

## COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

### ACTA No.01

**FECHA:** Bogotá, 27 de febrero de 2024

**HORA INICIO:** De 8:10 a.m. horas.

**HORA TERMINACIÓN:** a 1:40 p.m. horas.

**LUGAR:** Sala de Juntas del Despacho.

**ASISTENTES:** Miembros Comité: Nombres y cargos de los Asistentes.

Dr. Roosevelt Rodríguez Rengifo - Superintendente de Notariado y Registro  
Dr. William Pérez Castañeda - Secretario General  
Dra. Isabella Andrea Hernandez Aranda - Superintendente Delegada para Notariado  
Dr. Rodrigo German Alejandro Larreamendy Joerns - Superintendente Delegado para Registro  
Dr. Mauricio Alejandro Rodriguez Gonzalez - Jefe de la Oficina Asesora de Planeación  
Dr. Olman José Olivella Mejía - Director Técnico de Registro  
Dra. Iliani Rengifo Ortiz - Jefe de la Oficina Asesora de Jurídica  
Ing. Jose Ricardo Acevedo Solarte - Jefe de la Oficina Tecnologías de la Información  
Dra. Martha Paola Páez Canencia - Directora de Talento Humano  
Dr. Daniel Fernando Cruz Gonzalez - Director Administrativo y Financiero  
Dr. Ramiro Alejandro Cardona Aguirre – Director de Contratación  
Dra. Lía Isabel Torregrosa Ojeda – Jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario  
Dra. Julia Beatriz Gutierrez Rodriguez – Jefe de la Oficina de Atención al Ciudadano,  
Dra. Rita Cecilia Cotes Cotes - Jefe de la Oficina de Control Interno

Dra. María José Muñoz Guzmán - Superintendente Delegada para la Protección, Restitución y Formalización de Tierras – (Asistencia virtual).

**INVITADOS:** Nombres y cargos de los Invitados.

Dany Luz Orozco – Asesora Despacho Superintendente  
Juan Carlos Torres Rodríguez - Profesional Especializado Secretaria General  
Dr. Jullhember Campo Gutierrez, Coordinador Servicios Administrativos.  
German Ocampo Murillo – Profesional Universitario Secretaria General  
María Fernanda Reyes Gutiérrez - Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación  
Edy Johana Melgarejo Pinto – Contratista Oficina Asesora de Planeación  
Monica Yaneth Galvis Garcia – Coordinadora Grupo Arquitectura Organizacional y Mejoramiento Continuo  
Yaneth Constanza Rincon Pulido – Profesional Especializado Oficina de Tecnologías de la Información  
Leyla Zoraya Guzman Rodriguez – Coordinadora Grupo de Sistemas de Información  
Marcela Vásquez Bonilla - Profesional Especializado Oficina Jurídica  
Juliana Torres Zambrano – Contratista Oficina de Control Interno  
Luisa Nayibe Barreto López – Profesional Especializado Oficina de Control Interno



## AUSENTES:

No hubo, Todos los miembros del comité se hicieron presentes.

## ORDEN DEL DÍA:

Verificación de quórum.

1. Informe de Ejecución Plan Anual de Auditoría Interna, vigencia 2023.
2. Principales Hallazgos relevantes y/o recurrentes identificados en la vigencia 2023.
3. Resultados Evaluación Plan de mejoramiento suscrito con la CGR, vigencia 2023.
4. Resultados Evaluación Plan de Mejoramiento Institucional, vigencia 2023.
5. Resultados de la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno, con corte a 31/12/2023.
6. Propuesta Plan Anual de Auditoría Interna, vigencia 2024, para aprobación.
7. Propuesta modificación Actividades del Mapa de Aseguramiento SNR, v1, a cargo de la Oficina Asesora de Planeación y Oficina de Tecnologías de la Información, para aprobación.
8. Propuesta modificación Política General Para la Administración de Riesgos, para aprobación, a cargo de la Oficina Asesora de Planeación.
9. Propositiones y Varios (Plan de Acción como resultado de la Evaluación de Gestión Institucional a través del FURAG, v.2023).

## DESARROLLO

El Señor Superintendente Roosevelt Rodriguez realizó la apertura de la reunión al Comité, agradeciendo la participación de los asistentes; manifiesta que es importante que se pueda aprovechar el tiempo para desarrollar el orden del día propuesto y reitera el compromiso de la Alta Dirección, respecto a los lineamientos determinados por el Control Interno en la Superintendencia de Notariado y Registro.

La Dra. Rita Cecilia Cotes Cotes – Jefe de la Oficina de Control Interno de la Superintendencia de Notariado y Registro de la Entidad, como Secretaria Técnica del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, saluda a los presentes y realizó la lectura de la agenda que sería desarrollada, según los 9 puntos que se relacionaron.

### Verificación de quórum

Se realizó la verificación del quórum, llamando a lista a los miembros del Comité institucional, siendo confirmada la asistencia de los catorce (14) miembros que lo conforman; cumpliéndose de esta manera, el quórum reglamentario de acuerdo con la normativa vigente, Res.07653/2020. (Se anexa el registro de los miembros e invitados a la reunión).

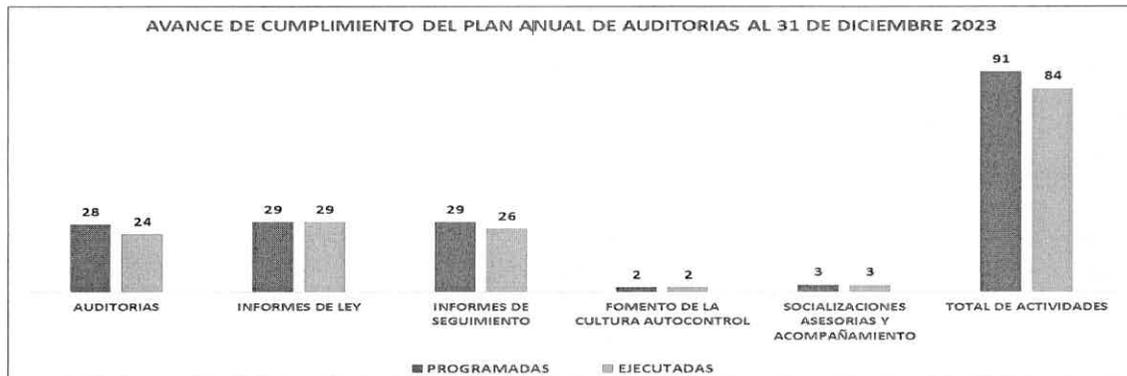
### Lectura, discusión y aprobación del acta anterior.

La secretaria técnica del Comité (Rita Cecilia Cotes Cotes), omite la lectura del acta anterior por cuanto mediante correo electrónico de fecha 29 de marzo de 2023, en aplicación a los lineamientos establecidos en la Resolución referida 07653/2020, se envió a los miembros del Comité, demás invitados y asistentes a la reunión, la primera versión del acta No.1/2023 y recibiendo una observación sobre la misma se procedió a su ajuste, siendo enviada la versión definitiva del acta para la firma del Superintendente; acta que ya se encuentra

firmada y publicada en la pág. Web de la entidad, a través del link de “*Transparencia y Acceso a la Información Pública*”, numeral 4.8 -Actas Comité Institucional de Coordinación Control Interno.

### 1. Informe de Ejecución Plan Anual de Auditoría Interna, vigencia 2023.

La Jefe de Control Interno, dra. Rita Cecilia Cotes Cotes, socializó el resultado obtenido como avance de cumplimiento al Plan Anual de Auditorías Internas, teniendo en cuenta las actividades programadas y las que fueron ejecutadas con corte al 31 de diciembre de 2023, como se muestra a continuación:



Informó que fueron ejecutadas 24 auditorías de las 28 programadas, por las razones que a continuación se exponen; de los 29 informes de Ley programados, todos fueron ejecutados dentro de los términos establecidos para ello; de los 29 informes de seguimiento a procesos, fueron ejecutados 26; manifiesta que se enviaron los respectivos informes al Representante Legal y a cada uno de los líderes de los procesos involucrados; en el Fomento de la cultura de autocontrol se ejecutaron las 2 actividades programadas, como fueron: Roles y Responsabilidades de cada Línea de Defensa con respecto a Planes de Mejoramiento; y Roles y Responsabilidades de las Líneas de Defensa en el marco del MIPG. También mencionó que se hicieron 3 socializaciones, asesorías y/o acompañamientos en temas como; Seguridad de la Información con el acompañamiento del MINTIC; Implementación Mapa de Aseguramiento, a través de reunión presencial con los representantes de cada una de las segundas líneas de defensa; y en Planes de Mejoramiento.

Posteriormente dio lectura a las auditorías realizadas, así:

- Macroproceso Gestión del Talento Humano y Macroproceso Gestión Financiera - Procesos Nómina y Proceso Administración Pensional - Procedimiento Liquidación Nomina de Pensionados.
- Macroproceso Gestión Financiera - Proceso Recaudos - Recaudos Notariales .
- Auditoría especial a la Gestión Registral para el Saneamiento y la Formalización de la propiedad inmobiliaria.
- Auditoría especial a la Jurisdicción Coactivo.
- Auditoría Proyecto Modernización de la Infraestructura Física de la SNR y contratos asociados.
- Dirección Regional: Andina, Caribe, Pacífico, Central y Orinoquía
- ORIP: Sogamoso, Chiquinquirá, Pitalito, Piedecuesta, San Martin, Tuluá, La Unión, Sahagún, Ciénaga, Cerete, Montería, Sopetran, Santa Fe de Antioquia y Neiva.

También mencionó las causas de las Modificaciones y/o cancelación de Auditorías, como fueron: *Auditoría a la adquisición de la herramienta de Gestión Financiera Integral (Holística) en la SNR*; contrato N.611 de 2014: En mesa de trabajo conjunta con el sujeto auditado, después de precisar sobre el objetivo, alcance y justificación de esta auditoría solicitada por la Oficina de Tecnologías, se consideró la conveniencia de realizar un diagnóstico frente al funcionamiento actual de la Herramienta de Gestión Financiera Integral - HGFI, con el acompañamiento de la Oficina de Control Interno, con el propósito de aclarar el nivel de uso real del aplicativo, tanto en el módulo de tangibles (inventarios), y de intangibles (licenciamiento), en virtud de proteger los intereses de la Superintendencia. En virtud de lo anterior, esta auditoría pasó a realizarse aplicando el Procedimiento de Informes o Seguimiento de Procesos.

Cancelación de la Auditoría al proceso de Comisiones y Viáticos en la SNR; por solicitud realizada por el Coordinador Administrativo, se canceló la auditoría "Comisiones y Viáticos", según Oficio rad. SNR2023IE014795 del 18 octubre de 2023 y se informó que fue priorizada para ser desarrollada en la vigencia 2024.

Cancelación Auditorías Orip Sincelejo y Acacias; Se cancelaron por falta de recursos para la compra de tiquetes y la realización de la comisión en la fecha programada; así mismo, por el traslado de dos funcionarios de la Oficina de Control Interno; no obstante, se informó que estas auditorías serán priorizadas en la vigencia 2024.

