos electrónicos, que den cuenta de la sensibilización de las notas informativas.

El Grupo de Diseño indica que por el momento el grupo de Diseño no ha retornado a las sedes. Y por lo tanto no ha implementado ningún protocolo de bioseguridad al respecto, y para el segundo trimestre se realizaron actividades a orientadas promover, por una parte, el diligenciamiento de la encuesta en Alissta, y por otra, las notas informativas que se generaron desde Talento Humano, adicional a esto

indica que el Grupo de Diseño realizó la actualización del protocolo para la atención en los Grupos territoriales.

Posterior, el auditor expone el resultado de la revisión efectuada por el Grupo de Control Interno de Gestión a la gestión de los riesgos con base en los seguimientos realizados en el Aplicativo dispuesto para este fin, resaltando los siguientes aspectos:

Resultado: No se identifican actividades de control propias del proceso, con el fin de mitigar el riesgo.

Calidad de la Información: Para el primer trimestre no se identifican evidencias aportadas en la carpeta compartida que cumplan con los lineamientos establecidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional (Codigo:DE-M-03).

Oportunidad: Se observa el cumplimiento en la fecha de seguimiento, sin embargo, la fecha de los análisis se observa que se están realizando de manera extemporánea.

4.4 TRASLADOS DOCUMENTALES AL NIVEL CENTRAL Y ARCHIVO DE GESTIÓN

Se realizó una verificación de la organización del archivo de gestión y aplicación de la Tabla De Retención Documental – TRD de acuerdo con lo establecido en el MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN, Código GD-M-03, versión 01 del 17/02/2020 y demás documentos asociados. Se aclara que por motivos de la emergencia sanitaria por cuenta del COVID-19, durante la vigencia 2020 no se realizaron traslados documentales y seguimientos por parte del Grupo de Gestión Documental.

Teniendo en cuenta que el Grupo de Gestión Documental realizó una verificación y seguimiento a los Archivos de Gestión e Implementación de la TRD el 24 de julio de 2021, se verificó el cumplimiento de los compromisos establecidos, observando lo siguiente:

- El Grupo llevó a cabo las actividades de aplicación del Formato Hoja de Control Documental, conforme a la perteneciente a cada vigencia y serie documental, para los 4 expedientes relacionados con vigencia 2014 y vigencia 2015 que a la fecha de la revisión se encontraban sin cumplimiento.
- El Grupo llevó a cabo las actividades de Foliación y rotulado de las carpetas, en concordancia con las series documentales específicas, para los 4 expedientes relacionados con vigencia 2014 y vigencia 2015 que a la fecha de la revisión se encontraban sin cumplimiento.
- El Grupo llevó a cabo las actividades de filtrado de la documentación con respecto a las TRD definidas, y se solicitó la revisión por parte de gestión documental.

- El grupo indica que se encuentra pendiente llevar a cabo el procedimiento de eliminación documental de acuerdo con el procedimiento definido por el Sistema de Gestión Ambiental de la ARN.

Teniendo en cuenta lo anterior se identifica que se realizaron tres actividades dando cumplimiento a los compromisos establecidos con el Grupo de Gestión Documental y se encuentra pendiente el compromiso de realizar el procedimiento de eliminación documental de acuerdo con el procedimiento definido por el Sistema de Gestión Ambiental de la ARN de los expedientes que correspondan, lo cual se dejara como recomendación dentro del presente informe.

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 limitando la verificación y evaluación del cumplimiento de los lineamientos en materia de gestión documental.

4.5 SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE PQRSD

De acuerdo con la base de datos suministrada por el Grupo de Atención Ciudadana, durante el primer semestre del 2021 el Grupo de Diseño recibió y atendió 1 PQRSD registradas en SIGOB; y ninguna registradas en SIRR, la cual se verificó y se evidenció que fue atendida en los términos establecidos.

Frente a la atención a PQRSD, el Grupo de Diseño menciona que una vez llega la solicitud, diligencian un archivo de Excel que mantienen como control para realizar su seguimiento y cumplir con los tiempos de respuestas, adicional, informan que el volumen de solicitudes se ha visto reducido debido a que actualmente las solicitudes de investigaciones que eran las solicitudes más frecuentes, son centralizadas por planeación y remitidas al profesional que se considere pertinente dentro del grupo, junto con él envió de información para el apoyo en las respuestas de requerimientos que se centralizan desde la subdirección territorial.

Teniendo en cuenta lo anterior, se identifica conformidad frente al cumplimiento en los tiempos de respuesta de las PQRSD, y el seguimiento que realizan internamente debido a que no se identifica ninguna extemporaneidad asociada el Grupo de Diseño.

4.6 EFICACIA Y CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

Una vez verificada la información del Módulo de Mejoramiento del SIG, se observó que el Grupo de Diseño, con corte al 10 de agosto de 2021, contaba con tres (3) planes de mejora para la verificación de eficacia como son el PM-16-00001 (6 acciones), PM-17-00004 (1 acción) y PM-20-00006 (6 acciones).

A continuación, se presentan los resultados de la verificación y evaluación de la eficacia de los planes de mejoramiento en los cuales sus acciones fueron revisadas y cerradas como mínimo hace cuatro

meses de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento Gestión de Acciones Correctivas y de Mejora (código EM-P-01 V-5 del 15/07/2021).

Plan de Mejora PM-16-00001: Este plan de mejora está constituido por tres (3) No Conformidades y tres (3) oportunidades de mejora cada una con una acción, las cuales se detallan a continuación junto con los resultados de la verificación.

Oportunidad de mejora No.1. Se evidenció lo siguiente respecto al normograma del proceso:
 La Resolución 1125 del 30 de junio 2015, por el cual se crean grupos de trabajo en la estructura interna de la entidad, se asignan funciones y se dictan otras disposiciones, y que en su artículo 22 establece las funciones del grupo de diseño, aparece con año 2016.
 El Decreto 1391 de 2011, por el cual se reglamentan los Beneficios económicos de los programas de reintegración de la población desmovilizada, fue compilado mediante Decreto 1081 de 2015.
 El Decreto 128 de 2003, por el cual se reglamenta la Ley 418 de 1997, prorrogada y modificada por la Ley 548 de 1999 y la Ley 782 de 2002 en materia de reincorporación a la sociedad civil, fue compilado mediante Decreto 1081 de 2015.
 Por lo anterior el proceso de diseño y planeación debe evaluar la necesidad de ajustar el borrador de normograma remitido durante la auditoría y surtir el procedimiento Control de documento establecido en la entidad y así acoger los Numerales 4.2.3, literal b) revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente y el Numeral 7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio literal c) la entidad debe determinar los requisitos legales y reglamentarios aplicables al producto y/o servicio

| Acciones | Verificación de la Eficacia |
|---|---|
| El normograma será actualizado por parte del Grupo de Diseño. | <p>El normograma se actualiza de manera anual, el normograma pasa por la oficina de planeación y la oficina asesora jurídica antes de su publicación.</p> <p>Frente a lo anterior, tanto en el desarrollo de la auditoría como en la validación de la documentación, por parte del Grupo de Control Interno se evidenció que no se han presentado situaciones similares a las identificadas en la No Conformidad.</p> <p>Por lo anterior, se establece que el plan de mejoramiento fue EFICAZ.</p> |

