

## Informe Definitivo de Auditoría

<b>NOMBRE DEL PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>
<b>LIDER DE PROCESO</b>	<b>ARMANDO RICARDO DELGADO SUÁREZ</b> Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
<b>AUDITORES</b>	<b>PAULO EMILIO MORILLO GUERRERO</b> Asesor Control Interno <b>JHON WILLIAM RUIZ RUBIO</b> Técnico Administrativo <b>JULIE ANDREA FANDIÑO PINTO</b> Contratista (Apoyo)
<b>FECHA DE AUDITORIA</b>	Junio de 2020

### OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

El objetivo de esta auditoria es evaluar las actividades realizadas en desarrollo de lo dispuesto por la normatividad y los procedimientos del proceso de Planeación y Sistemas, por parte de los responsables de ejecutar las tareas pertinentes.

### ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Revisión, evaluación y seguimiento de las actividades realizadas en el periodo comprendido entre el 1° de julio de 2019 hasta el 30 de mayo de 2020.

### EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

#### 1. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El Sistema de Gestión de la Calidad es una estructura de trabajo integrada a los procedimientos técnicos y gerenciales de una Entidad, que dirige y evalúa el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción del usuario; su objetivo es: ser guía de las acciones de la fuerza de trabajo institucional, evaluando la eficacia, eficiencia, adecuación y conveniencia del modelo de gestión a través del suministro de información confiable sobre su desempeño con respecto a los objetivos de calidad definidos, así como recomendar acciones correctivas o de mejora encaminadas al logro de estos objetivos.

#### **MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD MNL-SGC-001 Versión 8 Versión 8 (30/10/2019)**

El Manual de Calidad es un documento que sirve de consulta y apoyo en el conocimiento del Sistema de Gestión de Calidad implementado con base en la norma

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

NTC-ISO 9001:2015, además de cumplir con lo dispuesto en la Ley 872 de 2003, creadora del sistema de gestión de calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras Entidades prestadoras del servicio, que contempla en su Art. 6 "...1. *Los requisitos que debe contener la documentación necesaria para el funcionamiento del sistema de gestión de calidad, la cual incluye la definición de la política y objetivos de calidad, manuales de procedimientos y calidad necesarios para la eficaz planificación, operación y control de procesos, y los requisitos de información que maneje la Entidad.*"

La norma NTC GP 1000 es el estándar que sirve como herramienta en la evaluación del desempeño de las instituciones en términos de calidad y satisfacción social durante la prestación de los servicios por parte de las Entidades estatales.

El Manual de Calidad del Fondo de Previsión Social del Congreso de la República – FONPRECON- está articulado con las anteriores normas, además de estar compuesto por la política y objetivos de calidad, el alcance del Sistema de Gestión, exclusiones de la norma de calidad mencionada y la relación de los procedimientos documentados e interrelación de los procesos.

La Oficina de Planeación y Sistemas en atención a las observaciones del informe de auditoría anterior, a través del plan de mejoramiento, realizó una actualización del Manual del Sistema de Gestión de Calidad MNL-SGC-001 Versión 7, debido a la pérdida de vigencia del certificado NTGCP 1000:2009, además de dejarlo alineado con el nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en concordancia con el artículo 133 de la ley 1753 de 2015 y el Decreto 1499 de 2017.

### **PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD PRO-GCD-001 V.5 (2020)**

La Auditoría Interna de Calidad como herramienta de gestión es empleada dentro de la Entidad para evaluar su Sistema de Gestión de Calidad conforme a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2015.

El Manual de Calidad de FONPRECON contempla en el punto 8.5 "*Procedimientos obligatorios de calidad*" a las auditorías internas de calidad como un procedimiento requerido por las normas de calidad en las que la Entidad se ha certificado, esto con el fin de garantizar el mantenimiento y la mejora del Sistema de Gestión. Con lo anterior, el Sistema de Gestión de la Entidad, dispone del procedimiento PRO-GCD-001 V.5 para la ejecución de auditorías internas de calidad y sus formatos anexos.

La actividad inicial del procedimiento de la auditoría interna de calidad es la proyección del programa de auditorías de calidad, este debe ser elaborado por el auditor o gerente de calidad en el formato F01-PRO-GCD-001 dispuesto para este fin. El programa de

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

auditorías internas de calidad será aprobado por el Director General, quien puede solicitar cambios o adiciones al mismo.

Siguiendo la secuencia de las actividades del procedimiento, se formula el plan de auditorías internas en el formato F02-PRO-GCD-001 establecido para este fin.

Se verificó la existencia del Plan de Auditorías Internas tanto para la vigencia de 2019 como para la del 2020.

## PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS PRO-GCD-003 Versión 6 (13/02/2020)

La documentación de la información como resultado de la operación de la Entidad tiene una misión de vital importancia dentro del Sistema de Gestión de Calidad, el objetivo es servir de apoyo a los procesos y estandarizar la trazabilidad de la información en los procedimientos existentes. La norma NTC-ISO 9001:2015 plasma lo anteriormente señalado en el numeral 7.5 Información Documentada, dentro de este numeral se expone como debe realizar la administración y control de la documentación a través de los siguientes numerales:

*7.5.1 Generalidades de la información documentada*

*7.5.2 Creación y actualización de la información documentada*

*7.5.3 Control de la información documentada*

*El objetivo de este procedimiento es “establecer las actividades, condiciones, controles y decisiones necesarias para administrar y controlar la documentación interna y externa del Sistema de Gestión de la Calidad del Fondo de Previsión Social del Congreso de la Republica, con el propósito de garantizar que la misma esté actualizada y se conserve el conocimiento de la Entidad.”*

Cumplimiento con lo dispuesto en la norma ISO 9001:2015, FONPRECON dispone de un procedimiento para la administración y control de documentos PRO-GCD-003 Versión 6. Este procedimiento tiene establecido las actividades y condiciones para para administrar y controlar la documentación interna y externa dentro del Sistema de Gestión de Calidad existente en el Fondo.

Inicia con la solicitud o identificación de la necesidad de documentar una actividad, esta es realizada de manera verbal o escrita mediante un memorando, el responsable de calidad analiza si esta solicitud es viable, esta se codifica y se elabora o modifica según lo establecido en el PRO-CGD-002, posteriormente se recogen las firmas de los responsables del documento y se pasa a aprobación por parte del Director General.

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

Una vez finalizado este proceso se debe incluir en un Listado Maestro de Control de Documentos (F02-PRO-GCD-003) el cual se mantendrá disponible para consulta en la oficina del responsable de calidad.

Se observa en el procedimiento, que en el punto 8. denominado, “*controles existentes*”, incluye en su numeral 4. como control, “*Contratación de personal competente para que coordine y asesore en los diferentes temas y responsabilidades del sistema de gestión de la calidad*”, acción que no se puede establecerse como control dentro de las actividades del procedimiento. Es una condición importante, que no debería hacer parte del punto de controles existentes ni del procedimiento.

Es importante mencionar que los controles a implementar, deben contar con las siguientes variables:

- Debe tener definido el **responsable** de llevar a cabo la actividad del control
- Debe tener una **periodicidad** definida para su ejecución
- Debe indicar cuál es el **propósito** del control
- Debe **establecer el cómo** se realiza la actividad de control
- Debe **indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones** resultantes de ejecutar el control
- Debe dejar **evidencia** de la ejecución del control

La última actualización del procedimiento se efectuó el día 13 de febrero de 2020, en la que se incluyó en su base legal la Ley 1753 de 2015 artículo 133 en lo referente a sistemas de gestión y el decreto 1499 de 2017, por medio del cual se modifica el Decreto número 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.

### HALLAZGO No. 1- Ajuste de controles dentro del procedimiento para la administración y control de documentos PRO-GCD-003 versión 6

Se observa en el procedimiento, que en el punto 8. Denominado, “*controles existentes*”, incluye en su numeral 4. como control la “*Contratación de personal competente para que coordine y asesore en los diferentes temas y responsabilidades del sistema de gestión de la calidad*”, acción que no se puede establecerse como control dentro de las actividades del procedimiento. Es una condición importante, que no debería hacer parte del punto de controles existentes ni del procedimiento.

Por lo anterior se solicita ajustar el procedimiento retirando esta acción, asegurándose que los controles existentes en este título verdaderamente eviten el incumplimiento de

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

las actividades del procedimiento y sean efectivos.

### **PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE LOS REGISTROS PRO-GCD-004 Versión 4 (13/02/2020)**

Los registros son documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o resultados obtenidos; siendo estos útiles para la trazabilidad de la información y proporcionan evidencias de verificaciones, acciones preventivas o correctivas.

La norma ISO 9001:2015 señala que numeral 7.5.3.2 “...La información documentada conservada como evidencia de la conformidad debe protegerse contra modificaciones no intencionadas” esto con el objeto de garantizar la integridad, confidencialidad y uso adecuado de los documentos asociados a los procesos y sus resultados.

