

INFORME DE AUDITORÍA

NOMBRE DEL PROCESO, ÁREA O TEMA A AUDITAR: Auditoría Interna de Gestión al Proceso de Mejoramiento Continuo.

INFORME PRELIMINAR: 21/09/2022

INFORME DEFINITIVO: 13/10/2022

1. INTRODUCCIÓN.

La Oficina de Control Interno, en ejercicio de las facultades legales otorgadas por la Ley 87 de 1993, modificada por la Ley 1474 de 2011, el Decreto 2145 de 1999 y sus modificaciones; los Decretos 648 y 1499 de 2017, el Decreto 338 de 2019 “Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno y se crea la Red Anticorrupción”, el Decreto 403 de 2020 CGR, “Fortalecimiento del Control Fiscal” y las Circulares Normativas establecidas por la Entidad, el estatuto de Auditoría Interna y la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emitida por el DAFP en su versión No 5, tiene como función realizar la evaluación independiente y objetiva al Sistema de Control Interno, a los procesos, procedimientos, actividades y actuaciones de la administración, con el fin de determinar la efectividad del Control Interno, el cumplimiento de la gestión institucional y los objetivos de la Entidad, produciendo recomendaciones para asesorar al Representante Legal en busca del mejoramiento continuo y permanente del Sistema de Control Interno.

En cumplimiento al Programa Anual de Auditorías aprobado en el mes de enero de 2022, la Oficina de Control Interno realizó Auditoría Interna de Gestión al Proceso de Mejoramiento Continuo de conformidad al Plan de Auditoría y Carta de Representación dado a conocer con anterioridad al líder del proceso, cuyo propósito principal de la auditoría interna de gestión, fue verificar la existencia y efectividad de los controles, la correcta administración de los riesgos y efectuar las recomendaciones necesarias en pro del mejoramiento continuo y permanente del Proceso, lo cual redundará en el cumplimiento de la Misión y los Objetivos Institucionales.

2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Evaluar la efectividad de los controles existentes, el manejo de los riesgos e indicadores, la eficacia y oportunidad de los procedimientos establecidos en las Políticas, Manuales, y Circulares Normativas aplicables a las actividades ejecutadas por el Proceso de Mejoramiento Continuo, como también el cumplimiento de la normatividad legal vigente aplicable al citado proceso y los procesos transversales, generando una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación.

3. ALCANCE

Todos los procesos y áreas relacionadas con la gestión del proceso de Mejoramiento Continuo durante la vigencia 2020 y 2021, así como de ser necesario vigencias anteriores en aplicabilidad a la normatividad y los procedimientos.

Esta auditoría se llevó a cabo en cumplimiento a las normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas, con fundamento en las normas internacionales de auditoría basadas en riesgos, la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5 Estatuto de Auditoría Interna, séptima dimensión y tercera línea de defensa del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, la auditoría se realizó del 5 al 23 de septiembre de 2022.

4. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

4.1. REUNIÓN DE APERTURA.

Siendo las 2:30 pm, del día 6 de septiembre de 2022, con la participación del Jefe de Procesos y Productividad y su equipo de trabajo, se realizó la reunión de apertura de la Auditoría Interna de Gestión, en cumplimiento al Programa Anual de Auditorías, el cual se desarrolla con fundamento en el Plan de Auditoría – Carta de Representación dado a conocer al Jefe de Procesos y Productividad con anterioridad a la etapa de ejecución.

4.2. EVALUACIÓN DE AUDITORIAS ANTERIORES

4.2.1 Auditorias anteriores: La última Auditoría realizada al proceso de Mejoramiento fue realizada en la vigencia 2019, cuyo plan de mejoramiento se cumplió al 100%.

Igualmente en la vigencia 2021 se realizó auditoría interna de gestión a la Dirección de Tecnología donde el alcance contemplo la evaluación del componente de Seguridad de la Información, subproceso que hace parte del proceso de Mejoramiento Continuo, arrojando como resultado nueve (9) observaciones relacionadas con el subproceso y de la cual se suscribieron catorce (14) acciones de mejora que presentan el siguiente resultado a la fecha de este informe:

- Doce (12) acciones cerradas
- Una (1) acción pendiente de validar su efectividad.
- Una (1) acción **incumplida** de la “Observación 027” con fecha de vencimiento 30 de marzo de 2022, relacionada con *“Realizar la actualización e implementación de los controles para los cuales el análisis determinó que existe oportunidad de mejora.”*

4.2.2 Auditorías internas de Calidad: Se realizó la verificación de las acciones correctivas, preventivas o de mejora en el aplicativo ISOLUCION, observando que el Proceso de Mejoramiento Continuo tiene ocho (8) acciones abiertas que se detallan en el **Anexo N°1** del informe, de las cuales (2) dos se encuentran vencidas incumpliendo los tiempos establecidos para la ejecución de la acción de mejora y (5) cinco con vencimiento en la vigencia 2023, al respecto es importante citar que las acciones fueron generadas en las vigencias 2019 y 2021, observando que las acciones de tratamiento se relacionan con modificaciones, actualizaciones o ajustes de las Circulares Normativas y Políticas Internas se requiere mayor diligencia y oportunidad por parte del responsable.