No Conformidad No.2. Se evidenció que el documento de apoyo, Componente de Atención Diferencial para Desvinculados del 18/02/2015, no tiene paginada sus hojas, tiene subrayados títulos, coloca punto final al final de algunos títulos y menciona referencia para enumerar al final del documento las fuentes bibliográficas, incumpliendo con lo establecido en el Manual de Operación del Proceso de Diseño y Planeación en su capítulo 4 Políticas de Operación, donde establece, Los documentos que se elaboran en el grupo de diseño se ciñen a las normas American Psychological Association (APA), las cuales sirven para unificar reglas de presentación de documentos.

| Acciones | Verificación de la Eficacia |
|---|--|
| Se realizará nuevamente una revisión de los documentos que se diseñen garantizando que estos cuenten con los mínimos requeridos según el manual de operaciones del Grupo de Diseño para su publicación dando uniformidad a todos los documentos que sean aprobados. | <p>El grupo de diseño ha establecido como estrategia de autocontrol, la revisión por parte del enlace de planeación de los documentos que se actualizan o documentos nuevos. Adicionalmente existen controles en la oficina de planeación para garantizar que se cumplan con los criterios de elaboración de documentos establecidos por la entidad.</p> <p>Frente a lo anterior, tanto en el desarrollo de la auditoría como en la validación de la documentación, por parte del Grupo de Control Interno se evidenció que no se han presentado situaciones similares a las identificadas en la No Conformidad.</p> |
| Las publicaciones se realizarán con el aval del Coordinador del Grupo. | <p>Por lo anterior, se establece que el plan de mejoramiento fue EFICAZ.</p> |

Oportunidad de Mejora No.3. Se evidenció que: El documento de apoyo, Lineamientos para la Orientación del Rol del Profesional Reintegrador III de la Agencia Colombiana para la Reintegración no presenta igual portada que el resto de documentos de apoyo inscritos en el portal SIR/SIGER.

El documento de apoyo, Enfoque Diferencial Componente de Discapacidad del 20/01/2015 en su página 12 tiene en un párrafo dos líneas del texto subrayados en amarillo y no tiene una redacción comprensible.

El Manual de Operación del Proceso de Diseño y Planeación, menciona en algunos apartes grupo de implementación, el cual fue redefinido en la ACR como Grupo de Articulación Territorial en la resolución 1125 del 30 de junio de 2015.

En el mapa de riesgos del Proceso de Diseño y Planeación, el riesgo: Ineficiencia en la planificación del proceso de diseño y planificación, establece en las acciones: Implementar Plan de Trabajo con los integrantes del grupo de diseño ajustado al manual de procesos del grupo y al manual de operaciones. Sin embargo, no se cuenta con un manual de procesos del grupo de diseño.

El plan operativo del 2015 donde se inscriben los productos, actividades, indicadores y metas del grupo de diseño, se denomina Plan Operativo 2015 Grupo de Implementación y Diseño, sin embargo, para el grupo de implementación se cambió su nombre a Grupo de Articulación Territorial, según resolución 1125 del 30 de Junio de 2015.

Por los aspectos anteriores, evaluar la necesidad de revisar y ajustar documentos del Proceso de Diseño y Planeación inscritos en el SIGER

| Acciones | Verificación de la Eficacia |
|---|---|
| Se realizará la revisión de los documentos en el SIGER para generar los ajustes que sean necesarios y pertinentes; de igual manera se hará la solicitud a la Oficina Asesora de Planeación para revisar la viabilidad del cambio de nombre del Grupo en el PO 2015. | <p>Se identifica que se han realizado actualizaciones de los documentos asociados al proceso; y los procesos de revisión y validación contemplados y se generó el manual del proceso de diseño que permite reducir los errores en los documentos finales.</p> <p>Frente a lo anterior, tanto en el desarrollo de la auditoría como en la validación de la documentación, por parte del Grupo de Control Interno se evidenció que este ajuste fue realizado con la caracterización del proceso y el manual de operación.</p> <p>Por lo anterior, se establece que el plan de mejoramiento fue EFICAZ.</p> |

No Conformidad No.4. A partir de muestreo al azar, se evidenció en la base de datos de control de PQRS del Grupo de Diseño, que la solicitud, con radicado SIGOB EXT15-010560, y fecha de recepción en la ACR del 19 de agosto de 2015, presentada por Rosa María Caicedo, Estudiante de Magister en Estudios Políticos y su investigación denominada, Guerrilleras de las FARC: Roles, Experiencias Afectivas y Relaciones de Poder, con radicado, fue transferida al grupo de diseño el 24 de agosto del 2015, y se dio respuesta el 11 de septiembre de/2015, posterior a su vencimiento, cuya fecha era 09 de septiembre de 2015. Caso similar se evidenció respecto a la solicitud con radicado EXT15010452, de Paula Niño Uribe de la Universidad del Rosario y su investigación, Salud mental de los excombatientes adultos en el posconflicto colombiano, con fecha de recepción en la ACR del 14 de agosto de 2015, transferido al grupo de diseño el 19 de agosto del 2015, y fecha de respuesta del 08 de septiembre de 2015, pero cuya fecha de vencimiento era el 07 de septiembre de 2015. Por lo anterior se incumple la Resolución 1125 de 2015 Artículo 22 Función 11 atender las PQRS, Resolución 795 de 2012 Artículo 7 términos para resolver las peticiones y derecho de turno. Manual del Sistema Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias PQRS-D Código ACM01 en su punto 4 consideraciones generales, literal c) que establece los términos y tiempos para dar respuesta a una PQRSD, incumpliendo también el Procedimiento para viabilizar apoyo a investigaciones y su seguimiento por la ACR (Código DEP01 V4) en su actividad No. 5 que establece quince (15) días hábiles para dar respuesta al investigador

| Acciones | Verificación de la Eficacia |
|---|--|
| Se realizará reunión con la Oficina de Planeación para coordinar acciones en conjunto que mejoren el proceso de traslados de PQRS-D, (Cronograma de Tiempo) | <p>El grupo de diseño ha establecido estrategias de control para evitar el vencimiento de pqrds. Adicionalmente el procedimiento de investigaciones fue actualizado a nivel institucional, centralizando la respuesta integrada desde la Oficina de Planeación.</p> <p>Frente a lo anterior, tanto en el desarrollo de la auditoría como en la validación del Informe de PQRSD, por parte del Grupo de Control Interno se evidenció que no se han presentado situaciones similares a las identificadas en la No Conformidad.</p> |

Por lo anterior, se establece que el plan de mejoramiento fue **EFICAZ**.