Posteriormente informó sobre los informes de Ley realizados en la vigencia 2023, por parte de la Oficina de Control Interno en los siguientes temas:

- Evaluación por Dependencias
- Evaluación del Sistema de Control Interno Contable
- Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno
- Medición del Desempeño Institucional (MDI)
- Reporte FURAG (Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión), apartado de Control Interno.
- Austeridad en el Gasto
- Derechos de Autor sobre el Software
- Planes de Mejoramiento de la Contraloría General de la República
- Resolución 1519 2020 Min TIC "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública"
- Seguimiento a las Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos
- Certificación EKogui – Litigiosa
- SIGEP - Procesos vinculación, desvinculación, hojas de vida, entre otros el "Seguimiento Declaración de Bienes y Rentas, Conflicto de Interés e impuestos sobre la renta y Complementarios (Ley 2013 de 2019)"
- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
- Seguimiento Riesgos Corrupción Cuatrimestral
- Seguimiento al cumplimiento de las normas de Carrera Administrativa (Circular 010 de 2020)
- Seguimiento Plan de Mejoramiento Archivístico

En cuanto a los Informes de Seguimiento a Procesos, mencionó que se realizaron los siguientes, según la programación realizada:

- Restitución, Protección y Formalización de Tierras - Seguimiento al Proyecto Catastro Multipropósito y contratos asociados.
- Seguimiento Contractual, Comodatos y Convenios interadministrativos.
- Seguimiento a Planes de Mejoramiento- Seguimiento a cumplimiento de plan de mejoramiento por procesos de la entidad (Institucional).
- Gestión Financiera: Seguimiento y control preventivo a la ejecución presupuestal.
- Seguimiento Proceso Disciplinario.
- Seguimiento a la Caja Menor del Nivel Central.
- Gestión Administrativa: Seguimiento actividades propuestas en el Mapa de Aseguramiento relacionada con el cumplimiento de la normativa ambiental aplicable.
- Direccionamiento Estratégico: seguimiento a la normativa aplicable en relación con la suscripción de los Acuerdos de Gestión por parte de los Gerentes Públicos y su debido seguimiento.
- Seguimiento al Plan Estratégico Institucional y Plan de Acción Anual: Seguimiento al cumplimiento de las metas establecidas del Plan Estratégico Institucional y Plan de Acción Anual
- Seguimiento a la Cuenta Anual a través del SIRECI
- Control de la Gestión Institucional: Informe Evaluación a la Estrategia y Audiencia Pública de Rendición de cuentas (Participación Ciudadana)
- Direccionamiento Estratégico: Seguimiento de Gestión de Riesgos de Gestión.
- Direccionamiento Estratégico: Seguimiento a Indicadores de Procesos

Aquí mencionó que los tres informes de seguimiento a procesos que no se realizaron en la vigencia 2023, relacionados con los procesos de Gestión del Talento Humano: *Seguimiento al cumplimiento del Plan Estratégico Talento Humano con énfasis en capacitación, bienestar e incentivos y la Política de Integridad*; Seguimiento a las funciones Inspección, vigilancia y control Curadurías y en Gestión Financiera: *Seguimiento al recaudo de los ingresos por la prestación del servicio registral y demás ingresos asociados; igualmente, hacer seguimiento a los convenios suscritos con los bancos y demás relacionados, así como al ejercicio de supervisión contractual*; obedecieron al traslado de dos funcionarios, sin remplazo hasta la fecha; y Cesión de tres contratistas. Para el *Seguimiento al Mapa de Aseguramiento SNR*, manifiesta que fue reprogramado para el mes de enero de 2024, siendo realizado y entregado a la fecha del presente Comité.

De esta manera concluye que se dio cumplimiento al Plan Anual de Auditorías Internas - 2023, con un 92,3% de las actividades programadas sobre las ejecutadas, por parte de la Oficina de Control Interno; de igual manera señaló que los informes han sido publicados en el Link de transparencia del portal web de la SNR.

## **2. Principales hallazgos relevantes y/o recurrentes identificados en la vigencia 2023.**

La Jefe de Control Interno dra. Rita Cecilia Cotes Cotes, socializó los principales hallazgos relevantes y/o recurrentes en relación con las auditorías e informes que fueron realizados por la Oficina de Control Interno en la vigencia 2023, y que son presentados a los miembros del Comité en atención a las responsabilidades asignadas a este Comité, y para que se puedan tomar decisiones al respecto por parte de la Alta Dirección.

Posteriormente detalló sobre los procesos y cada uno de los 44 aspectos principales donde se requiere establecer oportunidades de mejora, así mismo, señaló la fuente de información

de cada uno; es decir, a través de qué informe se identificó y la vigencia; según lo relacionado en el archivo "*Presentación COMITÉ -OFICINA DE CONTROL INTERNO 2024*" formato PDF, diapositivas de la 9 a la 24, que hace parte integral de la presente acta.

El Señor Superintendente mencionó la importancia de dar respuesta a cada hallazgo presentado, y para algunos casos, le solicitó a los responsables de los procesos explicación sobre cada uno de éstos; para lo cual, cada uno informó sobre el avance alcanzado a la fecha en cada aspecto; no obstante se recomendó por parte de la Oficina de Control Interno documentar las acciones a implementar a través de los planes de mejoramiento, a fin de contar con los soportes documentales de lo actuado al respecto, cuando se realice la evaluación de efectividad, en cumplimiento al Procedimiento de suscripción y seguimiento de Planes de Mejoramiento.

Igualmente, el Dr. Daniel Fernando Cruz Gonzalez - Director Administrativo y Financiero, solicitó información sobre dos temas puntuales de hallazgos observados por la Oficina de Control Interno, como son: Seguimiento y Evaluación a la Ejecución de Recursos Nación Vinculados a los Proyectos de Inversión de Catastro Multipropósito, vigencia 2022 y vigencia 2023, con corte al mes de junio/2023 y para el tema de los hallazgos generados en la Auditoría a los Contratos de Obra suscritos por la Superintendencia de Notariado y Registro, correspondiente a las vigencias 2022 y 2023, con corte al mes de septiembre/2023, a fin de que se realice una mesa de trabajo con el objetivo de revisar las evidencias con que cuenta el sujeto auditado. Al respecto, la Dra. Rita Cotes mencionó que se tenía programada una mesa de trabajo para resolver las inquietudes que se tenían para el tema de obras, pero que ésta fue cancelada sin previo aviso y sin dar mayores detalles, por lo cual accede a que se programe la mesa de trabajo y recomienda que, en lo sucesivo y en caso de ser necesario, se soliciten los plazos requeridos para dar respuesta dentro de los términos señalados en el informe.

Se continuo con la lectura de los hallazgos, referenciando los del proceso Registral donde básicamente se han identificado distintas situaciones de incumplimiento normativo por cuyas causas se podría generar la materialización de distintos riesgos en el proceso registral.

El Superintendente le cede la palabra al Delegado de Registro, Dr. Rodrigo German Alejandro Larreamendy Joerns, quien mencionó que en la mañana sostuvo una reunión con las Oficinas de Registro, específicamente con la Junta Directiva del Colegio de Registradores y con el Sindicato de Registradores, para hablar de las mediciones y controles que serán realizados, con base en los indicadores definidos para ello, en cuanto a Notas devolutivas, los Términos de Registro; la Liquidación de Tarifas Registrales; la Corrección de errores y las Actuaciones Administrativas, en atención a los términos señalados en el Estatuto Registral; teniendo en cuenta que son elementos que están incluidos en el control y medición que será adelantada por parte de la Delegada en la presente vigencia.

Mencionó que los Registradores indicaron que las correcciones, no siempre son por responsabilidad de ellos, sino que también se debe tener en cuenta que muchas veces es por responsabilidad de los Notarios o de los mismos ciudadanos. Señaló que desde la Delegada de Registro se vienen tomando los datos estadísticos, discriminando dos

aspectos para las correcciones, como son las correcciones externas y el producto no conforme, respecto a las correcciones internas; que igualmente son datos que deben ser medidos en el proceso registral; también mencionó que les fue enviado un oficio a cada registrador, indicándoles el nombre del tutor que le correspondió quien se encargará de revisar y hacer seguimiento a cada uno de estos indicadores; resaltando que estos temas se van a estar trabajando para establecer el desempeño de la oficina y de los Registradores.

La Dra. Rita Cotes, procede a darle la palabra al Dr. Olman Olivella Mejía - Director Técnico de Registro, con quien se adelantó un ejercicio práctico en relación con el análisis de los hallazgos del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría.

El Dr. Olman Olivella mencionó que es necesario tener presente la competencia que la normativa establece para cada área de la SNR, donde la misma Dirección Técnica de Registro debe velar porque en las Oficinas de Registro exista una prestación del servicio y una operación efectiva; que se cuente con las personas adecuadas para que presten los servicios misionales, según las competencias del área que le corresponda. Similar situación ocurre desde las Direcciones Regionales, quienes se encargan de prestar el apoyo y de estar pendientes de las necesidades de las Oficinas de su jurisdicción; sin desconocer la autonomía registral que les asiste a los Registradores de las Oficinas de Registro.

Posterior a ello mencionó que la Contraloría ha dejado hallazgos a Oficinas de Registro, desde la vigencia 2014 los cuales no han sido cerrados y concluye que los hallazgos no son de la responsabilidad de la Dirección Técnica de Registro, sino que dependiendo del proceso donde se evidenció el hallazgo, debe ser direccionado a ese líder de proceso en nivel central para que se establezcan acciones de mejora efectivas, a fin de lograr realizar el cierre de lo observado a nivel nacional, teniendo en cuenta que lo evidenciado por la Contraloría, tan solo obedece a una muestra. Igualmente indicó que con las acciones de mejora que actualmente están suscritas en el plan de mejoramiento, no podría llegarse al cierre de éstos hallazgos; y mencionó que desde la Dirección Técnica no se tenía el control del comportamiento de las Oficinas de Registro en el tema registral, motivo por el cual se están proponiendo acciones de mejora que permitan realizar el cierre de los hallazgos existentes, una vez se revise y realice el análisis de las causas que los están generando.

La Dra. Rita Cotes, resalta la importancia sobre el diseño de los procesos y procedimientos, donde deben quedar explícitas las actividades, la forma de ejecutarlas, los puntos de control de cada procedimiento y los responsables de aplicarlos en cada una de las actividades y puntos de control, y mencionó que de allí parte la necesidad de contar con la suficiente claridad sobre el enfoque por procesos en la entidad y resalta el ejercicio realizado por la Dirección Técnica de Registro, en atención al procedimiento de Planes de Mejoramiento que es liderado por la Oficina Asesora de Planeación, con el objetivo de establecer acciones efectivas para el cierre de los distintos hallazgos existentes en la SNR, contando con la participación de los distintos responsables de manera articulada.

El Director Administrativo y Financiero, mencionó que ha revisado los procedimientos y los planes de mejoramiento que están suscritos, encontrando que carecen de un análisis efectivo para atacar la causa raíz de los hallazgos, donde no se puede desconocer la falta de interacción entre procesos en la entidad, por una posible falta de conocimiento de los procedimientos y más aún cuando existen algunos que no se encuentran actualizados, ni

documentados; menciona que es necesario que los directivos puedan tener claridad sobre los procesos que se encuentran bajo su liderazgo; cuáles son las líneas de defensa; en que parte interactúan, siendo importante que bajo el liderazgo de la Oficina Asesora de Planeación y con la asesoría de la Oficina de Control Interno, se logre realizar una reunión para todos los directivos, donde se aclaren estos conceptos y la responsabilidad de cada uno, y se dé a conocer la metodología establecida para el análisis causa raíz; para lograr que los equipos de trabajo de cada área, puedan plantear acciones efectivas y así procurar el cierre de los hallazgos existentes.