FONPRECON cuenta con el procedimiento para el control de registros PRO-GCD-004 Versión 4 cuyo objetivo es “Administrar y controlar los registros del Sistema de Gestión de la Calidad del Fondo de Previsión Social del Congreso de la Republica, con el propósito de conservar la memoria actual e histórica de actividades que requieran ser evidenciadas en los procedimientos”.

Se observa en el procedimiento que en el punto 8. denominado “controles existentes”, incluye en su numeral 3. como control, la “Contratación de personal competente para que coordine y asesore en los diferentes temas y responsabilidades del sistema de gestión de la calidad”, acción que no se puede establecerse como control dentro de las actividades del procedimiento. Es una condición importante, que no debería hacer parte del punto de controles existentes ni del procedimiento.

La última actualización del procedimiento se efectuó el día 13 de febrero del 2020, en la que se incluyó en su base legal la ley 1753 de 2015 artículo 133 integración de sistemas de gestión y el decreto 1499 de 2017, por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, además se realizó una revisión del documento dejándolo acorde a la norma ISO 14001:2015

### **HALLAZGO No. 2- Ajuste de controles dentro del procedimiento para el control de los registros PRO-GCD-004 versión 4**

Se observa en el procedimiento que en el punto 8. denominado “controles existentes, 3. Contratación de personal competente para que coordine y asesore en los diferentes temas y responsabilidades del sistema de gestión de la calidad”, acción que no se puede establecer como control dentro de las actividades del procedimiento. Es una condición importante

### **EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

que no debería hacer parte del punto de controles existentes ni del procedimiento.

Por lo anterior se solicita ajustar el procedimiento retirando esta acción asegurándose que los controles existentes en este título verdaderamente eviten el incumplimiento de las actividades del procedimiento y sean efectivos.

#### **HALLAZGO No. 3- Falta de seguimiento y control a los formatos utilizados en las actividades de diferentes procedimientos de la Entidad**

La Oficina de Control Interno ha observado en diferentes procesos la existencia y utilización de formatos dentro de los procedimientos y actividades que no se encuentran formalizados en el Sistema de Gestión de la Calidad. Los registros, que son la naturaleza de estos documentos, contienen evidencia objetiva de las actividades realizadas o resultados obtenidos; siendo estos útiles para la trazabilidad de la información y proporcionan evidencias de verificaciones, acciones preventivas o correctivas de los procesos, tanto misionales como de apoyo.

Lo anteriormente mencionado, desvirtúa la función de creación y control ejercida por el Sistema de Gestión de la Calidad y en concordancia con lo mencionado en la ISO 9001:2015 en el tratamiento de la información documentada en sus numerales 7.5.2 Creación y actualización en donde la Entidad tiene que asegurarse de: a) Se realiza la identificación y la descripción. b) El formato y los medios de soporte. c) Revisar y aprobar según la adecuación de la norma; además en lo relacionado con el numeral 7.5.3 Control de la información documentada debe estar controlada para asegurarse de que: a) Se encuentre disponible y sea idóneo para utilizarlo, cuando y donde se necesite. b) Se encuentre adecuadamente protegida.

A continuación, se presentan algunos casos encontrados por la Oficina de Control Interno:

Procedimiento para la elaboración y desarrollo del Plan Institucional de Capacitación PROGTH-003, en el punto 8. “*Formatos y anexos*” tiene un documento denominado encuesta de requerimientos de las necesidades de capacitación y bienestar el cual no se encuentra formalizado dentro del SGC.

Procedimiento para la Provisión de Vacantes PRO-GTH-005 en el punto 9. “*Formatos y anexos*” tiene un documento de certificación de cumplimiento de requisitos mínimos el cual no se encuentra formalizado dentro del SGC.

Procedimiento para Elaboración y Desarrollo del Plan de Bienestar Social PRO-GTH013 en el punto 8. “*Formatos y anexos*” tiene un documento denominado encuesta de requerimientos de las necesidades de capacitación y bienestar el cual no se encuentra

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

formalizado dentro del SGC.

Formato de Retención en la Fuente por Salarios, Definición de Porcentaje 2° semestre 2019.

Por lo anterior se solicita ejercer vigilancia, seguimiento y control a los formatos que están siendo utilizados en todos los procesos de la Entidad.

### **PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE SALIDAS NO CONFORMES PRO-GCD-006 Versión 8 (13/02/2020)**

El objetivo de este procedimiento es *“Establecer las acciones necesarias para el tratamiento de las salidas no conformes identificadas, así como el control y verificación de la eficacia de las soluciones propuestas.”*

En cumplimiento de la norma ISO 9001: 2015 numeral 8.7 *“Control de las salidas no conformes”*. FONPRECON cuenta con un procedimiento para salidas no conformes PRO-GCD-006 Versión 8. que inicia con la identificación de la salida no conforme, esta se le notifica al involucrado en el proceso, posteriormente se establecen las acciones a seguir, en consecuencia, la autoridad competente decide la acción a tomar; por último, se genera una acción correctiva y de mejora.

### **HALLAZGO No. 4- Diferencias entre los controles del procedimiento y los controles incluidos en los mapas de riesgos de la Entidad.**

Se observa que dentro de la tabla del punto 6.7 *“clasificación de salidas no conformes”* del procedimiento para el control de salidas no conformes, no existe concordancia entre los controles relacionados dentro del mismo y los controles de los mapas de riesgos de la Entidad, impidiendo llevar un control efectivo, analizando las causas dentro del proceso de control de salidas no conformes.

Por lo anterior, se solicita ajustar el procedimiento en su punto 6.7 con el objeto de analizar las causas logrando una efectividad de los controles que contribuyan a la efectiva toma de decisiones, en el evento que surjan salidas no conformes.

### **PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA PRO-GCD-005 Versión 4 (13/02/2020)**

El objetivo del procedimiento es *“establecer las actividades, condiciones, controles y acciones necesarias para identificar, prevenir, minimizar o eliminar las causas de no conformidades reales o potenciales, así como las que propendan por el mejoramiento continuo en los procesos que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad.”*

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

La identificación de las no conformidades puede provenir de distintas fuentes, internas o externas a la Entidad, y se pueden determinar en: Auditorías internas de Control Interno, Quejas y Reclamos de los usuarios, problemas y no conformidades presentados en los procesos, indicadores de gestión de los procesos, revisión por parte de la Dirección, evaluación de la satisfacción del usuario (Encuestas de satisfacción), observaciones de auditorías internas de calidad, riesgos materializados por proceso, identificación de salidas no conformes y/o identificadas por personal de FONPRECON.

La Entidad ha dispuesto el procedimiento para el tratamiento de acciones correctivas y de mejora PRO-GCD-005 que se encuentra actualizado a la Versión 4, que inicia con la identificación de la no conformidad o situación no deseable, registrándola en el formato F01-PRO-GCD-005, se realiza el análisis de la causa de la situación, posteriormente se propone una solución o plan de acción, por último, se implementa y se le realiza un seguimiento a la acción correctiva.

### **OBSERVACION No. 5- Ajuste de controles dentro del procedimiento para el tratamiento de acciones correctivas y de mejora PRO-GCD-005 versión 4**

Se observa en el procedimiento que en el punto 8. denominado “*controles existentes*”, 4. *Contratación de personal competente para que coordine y asesore en los diferentes temas y responsabilidades del sistema de gestión de la calidad*”, acción que no se puede establecer como control dentro de las actividades del procedimiento. Es una condición importante, que no debería hacer parte del procedimiento.

Por lo anterior se solicita ajustar el procedimiento retirando esta acción, asegurándose que los controles existentes en este título verdaderamente eviten el incumplimiento de las actividades del procedimiento y sean efectivos.

### **PROCEDIMIENTO MESA DE AYUDA PRO-GTC-012 Versión 1**

El objetivo principal de la Mesa de Ayuda dentro de la Entidad es el de resolver los incidentes y requerimientos de tecnología que se presenten a los funcionarios o contratistas del Fondo de Previsión Social del Congreso.

El procedimiento inicia con el reporte del incidente o requerimiento realizado por el funcionario y/o contratista a través de la Intranet de la Entidad, se establecen unos niveles de atención del servicio de acuerdo a la complejidad del reporte que pueden variar desde 3 horas hasta 36 horas para su solución. El procedimiento finaliza con la atención y solución satisfactoria al reporte interpuesto por el afectado.



**EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

**HOJA DE VIDA INDICADORES GESTION TECNOLOGICA FONPRECON 2019**

<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b>	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE LAS INCIDENCIAS O REQUERIMIENTOS.	<b>PROCESO:</b>	GESTIÓN TECNOLÓGICA
<b>RELACIÓN MATEMÁTICA:</b>	$\frac{\text{NÚMERO DE CASOS ATENDIDOS DENTRO DEL TIEMPO ESTABLECIDO}}{\text{NÚMERO TOTAL DE CASOS}} \times 100$	<b>RESPONSABLE:</b>	PROFESIONAL MESA DE AYUDA
<b>META DEL INDICADOR:</b>	100%	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN:</b>	MENSUAL
<b>DEFINICIÓN</b>	Mide el número de las incidencias que se atendieron en el tiempo predeterminado	<b>FUENTE</b>	Mesa de Ayuda INTRANET

MES	NÚMERO DE CASOS ATENDIDOS DENTRO DEL TIEMPO ESTABLECIDO	NÚMERO TOTAL DE CASOS	RESULTADO	ANÁLISIS Trimestral
ene-19	33	33	100%	Durante el primer trimestre de 2019 se presentaron 122 casos de soporte los cuales fueron atendidos por el personal del área de tecnología. Discriminados en 56 requerimientos, 52 incidentes y 14 reservas de recursos, de acuerdo con la estadística generada desde la Mesa de Ayuda de la INTRANET de la Entidad.
feb-19	49	49	100%	
mar-19	40	40	100%	
abr-19	42	42	100%	Al cierre del segundo trimestre de 2019 se presentaron 104 casos de soporte los cuales fueron atendidos por el personal de tecnología. Estos casos se discriminan en 35 requerimientos, 37 incidentes y
may-19	28	28	100%	

**EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

jun-19	34	34	100%	32 reservas de recursos, según la estadística generada en la Mesa de Ayuda de la INTRANET de la Entidad.
jul-19	52	52	100%	Durante el tercer trimestre del año 2019 se presentaron 132 casos de soporte los cuales fueron atendidos por el personal de tecnología, los cuales se discriminan en 50 requerimientos, 58 incidentes y 24 reservas de recursos, de acuerdo con la estadística que se genera en la Mesa de Ayuda de la INTRANET de la Entidad.  Al término del cuarto trimestre de 2019 se presentaron 119 casos de soporte los cuales fueron atendidos por el personal de tecnología, discriminados en 59 requerimientos, 47 incidentes y 13 reservas de recursos de acuerdo con la estadística producida desde la Mesa de Ayuda de la INTRANET de FONPRECON.
ago-19	42	42	100%	
sep-19	38	38	100%	
oct-19	41	41	100%	
nov-19	41	41	100%	
dic-19	35	35	100%	

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

**HALLAZGO No. 6- Falta de medición a través de un indicador de oportunidad en la atención de las incidencias y requerimientos – Mesa de Ayuda- OAP**

Según respuesta remitida por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas en el memorando número 20202200015033, manifiesta que “...La mesa de ayuda de la Entidad durante 2019 resolvió 475 solicitudes de incidentes y requerimientos de orden tecnológico, los cuales fueron atendidos y el reporte derivado de esta atención, se encuentra en el indicador de Oportunidad en la atención de las incidencias y requerimientos.” Ver archivo “Atención a requerimientos 2019”. **“Los tiempos definidos para esta atención, no fueron medidos por el sistema; esta es una acción de mejora que se inició a finales de ese año; los afinamientos, pruebas y ajustes serán objeto de revisiones posteriores.”**

Se evidenció que en la vigencia de 2019, no fueron medidos los tiempos empleados para las acciones o requerimientos recibidos, por parte de los usuarios a la mesa de ayuda; este es uno de los insumos básicos para la medición e implementación del indicador de oportunidad en la atención de las incidencias y requerimientos, como lo contempla el procedimiento en el punto 6.7 que establece “se deben generar estadísticas trimestrales, incluyendo entre otros aspectos, **nivel de atención y tiempo empleado, como insumo para la medición del indicador**; Los acuerdos de niveles de servicio estipulados en FONPRECON, atendidos por los gestores de la mesa de ayuda son: 6.5.1 **Nivel 1: 2 Horas para ponerse en contacto con el cliente ,1 Horas para atender, resolver y cerrar el caso. Total: 3**

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

**horas, 6.5.2 Nivel 2:** 2 Horas para ponerse en contacto con el cliente y acordar horario 3 Horas para atender, resolver y cerrar el caso. **Total: 5 horas** 6.5.3 **Nivel 3:** 2 Horas para escalar el caso al nivel 3 de 24– 36 horas para entrega de análisis y solución propuesta, Más de 36 horas para la solución definitiva **Total: El tiempo para la solución depende de los acuerdos de niveles de servicio del tercero que se hayan estipulado o de la complejidad del caso. En este nivel es importante la trazabilidad del avance.”**

Se recomienda se realice para la vigencia de 2020, la medición de la oportunidad de respuesta teniendo en cuenta los tiempos empleados en las acciones recibidas por parte de los usuarios de la mesa de ayuda, con el objeto de obtener la evaluación completa de la gestión, permitiendo una toma efectiva de correctivos y decisiones.

## 2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

El objetivo de este proceso es definir las directrices, estrategias y demás disposiciones que permitan orientar las acciones del Fondo para dar cumplimiento a su misión. Direccionar, comunicar, coordinar y evaluar la política y la gestión de FONPRECON al igual que el cumplimiento de los objetivos y metas sectoriales.

El proceso de Direccionamiento Estratégico, cuenta en el Sistema de Gestión de la Calidad de FONPRECON, con cinco procedimientos.

### PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE GESTIÓN.

El objetivo de este procedimiento es elaborar el Informe Anual de Gestión del Fondo de Previsión Social del Congreso de la República - FONPRECON, a partir de los reportes presentados por los procesos, con el fin de hacer acopio, analizar y consolidar la información definitiva que comprenderá el informe anual que la Entidad debe poner en conocimiento de los usuarios y la ciudadanía interesada sobre el quehacer de FONPRECON en cada anualidad.

Tiene como base legal la Ley 1474 de 2011 “*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*”. Artículo 74 plan de acción de las Entidades públicas e informe de gestión.

El procedimiento incluye las actividades correspondientes a la conformación y consolidación del informe de gestión, con responsables y tiempos para el desarrollo de las actividades y con controles de verificación de la entrega de la información en las

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

fechas estipuladas en el procedimiento por parte del Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, para dar cumplimiento de la Ley 1474 de 2011 Artículo 74, artículo que establece que a más tardar el 31 de enero de cada año se deberá publicar en la página Web de la Entidad, el informe de gestión del año inmediatamente anterior.

### **HALLAZGO No. 7- Procedimiento con control de términos desfasados que no garantiza el cumplimiento de la Ley 1474 de 2011**

La Oficina de Control Interno una vez evaluados los controles establecidos en el procedimiento para la elaboración del informe de gestión, evidenció que no son efectivos, pues en el conteo de días hábiles para el desarrollo de las actividades de elaboración, consolidación y publicación no garantizan la entrega oportuna del informe de gestión el día 31 de enero de cada vigencia.

Por lo anterior se solicita ajustar los controles de tiempos del procedimiento.

### **2.1 PLAN ESTRATÉGICO**

Dentro de este documento se plasman los componentes del direccionamiento estratégico de FONPRECON, definidos dentro del cuatrienio en el marco del Plan Nacional de Desarrollo vigente. Los componentes del direccionamiento estratégico son misión, visión, propuesta de valor, código de integridad y objetivos estratégicos, estos componentes definen la ruta que la Entidad seguirá durante el periodo para lograr sus metas.

#### **PORCENTAJE EJECUCION TOTAL PLATAFORMA ESTRATÉGICA AÑO 2019 FONDO DE PREVISIÓN SOCIAL DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA**

INDICADOR	ÁREA RESPONSABLE DEL INDICADOR	META PLATAFORMA ESTRATÉGICA	TOTAL INDICADOR ANUAL 2019 (25%)	OBJETIVO ESTRATÉGICO ASOCIADO
Cumplimiento del presupuesto	SAF	100%	98,1	Optimizar el flujo financiero del fondo
Cartera	SAF y Oficina Jurídica	90%	100,0	
Optimización en la resolución de solicitudes de pensión	Subdirección de Prestaciones Económicas	100	85	Reconocimientos con optimización de la operación

**EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

Optimización en la resolución de solicitudes de cesantías	Subdirección de Prestaciones Económicas	100	94,0	
Optimización en la resolución de solicitudes de auxilios funerarios	Subdirección de Prestaciones Económicas	100	70,0	
Optimización en la resolución de solicitudes de cuotas partes y bonos pensionales	Subdirección de Prestaciones Económicas	100	95,5	
Rendición de cuentas y conversatorio.	Oficina de Planeación	3	3,0	Aumentar visibilidad y transparencia
Publicación WEB de información.	Oficina de planeación	100%	100,0	
Eficacia en la resolución de las solicitudes de afiliación.	Grupo de Afiliaciones de historia laboral.	100%	100,0	Efectuar campañas de divulgación
QRD	Atención al usuario	100%	100,0	*Mejorar continuamente el servicio al usuario
Encuestas de satisfacción	Atención al usuario	90%	99,0	*Propender por el mejoramiento continuo de los procesos mediante seguimiento y evaluación
Peticiones	Afiliación, Prestaciones económicas, Jurídica, Atención al usuario.	100%	99,7	Optimizar los estándares de atención al usuario
Oportunidad en la atención de las incidencias o requerimientos.	OAP Mesa de ayuda	90%	100,0	Implementar, sostener y mantener una plataforma integral de tecnologías de la información
Eficacia en la ejecución programa de capacitación.	Coordinación Talento Humano	90%	100,0	Fortalecer las competencias del talento humano
Impacto en las capacitaciones realizadas	Coordinación Talento Humano	4.0	4,5	