No Conformidad No.5. Se evidenció que el documento Enfoque Diferencial Componente de Género del 20 enero de 2015, luego de realizar la traza en la elaboración del mismo, se encontró que no cuenta con el Plan de Trabajo al que se hace referencia en el Manual de Operación del Proceso Diseño y Planeación Código DP-M-01 - 05 de septiembre de 2014 Versión 01. De acuerdo a la evidencia aportada y revisada por el Grupo de Diseño, se tiene organizada la información de los correos electrónicos que dan cuenta de la remisión de los borradores previos del documento, su revisión y validación, así como un cuadro de control en el que se registran estas actividades; no obstante, en las evidencias no hay soporte del documento que sustente la elaboración, revisión y aprobación del Plan de Trabajo. No se evidenció actas de reunión o correo electrónico de la identificación de la necesidad de la elaboración del diseño identificado por el Grupo de Diseño. No se evidenció acta de reunión con los miembros del Grupo de Diseño y el coordinador de ese grupo respecto de la aprobación aceptación y entrega del diseño. No se evidenció en las versiones digitales entregadas la versión numerada secuencial y la fecha de actualización. No se evidenció el registro de las observaciones realimentaciones y cambios que se generaron respecto de este diseño, las cuales deben quedar registradas en actas de reunión o correo electrónico. Por lo anterior se incumple la NTCGP1000:2009, numeral 7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo, literal b, los requisitos legales y reglamentarios aplicables, literal d, cualquier otro requisito esencial para el diseño y desarrollo, y el Manual de Operación del Proceso Diseño y Planeación Código DP-M-01 - 05 de Septiembre de 2014 Versión 01, en el numeral 5.1 Necesidades y Planificación del Diseño, respecto a la definición del Plan de Trabajo Pág. 6 Manual, respecto a que cuando el Grupo Diseño detecta necesidades deben quedar registradas en acta de reunión o correo electrónico Pág. 5 manual. También se incumple el Manual en su numeral 5.5 validación del diseño y desarrollo, cuando menciona que la aprobación aceptación y entrega debe ser registrada en acta de reunión con los miembros del Grupo de Diseño y el Coordinador de ese Grupo o Profesional encargado o delegado por este Pág. 9 manual. De igual manera se incumple el manual en su numeral 5.6 Control de cambios del diseño y desarrollo al referir que se deben guardar las versiones numeradas de manera secuencial y con la fecha de actualización, igualmente que las observaciones, realimentaciones y cambios que se generen sobre el diseño deben quedar registradas en acta de reunión o correos electrónicos Pág. 9 del Manual.

| Acciones | Verificación de la Eficacia |
|--|--|
| Desde septiembre de 2014, todos los Diseños realizados por el Grupo cumplen con los parámetros del Manual de Operaciones. Antes de esta fecha los documentos del Grupo no contaban con la directriz de Plan de Trabajo Individual. | <p>Se actualizó la caracterización del proceso y se está en proceso de publicación del manual actualizado, el mismo será socializado con las dependencias, grupos y equipos de trabajo para garantizar su apropiación. Se contempla para todos los diseños la elaboración de un plan de acción para la construcción del mismo y el respectivo seguimiento. El indicador de proceso definido y las acciones de tratamiento para los riesgos identificados contribuyen al cumplimiento del manual según su vigencia.</p> <p>Frente a lo anterior, tanto en el desarrollo de la auditoría como en la validación de la documentación, por parte del Grupo de Control Interno se evidenció que no se han presentado situaciones similares a las identificadas en la No Conformidad.</p> <p>Por lo anterior, se establece que el plan de mejoramiento fue EFICAZ.</p> |

Oportunidad de Mejora No.6. Se evidenció que el proceso lleva a cabo el seguimiento del plan operativo del grupo de diseño 2015 (que está integrado con el plan operativo del grupo de articulación territorial), del mapa de riesgos, de los indicadores de proceso y de las acciones del plan de mejoramiento (auditoría de calidad realizada en el primer trimestre de 2014). Pero al revisar los registros (fuentes de verificación de indicadores y acciones), no es comprensible la relación registro con indicador o actividad y fecha de corte. Por lo anterior evaluar la necesidad una mejora sobre este aspecto, teniendo en cuenta que según la NTCGP1000:2009, en su numeral 4.2.4 Control de los registros, menciona los registros deben permanecer, fácilmente identificables y recuperables.

| Acciones | Verificación de la Eficacia |
|----------|-----------------------------|
|----------|-----------------------------|

Se hará la revisión en el Plan de Mejoramiento 2015 la Coherencia entre las acciones y los medios de verificación de cada hallazgo, en términos de redacción y se consultará a la Oficina Asesora de Planeación la Viabilidad del ajuste en la redacción del indicador en el Sistema.

Se realizará revisión por parte del Coordinador del Grupo una vez esté cargado en el Sistema para minimizar dificultades en la formulación y la redacción de los reportes

La dirección programática ha establecido varios puntos de control para garantizar la calidad de los reportes y las evidencias. Un primer punto de control (autocontrol) por parte de la coordinación del grupo de diseño para el caso de los indicadores que son de competencia directa o por parte del equipo de enfoques diferenciales según aplique. Un segundo punto de control desde el despacho de la Subdirección Territorial donde de manera preliminar trimestral se revisan reportes y evidencias de cada uno de los planes. Posteriormente desde la DPR se revisan los reportes y se emiten las recomendaciones de ajuste, todo esto previo al registro en SIGER.

Frente a lo anterior, tanto en el desarrollo de la auditoría como en la validación de la documentación, por parte del Grupo de Control Interno se evidenció que no se han presentado situaciones similares a las identificadas en esta oportunidad de mejora.

Por lo anterior, se establece que el plan de mejoramiento fue **EFICAZ**.

Plan de Mejora PM-17-00004: Este plan de mejora está constituido por una (1) No Conformidad con una (1) acción, la cual ya se había revisado su eficacia y se determinó que era Ineficaz, por lo tanto, se reevaluara nuevamente, se detallan a continuación junto con los resultados de la verificación.

No Conformidad No.2. “No se cumplió con las metas del Plan Operativo 2015 como se evidenció en los indicadores Nivel de Avance en la construcción del documento de Lineamientos Metodológicos para Atención Diferencial en sus componentes de Discapacidad, Género, Etnias y Desvinculados elaborados, específicamente, en el componente de etnias (meta dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, Todos por un nuevo país) y Nivel de Avance en la reformulación de los documentos de Enfoque y Dimensiones de la Ruta de Reintegración, ni con la meta del Plan Operativo 2016 como se evidenció en el indicador Documento “Guía de Entrenamiento a Profesionales Misionales de GT y PA, (Ruta de Reintegración, Estrategia Multimodal en Salud Mental y Procesos Operativos), incumpliendo lo establecido en el numeral 4.1, literal f de la NTC GP1000:2009.

| Acciones | Verificación de la Eficacia |
|---|--|
| <p>“Documentar y evidenciar el cumplimiento de la construcción del documento de lineamientos metodológicos para atención diferencial en el componente de etnias, de acuerdo con la meta establecida en el POA 2015”.</p> <p>En la revisión efectuada se evidencia que esta acción se considera Ineficaz dado que, a la fecha, la Agencia aún no cuenta con un documento institucional sobre el tema de atención diferencial en el componente de etnias.</p> | <p>El documento fue elaborado en 2019, y publicado, SE DENOMINA: “LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE ÉTNICO EN LOS PROCESOS DE REINTEGRACIÓN Y REINCORPORACIÓN”, y el seguimiento trimestral a las metas y los puntos de control establecidos permiten garantizar el cumplimiento o su ajuste oportuno en caso de que por causas externas se requiera.</p> <p>Frente a lo anterior, tanto en el desarrollo de la auditoría como en la validación de la documentación, por parte del Grupo de Control Interno se evidenció que no se han presentado situaciones similares a las identificadas en la No Conformidad.</p> <p>Por lo anterior, se establece que el plan de mejoramiento fue EFICAZ.</p> |

Plan de Mejora PM-20-00006: Este plan de mejora está constituido por dos (2) No Conformidades cada una con tres (3) acciones respectivamente, las cuales se detallan a continuación junto con los resultados de la verificación.