La Dra. Rita Cotes mencionó que este ha sido uno de los temas recurrentes en capacitación por parte de la Oficina de control Interno, señalando que para la vigencia 2023, fueron invitados los directivos con sus equipos de trabajo, y finalmente se realizó esta actividad con los facilitadores de calidad de los diferentes procesos, coordinadores de las áreas; sin embargo por temas de tiempo y agenda, no se logró obtener la participación de los directivos de la SNR; también mencionó que estas capacitaciones es necesario realizarlas con mayor frecuencia, siendo necesario que el directivo no deje solo al facilitador con estos temas, dado que es el jefe quien cuenta con la información suficiente de las actividades y/o decisiones que se están tomando en la Entidad, para lo cual recomendó en lo posible que estos temas sean liderados por personal de planta y de ser necesario, con el acompañamiento de contratistas, teniendo en cuenta el alto nivel de rotación de estos últimos en la entidad.

La Ingeniera Mónica Galvis interviene, mencionando que desde la Oficina Asesora de Planeación, se han evidenciado falencias en la elaboración de los procesos y procedimientos al interior de la entidad, motivo por el cual para la vigencia 2024 a través del plan de acción, se ha contemplado un ejercicio denominado "*Fortalecimiento institucional*", enfocado en caracterizar los procesos de la entidad, dado que cada dependencia estaba tomando su parte sin tener en cuenta los intervinientes en el proceso; para ello reitera la necesidad de contar con el apoyo de la alta dirección, teniendo en cuenta la experiencia de la vigencia anterior, donde se capacitaron facilitadores en temas relacionados con Riesgos, indicadores, levantamiento de procesos y procedimientos, quienes no retroalimentaban a las jefaturas, dado que en los comités se observaba el desconocimiento de estos temas.

Manifiesta que en el primer semestre de 2024 se van a realizar mesas de trabajo para tratar los temas señalados anteriormente y les hace la invitación a todos los directivos para que apoyen estas actividades, conociendo sus procesos y liderando su articulación con los demás; definiendo sus riesgos y estableciendo indicadores alineados a sus actividades, a fin de tomar decisiones basados en datos, por lo cual reitera la importancia de contar con el apoyo de todos los directivos en estas actividades.

La Dra. Rita Cotes, manifestó que la Oficina de Control Interno realiza sus informes de seguimiento y auditorias, basados en riesgos; así mismo, señala que en cada informe existe un ítem de evaluación de la gestión del riesgo, según el tema auditado, donde se evalúa la identificación del riesgo, el diseño, ejecución y efectividad de los controles, así como las posibles causas que está originando el hallazgo; y como valor agregado, se anexa en cada informe la evaluación realizada a los riesgos, registro donde se profundiza un poco más

sobre cada aspecto y se evalúa inclusive, aspectos que tienen que ver con el cumplimiento a la Política de Riesgos de la SNR. Manifestó que este insumo es importante para la Oficina Asesora de Planeación, como líder del tema y como segunda línea de defensa, para que lo tenga como insumo al momento de prestar las asesorías a los líderes de procesos.

Finalmente, la Jefe de Control Interno dra. Rita Cecilia Cotes Cotes mencionó los principales impactos a los que la entidad se podría ver abocada, en caso de no lograr el cierre de los hallazgos evidenciados, como son:

- \* BAJO Índice de Desempeño del Control Interno -FURAG.
- \* Sistema de Control Interno con Bajo nivel de implementación en referencia al MIPG.
- \* El No Fenecimiento de la Cuenta Fiscal con la CGR.
- \* Un Control Interno Financiero INEFICIENTE, por deficiencia en los controles y riesgos de procesos, específicamente relacionado con los Ingresos Fiscales No Tributarios.
- \* Opinión de la Gestión Presupuestal, Contractual y del gasto, NO RAZONABLE.
- \* Opinión Contable CON SALVEDADES.
- \* Planes de Mejoramiento suscrito con la CGR, AGN e Institucional, INEFECTIVOS.
- \* Posible materialización de Riesgos de Corrupción.
- \* PÉRDIDA de la Imagen Institucional por distintas causas.

## **2.1 Principales resultados de las auditorías realizadas por las segundas líneas de defensa**

La Dra. Rita Cotes (Jefe de la Oficina de Control Interno), cede la palabra a los líderes de los Sistemas de Gestión existentes en la entidad, para que brevemente presenten los resultados de las auditorías realizadas por las segundas líneas de defensa a los sistemas.

### **-Sistema de Gestión de Seguridad de la Información - SGSI**

La Ing. Leyla Guzmán (Coordinadora del Grupo de Sistemas de Información), manifestó que realizaron auditorías en su rol como segunda línea de defensa, evaluando 9 Oficinas de Registro, procurando darle alcance a las diferentes regionales.

Mencionó que, en estas auditorías de seguimiento se identificaron varias No conformidades relacionadas con la seguridad de la información en la entidad, por consiguiente, se identificaron varios riesgos. Se recomendaron los controles y se dejaron las recomendaciones para la suscripción de un plan de mejoramiento para mitigar la posibilidad de que se llegará a materializar dichos riesgos.

Hay diferentes tipos de riesgos relacionados con la aplicación de las políticas de seguridad de la información, porque dichas auditorías y seguimientos se enfocaron en validar el cumplimiento de la política de seguridad, en los diferentes componentes y tópicos, evaluando un aproximado de 25 aspectos de los cuales se identificó que hay un 15% de cumplimiento aproximadamente.

Existe un gran desconocimiento de las políticas de seguridad de la información, a pesar de los esfuerzos que se han realizado, las socializaciones a través de la Oficina de Comunicaciones y las charlas que desde MINTIC han apoyado a la entidad para sensibilización y concientización de funcionarios, contratistas, pasantes, y demás

colaboradores de la entidad, pero a pesar de eso hay un desconocimiento y existen unos riesgos importantes, por lo cual se requirió la construcción de un plan de mejoramiento.

Uno de los riesgos más notorios y evidentes en las oficinas, radica en que el personal no tiene conciencia de que las claves de acceso a los sistemas misionales son personales e intransferibles y esto es un riesgo muy grande porque puede llegar a dificultar la trazabilidad en los datos de acceso que tienen los funcionarios a los sistemas misionales; malos hábitos que generan grandes riesgos en la integridad de la información; toda vez que a través del acceso a la información registral, esta puede ser modificada por otras personas y no realmente por los responsables del uso del usuario.

También se identificó que no se cuenta con la cultura de activar e inactivar los usuarios en caso de ausencia de los funcionarios, siendo una responsabilidad de los Registradores, en cuanto a la administración de los roles en los sistemas de información misionales; riesgos que son muy relevantes. Hay otro tipo de riesgos que ya son de infraestructura física, como oficinas que no tienen extintores en el área donde están los documentos físicos, y ante el riesgo de presentarse un incendio, no tendrían con que controlarse y se perdería toda la información física; al respecto el Señor Superintendente cede la palabra al Coordinador Administrativo, Dr. Jullhember Campo Gutierrez, dado que fueron adquiridos extintores recientemente. El Dr. Jullhember manifestó que la adquisición y distribución está en cabeza del proceso de Talento Humano por el tema de Seguridad y Salud en el Trabajo.

La Dra. Martha Paez, manifestó que se ha venido realizando la contratación de la recarga, mantenimiento y compra de los extintores, que es necesario revisar en qué Oficinas de Registro, se han identificado los hallazgos, dado que se encuentran al día con el suministro de extintores. Finalmente se consigna como compromiso que desde la Oficina de Tecnologías de la Información, se remita a la Dirección de Talento Humano, los registros de lo evidenciado respecto a los extintores, a fin de revisar el tema.

La ingeniera Leyla, también manifestó que en algunas ORIP se cuentan con cámaras, pero no funcionan, y plantas eléctricas que no funcionan en algunos casos; en otras, las UPS también se encuentran fuera de servicio, situaciones que al no haber fluido eléctrico afectarían la disponibilidad de la información.

De manera general existe la necesidad inminente de continuar sensibilizando a los funcionarios, oficinas de Registro, colaboradores y Contratistas en el uso y el cuidado de la información institucional, en el manejo de los correos, campo muy vulnerable para evitar un riesgo de ataque cibernético. Esta debe ser una campaña permanente porque en las oficinas no hay conciencia suficiente de lo que es la seguridad de la información.

#### **-Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo - SSST**

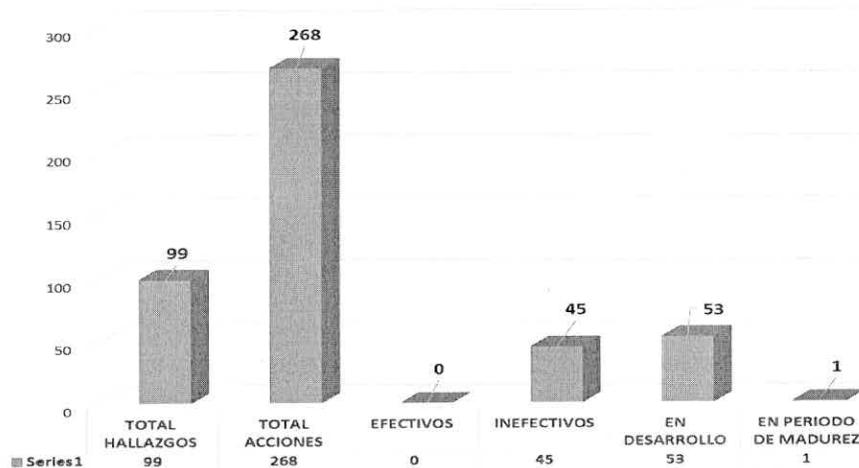
La Dra. Marta Paez - Directora de Talento Humano, mencionó que desde el Grupo de Seguridad y Salud en el Trabajo, desde los últimos dos años, se ha venido acompañando las auditorías que les han realizado con la firma AON, según lo normado en el Decreto 1072 de 2015; del cual se debe dar un cumplimiento aproximado de 70 requerimientos, incluidas las Oficinas de Registro y en algunos casos se trabaja con el grupo de infraestructura y otros actores, según los roles y responsabilidades de cada uno. Manifiesta que el SSST cuenta con un cumplimiento aproximado del 70% respecto a los ítems requeridos a nivel

nacional; donde al inicio se contaba tan solo en el 30% de avance en su implementación, hace dos años. Manifiesta que fue necesario también contar con el apoyo de las Direcciones Regionales y que actualmente existe una persona en el equipo de SST por regional; menciona que es un sistema complejo, teniendo en cuenta que se requiere el acompañamiento de varias áreas y principalmente del acompañamiento de infraestructura; dado que son los llamados a realizar las adecuaciones necesarias para garantizar las condiciones mínimas para laborar, y obtener el aval de haber superado ese sistema.

### -Sistema de Gestión de la Calidad - SGSI

La Dra. Rita Cotes mencionó que este sistema no realizó las auditorías programadas; no obstante en el numeral 7 de la agenda, la Oficina Asesora de Planeación presentará la propuesta de modificación de actividades del Mapa de Aseguramiento SNR, v1., para su aprobación, donde se incluían las auditorías al Sistema de Gestión de la Calidad.