4.2.3 Plan de Mejoramiento CGR, El proceso de Mejoramiento Continuo, no tiene acciones de mejora asociadas en el Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la Republica- CGR.

4.3. EVALUACIÓN DE RIESGOS.

Verificado el mapa de riesgos registrado en el Aplicativo de Seguimiento para la Estrategia - ASE, se observó que el Proceso de Mejoramiento Continuo cuenta con dos riesgos asociados así:

Clase	Nombre
Riesgo Operativo	RO-MC-01 Posibilidad de afectación económica por sanciones o multas debido al incumplimiento en los requisitos legales establecidos en el Sistema Integrado de Gestión
Riesgo de Continuidad de Negocio	CN-MC-01 Posibilidad de afectación económica por interrupción de la operación de los procesos críticos debido a la indisponibilidad de los recursos habilitadores: información, tecnología, infraestructura física, colaboradores y proveedores

Fuente: Gerencia de Planeación- Septiembre de 2022

Analizados los controles asociados a los anteriores riesgos, que durante el periodo evaluado no se han presentado materializaciones de los mismos.

Así mismo se observó que el proceso cuenta con actividades y procesos que no están directamente relacionados con el Sistema Integrado de Gestión como los son estudios de productividad, mediciones de cargas para los cuales no se han identificado riesgos, siendo necesario analizar las citadas actividades conforme lo establecido en la Circular Normativa 107 “Política de Administración del Riesgo en Central de Inversiones S.A”.

4.4. INDICADORES DEL PROCESO.

El proceso de Mejoramiento Continuo cuenta con (7) siete indicadores asociados directamente a su gestión en el aplicativo ISolucion así:

NOMBRE INDICADOR	MEDICION
Acciones correctivas, preventivas y de mejora implementadas oportunamente	Trimestral
Acciones para Tratamiento de Riesgos	Semestral
Generación de Residuos Sólidos Inorgánicos	Trimestral
Gestión de Vulnerabilidades Técnicas	Semestral
Nivel de Consumo de Resmas de Papel Dirección General	Mensual
Nivel de Consumo de Resmas de Papel Sucursal Bogotá	Mensual
Porcentaje de Incidentes de Seguridad de la Información	Trimestral

Fuente: Aplicativo ISolucion Septiembre de 2022

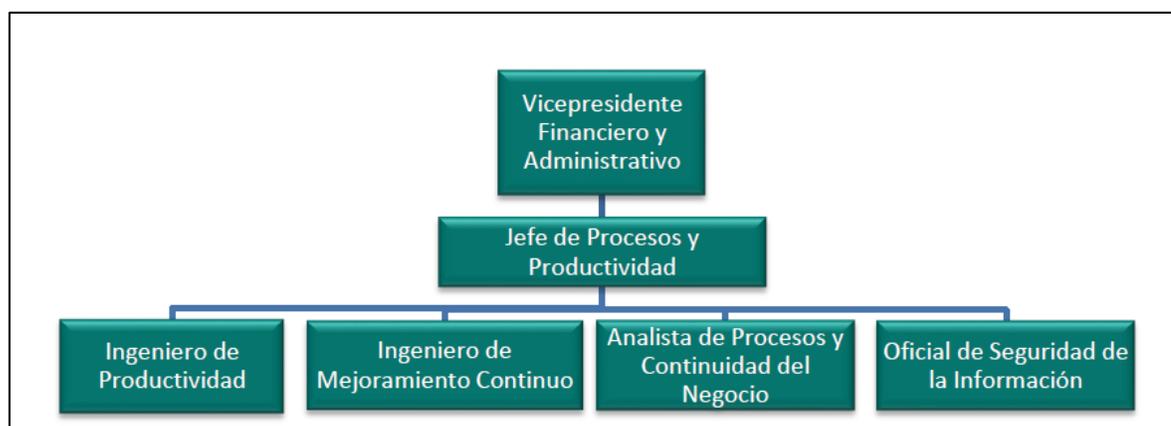
Analizados los anteriores indicadores se observó que los denominados “Acciones para Tratamiento de Riesgos”, “Nivel de Consumo de Resmas de Papel Dirección General”, “Nivel de Consumo de Resmas de Papel Sucursal Bogotá” y “Porcentaje

de Incidentes de Seguridad de la Información” el responsable establecido en la ficha del indicador no corresponde al líder actual del proceso.

4.5. ESTRUCTURA DEL PROCESO

Durante las vigencias evaluadas según información aportada por la Gerencia de Recursos el Proceso de Mejoramiento Continuo no surtió modificaciones en su estructura manteniendo cinco (5) personas, no obstante, a la fecha de evaluación el cargo de Ingeniero de productividad se encuentra vacante, y los cuatro cargos restantes presentan el siguiente tipo de vinculación:

- a. Contrato Indefinido – 3
- b. Contrato de Obra o Labor CISA – 1



Fuente: Gerencia de Recursos -septiembre de 2022

Es importante mencionar que de conformidad con la Dimensión 2 “Direccionamiento Estratégico y Planeación” del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG el Sistema Integrado de Gestión – SIG, es un elemento fundamental en el Direccionamiento Estratégico de la Entidad, por consiguiente todo ejercicio de planeación como propósito fundamental deberá garantizar que la normativa que le es propia a su institución, así como su estructura organizacional y operativa, procesos, planes, programas, proyectos, actividades, recursos, e información, sean coherentes con los objetivos institucionales o estratégicos para los cuales fue concebida.