| <p>No Conformidad No. 1 . En revisión de los documentos registrados en SIGER, para el proceso de DISEÑO se evidenció que en: • Documentos Complementarios: o Componente de Atención Diferencial para Desvinculados, Envejecimiento y Vejez Ruta Especial de Justicia y Paz; LINEAMIENTOS PARA LA PARTICIPACION POLITICA Y CIUDADANA; MODELO DE REINTEGRACIÓN EN ENTORNOS DE FORMACION PRODUCTIVA PARA PERSONAS MAYORES; Modulo Aprender la Reintegración en Clave de Género y Derechos de las Mujeres; PERSPECTIVA PSICOSOCIAL Y SU RELACION CON LA RUTA DE REINTEGRACIÓN y RUTA DIFERENCIAL PARA PERSONAS EN PROCESO DE REINTEGRACIÓN (PPRE) ESPECIAL CON ROL DE EX MANDOS; al consultar cada uno de estos documentos su título difiere al que se encuentra en la ficha del documento registrado en el SIGER; adicionalmente, en el documento Componente de Atención Diferencial para Desvinculados, Envejecimiento y Vejez Ruta Especial de Justicia y Paz se observa que conservan el logo de la ACR en las páginas 2, 3 y 4 mientras que las demás páginas si tienen el logo vigente de la ARN.</p> <p>•CARACTERIZACIÓN: Se observa que dentro los requisitos se deben actualizar porque la Norma NTC GP 1000 está abolida.</p> <p>•“MANUAL DE OPERACIÓN DEL PROCESO DISEÑO” (Código DP-M-01 de fecha 2017-06-22), se encontraron actividades y/o apartes que se deben actualizar de acuerdo con la misionalidad de la Entidad tal y como se evidenció en los numerales 2. “Alcance”; 5.1. “Necesidades y Planificación del Diseño y Desarrollo”; 5.3 “Revisión y verificación del diseño y desarrollo”; 5.5 “Validación del diseño y desarrollo”; adicionalmente, se deben validar los registros que efectivamente deben reposar para dar cumplimiento a este manual.</p> <p>Por lo anterior, se observa que el Proceso de Diseño debe continuar con la actualización de los documentos con el fin de dar cumplimiento a la Actividad 6 “Elaborar o ajustar los documentos” del Procedimiento Control de Documentos (Código GD-P-04, V-7, fechado el 18/03/2019) que tiene establecida la Entidad para este fin.</p> | |
|--|--|
| Acciones | Verificación de la Eficacia |
| AC1: Presentar listado con la identificación de los documentos (métodos de operación) que fueron objetados durante la auditoria interna. | <p>El grupo de diseño realizó revisión y ajuste en las vigencias 2019 y 2020 no solo de los documentos con hallazgos sino la totalidad de documentos asociados al proceso para garantizar su vigencia y cumplimiento de los criterios establecidos. Se actualizó caracterización y manual y se lleva registro de documentos con matriz desde secretaria general y planeación, la cual tiene seguimiento mensualmente en los comités institucionales y semanalmente el grupo realiza seguimiento a su matriz.</p> <p>Por lo anterior, se establece que el plan de mejoramiento fue EFICAZ.</p> |
| AC2: Realizar la debida actualización de la documentación y su posterior solicitud de modificación en SIGER, según el caso y de acuerdo a los parámetros vigentes en SIGER. Evidencia (correos con remisión la OAP para la actualización de documentos). | |
| AC3: Realizar verificación bimestral sobre la actualización de los métodos de operación. Evidencia: Matriz con el seguimiento | |

No Conformidad No. 2 En revisión de calidad de las evidencias que soportan la acción 56 del Plan de Acción Institucional “Nivel de avance en el diseño e implementación de la estrategia para el desarrollo del enfoque diferencial en 2019” se evidenció:

a) Primer trimestre: Avance Lineamiento Género y Reincorporación_31marzo2019.docx - no tiene imagen corporativa; Copia de DP-F-03 Plan de trabajo ETNIAS.xlsx no se encuentra debidamente diligenciado; Copia de Plan CONPES 3931 vigencia 2019 CONSOLIDADO Discapacidad.xlsx - no tiene logo, quien elaboró, quien revisó; No hay evidencias de la sensibilización, en el punto 4 de la descripción esta no se encuentra soportada.

b) Segundo trimestre: existen archivos que no son fáciles de asociar como evidencia a lo adelantado para el segundo trimestre.

c) Tercer Trimestre: Reporte PAI T3.docx – Sin logo, sin quien elaboró, quien revisó, quien aprobó y fecha de elaboración; Metodología de trabajo pilotos de Reintegración y Reincorporación Julio-Diciembre 2019.pdf – documento sin logo.

Lo anterior evidencia que el Proceso de Diseño está incumpliendo con lo establecido en el numeral 5.4 “Gestión de Evidencias”, literal i “Evidencias propias de la ARN” del Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional, Código DE-M-03, Versión 7 de fecha 2018-09-10.

| Acciones | Verificación de la Eficacia |
|--|---|
| AC1: Identificación de las evidencias a ser cargadas trimestralmente, respecto al reporte de gestión | La dirección programática ha establecido varios puntos de control para garantizar la calidad de los reportes y las evidencias. Un primer punto de control (autocontrol) por parte de la coordinación del grupo de diseño para el caso de los indicadores que son de competencia directa o por parte del equipo de enfoques diferenciales según aplique. Un segundo punto de control desde el despacho de la Subdirección Territorial donde de manera preliminar trimestral se revisan reportes y evidencias de cada uno de los planes. Posteriormente desde la DPR se revisan los reportes y se emiten las recomendaciones de ajuste, todo esto previo al registro en SIGER. Por lo anterior, se establece que el plan de mejoramiento fue EFICAZ . |
| AC2: Corrección trimestral de los aspectos formales encontrados en la auditoría, así como del aporte de los soportes y evidencias, de acuerdo a las disposiciones institucionales. | |
| AC3: Entrega de listado verificado trimestral de los documentos elaborados, que son objeto de evidencias de gestión en la vigencia. | |

Teniendo en cuenta los resultados de la verificación y evaluación de la eficacia de los planes de mejoramiento en los cuales sus acciones fueron revisadas y cerradas como mínimo hace cuatro meses se concluye que los planes de mejora asociados al Grupo de Diseño se consideran eficaces en su totalidad.

4.7 MÉTODOS DE OPERACIÓN

Respecto a los métodos de operación y documentación del proceso se validó en el aplicativo SIGER y se indagó al Líder Proceso y equipo de trabajo, respecto a lo cual señalaron la totalidad de documentos del proceso así: 1 Caracterización, 1 Normograma, 3 Formatos, 1 Manual, 11 Guías y 18 documentos complementarios, para un total de 35 (treinta cinco) documentos asociados al Grupo de Diseño.

De otra parte, en lo referente a la actualización de los Documentos del Proceso, se indicó y se observó la matriz de actualización y elaboración de documentos del grupo alineado al proceso de actualización de documentos del Sistema Integrado de Gestión.