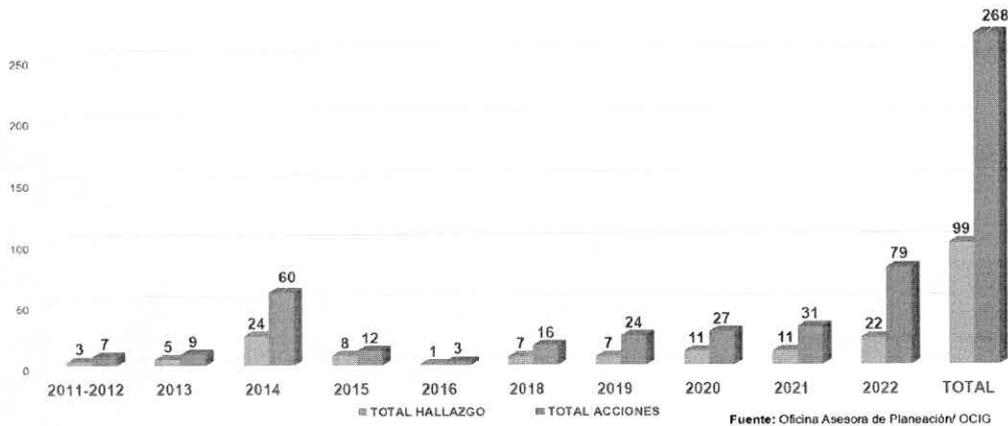
### 3. Resultados de la Evaluación Plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República, vigencia 2023



La Dra. Rita Cotes, presentó el avance alcanzado en el Plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República - CGR, con corte a diciembre de 2023, informando que se cuenta con un total de 99 hallazgos suscritos con 268 acciones, de los cuales, una vez evaluados por la Oficina de Control Interno, existen cero (0) hallazgos calificados como EFECTIVOS y cuarenta y cinco (45) hallazgos calificados como INEFECTIVOS, en razón a la recurrencia presentada y por cuanto no han sido subsanadas las causas de los hallazgos, teniendo en cuenta los soportes y evidencias recolectados a través de los informes que adelantó la Oficina de Control Interno en la vigencia.

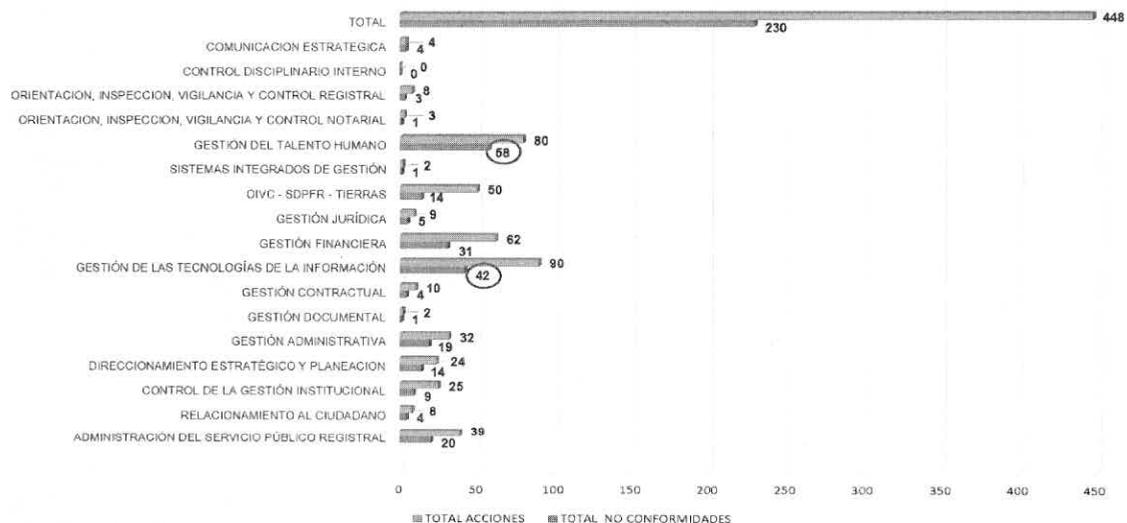
Así mismo, existen 53 hallazgos que continúan con acciones en términos para su desarrollo, o por cumplir en la vigencia 2024; es decir, están por fuera del alcance del período de evaluación. También informó que se tiene un 1 hallazgo abierto que se encuentra en periodo de madurez, lo que significa que están en periodo de espera para evaluar su efectividad.

Presentó también las vigencias desde cuando se tienen registrados los hallazgos suscritos con la Contraloría en la SNR, según la siguiente gráfica:



Informó que existen hallazgos desde la vigencia 2011-2012 con 3 hallazgos; vigencia 2013 con 5 hallazgos; vigencia 2014 con 24 hallazgos; vigencia 2015 con 8 hallazgos; vigencia 2016 con 1 hallazgo; vigencias 2018 y 2019 con 7 hallazgos respectivamente; vigencias 2020 y 2021 con 11 hallazgos cada una; y 2022 con 22 hallazgos. Manifiesta que la principal razón obedece a la ejecución de auditorías financieras por parte de la Contraloría viene a la SNR, que conforme a la metodología aplicada por este Organismo de Control, solo evalúan los hallazgos con impacto financiero vigentes en el plan de mejoramiento; los demás, no se tienen en cuenta porque hacen parte del alcance de otro tipo de auditorías; sin embargo, si se analizan los resultados de la evaluación del plan de mejoramiento institucional con todos los hallazgos recurrentes, se observa que es necesario establecer acciones efectivas a fin de procurar el cierre de los hallazgos.

#### 4. Resultados Evaluación Plan de Mejoramiento Institucional, vigencia 2023



La Jefe de la Oficina de Control Interno, hizo mención a los antecedentes presentados en vigencias anteriores respecto al consolidado del Plan de Mejoramiento Institucional, situación que debió ser afrontada por la Oficina Asesora de Planeación, teniendo en cuenta que la información de hallazgos y acciones de mejora no era suficientemente clara; se

*[Handwritten signature]*

perdieron archivos con información de planes de mejoramiento suscritos; existencia de hallazgos sin acciones formuladas por parte de los líderes de procesos, generando con esto, la desactualización del plan de mejoramiento; lo cual motivó la realización de mesas de trabajo conjuntas para actualizar y depurar la información existente, con líderes de procesos, especialmente los facilitadores.

Manifestó que este ejercicio aún no ha terminado, por lo complejo del asunto, informando que en el consolidado presentado a la fecha, se puede identificar cierto margen de error. También señaló la importancia en la suscripción de Planes de Mejoramiento a tiempo, para que estas situaciones no se continúen presentando; máxime cuando el consolidado y el seguimiento se realiza de manera manual a través de un archivo Excel; aprovecha la oportunidad para manifestarle al Ing. Jose Ricardo Acevedo Solarte - Jefe de la Oficina Tecnologías de la Información, que se requiere de su apoyo para que la entidad pueda contar con un aplicativo, o un software para manejar este tema que es bastante denso.

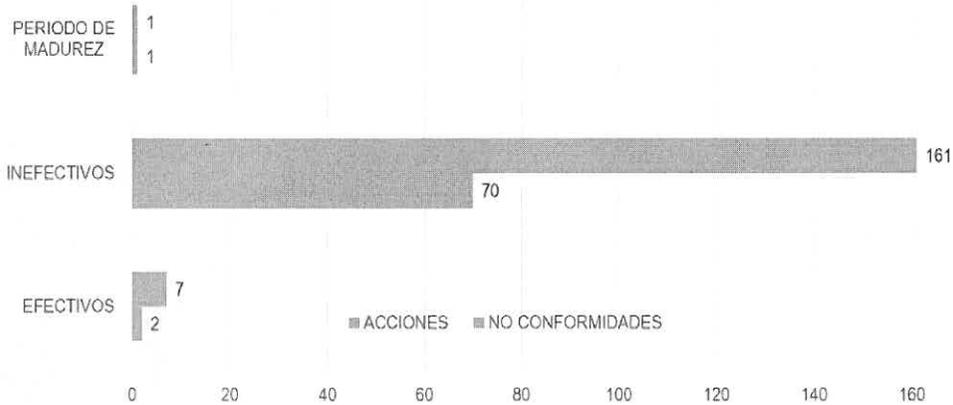
Continúa señalando que los principales datos por resaltar, se identifican en el proceso Gestión de Talento Humano, el cual cuenta con una participación del 25% de No Conformidades, teniendo en cuenta los hallazgos identificados al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, donde se recomendó que el auditor externo que contratan para evaluar este sistema, logre realizar la evaluación de efectividad de las acciones suscritas para estos hallazgos; y la Oficina de Tecnologías de la Información que cuenta con el 18% del total de hallazgos del plan de mejoramiento actual; no obstante, menciona que existen 76 No Conformidades de las cuales no se ha suscrito un Plan de mejoramiento por parte de las primeras líneas de defensa, No Conformidades que vienen desde las vigencias 2020, 2021, 2022 y 2023.

De igual manera indicó, que la Oficina de Control Interno, con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa, viene realizando un trabajo de agrupación de hallazgos, que debiera ser desarrollado por las primeras líneas de defensa, con el fin de facilitarnos este trabajo, por cuanto existe un gran número de hallazgos recurrentes en la Entidad, que si fueran efectivos serían cerrados, y no se tendría que hacer esta actividad; además, se no realizarse, a la fecha, tendríamos un Plan de Mejoramiento Institucional, con más de mil hallazgos, máxime si no se hubiese realizado este mismo ejercicio de agrupación en la vigencia 2019 . Mencionó también, que desde la vigencia anterior, se viene orientando la agrupación de los hallazgos, para facilitar este seguimiento; tema que ha sido socializado a los facilitadores de cada proceso.

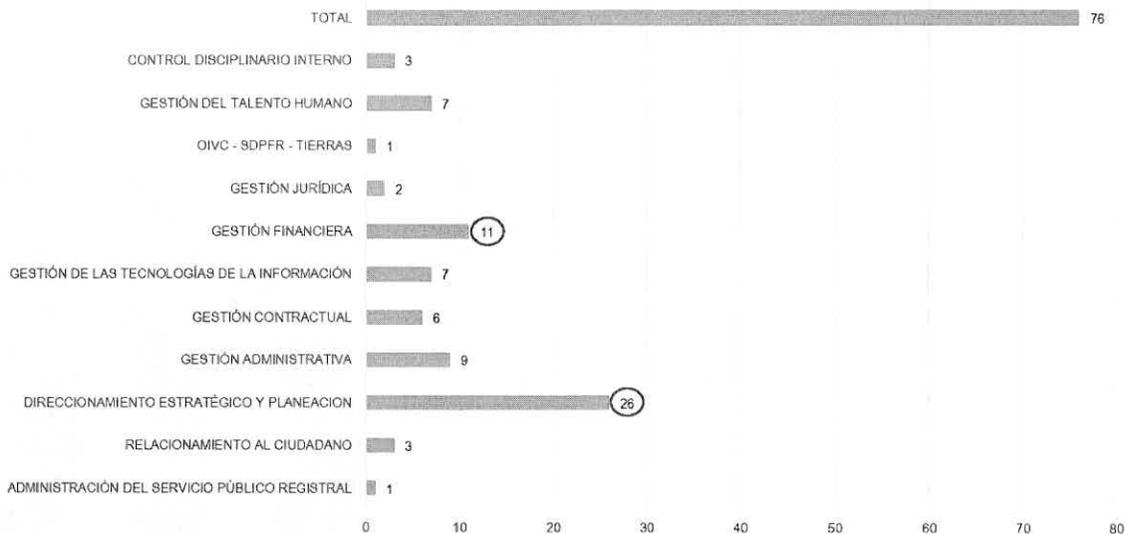
A continuación, presentó la gráfica del resultado de la evaluación realizada al plan de mejoramiento Institucional, el cual consta de 230 No Conformidades, 55 de éstas, se encuentran en términos para desarrollarlas; 73 fueron evaluadas; 44 están sin evaluar y hubo abstención en 58 hallazgos, entre otras causas, por no contar con la totalidad de los soportes y los consolidados de los hallazgos, tema que será revisado en mesas de trabajo conjuntas con la Oficina Asesora de Planeación; así como también con la Oficina de Tecnologías de la Información.

En la siguiente gráfica se presentó el resultado obtenido en la evaluación:

**Evaluación de efectividad plan de mejoramiento Institucional**



De los 73 hallazgos evaluados, 70 fueron calificados con acciones INEFECTIVAS; 1 hallazgo en periodo de madurez y 2 hallazgos fueron calificados como EFECTIVOS.