De lo anterior el equipo auditor considera que el proceso de Mejoramiento Continuo debe ser un aliado del Direccionamiento Estratégico dada la importancia del SIG en relación con la estructura operativa de la entidad.

4.6. PLAN ESTRATEGICO Y DE ACCION

El proceso de Mejoramiento Continuo participa en la composición del Plan estratégico 2019-2022 con la perspectiva de Excelencia Operativa.

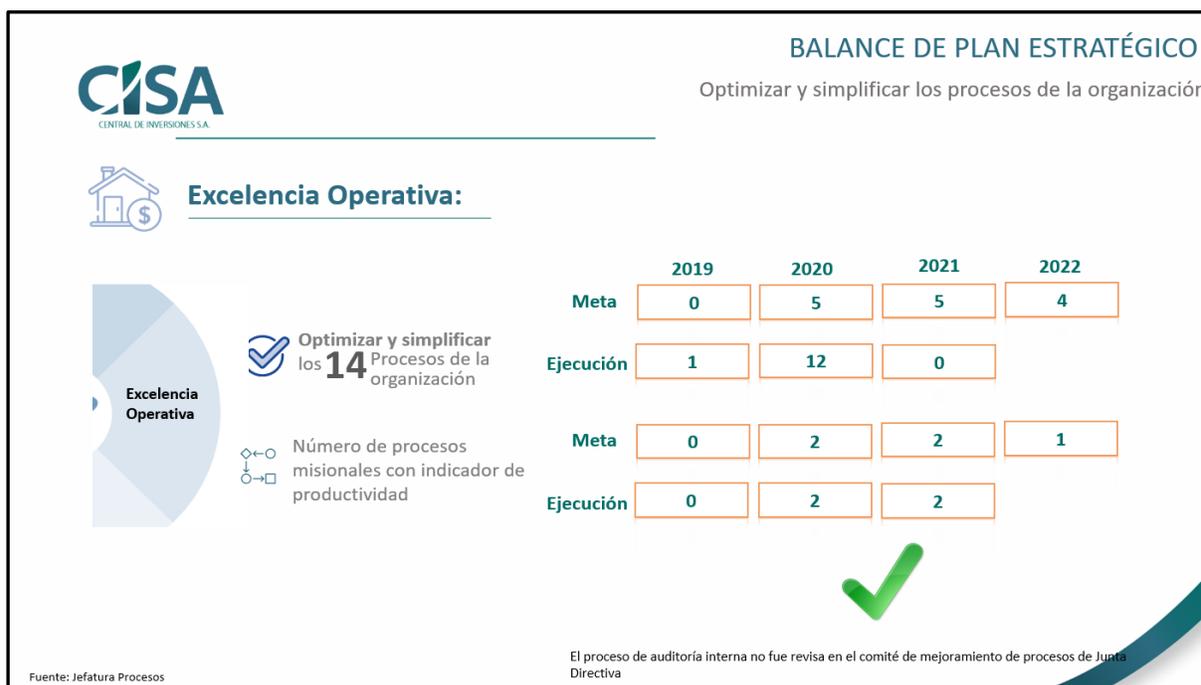
Durante el cuatrienio se establecieron actividades en los diferentes planes de Acción para cada vigencia que contribuyeran al cumplimiento del objetivo planteado en el Plan estratégico.

Evaluado el cumplimiento de estas actividades conforme las evidencias incluidas en el aplicativo ASE, se determinó lo siguiente:

- a. En los soportes del cumplimiento de la actividades del plan de acción a cargo del proceso de mejoramiento continuo se evidenció que se asignan como responsables a los líderes de los diferentes procesos, sin observar la participación o aporte dado por el proceso para la optimización de estos, adjuntando en ocasiones como evidencia las actas de comité de procesos de Junta Directiva en las que se establecen compromisos de los cuales las evidencias del seguimiento por parte del proceso de Mejoramiento Continuo no se encuentran adjuntas en el aplicativo ASE.
- b. Se observó que se establecen acciones de seguimiento para los compromisos designados por el Comité de Procesos de Junta Directiva dejando como evidencia la remisión de correos de solicitud de avances a los diferentes procesos, sin embargo, el proceso de mejoramiento no registró la evidencia que permitiera verificar el cumplimiento o resultado final de los compromisos.
- c. Se establecieron actividades relacionadas con la creación de Indicadores de lo cual se evidencia la estructuración de los mismos, pero no su implementación en los procesos intervenidos.
- d. De manera particular se establecen algunas observaciones sobre los entregables descritos en el Anexo N° 2 del presente informe.
- e. Las actividades presentadas en el seguimiento al Plan Estratégico con corte agosto de 2022, remitido por la Gerencia de Planeación no están definidas en

los Planes de Acción publicados en la página web de CISA ni en el aplicativo ASE, para cada vigencia evaluada.