• Caracterización del Proceso de Diseño

El líder del proceso con su equipo de trabajo informó que se realizó la actualización de la caracterización en el año 2020, realizando un cambio sustancial en el objetivo del proceso, la

validación realizada fue basada en este documento denominado: CARACTERIZACIÓN PROCESO DE DISEÑO con código: DP-C-01 - V-6 de 2020-11-20, con el cual se validaron los siguientes ítems:

- ✓ Validación de la actividad en el Planear para: “identificar y caracterizar necesidades, recursos y propuestas de la población sujeto de atención y los profesionales”, en este ítems se menciona por parte de la Coordinadora que para Reincorporación se tuvo en cuenta el censo realizado por la Universidad Nacional del 2016, el registro de reincorporación y el instrumento de línea de base y a partir de esos instrumentos se identifican las necesidades de los grupos focales en ETCR, y para Reintegración el Instrumento de línea de base en SIRR, mandatos que hay como el CONPES, estrategias del CONPES, directrices, normas, instancias y acuerdos entre otros.
- ✓ Validación de la actividad en el Hacer para: “Validar el diseño con grupos de interés”, se indica que se realizan validaciones internas y externas, la validación interna o a nivel institucional se refiere a los profesionales que van a realizar la implementación, coordinadora grupo de diseño y la implicada en el diseño solicitado por ej. Maribel y el GT hacen la validación con personas a cargo de las personas vinculadas; y la validación a nivel externo se realiza con la UTR quien envía a E común que es la cooperativa que agrupa las cooperativas de los exintegrantes, de conformidad con el Acuerdo y decretos que regulan el proceso de reincorporación.
- ✓ Validación de la actividad en el Verificar para: “Realizar monitoreo a la pertinencia del diseño a partir de los insumos de la implementación”, se indica que de acuerdo al ajuste de la nueva caracterización se va a realizar una integración con implementación, a partir del 1er año de la implementación. Salen las actas y análisis del grupo de implementación para los ajustes. Se incluyó un nuevo campo para analizar las necesidades y como se va monitorear la implementación del diseño.
- ✓ Validación de la actividad en el Actuar para: “Actualizar y ajustar los diseños según necesidades”, se indica que para el ejercicio de certificación se está haciendo la actualización de todos los documentos para reintegración, y que hay una matriz de los documentos para validar que documentos se van a actualizar y este ejercicio se hace con planeación; a la fecha de la auditoría hay 8 documentos actualizados y publicados totalmente, 12 pendientes en planeación, 3 documentos se van a subir el 02-09-2021. Adicional a esto se indica que cada persona tiene un tema asignado en Diseño (ej. familia y enfoque diferencial de vida), teniendo en cuenta componentes que se estén actualizando desde el Grupo de atención territorial, indican que los ajustes fueron en formatos principalmente, que pasaron a guías y se realizaron también cambios de fondo.

Frente a lo indicado se identificó que la motivación para los últimos ajustes realizados estuvo soportada por el ajuste documental realizado institucionalmente, y al respecto no se tiene una metodología ni periodicidad definida para ajustar cada diseño conforme a las modificaciones normativas o conceptuales que se pueden presentar en la dinámica del proceso, para mantener los documentos optimizados, e incluso integrados a la gestión del conocimiento institucional, lo cual se registra como un aspecto por mejorar.

• Manual de Operación del Proceso de Diseño

Se realizó la validación del MANUAL DE OPERACIÓN DEL PROCESO DISEÑO registrado en SIGER con código: DP-M-01, VERSIÓN V-3 de fecha 2017- 06-22, debido a que según lo mencionado el nuevo manual está pendiente de publicación, con este documento se validó la trazabilidad y aplicación del mismo en los diseños generados para el periodo comprendido entre el mes de agosto de 2020 a agosto de 2021, para este periodo se remitieron siete (7) formatos correspondientes a Planes de trabajo (DP-F-03), cinco registros y para el seguimiento a ajustes sugeridos de diseños y desarrollos (DP-F-01), dos registros, del formato de solicitud no se remitió ningún registro debido a que durante este periodo no se presentó ninguna solicitud de diseños nueva.

De la verificación de los formatos DP -F02 (formato de solicitud del diseño y desarrollo), DP-F-03 (Formato Plan De Trabajo Por Diseño) y DP-F-01 (Formato para el seguimiento a ajustes sugeridos de diseños y desarrollos), diligenciados (registros), se encontraron las siguientes situaciones:

- Que de los tres registros remitidos del formato DP-F-01, ninguno tenía diligenciado el campo "Nombre del diseño".
- Que no es posible identificar la fecha de revisión de los ajustes o del seguimiento realizado, en los formatos DP-F-01 para los tres trimestres 2020, y, en los formatos DP-F-03 en los trimestres de 2021.
- Que en los formatos DP-F-01 los seguimientos se realizan separados por trimestre dificultando la trazabilidad y la identificación de que pasa con los ajustes pendientes en el desarrollo de todo el diseño.

Las anteriores situaciones evidencian la necesidad de validar los formatos utilizados actualmente y sus campos para no perder la trazabilidad durante las etapas de los diseños, así como para que queden alineados a la versión del nuevo manual que esta por publicarse, esa situación queda registrada como en aspecto por mejorar en el presente informe.

• Normograma del Proceso de Diseño

Se realiza la validación del documento cargado en SIGER como Normograma con código: DP-N-01, en su V-11, del 27 de noviembre de 2020, en lo referente se indicó por la coordinadora del grupo que se realiza la actualización de manera anual y la última versión actualizada fue para la vigencia de 2020.

- Se indago por la Resolución 2175 de noviembre 2020, la cual no se identificó incluida en el normograma, al respecto se menciona que no se tiene una línea definida de como proceder con la actualización y por lo general se tiene un plazo hasta que se inicie la implementación de la normatividad para incluirla al normograma, sin embargo, que en la próxima versión ya se encuentra incluida esta resolución. Frente a lo mencionado se considera importante que se alinee dentro de la entidad con el proceso de gestión jurídica y Direccionamiento estratégico y en lo posible se unifique para que se genere de manera integrada, al respecto en el presente informe se incluirá como una oportunidad de mejora transversal.

4.8 SISTEMAS ADOPTADOS POR LA ARN

Se procedió a la verificación de las responsabilidades que tiene el Grupo de Diseño 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, el Sistema de Gestión Ambiental y el Proceso Estadístico - PE1000. Esta verificación se realizó, por una parte, a través de la indagación y verificación de evidencias con la Coordinadora del Grupo 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 Grupo.

El formulario se realizó a través de la herramienta Forms y está constituido por 30 preguntas de conocimiento y percepción sobre los Sistemas de Gestión adoptados por la Entidad. A la fecha de la auditoría el Grupo cuenta con nueve (9) funcionarios y dos (2) contratistas de los cuales la totalidad diligenciaron el formulario a excepción de un funcionario que se encontraba en vacaciones. Con base en los resultados obtenidos se describen las principales fortalezas y oportunidades de mejora que debe tener en cuenta el Grupo. El detalle de los resultados para cada una de las preguntas se remite como anexo al presente informe.