También hace la lectura de los hallazgos que están pendientes de suscripción por cada uno de los procesos.

Mencionó que el informe de seguimiento y evaluación al Plan de Mejoramiento Institucional, junto con la matriz consolidada, se les enviará a los líderes de procesos al finalizar el presente mes, para los análisis a que haya lugar.

**5. Resultados de la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno, con corte a 31/12/2023.**

La Jefe de la Oficina de Control Interno (Rita Cecilia Cotes Cotes), indicó que se realizó esta evaluación para el segundo semestre del 2023, teniendo en cuenta la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, aplicando la herramienta diseñada para ello; que se realizaron reunión con quienes lideran cada

*Handwritten signature*

componente, revisando las evidencias del avance alcanzado y donde se obtuvieron los siguientes resultados:

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	<b>Si</b>	<b>65%</b>	<b>65%</b>	<b>0%</b>
Evaluación de riesgos	<b>Si</b>	<b>50%</b>	<b>56%</b>	<b>-6%</b>
Actividades de control	<b>Si</b>	<b>67%</b>	<b>63%</b>	<b>4%</b>
Información y comunicación	<b>Si</b>	<b>75%</b>	<b>71%</b>	<b>4%</b>
Monitoreo	<b>Si</b>	<b>75%</b>	<b>79%</b>	<b>-4%</b>

Presentó también el comparativo del nivel de cumplimiento alcanzado para el primer semestre/2023, versus el segundo semestre/2023, obteniendo el avance final por componente.

Para el componente *Ambiente de Control*, que tenía un cumplimiento del 65% en el semestre anterior, informó que se mantuvo el mismo porcentaje para el segundo semestre/2023, por lo que su avance total fue del 0%. Para el componente *Evaluación del Riesgo*, se obtuvo una disminución del 6% en su avance, comparado con el semestre anterior. En *Actividades de Control* se obtuvo un aumento del 4% en el avance; mientras que para el componente de *Información y Comunicación* se obtuvo un incremento del 4% y en el componente de las *Actividades de Monitoreo*, la disminución en su avance fue del 4%.

Posteriormente expuso las principales fortalezas, así como también los aspectos que requieren establecer oportunidades de mejora, y que permitieron obtener los resultados expuestos anteriormente, según lo relacionado y socializados en el archivo "*Presentación COMITÉ -OFICINA DE CONTROL INTERNO 2024*" formato PDF en las diapositivas de la 32 a la 34, que hace parte integral de la presente acta.

Finalmente, dio a conocer las principales conclusiones evidenciadas en la evaluación realizada al Sistema de Control Interno de la Superintendencia, así:

- De acuerdo con la evaluación realizada a las siete dimensiones del MIPG, se evidenció que de manera general los cinco componentes (Ambiente de control; Evaluación de riesgos; Actividades de control; Información y comunicación; y Monitoreo), están operando con diferente nivel de desarrollo frente a las políticas de gestión y desempeño contenidas en el MIPG y su efectividad, en relación con la estructura de control del MECI.
- El Sistema de Control Interno Institucional en su evaluación dio como resultado un 66% de cumplimiento, lo que significa que se encuentra presente y funcionando; no obstante, para que éste sea efectivo, se requiere que cada uno de los cinco componentes del MECI y sus lineamientos, estén presentes, funcionando y operando de manera articulada con el MIPG en cada uno de los componentes que lo conforman.

- Se hace necesario fortalecer los aspectos identificados con deficiencias de control en su diseño y/o ejecución, según los porcentajes de Nivel de Cumplimiento obtenido por componente en el semestre evaluado.

## 6. Propuesta Plan Anual de Auditoría Interna, vigencia 2024, para aprobación.

La Jefe de la Oficina de Control Interno presentó la propuesta del Plan Anual de Auditorías para la vigencia 2024, informando que es necesario que se tome una decisión con el fin de iniciar su ejecución.

Manifestó que se realizó el ejercicio de priorización para el cuatrienio 2023 – 2026; atendiendo los lineamientos de priorización basados en riesgos, establecidos por el DAFP; y donde se tomaron en cuenta los siguientes criterios de priorización del universo de auditoría que fueron tenidos en cuenta para realizar la ponderación de la temática, como se relaciona a continuación:

### Criterios utilizados en la matriz de Priorización – Universo de Auditoría Basado en Riesgos

TEMÁTICA	% ASIGNADO	OBTENCIÓN
Resultado de la Valoración de los Riesgos	19%	Ubicación en la zona de riesgo inherente
Tiempo transcurrido desde última auditoría / Auditorías practicadas a los Procesos y/o Dependencias o Proyectos	15%	Fecha de las Auditorías practicadas en vigencias anteriores
Resultados de auditorías anteriores, Internas y externas	18%	Hallazgos obtenidos por Auditorías
Impacto en la asignación de Recursos Presupuestales	16%	El (%) de la distribución de los recursos asignados sobre el total del presupuesto de la Entidad
Cantidad PQR	7%	Cantidad de PQRSD por procesos
Nivel de incidencia en los objetivos estratégicos de la entidad	25%	Cantidad de objetivos estratégicos asociados al macroproceso
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	

Temas de interés de la Alta Dirección

Así mismo, manifestó sobre la forma como se realizó la priorización de los procesos a ser auditados para la vigencia 2024, donde se tuvo en cuenta la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas, versión 4, y realizó la exposición de los Criterios utilizados para la priorización de las Oficinas de Registro que serán objeto de auditoría, como son:

- Requerimientos de la Alta Dirección (Fuente de Información: Secretaría General, Direcciones Regionales, Dirección Técnica de Registro).
- Documentos radicados Vs pendientes por calificar (Fuente de la información - Oficina Asesora de Planeación)
- Solicitudes de devolución de dineros radicados en la vigencia 2023 (Fuente de la información - Grupo de Tesorería)
- PQRS recepcionadas en la vigencia 2023 (Fuente de la información –Aplicativo SISG)
- Auditorías realizadas por la OCIG, antes de la vigencia 2021 (Fuente de la Información: Oficina de Control Interno)

Manifestó también que se determinó el plan de auditoría para la vigencia 2024, con base en los recursos con que se cuentan en la Oficina de Control Interno a la fecha y donde se dio prioridad también a la totalidad de solicitudes de auditoría realizadas por la Alta Dirección; en este sentido procede a dar lectura a los procesos objeto de priorización según lo socializado en el archivo "*Presentación COMITÉ -OFICINA DE CONTROL INTERNO 2024*" formato PDF, diapositivas de la 38 a la 40, que hace parte integral de la presente acta.

Posteriormente expuso el resultado final de la priorización realizada, consignados en el Plan Anual de Auditorías, como sigue a continuación:

**Objetivo del Plan Anual de Auditoría Interna:**

Planificar las Auditorías en cada vigencia y demás actividades asociadas al rol de la Oficina de Control Interno de Gestión, para evaluar la gestión institucional y el estado del Sistema de Control Interno de la Superintendencia de Notariado y Registro.

**Alcance del Plan:**

Ejecutar los informes ordenados por las normas legales vigentes, auditorías internas a los procesos y sistemas de gestión; acompañamiento y asistencia a los comités institucionales; atención a los requerimientos de los organismos de control del Estado cuando éstos lo requieran, seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos como resultados de las auditorías y demás actividades en ejercicio de los roles que le asisten a la segunda y tercera línea de defensa, correspondiente a la vigencia 2024.

**Criterios:**

- Normatividad vigente aplicable a la Superintendencia de Notariado y Registro y los procesos
- Requisitos del usuario, del producto y del servicio.
- Sistemas de Información establecidos en la Superintendencia de Notariado y Registro
- Procedimientos internos y demás documentos establecidos en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión

**Recursos:**

*Humanos:* Equipo de trabajo de la Oficina de Control Interno y auditores certificados de otras dependencias, en caso de requerirlo.

*Financieros:* Presupuesto asignado para el funcionamiento de la Oficina.

*Tecnológicos:* Sistemas de información, sistemas de redes y canales de comunicación

*Físicos:* Equipos de cómputo y de oficina asignados. Aquí la dra. Rita Cotes reitera la necesidad de que le sean asignados los equipos tecnológicos requeridos, según el Oficio enviado a la Secretaria General, Oficina de Tecnologías de la Información y al Despacho del Señor Superintendente, con el fin de contar con equipos de cómputo para el desarrollo de las auditorías en Oficinas de registro, dadas las limitaciones de equipos en las Oficinas de Registro.

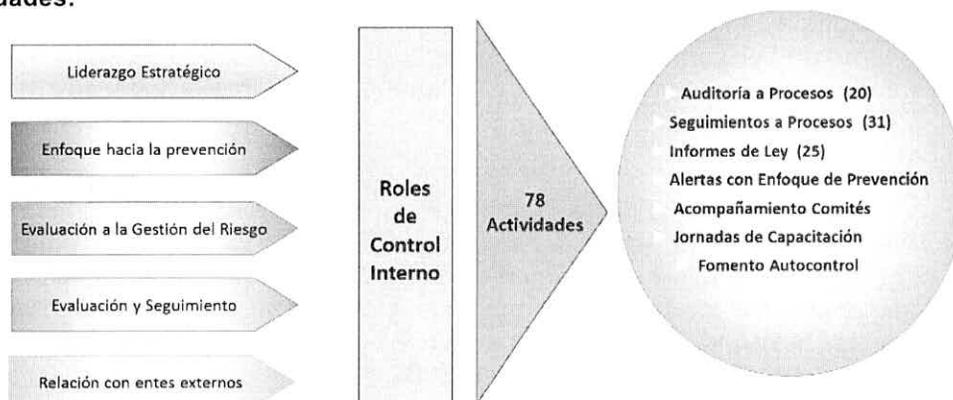
**Riesgos de las auditorías, causas y seguimientos:**

Riesgo: Posible incumplimiento al Plan anual de Auditorías.

Las causas que podrían afectar el cumplimiento de las actividades del Plan son las siguientes:

- > Limitaciones para acceder oportunamente a las fuentes de información.
- > Inoportunidad y falta de calidad de la información entregada por parte del sujeto auditado
- > Alta Rotación de personal y contratistas en la OCI
- > Falta de experiencia y conocimiento en el ejercicio de las funciones de la Oficina de Control Interno y auditorías basadas en riesgos.
- > Requerimiento de otras dependencias y actividades programadas por la Entidad
- > Imprevistos

**Actividades:**



**Auditorías a Procesos:**

AUDITORÍAS
Gestion Administrativa y Financiera: Seguimiento Procedimiento de Viáticos
Auditorías Orip : SANTO DOMINGO, TURBO, LA DORADA, CARTAGENA, MOMPOS, SINCELEJO, SAN GIL, VELEZ , ACACIAS, MOCOA, SANTANDER DE QUILICHAO, IPIALES, MELGAR Y YOPAL
Auditoría Proceso Interoperabilidad Registro Catastro (Verficar el cumplimiento de los criterios normativos para su operación)
Auditoría Convenio de reciprocidad 063 DE 2021 con BANCOLOMBIA, servicios y desarrollos tecnológicos realizados por su aliado "Realtech
Auditoría especial al proceso Contratación Tecnológica
Auditoría de Obras
Auditoría Proceso de Reparto Notarial Ordinario y Especial