- f. Conforme al resultado presentado por la Gerencia de Planeación en el mes de Agosto de 2022, el proceso de Mejoramiento Continuo presenta un cumplimiento del 92% de las actividades del Plan Estratégico a su cargo incluidas en la perspectiva denominada “Excelencia Operativa”
- g. No se evidenció el acta de Comité de Proceso de Junta Directiva donde se expresa la decisión y Justificación de no revisar el Proceso de Auditoría interna tal como se indica en la siguiente imagen de la presentación del seguimiento al Plan Estratégico realizado por la Gerencia de Planeación.



Fuente: Gerencia de Planeación agosto-2022

Realizada la mesa de trabajo el día 12 de octubre de 2022 y de acuerdo con las evidencias aportadas se ajusta la redacción de los literales a y b.

4.7. GESTIÓN DEL PROCESO

4.7.1. ACTUALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SIG.

El proceso de Mejoramiento Continuo es el responsable de la actualización de la documentación que hace parte del SIG, durante el periodo evaluado se realizaron las siguientes actualizaciones:

TIPO	2020			2021			2022			TOTAL
	Elaboración	Modificación	Eliminación	Elaboración	Modificación	Eliminación	Elaboración	Modificación	Eliminación	
Perfil del Cargo	175			50			32			257
Caracterización del proceso	1	6			9		4	15		35
Circular Normativa	3	133	2	2	96	1	1	68	1	307
Memorando Circular	3	21	2	4	18		1	13		62
Manual	3	31		5	20		9	10		78
Anexo	10	59	1	9	68	2	1	41		191
Otro	13	45	1	16	39	1	6	18		139
TOTAL	33	295	6	36	250	4	22	165	1	812

Fuente: Aplicativo Zeus 19-sep-2022

De lo anterior se observó que se realizan actualizaciones de los documentos activos en el sistema por imagen corporativa y que para el caso de los memorandos circulares se actualiza la fecha de emisión sin tener en cuenta datos como quien los emite y suscribe así:

- a. Memorando Circular 016: Emitido y suscrito por la Presidente Lia Henaar Sierra y fechado en diciembre de 2020 donde la Presidente era Nora Tapia Montoya.
- b. Memorando Circular 029: Emitido y suscrito por el Presidente Jorge Eduardo Mota y fechado en diciembre de 2020, donde la Presidente era Nora Tapia Montoya.
- c. Memorando Circular 033: Emitido por la Vicepresidencia de Gestión de Activos públicos en diciembre de 2020 donde la estructura de CISA no contemplaba la citada vicepresidencia igualmente se encuentra suscrito por funcionarios que no hacían parte de la entidad en ese momento.

- d. Memorando Circular 038: Emitido y suscrito por la Presidente Carlos Iván Villegas y fechado en diciembre de 2020 donde la Presidente era Nora Tapia Montoya.
- e. Los memorandos circulares N° 041 – 038 – 029 y 016 no cuentan con el espacio denominado control de cambios incumpliendo lo establecido en el numeral 5.2.3 de la Circular normativa 016.
- f. El memorando Circular 056: Creado en septiembre de 2019, y con la actualización realizada en marzo de 2020, se modificó el nombre, objetivo y la dependencia responsable, considerando que lo que se debió hacer fue derogar este y crear uno nuevo.

Así mismo las Circulares Normativas que surtieron más modificaciones fueron las siguientes:

CIRCULAR NORMATIVA	2020	2021	2022	TOTAL
´069	25	18	9	52
123	18	21	9	48
´001	8	4	6	18
093	8	7	2	17
100	11	4	2	17
´005	4	7	5	16
´024	4	4	6	14
´070	3	5	5	13
´097	6	5	2	13
´023	8	4		12
´044	3	4	3	10
107	5	2	3	10
´016	3		6	9
´031	5	2	2	9

Fuente: Aplicativo Zeus 19-sep-2022

Es importante que los líderes de proceso como responsables de la revisión y mantenimiento de la documentación del mismo, realice revisiones integrales de las circulares y así disminuir la cantidad de modificaciones de estas, por cuanto se observaron hasta 5 modificaciones en un mismo mes para una circular como es el

caso de la CN69, lo que ocasiona una mayor operatividad del proceso de mejoramiento continuo así como contradicciones en o errores dentro de una misma circular.