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Dentro de los porcentajes de ejecución total de la plataforma estratégica para el año 2019, el cual tiene un peso correspondiente al 25% dentro del total cuatrienio, se

## **EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

destacan principalmente en el cumplimiento de los objetivos estratégicos asociados, con una ejecución del 100% aquellos que corresponden al aumento de la visibilidad y transparencia, área encargada Planeación y Sistemas; efectuar campañas de divulgación, cuya área encargada es el grupo de afiliaciones de historia laboral y el mejoramiento continuo del servicio al usuario, área encargada de atención al usuario, la ejecución más baja dentro del total del año se encuentra asociada al indicador de la optimización en la resolución de solicitudes de auxilios funerarios con un porcentaje del 70%.

## **PROCEDIMIENTO PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO**

El procedimiento tiene como objetivo, “Formular el Plan Estratégico en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, estableciendo los objetivos estratégicos institucionales y hacer el seguimiento periódico a la Gestión Institucional, con el fin de garantizar los objetivos y metas planteados frente a los aspectos prioritarios y estratégicos de la Entidad”.

Inicia con la recopilación de la información del Plan Nacional de Desarrollo para posteriormente formular el Plan Estratégico Institucional y finaliza con la realización de seguimientos a su ejecución, en 9 actividades.

Si bien se ha elaborado el Plan Estratégico correspondiente al 2020-2023, se evidencia que, para el análisis del avance del período correspondiente al primer trimestre del 2020, no existe ponderación de los pesos de cada año dentro del plan en el cuatrienio, tema que debe estar definido desde la formulación del Plan Estratégico y quedar claramente establecido en el documento.

Es importante recordar que el 25 de octubre de 2019 el Fondo de Previsión Social del Congreso de la República firmó un convenio con la Auditoría General de la República con el objeto de aunar esfuerzos y recursos humanos, técnicos tecnológicos y administrativos, para que en forma conjunta entre las dos entidades implementen el sistema de información SIA – POA MANAGER, que permite el registro, seguimiento y control de los planes estratégicos, planes de acción, planes de mejoramiento, mapas de riesgos e indicadores, en busca del mejoramiento de la capacidad de gestión de FONPRECON.

Por lo anterior se recomienda ajustar el procedimiento para la implementación del SIA – POA MANAGER lo más pronto posible ya que han pasado siete meses y no se ha iniciado la fase del diligenciamiento de la información en el sistema para su utilización.

Se recomienda que para cada uno de los objetivos estratégicos del Plan Estratégico

## **EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

2020-2023, para cada uno de los años, se debe medir la ejecución acumulada para cada objetivo, donde se pueda evidenciar de cumplimiento parcial o total acumulado.

Así mismo cuando se diseñó plan, se debió determinar el porcentaje de avance esperado de los diferentes objetivos estratégicos y sus actividades por desarrollar para cada año y tener en cuenta que el incumplimiento o cumplimiento parcial de actividades y objetivos, debe adicionarse al siguiente año, teniendo en cuenta esto para acciones o actividades consecutivas, con lo cual se garantizaría el cumplimiento total del plan estratégico en el 4º año, para esos objetivos.

Adicionalmente, los líderes de los procesos bajo la coordinación de la Oficina Asesora de Planeación debieron haber asignado los pesos específicos a cada actividad de acuerdo con su importancia en el cumplimiento de los objetivos estratégicos, para seguir con la aplicación de indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad periódicamente.

### **2.2 PLANES DE ACCIÓN**

Para el año 2020, en cumpliendo con el Decreto 612 de 2018, se incluyó en el plan de acción los siguientes planes:

- Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR
- Plan Anual de Adquisiciones
- Plan Anual de Vacantes
- Plan de Previsión de Recursos Humanos
- Plan Estratégico de Talento Humano
- Plan Institucional de Capacitación
- Plan de Incentivos Institucionales
- Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
- Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETI
- Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
- Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.

Lo anterior con el fin de alinear estos planes con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.

### **PROCEDIMIENTO PARA LA FORMULACIÓN, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN**

Este plan hace referencia a los proyectos que desarrollará la Entidad en una determinada vigencia, en función de las directrices del sector de la Salud y la Protección

## **EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

Social y del Director General de la Entidad. Es el instrumento que determina las acciones, actividades, responsables e indicadores para el mejoramiento de la gestión institucional.

### **HALLAZGO No. 8- Actividades y controles existentes no incluidos el desarrollo del procedimiento.**

Se observó que en el procedimiento para la Formulación, Ejecución y Seguimiento al Plan de Acción 3 de 4 controles incluidos en el punto 8. “*Controles Existentes*”, no se encuentran en el punto “7. *Desarrollo del Procedimiento*”.

- *Formulación anticipada de planes, programas y proyectos para la revisión por parte del Comité de Gestión y Desempeño Institucional.*
- *Seguimiento al cumplimiento de planes, programas y proyectos por parte de los responsables de Proceso y del Grupo de Control Interno*
- *Reuniones de Comité de Dirección*

Por lo anterior, no se observa cómo opera la formulación anticipada de planes, programas y proyectos para la revisión por parte del Comité de Gestión y Desempeño Institucional, si el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas en la primera actividad del procedimiento, solicita a los responsables de proceso las líneas de acción que se pretenden ejecutar en el año, sin tenerse en cuenta dentro del flujo de actividades en el punto 7, la interacción con el Comité de Gestión y Desempeño Institucional.

Adicionalmente, con el objeto de garantizar la aplicación del procedimiento por parte de los responsables, se debe dar a conocer la información de los procesos documentados, incluyendo en la lista de distribución del procedimiento, a todos los funcionarios involucrados en la formulación, ejecución y seguimiento del Plan de Acción de la Entidad, pues únicamente esta lista de distribución está conformada por el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

Por lo anterior, se solicita revisar en su totalidad el procedimiento existente y proceder a su ajuste, con el objeto de incluir las actividades, controles y responsables, sin incluir a la Oficina de Control Interno, pues Control Interno no podría participar o hacer parte de las actividades de la Entidad, es decir coadministrar. La función de evaluación y seguimiento la realiza la Oficina de Control Interno cumpliendo lo establecido por el Decreto 648 de 2017, sin participar en las decisiones ni en la gestión institucional.

## **PROCEDIMIENTO PARA FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO A PROYECTOS DE INVERSIÓN**



## **EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

Este procedimiento tiene como objetivo establecer las actividades a seguir por parte de la Entidad para realizar la formulación, presentación, seguimiento y evaluación de los proyectos de inversión pública con base de la metodología e instrumentos diseñados por las entidades competentes.

El desarrollo de las actividades inicia con la formulación del anteproyecto, el cual es realizado por el responsable del proyecto con apoyo del Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas. Seguidamente se desarrolla las otras fases de validación, verificación y seguimiento del proyecto. Se finaliza con la actividad de mejora continua en donde el responsable del proyecto y el jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas plantean acciones de mejora al procedimiento en caso de que así lo consideren.

### **UNIDAD DE GESTIÓN DE RIESGOS OPERATIVO - URO**

La Unidad de Riesgo Operativo en la Entidad está constituida de conformidad con lo establecido en el Capítulo XXIII de la Circular Básica Contable y Financiera, Circular Externa 100 de 1995, expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia para las Entidades sometidas a su inspección y vigilancia. Así mismo, para el desarrollo de sus funciones la URO cuenta con manuales, procedimientos y formatos incluidos dentro del Sistema de Gestión de Calidad de la Entidad. Las funciones del área se encuentran contempladas en la Resolución 0606 del 23 de septiembre de 2015 y Resolución No. 0352 del 21 de junio de 2019 expedidas por la Entidad.

### **MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS MNL-SARO-001**

La finalidad de este manual es de servir de instrumento para la gestión y tratamiento de los riesgos que se identifiquen en los distintos procesos de la Entidad a través de diversos estándares establecidos como el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y la Norma ISO NTC-ISO 31000:2018.

Este documento está compuesto por la política y objetivos del Sistema de Administración de Riesgos (SARO), políticas de tratamiento y mitigación del riesgo, así como la responsabilidad de la administración de riesgos. Se observa que las actividades para la administración de los riesgos operativos y de corrupción se encuentran bajo la metodología del DAFP en su Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas - Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital - Versión 4.