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

4.8.1 GESTIÓN DE CALIDAD (NTC ISO 9001:2015)

En el desarrollo de la Auditoría se verificó el cumplimiento de las disposiciones en términos de calidad en el Grupo de Diseño con base en lo establecido en el Manual del Sistema Integrado de Gestión para la Reintegración Código DE-M-04, versión 4 del 16/11/2016, documentación asociada y requisitos de la norma ISO 9001, específicamente los numerales: 4.1 Comprensión de la organización y su contexto; 7.1 Recursos; 7.2 Competencia; 7.4 Comunicación; 8.5 Producción y prestación del servicio; 8.6 Liberación de los productos y servicios; 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación; 9.1.2 Satisfacción del cliente, observando lo siguiente:

- Se evidenció que se tiene claridad sobre los sistemas de gestión en los cuales se encuentra certificada la ARN y en cuáles se va a certificar.
- Como Grupo apoyan los procesos de certificación de la Agencia participando de los procesos de capacitación y sensibilización brindados, junto con, la asignación de una persona que apoya los temas de capacitación sobre MIPG y el avance de los sistemas de acuerdo con las orientaciones dadas por la Oficina Asesora de Planeación.
- El Grupo manifestó contar con los recursos de infraestructura, tecnológicos, financieros y físicos, los cuales son suficientes para desarrollar sus labores y cumplir con los objetivos de la Entidad.

- El Coordinador del Grupo demuestra conocimiento sobre la manera y las herramientas que se utilizan en la formulación y ejecución del presupuesto asignado a la ARN y a cada una de las dependencias. Según la fuente de financiación el grupo realiza un acuerdo de desempeño, realizando una proyección de los recursos financieros necesarios.
- Manifiestan que las personas que conforman el Grupo cuentan con la competencia e idoneidad necesario para el desarrollo de las actividades.
- El Coordinador del Grupo demuestra conocimiento y apropiación sobre las funciones que desempeña, resaltando las funciones de seguimiento a los temas a cargo, la interlocución con otras áreas, el acompañamiento a los diseños y la orientación en los procesos de entrenamiento.
- Manifiestan que el proceso del cual hacen parte contribuye al cumplimiento del objeto misional a través de la prestación del servicio de entrenamiento y capacitación a los profesionales, junto con el acompañamiento en la creación de lineamientos internos para la presentación del servicio, así mismo, realizan capacitaciones Moodle para la población objeto, sin embargo, indica que sería bueno realizar un consenso sobre cuál es el servicio que presta la entidad.
- En relación con los controles aplicados para el cumplimiento de las actividades propias de la dependencia se resalta que se elabora un plan de acción, que es definido en equipo, y se realiza su seguimiento a través de reuniones por lo menos una vez al mes; realizan seguimiento al plan de segundo nivel; realizan las evaluaciones del desempeño y supervisión de contratos y trimestralmente reportan el cumplimiento de los indicadores.
- Como proceso misional no identifican cual es el servicio no conforme, aun no hay claridad del servicio no conforme que se puede generar en el desarrollo de sus funciones a cargo.
- El Grupo reporta el cumplimiento de indicadores, aunque la mayoría no son de resorte directo del Grupo, debido a que están bajo la responsabilidad del Equipo de Enfoques Diferenciales de la Subdirección territorial .
- Sobre la satisfacción del cliente, el Grupo participa en la generación de los ítems que hace parte de la encuesta de satisfacción de los grupos de valor, de interés y partes interesadas que es coordinador por el Grupo de Atención al Ciudadano. El Auditado manifiesta que a la fecha no se ha realizado el análisis de los resultados que consolida el grupo de atención al ciudadano de la última encuesta.
- Frente a la gestión del Grupo en la implementación de los Sistema de Gestión adoptados por la ARN informan que han atendido las solicitudes de información y orientaciones dadas por las dependencias líderes de cada Sistema, sin embargo, no han realizado un análisis y evaluación de esta gestión.
- Para determinar el mejoramiento continuo del proceso se hace seguimiento a los indicadores del proceso y los indicadores del plan de segundo nivel. Así mismo, en el último trimestre realizaron socialización para la construcción de la caracterización, incluyendo todos los actores involucrados como parte de la mejora del proceso.
- Respecto del control interno, realizan autocontrol en el seguimiento y verificación de las actividades que desarrollan, soportado en las actas como en los reportes en SIGER del plan de

segundo nivel. Igualmente, realizan las evaluaciones del desempeño y las supervisiones a cargo a través de informes mensuales, avales de pago y seguimiento de los productos.

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

- El Grupo tiene claridad y conocimiento que la ARN presta un servicio, sin embargo, no se encontró un consenso sobre el servicio que se presta, en donde el 50% establece que el servicio es el acompañamiento de la población objeto, y, el otro 50% presentó respuestas variadas que como tal no identifican un servicio claro. Por otra parte, se evidenció que tienen claridad que pertenecen al proceso misional conforme se tiene establecido en el mapa de procesos de la ARN.
- Frente a las responsabilidades que tiene los empleados públicos y contratistas frente a los Sistemas de Gestión adoptados por la ARN se evidenció respuestas variadas, motivo el cual es importante identificar las responsabilidades y roles establecidos por cada sistema de gestión dependiendo si son funcionarios con personal a cargo y supervisores, o funcionarios sin personal a cargo, o contratistas.
- El 100% del Grupo manifiesta haber participado en la identificación y gestión de los riesgos institucionales.
- El 100% del Grupo tiene conocimiento sobre la documentación que aplica a las actividades que realiza y dónde está publicada.
- Del total de encuestados el 60% identificó la línea de defensa a la que hacen parte de acuerdo con el esquema establecido por la ARN, por lo cual es importante su retroalimentación y apropiación.
- Se observó que el 90% de los encuestados realizó la capacitación impartida por el DAFP sobre el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- En relación con los conocimientos sobre el Sistema de Gestión de Calidad se observó que el 80% de los encuestados conocen su política; el 60% saben cómo están asignados los Roles y Responsabilidades; el 90% considera que se promueve la toma de conciencia; el 90% han recibido capacitaciones sobre este Sistema de Gestión; el 100% conoce que el Grupo tiene definido un enlace (delegado) para la implementación de este Sistema de Gestión.
- Por último, sobre la percepción del grado de conocimiento de cada encuestado frente al Sistema de Gestión Ambiental – SGA se observó que el 40% de los encuestados consideran que su grado de conocimiento esta entre 0 – 6, y el 60% considera que su grado de conocimiento esta entre 7 – 8.

4.8.2 Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (NTC/ISO 45001:2015)

En el desarrollo de la Auditoría se verificó el cumplimiento de las disposiciones en materia de seguridad y salud en el trabajo en el Grupo de Diseño con base en lo establecido en el Manual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo con código TH-M-02, versión 1 del 28/04/2020, documentación asociada y requisitos de la norma ISO 45001, específicamente los numerales 5.1

Política de la SST; 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades; 8.2 Preparación y respuesta ante emergencias, observando lo siguiente:

- El Coordinador del Grupo demuestra conocimiento y apropiación del compromiso, así como, la asignación de roles y responsabilidades con respecto al Sistema de GS-SST.
- El Grupo tiene conocimiento que la ARN ha identificado los peligros y la evaluación de riesgos en materia de SST.
- Conocen que el Sistema de SST cuenta con una manual que esta publicado en SIGER en donde están asignados los roles y responsabilidades. Aun así, se identificó que no tenían conocimiento que dependencia era la líder del Sistema.
- Demuestran conocimiento sobre los riesgos y peligros de SST asociados al Grupo. Como control para evitar la materialización de estos riesgos y peligros participan en las pausas activas.
- Manifiestan no tener conocimiento sobre los controles establecidos por la Entidad para asegurarse de que la compra de bienes (productos; materiales o sustancias peligrosas; materias primas; equipos, etc.), y/o servicios se encuentra conforme con los requisitos establecidos para el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
- El Brigadista del Grupo manifiesta haber participado en procesos de formación y en simulacros de evacuación.