4.7.2. CREACIÓN, MODIFICACIÓN O ELIMINACIÓN DE PERFILES, MANUALES DE RESPONSABILIDADES O MANUAL DE FUNCIONES

El proceso de Mejoramiento Continuo atendió 257 solicitudes relacionadas con el ajuste a los Perfiles de los cargos de la Entidad así:

TIPO	2020			2021			2022			TOTAL
	Elaboración	Modificación	Eliminación	Elaboración	Modificación	Eliminación	Elaboración	Modificación	Eliminación	
Perfil del Cargo	175			50			32			257

De lo anterior se observó lo siguiente:

- a. No se cuenta con una Política o procedimiento en la normatividad interna que establezca las atribuciones a los funcionarios para la solicitud de elaboración, modificación o eliminación del Catálogo de Perfiles y manuales de responsabilidades o funciones.
- b. Se observó que no todas las solicitudes atendidas para la modificación del catálogo de perfiles cuentan con el visto bueno de la Gerencia de Recursos.
- c. Se observó que con el radicado Zeus 718182 la Coordinadora de Inmuebles y Otros Activos realizó la solicitud de modificación del Manual de Funciones del Vicepresidente de Negocios modificación que es aprobada por el Gerente de Inmuebles, subalterno de este, asimismo esta solicitud no cuenta con el visto bueno del superior jerárquico del Vicepresidente de Negocios.

Igualmente, bajo el mismo Zeus solicita la modificación del Manual de Responsabilidades del Gerente de Zona, surtiendo la misma aprobación, teniendo en cuenta que estos funcionarios no dependen administrativa ni funcionalmente del Gerente de Inmuebles.

4.7.3. EVALUACIONES DE PRODUCTIVIDAD

El proceso de Mejoramiento continuo tiene como responsabilidad la realización de los estudios de productividad de las soluciones de cartera requeridas desde la

Vicepresidencia de Soluciones para el Estado como insumo para determinar la tarifa de las mismas.

Durante la vigencia 2020 se realizaron 9 estudios, durante la vigencia 2021 (2) dos estudios y durante la vigencia 2022 no se han realizado estudios así:

Cartera	Fecha
Adres	mar-20
Coldeportes	mar-20
Fogafin	abr-20
Fiduagraria	may-20
Invima	jul-20
Banco de Bogotá - Finagro	ago-20
SuperSociedades	ago-20
ICA	sep-20
Banco agrario	dic-20
FRG Tolima	feb-21
SENA	may-21

Jefatura de procesos y productividad – septiembre de 2022

4.7.4. ESTUDIO DE TIEMPOS Y MEDICION DE CARGAS

Igualmente el proceso de mejoramiento continuo realizo los siguientes estudios de tiempos y medición de cargas:

PROCESO	ÁREA	FECHA
Legal - Gestión Jurídica del Negocio	Gerencia Legal	jul-20
	Gerencia Jurídica del Negocio	ago-20
	Jefaturas Jurídicas de las zonas	ago-20
Gestión de Activos Inmuebles / Gestión de Activos Cartera	Gerencia Zona Centro	mar-21
Legal	Gerencia Legal - Seguros	abr-21
Gestión de Activos Inmuebles	Coordinación de inmuebles Zona Pacífico	jun-21
Gestión Jurídica del Negocio	Gerencia Jurídica del Negocio – EKOGUI	ago-21
Gestión Jurídica del Negocio	Gerencia Jurídica del Negocio - Creación procesos concursales	jun-22

Gestión de Activos Inmuebles	Coordinación de inmuebles Zona Centro	jul-22
------------------------------	---------------------------------------	--------

Jefatura de procesos y productividad – septiembre de 2022

De las anteriores mediciones se presentaron los resultados a los diferentes líderes de proceso mediante correo electrónico y/o mesas de trabajo, indicando el nivel de ocupación de cada funcionario, si se requiere o no más personal para desarrollar las labores y el tiempo que se requiere de plan choque. Sin embargo las actividades y/o procedimientos para realiza las citadas mediciones no se encuentran documentadas ni establecidas en la normatividad interna de CISA. Así mismo no se evidencia un documento formal con el resultado de la medición y recomendaciones dadas por el proceso de Mejoramiento Continuo.

4.8. PUBLICACION DE INFORMACION EN LA INTRANET DE CISA.

Verificada la intranet de CISA en la pestaña SIG, muestra la siguiente información:

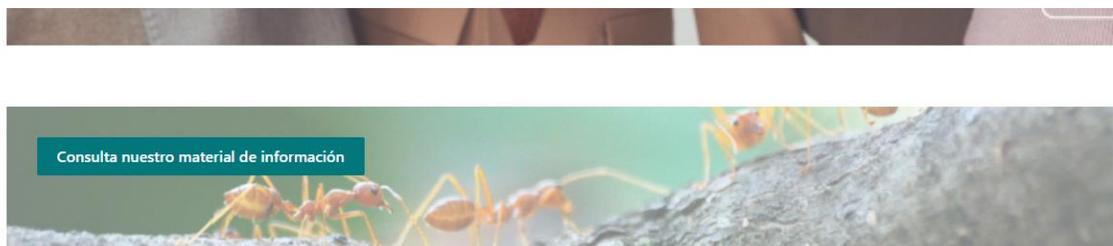


Aquí podrás consultar y conocer a profundidad la política y objetivos integral del Sistema Integrado de Gestión.