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

### **HALLAZGO No. 9- Actualización del Manual del Sistema de Gestión de Administración de Riesgos MNL-SARO-001**

Una vez evaluado el Manual del Sistema de Gestión de Administración de Riesgos MNL-SARO-001, se encuentra que en el punto 10.4 se hace referencia a una norma calidad que no aplica dentro de FONPRECON que es la NTCGP 1000:2009. La norma de calidad en cuestión, implementada en la ley 872 de 2003 fue derogada con la expedición de la ley 1753 de 2015 artículo 133 y en el decreto 1499 de 2017 con el artículo 2.2.22.3.12 que señala “*Las certificaciones otorgadas de conformidad con la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000 Versión 2009 continuarán vigentes hasta la fecha para la cual fueron expedidas*”.

Por lo anterior, se solicita la actualización del Manual del Sistema de Gestión de Administración de Riesgos MNL-SARO-001 para eliminar esta norma técnica derogada ya que no se encuentra en armonía del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG.

### **HALLAZGO No. 10- Actualización funciones de la Unidad de Riesgo Operativo - URO**

En las funciones de la Unidad de Riesgo Operativo establecidas en la Resolución 0606 del 23 de septiembre de 2015 y Resolución No. 0352 del 21 de junio de 2019 se encuentra la siguiente:

*K) Realizar el seguimiento permanente de los procedimientos y planes de acción relacionados con el SARO, SARLAFT, SARM y proponer sus correspondientes actualizaciones y modificaciones.*

Dentro del seguimiento permanente que los funcionarios de la URO deben realizar se encuentra el seguimiento al SARM, Sistema de Administración de Riesgos de Mercado, tema que no aplica a la Entidad, por lo que se solicita modificar dichas resoluciones ajustando las funciones de la URO.

### **PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGO OPERATIVO (SARO) POR PROCESOS PRO-GAF-014**

La Administración del Riesgo Operativo es el conjunto de actividades encaminadas a identificar, analizar, valorar las causas generadoras tanto internas como externas que afecten el normal desarrollo y cumplimiento de los procesos y objetivos misionales de la Entidad. Las actividades cuentan con el apoyo metodológico del Manual del Sistema de

## **EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

Administración del Riesgo Operativo dando un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza y diseño de las herramientas (controles) que ayuden a mitigar su probabilidad de ocurrencia o impacto.

La actividad inicial del procedimiento es la identificación de situaciones internas o externas que pueden generar situaciones de riesgos a través de la elaboración de una matriz DOFA. Siguiendo con la secuencia de actividades, se finaliza con la elaboración y archivo de los distintos informes que son responsabilidad de la Unidad de Riesgo Operativo. El desarrollo del procedimiento se encuentra dividido en dos partes siendo la primera lo referente a la gestión de riesgos y la segunda la gestión de las oportunidades para la Entidad.

### **HALLAZGO No. 11- Inconsistencia en la codificación de formatos**

En el punto 9. “*Formatos y anexos*” del Procedimiento para la Administración del Riesgo Operativo PRO-GAF-014, se encuentran relacionados dos formatos con el mismo código F02-PRO-GAF-014, uno denominado “*Formato plan de tratamiento*” y el otro “*Formato monitoreo riesgos de Gestión y Corrupción*”. Se verificó que en el procedimiento se encuentra los dos documentos referenciados con el mismo código en diferentes puntos de desarrollo de las actividades.

Lo anterior, representa un incumplimiento a la norma ISO 9001:2015 en el punto 7.5 información documentada en cuanto a estos documentos no se encuentran debidamente identificados dentro del procedimiento e igualmente no se garantiza un debido control de cambios según lo dispuesto en el punto 7.5.3- Control de la información documentada de la mencionada norma.

La inconsistencia en el uso, a raíz de la errónea codificación en el SGC de estos formatos dentro de las actividades del procedimiento, perjudica el buen desarrollo de estas y constituyen una debilidad dentro de la gestión de riesgos y permitiendo la posible materialización de estos eventos.

### **MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO – SARLAFT MNL-LAFT-001**

Este manual tiene por finalidad el de implementar el Sistema de Administración y divulgar las directrices institucionales para los riesgos de lavados de activos y financiación del terrorismo, un problema que aqueja al sector económico del país.

### EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

De manera normativa, el manual se rige por las instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia por la Circular Básica Jurídica 29 de 2014 y la Circular Externa 010 de 2013. Así mismo, por lo dispuesto en la Constitución Política en los artículos 6, 123 y 335. Igualmente, se encuentra referenciado el Código de procedimiento penal, ley 365 de 1997, ley 526 de 1999 y la ley 1121 de 2006 sobre financiación del terrorismo.

Las partes del documento están compuestas por una parte introductoria, en donde se encuentra el marco normativo, y una siguiente parte constituida por las etapas de la administración de los riesgos de LAFT según lo expuesto en las circulares emitidas por la Superintendencia Financiera de Colombia. En las siguientes dos partes se establece la metodología de control y monitoreo. Por último, se establece los niveles de responsabilidad del sistema y la función del oficial de cumplimiento.

### PROCEDIMIENTO DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT) PRO-GAF-015

Para la gestión exitosa del SARLAFT en la Entidad se cuenta con actividades que buscan la integración de los procesos para prevenir o mitigar cualquier amenaza que facilite el lavado de activos y la financiación del terrorismo. El desarrollo del procedimiento cuenta con la base metodológica de las circulares de la Superfinanciera, la guía para la administración de riesgos de gestión y corrupción, así como del manual del sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo de FONPRECON.

La actividad inicial del procedimiento es la identificación de los factores de riesgos de LAFT en los procesos seguidamente se realiza toda la gestión de riesgos con la guía metodológica establecida en el manual MNL-LAFT-001, por último, finaliza con los reportes de la evolución de los riesgos en la Entidad y la eficiencia de sus controles.

### MAPA DE RIESGOS OFICINA DE PLANEACIÓN – PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

La Oficina de Planeación, como área que se encuentra dentro del proceso de direccionamiento estratégico institucional, tiene un mapa de riesgos de gestión actualizado a la versión 7 donde se encuentran los siguientes riesgos:

RIESGO	CAUSAS	CONTROLES
INCUMPLIMIENTO De las actividades incluidas en los planes, programas y proyectos formulados en la Entidad y de los lineamientos establecidos por el Gobierno Nacional.	1. Omisión de seguimiento a la ejecución de las actividades que conforman los planes, programas y proyectos de FONPRECON 2. Inadecuada formulación de las actividades contenidas en los planes de la Entidad.	1. El líder del proceso y su equipo hará seguimiento trimestral a la ejecución de las actividades de los planes de la Entidad, con el propósito de verificar el nivel de avance y cumplimiento de esas actividades. Mediante correo electrónico, la Oficina de Planeación convocará a los líderes de proceso a realizar el seguimiento de las actividades propias de

**EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

		<p>cada uno de ellos, dejando evidencia en el plan en la casilla de observaciones.</p> <p>2. Revisión por parte de los responsables de proceso, de cada una de las actividades y metas contenidas en los planes de la Entidad, hecho que se comprueba con la suscripción del acta de la sesión del Comité de Gestión y Desempeño, en la cual se aprueben los planes correspondientes. Lo anterior, con el propósito de formular consciente y adecuadamente las actividades de los planes.</p>
<p>INADECUADA definición de políticas y lineamientos de Direccionamiento Estratégico de la Entidad.</p>	<p>1. Desconocimiento de las condiciones contextuales relacionadas con la Misión Institucional.</p>	<p>1. La Alta Dirección realizará, con anterioridad a la formulación de planes, un análisis documentado del entorno, con el fin de disponer de los elementos contextuales suficientes, que permitan formular políticas y lineamientos adecuados en la Entidad.</p>

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Igualmente, cuenta con un mapa de riesgos de corrupción actualizada a la versión 6 donde se incluye el siguiente riesgo:

RIESGO	CAUSAS	CONTROLES
<p>Incumplimiento de las actividades incluidas en los planes, programas y proyectos formulados en la Entidad y de los lineamientos establecidos por el Gobierno Nacional</p>	<p>Encaminar en forma intencional planes, programas y proyectos orientados a favorecer intereses particulares</p>	<p>Aprobación de todos los planes y programas en forma concertada con los líderes de proceso de tal forma que se definan y formulen colectivamente</p>

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Se efectuó la evaluación de la efectividad de los controles de cada uno de los riesgos incluidos en los mapas de riesgo operativo y de corrupción, verificando el cumplimiento del objetivo propuesto que es el de minimizar la ocurrencia de los riesgos.

**3. GESTIÓN TECNOLÓGICA**

El proceso de Gestión Tecnológica tiene como objetivo prestar servicios y herramientas tecnológicas para garantizar la operatividad de los sistemas de información de apoyo a los procesos existentes en la Entidad. Cuenta con manuales, políticas, planes, procedimientos y formatos anexos documentados en el marco de la norma de calidad NTC-ISO 9001:2015 adoptada por la Entidad.

**EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

**HALLAZGO No. 12- Procedimiento para la gestión del antivirus**

En el procedimiento para la gestión del antivirus PRO-GTC-008 en el punto 7. “*desarrollo del procedimiento*” se encuentra las actividades 4, 5 y 7 que son actividades de control que no se encuentran referenciados en el punto 8. “*controles existentes*”, por lo tanto, se hace indispensable incluirlos para que queden referenciados como puntos de control en el desarrollo del procedimiento.

Las actividades de control son elementos claves en el desarrollo de un procedimiento, porque permiten mitigar la materialización de un riesgo, por esto, es importante recordar que los puntos de control deben ser incluidos a lo largo del procedimiento y no solamente en otro capítulo del procedimiento fuera del flujo de actividades a realizar.

**PLAN PARA EL TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN**

El objetivo de la adopción de este plan es establecer los lineamientos y actividades referentes a salvaguardar la información de la Entidad ante cualquier probabilidad o impacto de una amenaza, así mismo, cumplir con lo dispuesto en el Decreto 612 de 2018. Para lograr este objetivo el plan dispone de un marco legal que lo constituye la Ley 1712 de 2014, Ley 1581 de 2012, Decreto 2693 de 2012 y el estándar establecido en la norma ISO/IEC 27001:2013 sobre seguridad de la información.

El desarrollo de las actividades de este plan se encuentra cinco etapas que son: Revisión periódica del catálogo de activos de información, identificación de los riesgos, construcción e implementación de controles, tratamiento de riesgos de seguridad de la información y monitoreo y seguimiento de los riesgos de seguridad de la información. Después de revisarse el avance del cumplimiento de este plan se encuentra que, en general, se han ejecutado las siguientes actividades en el marco del plan de acción vigencia 2019:

Titulo	Avance de cumplimiento	Observaciones Control Interno
Revisión periódica del catálogo de activos de información	La actividad sobre actualizar el documento de proyecto de inventario está sujeto aprobación de la Dirección General.	Se evidencia el avance de cumplimiento de esta actividad
Identificación de los riesgos	Se realizó el proyecto de mapa identificando 14 riesgos de seguridad de la información y seguridad digital a los cuales se construyeron siguiendo los parámetros normativos establecidos, este se encuentra en revisión por parte del GIT de sistemas para posterior aprobación de dirección General	Se evidencia el avance de cumplimiento de esta actividad
Construcción e implementación de controles		Se evidencia el avance de cumplimiento de esta actividad
Tratamiento de riesgos de seguridad de la información		Se evidencia el avance de cumplimiento de esta actividad
Monitoreo y seguimiento de los riesgos de seguridad de la		La OCI no puede verificar el avance de cumplimiento de esta actividad

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

información

ya que el mapa se encuentra  
pendiente por aprobación

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Para la Vigencia 2020 la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas no presentó evidencia de avance en la gestión del plan en mención.

### **HALLAZGO No. 13- Incumplimiento actividades del Plan el Tratamiento de Riesgos de Seguridad de la Información PLN-GTC-002**

Con respecto a los avances presentados anteriormente, se evidencia el incumplimiento de una de las actividades plasmadas en el Plan PLN-GTC-002 por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, como responsables de su ejecución, ya que el mapa de riesgos de seguridad de la información a la fecha de realización del presente informe, se encuentra en construcción por parte de la Oficina de Planeación y URO para posterior aprobación de la Dirección General.

Así mismo, este incumplimiento afectó la ejecución total del plan de acción vigencia 2019 donde se señala la actividad *“Entregar el documento de plan de tratamiento de riesgos a la unidad de riesgo operativo URO, para fines de socialización y aplicabilidad”*.

Por lo anterior, se observa que han transcurrido 5 meses desde el fin de la vigencia pasada sin que se haya podido finalizar la construcción del mapa de riesgos de seguridad de la información de la Entidad.

Se recuerda que sin la debida formalización e implementación del mapa de riesgos de la seguridad de la información y seguridad digital no se cumple el objetivo de establecer los lineamientos y actividades referentes a salvaguardar la información de la Entidad ante cualquier probabilidad o impacto de una amenaza, así mismo, cumplir con lo dispuesto en el Decreto 612 de 2018 y se obstaculiza el trabajo que debe realizar la Oficina de Control Interno que se menciona en el anexo 4 de la guía para la administración del riesgo del DAFP así: *“Le corresponde a las Unidades de Control Interno (tercera línea de defensa), realizar evaluación (aseguramiento) independiente sobre la gestión del riesgo de seguridad digital en la Entidad pública”*.

### **PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN – PETI**

El Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI), es un documento adicionado al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) por medio del Decreto 612 de 2018 bajo la guía del Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones. Este plan tiene como objetivo definir la estrategia bajo la cual se espera que las TI se integren con la misión, visión y objetivos organizacionales. A

### EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

continuación, se presenta la ejecución del plan de acción vigencia 2019.

**Ver Anexo 1**

En cuanto a las actividades programadas para la vigencia 2020, éstas se encuentran incorporadas en el propio plan de acción y presentan el siguiente avance con cierre al primer trimestre

**Ver Anexo 2**

### PLAN MODELO DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

El Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) tiene como por objetivo establecer las actividades y buenas prácticas que permitan mantener la integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información de la Entidad, así como sus activos tecnológicos. En relación con las actividades planteadas en el MSPI, que se encuentran incluidos en el plan de acción, se presenta el siguiente avance según lo planteado en la vigencia 2019.

**Ver Anexo 3**

De acuerdo con cuadro anterior, el área de Gestión Tecnológica presenta un cumplimiento del 100% de las actividades programadas en el Plan de acción vigencia 2019 de la actividad referente al Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI).

En cuanto a las actividades programadas para la vigencia 2020, éstas se encuentran incorporadas en el propio plan de acción y presentan el siguiente avance con cierre al primer trimestre

Actividad	Avance Área de Sistemas	Observación Control Interno
1. Revisar el grado de avance de adopción MSPI en la Entidad y generar un resumen de las acciones complementarias que sean requeridas, con relación al total de guías de implementación MSPI de MINTIC.	Se revisó el contexto de las 21 guías propuestas por MINTIC para la adopción del MSPI, concluyendo que el porcentaje de avance en su adopción es mínimo y nulo en algunos componentes, lo que requiere avanzar en cada una de ellas. Se deja como evidencia el análisis mencionado en el documento: Guías y su estado de avance - MSPI.xlsx	Se evidencia por parte de Control Interno la herramienta con la cual se tiene la medición del cumplimiento del MSPI

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

### MAPA DE RIESGOS GESTIÓN TECNOLÓGICA

El proceso de Gestión Tecnológica cuenta con un mapa de riesgos de gestión actualizada a la versión 11, donde se encuentran incluidos los siguientes riesgos:



**EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

1. CIBERSEGURIDAD Como un conjunto de amenazas que ponen en riesgo la información digital que es procesada, almacenada y transportada por los equipos tecnológicos y sistemas de información de la Entidad que se encuentran interconectados entre si e interactúan con Internet.

2. INDISPONIBILIDAD DE LA PLATAFORMA TECNOLÓGICA Perder total o parcialmente la capacidad de operación tecnológica impidiendo la entrega y acceso a los servicios de TI.

Igualmente, cuenta con un mapa de riesgos de corrupción actualizada a la versión 8 donde se incluye el siguiente riesgo:

1. ACCESO NO AUTORIZADO Uso de privilegios de acceso y administración de activos de hardware, software, datos y servicios de TI en general, para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio particular o de un tercero.

Así mismo, los anteriores riesgos tienen controles y acciones que disuaden la no materialización de estos y mitigación del impacto en tal caso que estos escenarios ocurran.

**ACTIVIDADES O CAPACITACIONES ADELANTADAS EN EL MARCO DEL PLAN PARA LA COMUNICACIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN PARA LA VIGENCIA 2019 Y LO CORRIDO DEL AÑO 2020**

Dentro del marco del plan para la comunicación, sensibilización y capacitación se realizaron en 2019 cinco boletines informativos de ciberseguridad y un boletín en el primer trimestre del año 2020.

**BOLETINES SENSIBILIZACIÓN CIBERSEGURIDAD  
AÑO 2019 Y 2020**

TEMA	FECHA BOLETÍN
Recordemos Ciberseguridad es	16/07/2019
Recomendaciones de no apertura de un correo con contenido dudoso	16/08/2019
¿Qué es el ransomware?	12/09/2019
¿Cómo crear una contraseña fuerte?	06/09/2019
¿Cómo podemos ser engañados mediante el Phishing?	20/09/2019
Durante la coyuntura actual evite incluir en sus correos electrónicos las palabras: Corona virus, coronavirus o Covit-19	19/03/2020

Fuente: Información Equipo Planeación y Sistemas

**AVANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CIRCULAR EXTERNA 007 DE 2018**

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

La Circular Externa 007 de 2018 se expidió teniendo en cuenta el auge de la digitalización de los servicios financieros, la mayor interconectividad de los agentes y la masificación en el uso de canales electrónicos, entre otros, y complementa las normas existentes con relación a la administración de los riesgos operativos y la seguridad de la información. Las Entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia (SFC) y operadores de información PILA, deben adoptar los lineamientos incluidos en la Circular, que incluye instrucciones para realizar una adecuada administración de riesgo en sus sistemas y administrar la ciberseguridad, para proteger la información de los consumidores del sistema financiero.