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

- En relación con los conocimientos sobre el Sistema de Gestión de SST se observó que, del total de encuestados, el 80% conoce su política, sus roles y responsabilidades y han recibido capacitaciones sobre este Sistema de Gestión; el 90% considera que se promueve la toma de conciencia.
- Por otra parte, el 90% de los encuestados conocen que es un incidente de SST y un accidente de SST, conocen como se reporta un incidente de SST y un accidente SST; el 100% sabe cómo proceder en una situación de emergencia de SST; el 90% reporta que la ARN realizó una evaluación de su sitio de trabajo; y el 100%, reporta haber participado en ejercicios de simulacros de emergencias de SST.
- El 50% de los encuestados informa conocer que la Entidad ha establecido un proceso para la eliminación de peligros, sustitución a materiales ecológicos y/o procesos o equipos menos peligrosos.
- Por último, sobre la percepción del grado de conocimiento de cada encuestado frente al Sistema de Gestión de SST se observó que el 10% de los encuestados consideran que su grado de conocimiento esta entre 0 – 6 y el 80% considera que su grado de conocimiento esta entre 7 – 8 y el 10% considera que su grado de conocimiento esta entre 9 – 10.

4.8.3 Sistema de Gestión Ambiental (Norma NTC ISO 14001:2015)

En el desarrollo de la Auditoría se verificó el cumplimiento de las disposiciones en materia ambiental en el Grupo de Diseño de acuerdo con lo establecido en el Manual de Gestión Ambiental con código GA-M-05, versión 1 del 25/09/20219; documentación asociada y requisitos de la norma ISO 14001, específicamente los numerales 5.1 Liderazgo y compromiso, 6.2.2 Planificación de acciones para lograr los objetivos ambientales, 8.1. Planificación y control operacional, observando lo siguiente:

- El Coordinador del Grupo y el Guardian Ambiental, roles dentro del SGA, demostró conocimiento sobre las responsabilidades y compromisos frente al Sistema, establecidas en el numeral 6.5 Roles y responsabilidades del Manual de Gestión Ambiental.
- Frente a la ejecución y seguimiento al Plan de Gestión Ambiental se evidenció que el Guardian Ambiental participa del plan de capacitaciones establecido, así como, retroalimenta al Grupo haciéndolos participes de las actividades que se desarrollan. Igualmente, se reporta la información necesaria sobre las personas que asisten por mes a las instalaciones de la ARN, sobre las buenas prácticas establecidas, sobre el manejo de residuos, los controles establecidos, materias primas e insumos utilizados y demás información solicitada para la implementación del SGA.

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

- En relación con los conocimientos sobre el Sistema de Gestión Ambiental se observó que del total de encuestados el 20% conoce su política; el 10% sabe cómo están asignados los Roles y Responsabilidades; el 20% considera que se promueve la toma de conciencia; el 10% ha recibido capacitaciones sobre este Sistema de Gestión; el 20% conoce que el Grupo tiene definido un enlace (delegado) para la implementación de este Sistema de Gestión.
- Por otra parte, el 40% conoce que es una contingencia ambiental; el 20% conoce como se reporta una contingencia ambiental; el 30% sabe cómo proceder en una situación de emergencia Ambiental; el 10% ha participado en ejercicios de simulacros de emergencia Ambiental.
- Por último, sobre la percepción del grado de conocimiento de cada encuestado frente al Sistema de Gestión Ambiental se observó que el 80% considera que su grado de conocimiento esta entre 0 – 6 y el 20% considera que su grado de conocimiento esta entre 7 – 8.

4.8.4 Sistema de Seguridad de la Información (Norma NTC ISO 27001:2013)

En el desarrollo de la Auditoría se verificó el cumplimiento de las disposiciones en materia de seguridad de la información en el Grupo de Diseño, 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:

- El Coordinador del Grupo ARN demostró conocimiento sobre las responsabilidades y compromisos frente a este Sistema de Gestión.
- El Grupo manifiesta que para garantizar la confidencialidad de la información cumplen con las pautas de transferencia para encriptación de datos; para la disponibilidad de la información se realiza a través del cargue de la información de su proceso en SIGER; y frente a la integridad de la información toman las medidas de control establecidas en la Matriz de Activos de Información.
- El Grupo demuestra que tiene conocimiento sobre el proceso de notificación acerca de la eliminación de permisos de acceso a sistemas, carpetas y entrada a las sedes para las personas con novedades o que se desvinculan de la Agencia.
- El Grupo demuestra tener conocimiento sobre el protocolo para el manejo de los permisos a las carpetas compartidas y sobre los controles determinados para el manejo de la información confidencial.
- Se demuestra conocimiento sobre los activos de información identificados y manejados en el Grupo.
- Identifican como riesgo de Seguridad de la Información asociados a su dependencia, el riesgo de protección de datos personales y la pérdida de información.

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

- En relación con los conocimientos sobre el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información se observó que del total de encuestados el 100% conoce su política; el 90% sabe cómo están asignados los Roles y Responsabilidades; el 80% consideran que se promueve la toma de conciencia; el 100% han recibido capacitaciones sobre este Sistema de Gestión; el 90% conoce que el Grupo tiene definido un enlace (delegado) para la implementación de este Sistema de Gestión.
- Por otra parte, el 100% de los encuestados conoce que es un incidente y evento de seguridad; el 80% conoce como se reporta un incidente de seguridad y el 60% un evento de seguridad.
- El 50% de los encuestados informa que le han socializado la Declaración de Aplicabilidad del SGSI de la ARN.
- Por último, sobre la percepción del grado de conocimiento de cada encuestado frente al Sistema de Seguridad de la Información se observó que el 10% de los encuestados consideran que su grado de conocimiento esta entre 0 – 6 y el 90% consideran que su grado de conocimiento esta entre 7 – 8.

4.8.5 Norma Técnica de la Calidad del Proceso Estadístico (NTC PE 1000:2017)

En el desarrollo de la Auditoría a través del cuestionario se indagó sobre la Norma Técnica de la Calidad del Proceso Estadístico (NTC PE 1000), observando que el 80% tiene conocimiento que la ARN tiene dos operaciones estadísticas certificadas; el 60% conoce su política; el 50% conoce como están asignados los roles y responsabilidades; el 50% considera que se promueve la toma de conciencia; el 60% ha recibido capacitaciones; el 30% conoce que el Grupo tiene definido un enlace (delegado) para la implementación de esta norma y el 100% conoce en que consiste la Operación Estadística de la Entidad.

Sobre la percepción del grado de conocimiento de cada encuestado frente al proceso estadístico de la ARN, el 60% considera que su grado de conocimiento está entre 0 – 6 y el 40% considera que su grado de conocimiento está entre 7 – 8.

5. CONCLUSIÓN GENERAL

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

Finalmente, y resultado de la auditoría adelantada se observó que la gestión adelantada por el Grupo 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.