- Política integral
- Objetivos integrales
- Mapa de procesos

Modelo Integrado de Planeación y Gestión

- Manual operativo MIPG
- Decreto 1499 de 2017
- Decreto 1499 de 2018



Me gusta 1714 visualizaciones Guardar para más tarde

Fuente: Intranet CISA - 12 sep-2022

De la anterior información se observó:

- Uno de los principales Objetivos Integrales de todo SIG, es controlar los procesos y procedimientos a través de los Indicadores de Gestión, no se menciona en dicho documento lo relacionado con Indicadores.
- El Manual Operativo publicado corresponde a la versión de octubre 13 de 2017, siendo la actual la versión 4 de marzo de 2021.
- Se encuentra publicado el Decreto 1499 de 2018, mal nombrando, siendo correcto el Decreto 1499 de 2017.
- El espacio denominado “*Consulte nuestro material de información*” contiene información relacionada con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG y los resultados de la calificación del mismo – FURAG, correspondiente a las vigencias 2019 y 2020, no se evidencia la calificación correspondiente a la vigencia 2021.

Lo anterior puede generar confusiones o desinformación entre los usuarios de la Intranet que siendo este el repositorio de información de CISA para los funcionarios de la Entidad que acuden en primera instancia a este medio, siendo necesario implementar controles efectivos ante la actualización de la información relacionada con el Sistema Integrado de Gestión en los diferentes medios tal como lo establece el numeral 7.5 de la NTC ISO 9001-2015 y el MIPG Versión 4.

4.8.1. MAPA DE PROCESOS

Evaluado el mapa de procesos se observó que fue modificado y actualizado en marzo de 2022, incrementando el número de procesos de la entidad pasando de 14 a 17 procesos, creando los procesos de “Gestión Documental”, “Control Interno Disciplinario”, “Gestión de Activos Cartera” y se ajustó el nombre de los procesos de “Relacionamiento con el Ciudadano”, “Mercadeo y Comunicaciones” y “Gestión Tecnológica”, si bien se busca maximizar los servicios y actividades para fortalecer la gestión institucional, no se evidencia un análisis y estudio técnico justificado a partir de la cadena de valor que tiene definida la entidad, así mismo no se tuvo en cuenta la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos, de la dimensión Gestión con Valores para el Resultado del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Tal como se mencionó en el informe de Auditoría realizado a la Oficina de Control Interno Disciplinario, con respecto a la formalización y creación de un nuevo proceso de Control y Evaluación en el ciclo PHVA del modelo, donde se establece: *“En la guía “Caja de Transformación institucional para el Control Disciplinario Interno” de la Función Pública, con relación al modelo de operación por procesos para la implementación de la gestión disciplinaria, evidenciando que en esta guía se recomienda a las entidades que el control disciplinario interno sea un **proceso de apoyo**, y que la prevención para mitigar la ocurrencia de hechos, acciones u omisiones que conduzcan a investigación disciplinaria sea incluida en el proceso estratégico de gestión del talento humano. “*

4.9. PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SOLICITUDES Y DENUNCIAS – PQRSD.

Durante las vigencias 2020 y 2021 no se registraron en la entidad Peticiones Quejas reclamos, denuncias y sugerencias - PQRD'S, ni Tutelas, donde el proceso de Mejoramiento continuo fuera el responsable de su trámite.

4.10. ORDENES DE SERVICIO

El proceso de mejoramiento continuo realizó contrataciones de servicios de mantenimiento, licencias y consultorías durante las vigencias 2020, 2021 y corte a junio de 2022 por valor total de \$789.598.521 así:

TIPO	CANTIDAD	2020	2021	2022	TOTAL
Mantenimiento	5	53,075,326	45,423,300	289,243,638	387,742,264
Licencias	4	148,177,089	50,932,000	77,872,816	276,981,905
Consultorías	6	46,958,130	30,669,870	47,243,352	124,871,352
TOTAL		248,210,545	127,025,170	414,359,806	789,595,521

Fuente: Jefatura de Mejoramiento Continuo – Septiembre 2022

Evaluada las anteriores contrataciones se observó lo siguiente:

- a. **OS-043-2020:** En esta orden de servicio se contrató el desarrollo de una auditoría externa en ISO 27000:2013, por valor de \$5.593.000, con una duración de 32 horas, revisado el documento como soporte de la ejecución se observó que el plan de auditoria relaciona actividades por un total de 19 horas y no se observan más documentos que soporten la ejecución de las 13 horas restantes.

- b. **OS-048-2020:** El objeto de esta orden es prestar el servicio de consultoría a través del servicio MOC-EDUCATE durante doce (12) meses para 100 usuarios por valor de \$33.071.191. su finalidad es apoyar el aseguramiento de los servicios tecnológicos prestados por CISA, al sistema de gestión de seguridad de la información y todo lo relacionada con Seguridad Digital.
Verificada la ejecución de la orden de servicio se observó que se asignó el 28 de diciembre de 2020 la licencia a 100 funcionarios, según listado enviado a la auditoría interna. Cuando los funcionarios son retirados de la entidad o no utilizan la plataforma estos son remplazados por nuevos funcionarios que son seleccionados de acuerdo con la criticidad del cargo en relación con el sistema de seguridad de la información.