SEGUIMIENTO INFORMES DE LEY
Evaluación por Dependencias
Evaluación del Sistema de Control Interno Contable
Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno
Medición del Desempeño Institucional (MDI) Reporte FURAG (Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión), apartado de Control Interno.
Austeridad en el Gasto
Derechos de Autor Software
Planes de Mejoramiento de la CGR
Seguimiento a las Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos
Certificación eKogui - Litigiosa
SIGEP - Procesos vinculación, desvinculación, hojas de vida, entre otros "Seguimiento Declaración de Bienes y Rentas, Conflicto de Interés e impuestos sobre la renta y Complementarios (Ley 2013 de 2019)"
Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
Seguimiento Riesgos Corrupción
Seguimiento al cumplimiento de las normas de Carrera Administrativa (Circular 010 de 2020)
Seguimiento Plan de Mejoramiento Archivístico

SEGUIMIENTO A PROCESOS Y FUNCIONES DEPENDENCIAS
Seguimiento a la Caja Menor del Nivel Central y Regionales
Seguimiento al Proyecto Catastro Multipropósito
Seguimiento a Planes de Mejoramiento- Seguimiento a cumplimiento de plan de mejoramiento por procesos de la entidad (Institucional)
<b>Direccionamiento Estratégico:</b> seguimiento a la normativa aplicable en relación con la suscripción de los Acuerdos de Gestión por parte de los Gerentes Públicos y su debido seguimiento.
<b>Seguimiento al Plan Estratégico Institucional y Plan de Acción Anual:</b> Seguimiento al cumplimiento de las metas establecidas del Plan Estratégico Institucional y Plan de Acción Anual
<b>Control de la Gestión Institucional:</b> Informe Evaluación a la Estrategia y Audiencia Pública de Rendición de cuentas (Participación Ciudadana) (Anual)
Seguimiento a la Cuenta Anual a través del SIRECI
Seguimiento a los riesgos de Gestión de la Entidad.
Matriz Resolución 1519 2020 MinTIC "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública "
Evaluación y Seguimiento al Mapa de Aseguramiento de la Superintendencia de Notariado y Registro

### **Asesoría y Acompañamiento**

Planes de Mejoramiento  
Mapa de Aseguramiento  
Riesgos

### **Cultura de Autocontrol**

Fortalecer la Cultura de Autocontrol en la Entidad, por medio de piezas publicitarias a través del correo institucional.

Una vez expuestas las diferentes actividades que se desarrollarán por la Oficina de Control Interno, la Jefe de la Oficina de Control Interno, presentó las auditorías que serán desarrolladas por las Segundas líneas de Defensa, así:

- 1- SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD – SGC (No programó auditorías para la vigencia 2024).
- 2- SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SSST (Auditoría al Sistema programada para el mes de Agosto de 2024).
- 3- SISTEMA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN - SGSI (No programó auditorías para la vigencia 2024).
- 4- SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL – (No programó auditorías para la vigencia 2024).

Al respecto la Dra. Rita Cotes, Jefe de la Oficina de Control Interno, recomendó tener presente lo señalado en el Concepto No.237411 de 2018, expedido por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFFP, en cuanto a las obligaciones que les asiste a las segundas líneas de defensa, para el proceso de evaluación a los Sistemas Integrados existentes en la entidad, de modo que la segunda línea de defensa pueda intervenir directamente sobre el desarrollo y autoevaluación de la gestión de riesgos y del control interno de la SNR, a fin de complementar las acciones que por rol le competen a la tercera línea de defensa.

Una vez se dio lectura al plan propuesto para ser desarrollado en la vigencia 2024, fue sometido a consideración y aprobación; quedando aprobado por todos los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

### **7. Propuesta modificación Actividades del Mapa de Aseguramiento SNR, v1, a cargo de la Oficina Asesora de Planeación y Oficina de Tecnologías de la Información, para aprobación.**

La Jefe de Control Interno, manifestó que este tema se iba a presentar desde la vigencia anterior (2023), pero que no fue posible por agenda del señor Superintendente; informó que los líderes de los aspectos clave de éxito definidos inicialmente, están solicitando ajustes en las Actividades de control que deben adelantar, según lo estipulado en el Mapa de Aseguramiento versión No.1, y teniendo en cuenta que fue una actividad aprobada inicialmente en este comité, es necesario presentar al mismo, los ajustes que se están requiriendo para su consideración y aprobación. A continuación, mencionó los temas cuyos líderes solicitaron ajustes:

**Aspectos Clave de éxito del Mapa de Aseguramiento:**

- No.5- SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD - Segunda Línea de Defensa (Oficio de Radicado No. SNR2023IE011468, ago/2023).
- No.4- PROYECTOS DE INVERSIÓN - Segunda Línea de Defensa (Oficio de Radicado No. SNR2023IE008797, ago/2023)
- No.9- SISTEMA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN - Segunda Línea de Defensa (Oficio de Radicado No. SNR2024IE000553/2024)

Manifestó que esta solicitud será expuesta por cada líder de las actividades; sin embargo, para contextualización de los miembros del Comité, expone los principales ítems desarrollados bajo el liderazgo de la Oficina de Control Interno, para el Mapa de aseguramiento de la SNR:

1. Se buscó y coordinó la asesoría permanente del DAFP para la elaboración del Mapa de Aseguramiento, en la vigencia 2022.
2. En coordinación Oficina de Planeación y Control Interno se lideró la formulación del Mapa de Aseguramiento.
3. En Mesas de Trabajo con líderes de los Procesos y asesor DAFP se establecieron Aspectos clave de éxito y Funciones de Aseguramiento a realizar.
4. En Comité de Coordinación de Control Interno, Acta No.02 del 26 Dic.2022 fue aprobado el Mapa de Aseguramiento SNR, v.1
5. Mediante Circular No.145 de Abr.2023, expedida por Secretaría General, fue socializado el Mapa de Aseguramiento aprobado para su implementación y seguimiento.
6. En mesas de trabajo realizadas con los líderes de las 2da. Línea de Defensa y sus equipos, se socializaron los Criterios Evaluadores para la Función de Aseguramiento; fueron realizadas en Mayo de 2023.
7. La Oficina de Control Interno está haciendo la verificación y evaluación a las actividades de aseguramiento programadas, cuyos resultados fueron enviados a todos los líderes de las 2das. Líneas de defensa, a través del informe de Seguimiento al Mapa de Aseguramiento versión 1 de la SNR, y para la vigencia 2023.

Posteriormente; presentó las actividades de aseguramiento o de control, que fueron establecidas inicialmente en el Mapa de Aseguramiento versión 1, por parte de los líderes de las segundas líneas de defensa y para los aspectos clave de éxito 4 - 5 y 9, como son:

No.	ASPECTO CLAVE DE ÉXITO (Programa, Proyecto, Proceso, Sistema, entre otros)	RESPONSABLE	CLASIFICACIÓN	FUNCIONES DE ASEGURAMIENTO O ACTIVIDAD DE CONTROL QUE DEBE ADELANTAR
4	PROYECTOS DE INVERSIÓN	Coordinador del Grupo Planeación Institucional e Inversión	Segunda Línea de Defensa	<b>Realizar Seguimiento:</b> 1) Ejecución presupuestal de los proyectos de inversión por medio de los acuerdos de desempeño (plataforma SUIFP) 2) Al avance físico, de gestión y presupuestal de los proyectos de inversión a través de la plataforma SPI. 3) Viabilización de recursos a través de listas de Chequeo. 4) Seguimiento a la gestión y ejecución de los proyectos de inversión.
5	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Coordinador del Grupo de Arquitectura Organizacional y Mejoramiento Continuo	Segunda Línea de Defensa	<b>Realizar seguimiento:</b> 1) Documentación de los procesos 2) Seguimiento a la elaboración de la documentación de los demás sistemas de gestión de la Entidad. 3) Auditorías internas del SGC 4) Visitas a las Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos por categorías para la actualización de la documentación del ámbito jurídico registral.



No.	ASPECTO CLAVE DE ÉXITO (Programa, Proyecto, Proceso, Sistema, entre otros)	RESPONSABLE	CLASIFICACIÓN	FUNCIONES DE ASEGURAMIENTO O ACTIVIDAD DE CONTROL QUE DEBE ADELANTAR
9	SISTEMA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	Jefe OTI	Segunda Línea de Defensa	<i>Realizar seguimiento</i> al cumplimiento de la política General y específica del Sistema de Gestión de Seguridad de la información de la SNR, adoptada mediante Resolución No. 06416 de julio 13 de 2021.

Posteriormente, le cede la palabra a cada uno de los líderes de estas actividades para que expusieran la propuesta que traen para socializar al Comité:

El Dr. Mauricio Rodríguez, Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, interviene agradeciendo a la Dra. Rita Cotes la información brindada y manifestó que él se encuentra liderando la Oficina de Planeación; que los dueños y líderes de procesos son todos los reunidos y menciona que es necesario tener presente el Talento Humano y solicita a los líderes de procesos que acompañen las iniciativas que desde planeación se están desarrollando; no obstante y entendiendo que todos desarrollan distintas actividades diarias, encuentra muchas veces que no existe retroalimentación por parte de los enlaces que se han delegado, y en otras ocasiones de los mismos directivos. Mencionó que coincide con la Dra. Rita Cotes, en cuanto a la necesidad de contar con la participación de los directivos de la SNR en las diferentes actividades de mejoramiento planteadas, a fin de no generar hallazgos reiterativos, que vienen desde vigencias anteriores, cuando lo que se busca es el cierre efectivo de dichos hallazgos.

Señala que desde la Oficina de Planeación se transmiten los lineamientos establecidos por Función pública, pero se requiere la participación de los líderes de procesos a fin de dar cumplimiento a la normativa existente. Mencionó que se viene realizando la evaluación al FURAG, y que en la vigencia anterior, se logró aumentar la calificación de la SNR, y la meta para esta vigencia es subir el promedio mínimo en un 85%, por cuanto el actual corresponde al 82,3%; para lo cual se han establecido distintas actividades con el fin de garantizar su mejora. Por lo anterior, solicitó a todos los directivos que reciban a los funcionarios de Planeación cuando los requieran, que participen en las capacitaciones realizadas, según el cronograma de visitas que ya está programado y enviado a todos los procesos.

#### **Propuesta presentada para ajustes del Aspecto clave de éxito No.5:**

***Para el Mapa de Aseguramiento mencionó que tenían a cargo las siguientes actividades, desde el Sistema de Gestión de Calidad:***

##### ***1.) Documentación de los procesos;***

Actividad bastante compleja en la entidad, por la existencia de más de 850 documentos, que aún a la fecha no están totalmente actualizados.

La Ingeniera Monica Galvis, como Coordinadora del Grupo de Arquitectura Organizacional y Mejoramiento Continuo de la Oficina de Planeación, mencionó que a medida que los líderes de procesos actualizan sus procedimientos, son enviados a la Oficina Asesora de planeación a fin de validar la estructura utilizada en su documentación; también son los encargados de la codificación para el control de documentos a través del listado maestro

de documentos, para su posterior publicación. Mencionó que todo el proceso se realiza de manera manual, lo cual impide avanzar de manera ágil en la validación y mencionó que solicitaron el apoyo a la Oficina de Tecnologías para contar con la herramienta tecnológica -Isolucion, que en su momento la entidad dispuso para este tema, y de la cual se adquirieron licencias de uso, pero por la falta de contratación para su actualización no se ha podido utilizar. Se está avanzando en reuniones con la Oficina de tecnologías, a fin de lograr reactivar su uso.

Este seguimiento, ha consistido en revisar cada uno de los sistemas y validar realmente cómo está haciendo el proceso; verificando que usen los formatos documentados y existentes en el listado maestro de documentos. Al respecto se ha evidenciado que se documentan las actividades, pero en la práctica, no se están realizando como fueron documentadas.