De la meta de implementación del 100% de la circular externa 007 de 2018 de la Superintendencia Financiera de Colombia dentro de la Entidad, se reportan para el 2019 un promedio del 81,67% de avance y en lo corrido a la fecha del 2020 una implementación del 82,5%.

### REQUERIMIENTOS MINIMOS PARA LA GESTION DEL RIESGO DE CIBER SEGURIDAD AÑO 2019

	ABRIL	JULIO	OCTUBRE
% Avance de implementación CE 007 de 2018	83%	81%	81%

### AVANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CIRCULAR EXTERNA 007 DE 2018 REQUERIMIENTOS MÍNIMOS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE CIBER SEGURIDAD DEL 2020

	ENERO	ABRIL
% Avance de implementación CE 007 de 2018	82%	83%

Los avances en la implementación de la circular externa 007 de 2018 registrados dentro de la Entidad reportan para 2019 un promedio del 81,67% y en lo corrido a la fecha del año 2020 un avance del 82,5%.

Dentro de las capacitaciones adelantadas por el grupo de Planeación y Sistemas y con el fin de anticipar las amenazas cibernéticas proteger y asegurar los datos, se realizaron dos eventos de sensibilización, uno dirigido por el Sr. Mayor Edson Mahecha, Especialista en ciberseguridad del Comando Conjunto Cibernético y otro por la señora Nidia Nayibe González Pinzón.

## 4. ESTADÍSTICAS

### PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN DE ESTADÍSTICAS INSTITUCIONALES

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

El objetivo de este procedimiento es generar estadísticas institucionales que se publiquen periódicamente para informar a la Alta Dirección y a la ciudadanía, sobre la gestión adelantada en la entidad, respecto de un período determinado.

Inicia desde la solicitud de la información requerida para la producción de datos estadísticos, realizada por la Oficina de Planeación a los responsables de proceso, su revisión y análisis y finaliza con la producción del informe estadístico y el envío para su publicación.

### **HALLAZGO No. 14- Controles existentes no incluidos el desarrollo del procedimiento.**

Se observó que, en el procedimiento para la Generación de Estadísticas Institucionales, el control incluido en el punto 8. “*Controles Existentes*”, no se encuentran en el punto “7. *Desarrollo del Procedimiento*”.

Verificar la información remitida trimestralmente por los responsables de proceso

Por lo anterior, no se observa cómo y en qué momento se aplica el control de Verificar la información remitida trimestralmente por los responsables de proceso, pues no se encuentra en el flujo de actividades del procedimiento o desarrollo del procedimiento.

Se solicita ajustar el procedimiento.

## **5. AVANCE EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN – MIPG**

De acuerdo con los avances en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG V2, presentados por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas en la última auditoría realizada en julio de 2019, que se muestra a continuación, podremos observar los avances que ha tenido la Oficina de Planeación en la implementación del modelo a mayo de 2020.

- “*Se expidió la Resolución No 1181 de 2017, por medio del cual se creó el comité de Gestión y Desempeño Institucional, en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1499 de 2017.*”
- *Los días 11 y 13 de abril de 2018, se realizó una jornada con todos los servidores de la entidad, a fin de darles a conocer el Modelo Integrado de Planeación y Gestión V2.*
- *Se asistió al seminario programado por la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP) sobre el nuevo MIPG y a la convocatoria realizada por este mismo asunto en el Ministerio de Salud.*

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

- Conforme al manual operativo del MIPG, el punto de partida para comenzar la implementación del modelo es el FURAG II, que para el particular inició en 2018.
- En ese sentido y teniendo en cuenta que para dicha época no se contaba con los resultados de FURAG II conforme al MIPG, en el mes de mayo de 2018, se solicitó una mesa de trabajo con el DAFP a fin de aclarar dicho aspecto entre otros, la cual fue agendada el 12 de julio de 2018, en donde asistió el Jefe de Oficina Asesora de Planeación y un servidor delegado.
- De acuerdo a los lineamientos de la precitada reunión, se inició la transición al nuevo modelo mediante la aplicación de los autodiagnósticos, como única herramienta existente para determinar el punto de partida del MIPG.
- Una vez estos fueron entregados por cada responsable, se consolidaron sus resultados Vs el último informe del FURAG II y fueron presentados al Comité de Gestión y Desempeño Institucional en sesión del día 26 de Julio de 2018.
- Teniendo los resultados de los autodiagnósticos, se realizaron los planes de acción por dimensión y política asociada.
- Las líneas proyectadas, hacen referencia a cada una de los elementos cuyo puntaje arrojado en cada autodiagnóstico, determina la necesidad de iniciar una acción de mejora.
- En materia de sensibilización se ha contado con dos charlas del MIPG por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública, realizadas el 6 de diciembre de 2018 y el 12 de abril de 2019.
- Para noviembre de 2018, se expidió Circular Interna desde la Dirección General, mediante la cual se fijaron lineamientos en la implementación del MIPG, bajo el establecimiento de un cronograma.
- Conscientes de la importancia de capacitar y profundizar cada vez más en la implementación del Modelo integrado de Planeación y Gestión, la Entidad mediante Circular 20192000000054 del 30 de abril de 2019 informó a los servidores acerca de los medios dispuestos para realizar el curso virtual de MIPG.
- En cumplimiento de dicho cronograma, las actividades de alistamiento fueron desarrolladas y para el caso de la fase de Direccionamiento se inició de manera parcial con la revisión de la ejecución de los planes de acción, toda vez que, en curso de dicha fase, el día 14 de mayo del año en curso se obtuvieron los resultados del FURAG II, bajo el esquema del nuevo MIPG V2.
- Dichos resultados y el análisis correspondiente fueron expuestos al Comité de Gestión y Desempeño en sesión del día 22 de mayo de 2019, el cual contó con la asistencia de la oficina de Control Interno. Reunión en donde se aclaró que estos resultados se convierten en la línea base de acción para continuar el proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, advirtiendo que a continuación se requiere el análisis de cada una de las actividades medidas para formular **un nuevo plan de acción**, replantear los cronogramas aprobados y realizar nuevos seguimientos a las líneas de acción identificadas.
- Teniendo en cuenta que con el FURAG II – 2018, ya se cuenta con la primera Línea Base del

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

*MIPG para el siguiente ciclo anual, la oficina de planeación en coherencia con lo expuesto en la última sesión del Comité de Gestión y Desempeño Institucional, se encuentra en construcción de nuevos lineamientos sobre los resultados de esta medición, que además contengan las metas del Gobierno Nacional fijadas desde el Departamento Administrativo de la Función Pública, en reunión llevada a cabo el 24 de mayo de 2019 con todas Las Entidades del orden nacional y territorial”*

Para la presente auditoría, la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas presentó las actividades realizadas con relación a la implementación del Modelo de Planeación y Gestión – MIPG, por lo cual esta Oficina realizó el seguimiento y verificación del cumplimiento.

A continuación, se presentan las actividades realizadas:

*“Con el fin de fortalecer las acciones dentro de la Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, en agosto y septiembre de 2019, se programaron mesas de trabajo con los procesos estratégicos con el fin de iniciar la alineación de la plataforma estratégica 2020 – 2023 con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, sesiones que constan en las respectivas actas y de donde se desprendieron acciones para el fortalecimiento de los procesos, como de avance en la implementación del MIPG.*

*Posterior a ello, mediante circular 20192000000084 del **29 de octubre de 2019**, se establecieron los mecanismos y tiempos relacionados con la continuidad en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión; en esa circular se definió la realización de **una nueva medición de los autodiagnósticos**, utilizando la metodología diseñada por el DAFP para ese propósito, como quiera que se hizo evidente el replanteamiento de la implementación a partir de la medición del FURAG.*

*En cumplimiento de lo allí indicado, la Oficina de Planeación y Sistemas organizó a los procesos, en la realización de los diagnósticos mencionados, como mecanismo indicador de la implementación de las dimensiones del modelo. En cumplimiento de esa directriz, los responsables de proceso con sus equipos de trabajo, realizaron los autodiagnósticos, con el acompañamiento de las Oficinas de Planeación y de Control Interno.*