- c. **OS-072-2021:** En esta orden se contrató el desarrollo de una auditoría externa en ISO 27000:2013, con una duración de 12 horas por valor de \$3.180.870. revisado el documento como soporte de la ejecución se observó que el plan de auditoria relaciona actividades por un total de 10.6 horas y no se observan más documentos que soporten la ejecución de las 1.4 horas restantes

- d. Las ordenes de servicio: OS-066-2019; OS-023-2020; OS-046-2020; OS-047-2020, OS-022-2020; OS.-013-2021; OS-027-2021; OS-035-2021; OS-039-2021; OS-079-2021; OS-002-2022; OS-004-2022; OS-005-2022; OS-006-2022; OS-008-2022. No presentaron observaciones.

Dado que la Entidad no se encuentra certificada en la norma ISO 27000, la realización de las auditorías que generan costo para la entidad debe ser revaluadas, en relación con la necesidad que requieren las políticas de Gobierno Digital y Seguridad Digital exigidas por el MIPG.

4.11. GESTION DOCUMENTAL

En cumplimiento a la Circular Normativa 023 – versión 21 del 29 de septiembre de 2021, se observó que el proceso de Mejoramiento Continuo no cuenta con Tablas de Retención Documental -TRD, en los términos establecidos el numeral 2.2. “Responsables” de esta Circular y su anexo N°3, “Tablas de Retención Documental”, asimismo se identificaron documentos que hacen parte de las actividades de este proceso y se encuentran incluidas en la TRD de la Vicepresidencia Financiera y Administrativa en las subseries 14000-21-06 Informes de Auditorias del sistema integrado de Gestión, 14000-06-00 Circulares Normativas y 14000-29-00 Memorandos Circulares.

Dado que el proceso genera información producto de su gestión esta no se encuentra contemplada en las TRD vigentes, como lo es la relacionada con seguridad de la información, evaluación de productividad, medición de cargas y continuidad del negocio.

5. HALLAZGOS

- 5.1. Evaluadas las Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora registradas en el aplicativo ISOlucion, como resultado de las auditorías internas de calidad realizadas en la vigencia 2019, se evidenció que las registradas con los números 1271, 1272 no se ejecutó la acción establecida para su tratamiento. Incumpliendo lo establecido en el numeral 3 del anexo “*Procedimiento para la Gestión de la Mejora en CISA*” del Manual 13 “*Manual del Sistema Integrado de Gestión*” que cita: “*Las acciones correctivas y/o de mejora generadas, deben cerrarse en un término no mayor a los tiempos de implementación establecidos en cada actividad, independientemente de la fuente que la genere, esto con el fin de evitar la demora injustificada en la implementación de estas acciones, así como propender por la eficaz implementación de las acciones planificadas.*”

- 5.2.** Evaluado el Plan de Mejoramiento suscrito con la Dirección de Tecnología como resultado de la Auditoría Interna de Gestión realizada a la Dirección de Tecnología de la vigencia 2021, se evidenció que la acción de mejora aprobada para la observación 027 no se cumplió en los términos allí establecidos, incumpliendo el Plan de Mejoramiento aprobado por la Auditoría Interna tal como lo establece el numeral 6.1 de la Circular Normativa 017.
- 5.3.** Evaluados los indicadores de gestión del proceso de Mejoramiento Continuo, se evidenció que estos se encuentran desactualizados en relación con el nombre del líder del proceso, incumpliendo lo establecido en el numeral 2.2 de la Circular Normativa 016 que cita: *“Los líderes de Procesos, como dueños de los documentos de su proceso, de revisar periódicamente esta documentación y solicitar la actualización de esta, al proceso de Mejoramiento Continuo cuando se requiera”*, tal como se detalla en el numeral 4.4 del presente informe.
- 5.4.** Verificada la Información del proceso publicada en la intranet de CISA, se evidenció que esta se encuentra desactualizada y mal nombrada incumpliendo lo establecido en el artículo 3 de la ley 1712 de 2014 *“Ley de Transparencia y Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional”* en lo relacionado con el *“Principio de la calidad de la información”* y el *“Principio de la divulgación proactiva de la información”*. tal como se detalla en el numeral 4.8 del presente informe.
- 5.5.** Revisada la estructura y actualización de los documentos del Sistema Integrado de Gestión, se evidenció que los memorandos circulares N° 041 – 038 – 029 y 016 publicados en el Banco de Documentos, no cuentan con el espacio denominado control de cambios incumpliendo lo establecido en el numeral 5.2.3 de la Circular Normativa 016 que cita que los memorandos circulares *“En uno de sus capítulos debe contener “Control de Cambios”, similar al de la estructura de las circulares normativas.”*
- 5.6.** Evaluada la Gestión documental del proceso se evidenció que se produce documentación que no se encuentra incluida en las tablas de retención documental de la entidad, incumpliendo lo establecido en el numeral 2.2 de la Circular Normativa 23. Tal se detalla en el numeral 4.11 del presente informe.