La propuesta para este año, consiste en documentar las caracterizaciones, los procesos y procedimientos, partiendo del objetivo del proceso, e involucrando a las áreas que participan transversalmente en el proceso, desde su inicio hasta que termina, dejándolo documentado a través de los procedimientos; según las actividades que se estén desarrollando actualmente; articulado con los riesgos e indicadores, con lo cual se estarían subsanando diferentes hallazgos que se vienen presentando frente a la prestación del servicio. Mencionó también que se han realizado informes cuatrimestrales de monitoreo a los riesgos, partiendo de las evidencias del monitoreo que realizan las primeras líneas de defensa, pero lo expuesto a través de estos informes, no ha tenido mayor repercusión en la entidad.

El Dr. Mauricio Rodríguez (Jefe Oficina Asesora de Planeación), informó que vienen desarrollando esta actividad, dado que no existía en la entidad la caracterización por procesos, y de tal forma que fueran elaboradas con todos los que intervienen transversalmente, motivo por el cual las áreas trabajaban de manera independiente, como se consideraba que era mejor realizarlo, sin tener presente la alineación de todos los actores.

La Dra. Rita Cotes mencionó que por ejemplo, las Direcciones Regionales no están asociadas a los procesos de la Superintendencia; no obstante, fueron creadas y vienen operando hace muchos años atrás; por lo que se hace importante que se detallen todos los procedimientos, por cuanto se traduce en la clave para el mejoramiento y para el tema de riesgo es necesario, porque los controles que van en el procedimiento, deben ser los mismos asociados a los riesgos de los procesos, temas indispensables para el avance del MIPG, para el sistema de control interno y para los planes de mejoramiento. Así mismo, mencionó que los planes de mejoramiento deben ser insumos para toda la planeación en la entidad, porque es una radiografía de cómo se encuentra la entidad en la actualidad; y desde Función Pública se nos viene insistiendo en la necesidad de la articulación de los Planes institucionales, de tal forma que todos estén asociados.

El Dr. Daniel Cruz, sugirió que precisamente para revisar estos aspectos, es necesario hacer la reunión que ya había mencionado, para que bajo el liderazgo de la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Control Interno, quienes cuentan con todo el esquema de la estructura de planeación, se pueda realizar una capacitación al Nivel Directivo, dado que

se desconoce la estructura general de los procesos y por la falta de alineación de las diferentes áreas de la entidad.

La Dra. Rita Cotes recomienda al señor Superintendente, que se realice la actividad que está proponiendo el Dr. Daniel, de tal forma que se pueda separar un día con todos los directivos, según la agenda del Superintendente, para realizar la reunión por fuera de la entidad, con el fin de trabajar concentradamente todo el día, en la socialización de estos aspectos.

Al respecto, el señor Superintendente aprueba la recomendación y le solicita a la Dra. Martha Paez, para que se encargue de la programación y la organización de la reunión fuera de la entidad.

**2.) Seguimiento a la elaboración de la documentación de los demás sistemas de gestión de la Entidad.**

La Ingeniera Monica Galvis, informó que se han realizado actualizaciones y se construyeron un total de 23 documentos, en los que se encuentran, manuales, políticas, guías etc., los cuales fueron mencionados y socializados en las charlas que se llevaron a cabo en las 52 oficinas de Registro de manera mensual, como se muestra en la presentación realizada por la Oficina Asesora de Planeación, así:

Mes	ORIP
Junio	Itsmína, Nuquí, Orocué y Yopal
Julio	Acacias, Armenia, Quibdó, San Martín
Agosto	Belen de Umbria, Apia, Barichara, Barrancabermeja, Charala, Concepción, Santa Rosa de Cabal, Santuario
Septiembre	Contratación, Málaga, Piedecuesta, Puente Nacional, San Andrés, San Gil, San Vicente de Chucuri, Socorro y Regional Centro
Octubre	Vélez, Zapatoca, San Marcos, Since, Chaparral, Espinal, Guamo, Cartago, Regional Pacífica
Noviembre	Roldanillo, Tulua, Mitu, Paz de Ariporo, Puerto Lopez, y Villavicencio
Diciembre	Bucaramanga, Armero Guayabal, Cajamarca, Fresno, Melgar, Purificación, Buenaventura, Libano, Fredonia, Abejorral, Mompo, Tamesis

**3.) Auditorías internas del SGC.**

Se menciona que para este aspecto se trajo una propuesta de modificación y ajuste a las actividades, por lo siguiente:

Para el tema de las auditorías de calidad en la vigencia 2023, no se llevaron a cabo teniendo en cuenta que se solicitó a la Oficina de Control Interno mediante oficio SNR 2023IE011468 del 22 de Agosto, la cancelación y retiro del mapa de aseguramiento de las mismas por los siguientes motivos:

- 1- Falta de personal capacitado e idóneo para llevar a cabo esta actividad.
- 2- La Entidad no tiene la obligación de realizar auditorías de calidad, ya que no está certificada bajo la norma Icontec.



No obstante, manifestó que se llevaron a cabo los siguientes monitoreos documentales a procesos:

- Planeación Institucional
- Cooperación y Relaciones Internacionales
- Seguridad de la Información
- Atención a Peticiones
- Mecanismos de Participación Ciudadana
- Gestión de incorporación de tecnologías
- Gestión de recursos de tecnología
- Auditorías de Gestión
- Seguimiento, medición y evaluación de la Gestión
- Orip Centro Actuaciones Administrativas
- Orip Centro Registro de Instrumentos Públicos
- Orip Norte Actuaciones Administrativas
- Orip Norte Registro de Instrumentos Públicos

Por lo anterior, la Oficina Asesora de Planeación pone a consideración y aprobación de los miembros del Comité, el ajuste del siguiente producto del mapa de aseguramiento SNR Vr. 1, ítem 5, y para la actividad No.3:

Producto Actual	Producto Solicitado
<p>3) Auditorías internas del SGC.</p> <p>Otra manera de ejercer el control es realizando auditorías anuales, realizadas por auditores certificados en la norma, al Sistema de Gestión de la Calidad aplicado a los procesos de la entidad. La fuente de información para el sistema, es lo reportado por los procesos.</p>	<p>Monitoreo Documental</p> <p>Llevar a cabo monitoreos documentales, que permitan anualmente preparar, revisar y aprobar la gestión de los procesos.</p> <p>Estos monitoreos permiten actuar de manera preventiva, analizando las posibles desviaciones de las actividades que desarrollan los procesos. Esto permitirá tener mayor cercanía y acompañamiento con los procesos</p>

Al respecto, fue aprobada por unanimidad, la propuesta presentada por la Oficina Asesora de Planeación, a fin de ajustar su actividad de control en el Mapa de Aseguramiento vigente.

**Propuesta presentada para ajustes del Aspecto clave de éxito No.4:**

**Para el Mapa de Aseguramiento mencionó que tenían a cargo las siguientes actividades, desde los Proyectos de Inversión:**

En relación con las funciones de aseguramiento referentes a los proyectos de inversión, establecidas en el mapa de aseguramiento, se tenían las actividades de control de la siguiente manera:

1. *“Realizar Seguimiento a la Ejecución presupuestal de los proyectos de inversión por medio de los acuerdos de desempeño.*
2. *Al avance físico, de gestión y presupuestal de los proyectos de inversión a través de la plataforma PIIP.*



3. Viabilización de recursos a través de listas de Chequeo.”

Se solicitó a los miembros del Comité, la modificación del mapa de aseguramiento vigente, en lo referente a la redacción de la información de las celdas “*Funciones de aseguramiento o actividad de control que debe adelantar*” y “*Atributos función de aseguramiento o actividad de control para la evaluación de confianza*”, teniendo en cuenta que las actividades definidas fueron un poco operativas, y para que se determine de la siguiente manera:

Grupo de Planeación Institucional e Inversión	
Funciones de Aseguramiento o actividad de control que debe adelantar	Atributos Función de Aseguramiento o Actividad de Control para la evaluación de confianza
Realizar Seguimiento al avance presupuestal y de metas de los proyectos de inversión por medio de los acuerdos de desempeño, viabilización de recursos a través de las listas de chequeo y la información registrada en la plataforma de seguimiento destinada por el DNP.	Revisar mensualmente la ejecución presupuestal del proyecto por parte del Grupo de Planeación Institucional e Inversión, a través de los acuerdos de desempeño y listas de chequeo generadas en el periodo, además de revisar el cumplimiento de metas registrado en la herramienta destinada por el DNP, con el fin de generar alertas al Gerente Público sobre posibles reservas presupuestales y este tome las medidas pertinentes, el resultado de la revisión se plasmará en un informe trimestral remitido a los Gerentes de proyectos. Todos los resultados se llevan al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, para la toma de decisiones.

El señor Superintendente pregunta que si para finales de marzo/2024 se puede contar con ese informe, a lo cual el Dr. Mauricio Rodríguez se comprometió, de tal forma que puedan realizar seguimiento a que los proyectos de inversión, estén cumpliendo con las metas plasmadas en el Plan Estratégico, orientadas al Plan de Desarrollo y en el cual se logre advertir sobre posibles riesgos de la ejecución presupuestal, en lo relacionado con posibles reservas presupuestales, para que los Gerentes de Proyectos tomen decisiones al respecto. Teniendo en cuenta que algunos gerentes han realizado cambios en la planeación, en ese primer informe se plasmaran los que solicitaron cambios y su justificación.

La Dra. Rita Cotes, Jefe de Control Interno, recomienda que esta misma advertencia se logre realizar a través de la actividad de aseguramiento que realiza el Grupo de Presupuesto, recomendación que es acogida por el Director Administrativo y Financiero.

Al respecto, fue aprobada por unanimidad la propuesta presentada por la Oficina Asesora de Planeación, a fin de ajustar su actividad de control en el Mapa de Aseguramiento vigente.

**Propuesta presentada para ajustes del Aspecto clave de éxito No.9:**

No.	ASPECTO CLAVE DE ÉXITO (Programa, Proyecto, Proceso, Sistema, entre otros)	RESPONSABLE	CLASIFICACIÓN	FUNCIONES DE ASEGURAMIENTO O ACTIVIDAD DE CONTROL QUE DEBE ADELANTAR
9	SISTEMA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	Jefe OTI	Segunda Línea de Defensa	<b>Realizar seguimiento</b> al cumplimiento de la política General y específica del Sistema de Gestión de Seguridad de la información de la SNR, adoptada mediante Resolución No. 06416 de julio 13 de 2021.

*Handwritten signature*

Propuesta modificación Actividades del Mapa de Aseguramiento SNR, v1, a cargo de la Oficina de Tecnologías de la Información, para aprobación.

El Ing. Jose Ricardo Acevedo Solarte - Jefe de la Oficina Tecnologías de la Información, informó que teniendo en cuenta el Oficio del 11/ene/2024 que el Ing. Rogelio Albarracin - Jefe (e) en su momento de la Oficina de Tecnologías, había enviado a la Oficina de Control Interno informando que no realizaría Auditorías al Sistema de Gestión de Seguridad de la Información - SGSI, debido a que no hay un SGSI en la Superintendencia y que por esta razón no se realizarán auditorías; mencionó que no es que no sea pertinente hacerlo, sino que es necesario hacerlo a la Política de Seguridad de la Información.

Mencionó que es necesario dar un alcance al comunicado, donde se mencione que no es que no se vayan a realizar al SGSI, sino que en virtud de la Política establecida en la Superintendencia y los ajustes que se le realicen, teniendo en cuenta también la reestructuración que se viene adelantando en la OTI, lo cual les servirá como insumo para realizar el seguimiento y mencionó que la vigencia anterior se realizó en las Oficinas de Registro, pero que este año sería desarrollado en el Nivel Central con el fin de fortalecer la política establecida.