*A partir de estos resultados, se inició la construcción de la plataforma estratégica 2020 – 2023 para que estuviera alineada con el fortalecimiento e implementación del MIPG, ante el reto de mejorar la calificación del FURAG 2019, el cual está fijado por la Función Pública para el período 2019 – 2022, cuyo fin es incrementar en 10 puntos el resultado del Índice de Desempeño Institucional, en consonancia con las definiciones del Plan Nacional de Desarrollo aprobado mediante la Ley 1955 de 2019 “Pacto por Colombia, pacto por la Equidad”.*

*Como actividad de adherencia institucional al MIPG, el comité de bienestar del Fondo de Previsión Social del Congreso instó a la realización de un torneo de conocimientos*

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

*con relación al nuevo modelo, el cual se llevó a cabo el 6 de diciembre de 2019, donde participaron todos los servidores de FONPRECON, además de estar acompañados por una funcionaria del DAFP, quien hizo parte de jurado calificador del concurso.*

*Finalizada la vigencia 2019, se concluyó la ejecución del Proyecto de inversión cuyo fin era el fortalecimiento del inventario documental de FONPRECON, como parte sensible del Sistema de Gestión Documental y que a su vez es un componente importante de la dimensión No 5. Información y Comunicación del MIPG. No en vano la política de Gestión Documental fue la que obtuvo la más baja calificación en el formulario.*

*El Modelo Integrado de Planeación y Gestión, se convirtió en el eje de las actividades de la Entidad, tanto estratégicas y misionales como de operación regular y de apoyo, al punto que, coincidente su implementación en fase II (versión 2 del MIPG) con el nuevo Plan de Desarrollo, sirvió de base para la definición de la plataforma estratégica de la Entidad y a su vez, con esa misma perspectiva, se estructuró el plan de acción y el plan anticorrupción para la vigencia en curso.*

*Así las cosas, para el año 2020 la Plataforma Estratégica 2020 - 2023 fue diseñada sobre objetivos que fueran coherentes con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y a su vez el Plan de Acción institucional 2020 fue alineado a sus dimensiones, creando actividades encaminadas a cumplir con el aumento mínimo de 10 puntos en la calificación anual del FURAG II.*

*En el anterior sentido, el Plan Estratégico Sectorial fue dirigido entre otras metas a la implementación de la Gestión del Conocimiento en varios procesos, así como lo fue el Plan Anticorrupción y de Servicio al Ciudadano del año en curso, en donde se establecieron líneas concretas para coadyuvar en el avance del MIPG. (La política de Servicio al Ciudadano fue la segunda con calificación más baja en la medición del formulario).*

*Una vez concluida esta etapa diagnóstica, la Entidad se consagró en la preparación de los procesos ante la evaluación del FURAG 2019 que fue ordenada por el DAFP para ser atendida entre mediados de febrero y mediados de marzo de 2020.”*

Por todo lo mencionado anteriormente por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, esta Oficina de Control Interno considera necesario que se ajuste nuevamente el cronograma establecido para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, continuando con la **construcción de los planes de acción a desarrollar**, como respuesta a la aplicación de los autodiagnósticos realizados por cada uno de los procesos en octubre de 2019, como también actualizar las actividades del Modelo a la versión 3, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en diciembre de 2019 y presentar este nuevo cronograma de actividades a desarrollar en la implementación del MIPG para la vigencia de 2020, al

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

Comité de Gestión y Desempeño Institucional.

### 6. PROCEDIMIENTOS Y SUS LISTAS DE DISTRIBUCIÓN

Todos los procedimientos de la entidad cuentan con la siguiente estructura:

Portada

- A) Historial de Cambios
- B) Revisiones y Aprobaciones del Documento
- C) Lista de Distribución

- 1. Objetivo
- 2. Alcance
- 3. Responsables
- 4. Base legal
- 5. Definiciones
- 6. Políticas y condiciones generales
- 7. Desarrollo del procedimiento
- 8. Controles existentes
- 9. Formatos y anexos

En la portada se encuentran el historial de cambios, que consiste en mostrar los cambios y actualizaciones que ha tenido el procedimiento desde su origen; las revisiones y aprobaciones que debe tener el documento en cada uno de los cambios realizados y la lista de distribución que no es más que el listado de las personas que participan en el desarrollo de las actividades incluidas en el procedimiento y que es a ellas que se debe dar a conocer el procedimiento desde su implementación y cualquier modificación que se le hagan a los procedimientos, entendiendo como procedimiento la forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso, definiendo quién hace qué, dónde, cuándo, por qué y cómo.

#### **HALLAZGO No. 15- Procedimientos y sus listas de distribución**

En cuanto a la lista de distribución como elemento de difusión del procedimiento, se observó que se está incluyendo en esta la lista a los nombres de los contratistas sin tener en cuenta el estatus de temporalidad que tienen en la entidad, lo que conllevaría a modificaciones de los procedimientos cuando ellos se separen de la entidad.

Lo anterior se observó en los siguientes procedimientos:

- 1. PARA ADMINISTRACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN (TI)
- 2. PARA APLICACIÓN DE PARCHES DE SEGURIDAD
- 3. PARA LA ASIGNACIÓN DE CREDENCIALES DE ACCESO A SERVICIOS DE

### EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

#### TECNOLOGÍA

4. PARA LA TRANSMISIÓN MENSUAL DE ESTADÍSTICAS SOBRE AFILIADOS Y PENSIONADOS DE FONPRECON, A LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
5. PARA GENERACIÓN Y RESTAURACIÓN DE COPIAS DE SEGURIDAD
6. PARA LA GESTIÓN DE ANTIVIRUS
7. PARA LA ADMINISTRACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS
8. PARA LA EJECUCIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD
9. PARA EL CONTROL DE REGISTROS
10. PARA EL CONTROL DE SALIDAS NO CONFORMES
11. PARA EL TRATAMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA
12. PARA LA ELABORACIÓN Y CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS
13. ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD
14. AUDITORIA INTERNA DE GESTIÓN
15. PARA FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO A PROYECTOS DE INVERSIÓN
16. PARA LA FORMULACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO
17. PARA GENERACIÓN DE ESTADÍSTICAS INSTITUCIONALES

Por lo anterior se solicita ajustar los procedimientos excluyendo los nombres de los contratistas y colocando en forma general “Profesionales de apoyo al proceso”, entendiéndose como profesionales de apoyo al de la misma entidad que en algún momento apoyen o asesoren al proceso cuando sea necesario o personal externo.

### HALLAZGOS

**HALLAZGO No. 1-** Ajuste de controles dentro del procedimiento para la administración y control de documentos PRO-GCD-003 versión 6

**HALLAZGO No. 2-** Ajuste de controles dentro del procedimiento para el control de los registros pro-gcd-004 versión 4

**HALLAZGO No. 3-** Falta de seguimiento y control a los formatos utilizados en las actividades de diferentes procedimientos de la Entidad

**HALLAZGO No. 4-** Diferencias entre los controles del procedimiento y los controles incluidos en los mapas de riesgos de la Entidad.

**HALLAZGO No. 5-** Ajuste de controles dentro del procedimiento para el tratamiento de acciones correctivas y de mejora pro-gcd-005 versión 4

**HALLAZGO No. 6-** Falta de medición a través de un indicador de oportunidad en la atención de las incidencias y requerimientos – Mesa de Ayuda- OAP

**HALLAZGO No. 7-** Procedimiento con control de términos desfasados que no garantiza el cumplimiento de la Ley 1474 de 2011

**HALLAZGO No. 8-** Actividades y controles existentes no incluidos el desarrollo del



## HALLAZGOS

procedimiento

**HALLAZGO No. 9-** Actualización del Manual del Sistema de Gestión de Administración de Riesgos MNL-SARO-001

**HALLAZGO No. 10-** Actualización funciones de la Unidad de Riesgo Operativo - URO

**HALLAZGO No. 11-** Inconsistencia en la codificación de formatos

**HALLAZGO No. 12-** Procedimiento para la gestión del antivirus

**HALLAZGO No. 13-** Incumplimiento actividades del Plan el Tratamiento de Riesgos de Seguridad de la Información PLN-GTC-002

**HALLAZGO No. 14-** Controles existentes no incluidos el desarrollo del procedimiento.

**HALLAZGO No. 15-** Procedimientos y sus listas de distribución

## PLAN DE MEJORAMIENTO

Se solicita que cada una de los hallazgos comunicados en este informe definitivo, se incluyan en el plan de mejoramiento a suscribir, contemplando acciones preventivas y correctivas para los casos mencionados y así subsanar las observaciones presentadas.

Los tiempos para la realización de dichas actividades deberán ser cortos.

La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas deberá construir y consolidar el Plan de Mejoramiento dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha de la entrega del presente informe definitivo y enviarlo a Control Interno para su revisión y suscripción.

Para la presentación del Plan de Mejoramiento se deberá utilizar el formato F05-PRO-CIG-001, incluido en el Sistema de Gestión de la Calidad, Procedimientos Control Interno a la Gestión.