5.7. Evaluada la contratación correspondiente al proceso de Mejoramiento Continuo se evidenció que se contrataron servicios de auditoría bajo las órdenes de servicio OS -043-2020 y OS- 072-2021 evidenciando que las horas contratadas y pagadas son superiores a las ejecutadas conforme al plan de auditoría suministrado al proceso auditor. Incumpliendo lo establecido en el artículo 44 de la Circular Normativa 044 “Manual de Contratación” que detalla las Responsabilidades del Supervisor.

6. OBSERVACIONES

6.1. Evaluados las acciones correctivas preventivas y de mejora registradas en el aplicativo ISolucion que se encuentran abiertas, se observó que tienen fechas de cumplimiento que superan dos años, disminuyendo la oportunidad y efectividad de las acciones establecidas para corregir la desviación.

6.2. Evaluados los riesgos identificados por el proceso de Mejoramiento Continuo se observó que de conformidad a las funciones y actividades que se realizan en el proceso se deben evaluar las causas que generen la identificación de nuevos riesgos.

6.3. Evaluada la actualización y mantenimiento de los documentos que hacen parte del SIG, se observó que se realizan actualizaciones parciales del documento o cambios de imagen de imagen corporativa, sin tener en cuenta la estructura total del mismo, incurriendo en impresiones entre la fecha y los funcionarios o dependencias que lo emiten y suscriben. Tal como se detalla en el numeral 4.7.1 del presente informe.

6.4. Se observó que no se cuenta con una política o procedimiento para la actualización del catálogo de perfiles, manuales de responsabilidad o funciones, conllevando a realizar aprobación de modificaciones de manuales de funciones por funcionarios de nivel jerárquico inferior al solicitado. Desconociendo lo establecido en el Decreto 1083 de 2015 en el capítulo I “*Funciones y requisitos generales para los empleos públicos de los distintos niveles jerárquicos de los organismos y entidades del orden nacional* “. tal como se detalla en el numeral 4.7.2 del presente informe.

6.5. Evaluados los estudios de medición de tiempos y cargas de trabajo realizados por el proceso de Mejoramiento Continuo se observó que no se cuenta con un procedimiento o política documentada en la normatividad interna para las

mediciones diferentes a los procesos de cartera, igualmente se observó que no se elabora un informe como soporte de los resultados obtenidos.

7. RECOMENDACIONES

- 7.1.** Se recomienda evaluar los tiempos establecidos para cumplir las acciones de mejora registradas en el aplicativo ISolucion como resultado de las Auditorias de Calidad, a fin de generar oportunidad y efectividad en la implementación de estas.
- 7.2.** Cuando se generan actualizaciones a los documentos que hacen parte del SIG se recomienda que se evalúe de manera integral el cambio para no incurrir en imprecisiones entre la fecha de emisión, las dependencias y funcionarios que lo emiten.
- 7.3.** Se recomienda cuando se presente cambio de imagen corporativa de la entidad, que solo se actualicen los documentos que se emiten con posterioridad o aquellos que presenten modificaciones en su contenido a partir de la fecha de la implementación de la nueva imagen.
- 7.4.** Dada la importancia que tienen los objetivos integrales se recomienda incluir en estos objetivos lo relacionado con Indicadores de Gestión.
- 7.5.** Se recomienda evaluar las actividades del proceso para identificar posibles causas que generen nuevos riesgos.
- 7.6.** Se recomienda atender los hallazgos y observaciones del presente informe de manera efectiva.

8. CONCLUSIÓN DE AUDITORÍA

De la evaluación realizada al Proceso de Mejoramiento Continuo, se concluye que este cumple con las políticas administrativas establecidas por la entidad presentando algunas desviaciones operativas y de gestión que requieren suscribir acciones de mejora para fortalecer el proceso, tal como se describe en los numerales 5 y 6 del presente informe.

Se resalta la gestión realizada por el Proceso de Mejoramiento Continúo denotando un incremento en el autocontrol de los funcionarios, igualmente el equipo auditor agradece la disponibilidad y cumplimiento oportuno en la entrega de la información requerida y el compromiso permanente por parte de los funcionarios adscritos al proceso para atender todo lo relacionado con la etapa de ejecución de la auditoría, mostrando un avance significativo con la cultura del Control.

9. MESA DE TRABAJO

En atención al “Procedimiento para Auditorías Internas de Gestión”, se realizó mesa de trabajo el 12 de octubre de 2022, con el Jefe de Procesos y productividad su equipo de trabajo y el equipo auditor, con el fin de consolidar el informe definitivo, los ajustes y observaciones allí presentados quedan soportados en el acta de mesa de trabajo que hace parte de los papeles de trabajo de la auditoría interna y estarán disponibles para su consulta en caso de ser requeridos.

Aprobado por:	Elaborado por:	Fecha de aprobación
<p>ORIGINAL FIRMADO</p> <p>Elkin Orlando Angel Muñoz Auditor Interno</p>	<p>ORIGINAL FIRMADO</p> <p>Zulma J Cristancho Jaimes Auditor Líder Mauren Gonzalez Salcedo Lorena Picon Auditores de Apoyo</p>	<p>13/10/2022</p>