La dra. Rita Cotes, informó que de ser necesario, se amplíe el alcance al Oficio inicialmente enviado inicialmente,

La ingeniera Nayibe Barreto de la Oficina de Control Interno, mencionó que es importante tener presente los antecedentes, puesto que existe una Resolución de adopción del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información -SGSI en la Superintendencia para su implementación (Resolución No.4905 de 2016), también existe resolución por la cual se adopta la Política General y Específicas del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información de la SNR; la Resolución No.06416 de 2021.

La ingeniera Leyla Guzman, mencionó que documentalmente existe la Resolución mediante la cual se adoptó, pero que el Sistema estructurado y creado en la entidad, no existe.

La Dra. Rita Cotes mencionó que es necesario y recomienda que se revise el acto administrativo mencionado y en caso de ser necesario; se modifique, ajuste o corrija, para que sea actualizado.

#### **8. Propuesta de modificación a la Política General para la Administración de Riesgos en la Superintendencia, para aprobación (OAP).**

El Dr. Mauricio Alejandro Rodriguez Gonzalez- Jefe de la Oficina Asesora de Planeación manifestó que es necesario realizar la actualización de la Política General para la Administración de Riesgos existente, con el fin de estar articulados con los lineamientos del DAFP, por cuanto a finales de la vigencia 2022 realizaron la actualización a la versión 6, de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas.

La Dra. Edy Johana Melgarejo – contratista de la Oficina Asesora de Planeación, mencionó que los principales ajustes que se están proponiendo a la Política Interna de la SNR, consiste en:

- 1- Actualización metodológica para alinearse a la Guía de Administración del Riesgo del DAFP en su versión 6.
- 2- Cambios en la estimación de las Tablas de Probabilidad e Impacto; y presentó las tablas actualizadas, en archivo "Presentación Política de Riesgos y Mapa de Aseguramiento-OAP" formato PDF, (diapositivas de la 1 a la 6, que hace parte integral de la presente acta), según la última versión de Función Pública. Mencionó que estos son aspectos técnicos para la gestión de los mapas de riesgos por procesos, por lo cual es necesario que los enlaces designados tengan conocimiento en este tema, porque no todas las personas entienden la forma de aplicarlo. También informó que una vez se revise la probabilidad y el impacto, se define en el mapa de Calor la ubicación del riesgo; el cual fue ajustado con la metodología del DAFP.
- 3- Inclusión del Riesgo Fiscal; mencionó que estos no se tenían identificados en la entidad.
- 4- Diseño y evaluación de controles.

El Dr. Mauricio Alejandro Rodriguez, pone a consideración del Comité, la aprobación de los ajustes realizados a la Política de Riesgos, la cual fue enviada a los correos de los directivos para sus observaciones.

Al respecto, fue aprobada por unanimidad la propuesta presentada por la Oficina Asesora de Planeación, a fin de actualizar la Política General Para la Administración de Riesgos en la SNR.

### 9. Propositiones y varios:

La Dra. Rita Cotes, recomienda tener presentes las acciones propuestas para la observación consignada en el plan de mejoramiento del FURAG, como se muestra a continuación:

Dimensión de MIG	Política de Gestión y Desempeño	Código Hallazgo	Hallazgo / Observación o Recomendación	Fuente / Origen	Acción a desarrollar	Lider Principal	Lider de Apoyo	Producto y/o entregable	Fecha Inicio	Fecha Fin
Control Interno	Control Interno	FUR080	En el marco del CICC no se analizó la información de PQRSO, las encuestas de clima laboral, conflictos de interés, las encuestas de percepción y los informes de auditoría.	Pregunta 444 - 446 FURAG 2022	Desarrollar y presentar informes de resultados al CICC sobre PQRSO, Clima Laboral, Conflictos de interés, encuestas de satisfacción, informes de Auditoría, Gestión de riesgos, entre otros.	Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jefe Oficina Atención al Ciudadano Director de Talento Humano Jefe de Control Interno	Informes de Resultados Actas del CICC	mar-24	dic-24

Lo anterior, con el fin de evidenciar y documentar los temas relacionados con PQRSO, Clima Laboral; Conflictos de Interés; encuestas de satisfacción; informes de auditoría; gestión de riesgos, entre otros, aspectos que deben ser tratados en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para la toma de decisiones en cada tema.

En conclusión el Señor Superintendente tomó la Palabra y mencionó que es importante que desde la Alta Dirección se preste mayor atención al Control Interno y a los procesos de Planeación en la entidad, siendo necesario que desde la nueva administración se adquiera la cultura de mejora, para revertir los resultados de lo que ha venido sucediendo en la

Superintendencia, a fin de cambiar los resultados expuestos por la Oficina de Control Interno, a quien considera que debe ser un aliado importante en la gestión que desarrolla la administración; por cuanto son quienes generan las alertas a posibles riesgos, de manera anticipada y por lo cual es necesario que se preste la debida atención.

En ese sentido, mencionó que en primer lugar ha dado la instrucción que se tenga en cuenta las advertencias enviadas por Control Interno; y que se debería revisar las recomendaciones dadas, en comparación con las recomendaciones acogidas.

Advierte que también está muy preocupado, teniendo en cuenta lo señalado en la última reunión del Comité Directivo, donde se mencionó que a la fecha existen proyectos de inversión que no están claros en las metas a desarrollar e insiste en que es necesario controlar su avance de ejecución, desde el inicio de la vigencia y con el fin de lograr ejecutar lo programado, de tal manera que en Junio de cada vigencia, la totalidad de los proyectos de inversión estén en ejecución, y que se tenga presente en cuales proyectos se va a avanzar y en cuáles no. Que tengan presente lo sucedido el año pasado, que a noviembre, tan solo se llevaba una tercera parte del presupuesto ejecutado; también señaló que la inejecución presupuestal tuvo consecuencias, debiendo desplazar algunos funcionarios que no estaban cumpliendo.

Mencionó que va a esperar con muchas expectativas el primer informe que desde la Oficina Asesora de Planeación van a rendir, respecto al seguimiento del avance presupuestal y de metas, en la ejecución de los proyectos de inversión para el primer trimestre de 2024, y señaló que espera que en esta vigencia y para el mes de julio, sea diferente el avance y hace un llamado a todos los directivos para que se tenga en cuenta esta recomendación.

Con respecto al Plan Anual de Auditoría Interna, mencionó que Control Interno ha identificado Riesgos para su ejecución, donde entre otros, se identificaron limitaciones para acceder oportunamente a las fuentes de información e inoportunidad en la entrega de información por parte del sujeto auditado, o falta de calidad en la información entregada, por lo que señaló que son los directivos presentes, los responsables de dar solución a este tema y hace un llamado para que este año se refleje la mejora en los diferentes aspectos tratados en la reunión.

Finalmente agradece la participación de los miembros del comité y se da por cerrado el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

**CONVOCATORIA** No se definió una próxima reunión, no obstante, se acordó que fueran más frecuentes a fin de revisar el avance alcanzado en cada tema.

### **Compromisos y Responsables**

1. Mesa de trabajo para revisar los hallazgos del Seguimiento y Evaluación a la Ejecución de Recursos Nación vinculados a los Proyectos de Inversión de Catastro Multipropósito, vigencia 2022 y vigencia 2023, con corte al mes de junio/2023.



*Responsables:* Dr. Daniel Fernando Cruz Gonzalez, Director Administrativo y Financiero; Dra. Rita Cecilia Cotes Cotes, Jefe Oficina de Control Interno, y demás involucrados en el proceso auditor.

2. Mesa de trabajo para revisar los soportes documentales que se tienen como evidencias para los hallazgos generados en la Auditoría a los Contratos de Obra suscritos por la Superintendencia de Notariado y Registro, correspondiente a las vigencias 2022 y 2023, con corte al mes de septiembre/2023.

*Responsables:* Dr. Daniel Fernando Cruz Gonzalez, Director Administrativo y Financiero; Dra. Rita Cecilia Cotes Cotes, Jefe Oficina de Control Interno, y demás involucrados en el proceso auditor.

3. Programar y realizar una reunión para todos los directivos de la SNR, donde se aclaren los conceptos de MIPG, la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción; y la responsabilidad de cada uno de los directivos; donde se dé a conocer la metodología establecida para el análisis causa raíz en la SNR; buscando plantear acciones de mejora efectivas, en procura del cierre de los hallazgos existentes.

*Responsables:* Dra. Martha Paez, Dirección de Talento Humano; y Dr. Mauricio Rodríguez, Oficina Asesora de Planeación.

4. Mesas de trabajo para el “Fortalecimiento institucional - 2024”, se requiere la participación de todos los líderes de procesos.

*Responsables:* Dr. Mauricio Rodríguez, Oficina Asesora de Planeación / Líderes de Procesos.

5. Revisar los registros de evidencia de las ORIP auditadas y que no cuentan con extintores vigentes; enviarlos a la Dirección de Talento Humano para lo pertinente.

*Responsables:* Ing. Leyla Guzman, Oficina de Tecnologías de la Información / Dra. Martha Paez, Dirección de Talento Humano.

6. Enviar a los líderes de procesos el informe de seguimiento y evaluación al Plan de Mejoramiento Institucional, junto con la matriz consolidada, para los análisis a que haya lugar.

*Responsable:* Dra. Rita Cecilia Cotes Cotes, Jefe Oficina de Control Interno

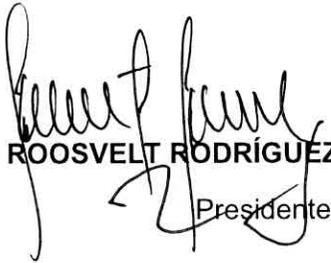
7. Presentar el informe de seguimiento del primer trimestre 2024, con los resultados de la Actividad de Aseguramiento para el aspecto clave de éxito de Proyectos de Inversión, como es: *“Revisar mensualmente la ejecución presupuestal del proyecto por parte del Grupo de Planeación Institucional e Inversión, a través de los acuerdos de desempeño y listas de chequeo generadas en el periodo, además de revisar el cumplimiento de metas registrado en la herramienta destinada por el DNP, con el fin de generar alertas al Gerente Público sobre posibles reservas presupuestales y este tome las medidas pertinentes, el resultado de la revisión se plasmará en un informe trimestral remitido a los Gerentes de proyectos. Todos los resultados se llevan al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, para la toma de decisiones.”*

*Responsable:* Dr. Mauricio Rodríguez, Oficina Asesora de Planeación.

**8.** Presentar el informe de seguimiento del primer trimestre 2024, con los resultados de la Actividad de Aseguramiento para el aspecto clave de éxito: *“Ejecución del presupuesto de Adquisición de Bienes y Servicios y Proyectos de Inversión”* como es: *“Efectuar seguimiento a la ejecución presupuestal de la vigencia y reservas presupuestales”*

*Responsable:* Dr. Daniel Fernando Cruz Gonzalez - Director Administrativo y Financiero

Siendo la 1:40 p.m., se da por terminada la sesión y se suscribe la presente acta por el Presidente y la Secretaria Técnica del Comité:

  
**ROOSVELT RODRÍGUEZ RENGIFO**  
Presidente

  
**RITA CECILIA COTES COTES**  
Secretaria

**Anexos:** 1-Presentación COMITÉ -OFICINA DE CONTROL INTERNO 2024. PDF – 54 folios  
1-Presentación Política de Riesgos y Mapa de Aseguramiento-OAP .PDF – 14 folios  
1 Propuesta -Política Riesgos con actualizaciones2024 .Word – 45 folios

**Transcriptor:** Luisa Nayibe Barreto López – Profesional Especializado, Oficina de Control Interno  
**Revisó:** Rita Cecilia Cotes Cotes – Jefe Oficina de Control Interno

**Copia:** Asistentes