5.1 Conformidades.

- El desarrollo y gestión con respecto a los temas de competencia del Proceso de Diseño, es una labor a resaltar por el compromiso y diligencia que se tienen, al acometer estos asuntos.
- La organización documental y administración del archivo físico y digital de acuerdo a los lineamientos de la Entidad.
- La disposición en la atención de los requerimientos en el ejercicio auditor por parte del líder del proceso y el equipo de trabajo.
- Se identifica que, aunque no se cuenta con indicadores propios del grupo dentro de los planes institucionales que se manejan en la entidad, se identifica apoyo en el reporte de los mismos de la coordinación de este grupo, con oportunidad y calidad.
- Se identifica que como parte del autocontrol del grupo de diseño se maneja un plan de segundo nivel el cual reportan a la subdirección territorial.
- Se destaca el Informe semanal, de la parte precontractual y los avances a la subdirección territorial frente a la supervisión de los contratos a cargo del grupo de diseño.

5.2 No Conformidades

El Grupo de Diseño presenta debilidades en el cargue de evidencias en las carpetas compartidas, teniendo en cuenta la validación realizada para el indicador del Proceso y los dos(2) riesgos del mapa de riesgos, debido a que se identificó que para el primer trimestre del año 2021 a la fecha de la auditoría (30/08/2021) no se cuenta con evidencias en las carpetas compartidas para la validación de la gestión reportada para este trimestre, lo anterior incumple los lineamientos establecidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional (Codigo:DE-03, Versión: V-8) Numeral 5.4. "Evidencias". Adicionalmente, se materializa el riesgo "Indisponibilidad de la información en cualquier tipo de soporte".

5.3 Aspectos por Fortalecer

5.3.1 Grupo de Diseño

A continuación, se presentan los siguientes aspectos que podrían ocasionar No conformidades; no cumplimientos en el PAI, no cumplimiento o ineficacia en los Planes de Mejora y/o materialización de riesgos:

- En verificación de los formatos DP -F02 (formato de solicitud del diseño y desarrollo), DP-F-03 (Formato Plan De Trabajo Por Diseño) y DP-F-01 (Formato para el seguimiento a ajustes sugeridos de diseños y desarrollos), diligenciados (registros) durante el periodo comprendido entre el mes de agosto de 2020 a agosto de 2021, con los cuales se validó la trazabilidad y aplicación del manual de operación del proceso de diseño, así como el adecuado diligenciamiento de los mismos encontrando los siguientes aspectos a fortalecer:
 - ✓ Diligenciamiento del campo "Nombre del diseño". En el formato DP-F-01.
 - ✓ No se identifica la fecha de revisión de los ajustes o el seguimiento realizado, en los formatos DP-F-01 y DP-F-03.
 - ✓ Los seguimientos se realizan separados por trimestre dificultando la trazabilidad y la identificación de que pasa con los ajustes pendientes en el desarrollo de todo el diseño en el formato DP-F-01
- Definir una metodología y periodicidad para ajustar cada diseño conforme a las modificaciones normativas o conceptuales que se pueden presentar en la dinámica del proceso, para mantener los documentos optimizados, e incluso integrados a la gestión del conocimiento institucional.
- En el riesgo "Falencia en la apropiación de los diseños (documentos de estrategias y lineamientos conceptuales y metodológicos) de los procesos misionales de la entidad" cuyo control es: "*La coordinación del Grupo de Diseño trimestralmente verificará que las acciones de entrenamiento ejecutadas correspondan con las planeadas para cada periodo*", se evidenció que al revisar los soportes no es posible identificar que lo planeado fue lo que efectivamente se ejecutó, se identifican los soportes de las actividades realizadas, pero no es posible validar si corresponde a lo planeado por lo anterior, se debe fortalecer el registro del seguimiento.

- Se identifica que se puede incurrir en un incumplimiento para el indicador “Porcentaje de implementación del componente indígena del “Programa especial de armonización para la reintegración y reincorporación social y económica con enfoque diferencial étnico y de género 2021” del Plan Estratégico Sectorial, debido a que presenta en su resultado un rezago y que su cumplimiento se encuentra sujeto a la aprobación por la mesa de concertación de uno de sus productos y desde el mes de diciembre de 2020 se han generado alertas pero a la fecha no se ha obtenido aprobación del ajuste solicitado, esta gestión compete al equipo de Enfoques Diferenciales de la Subdirección territorial.
- Aunque se generan acciones de mejora frente al proceso, estas no son registradas en el SIG lo que, en consecuencia, no permite visualizar la mejora continua aplicada; teniendo en cuenta lo anterior, es importante registrar las oportunidades de mejora que se presentan en el Grupo en el Módulo de Mejora del mencionado Sistema. De esta manera se dará cumplimiento al numeral 10.3. “Mejora Continua” de la Norma ISO 9001:2015.
- El Grupo de Diseño presenta documentos para eliminación según lo identificado en la revisión de Gestión documental, por lo cual debe aplicar el “Procedimiento Para Eliminación Documental En Archivo Central “código: GD-P-02 en lo que respecta a la actividad 3 con el fin de depurar los archivos de gestión.
- Aunque constantemente se hace seguimiento a la gestión que se realiza en el Grupo, y esta no queda soportada es importante dejar el registro incluyendo el análisis integral de los sistemas adoptados por la Entidad; de esta manera se dará cumplimiento al Numeral 9.1.1. “Generalidades” de la Norma ISO 9001:2015.

5.3.2 Transversales

- No se identifica una directriz institucional, de como como preceder para la actualización del Normograma, por lo que se considera importante que se alinee dentro de la entidad con el proceso de **gestión jurídica y Direccionamiento estratégico** y se unifique para que se genere de manera integrada y se evite duplicidad de información.
- Fortalecer los procesos de capacitación y sensibilización por parte de **la Oficina Asesora de Planeación, Talento Humano y la Coordinación del Grupo de diseño** frente a los sistemas de gestión adoptados por la Entidad y el MIPG con el fin, primordial de apropiar el conocimiento por parte de los miembros del Grupo, toda vez que los resultados obtenidos en la encuesta realizada indican que el grado de conocimiento frente a estos sistemas es bajo.
- Para la definición de riesgos transversales como por ejemplo los riesgos de **Tecnologías de la Información, Talento Humano y Direccionamiento Estratégico**, se identifica la necesidad de incluir a los líderes de los procesos en la definición de los mismos desde el inicio; debido a que al revisar el seguimiento de los riesgos transversales que se están gestionando en la agencia, se identificó que lo reportado se limita a lo que el responsable del riesgos transversal definió como control y no se describen controles propios asociados a la necesidad identificada en cada proceso.

5.6 Recomendaciones

- El Grupo de Diseño, participa en la generación de los ítems que hace parte de la encuesta de satisfacción de los grupos de valor, de interés y partes interesadas que es coordinado por el Grupo de Atención al Ciudadano. Por lo cual se recomienda validar los resultados y la retroalimentación que pueda afectar la gestión del Grupo.
- Se identifica que las plantillas de los documentos cargadas en SIG, al copiar la información se desconfigura y no tienen un manejo muy amigable para realizar los ajustes, por lo anterior se recomienda revisar la optimización de las plantillas definidas por la entidad.

Elaborado por: Sandra Paola Estupiñán García – Auditora Líder
Derly Katherine Cubides Jaime – Equipo Auditor

Revisado y Aprobado: Eduardo Antonio Sanguinetti Romero – Asesor del Grupo de Control Interno de Gestión
Fecha de elaboración: septiembre 14 de 2021