

INFORME INTERNO DE EVALUACION A LA GESTION POR DEPENDENCIAS – PLAN ANUAL DE GESTIÓN PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021

En cumplimiento del inciso 2° del Artículo 39 de la Ley 909 de 2004 “*El jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a las cuales se les aplica la presente Ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias*”.

Evaluación de Gestión por áreas o dependencias: Es aquella que realiza anualmente el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, por medio de la cual verifica cumplimiento de las metas institucionales por parte de las áreas o dependencias de la entidad respectiva. Se define como fuente objetiva de información respecto al cumplimiento de las metas establecidas y suministradas a los responsables de la evaluación por el jefe de la Oficina de Control Interno.

Atendiendo lo establecido en el acuerdo 6176 de 2018 “*Por el cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Periodo de Prueba*”.

Por lo anterior la Oficina de Control Interno de la Superintendencia de Notariado y Registro, presenta lo resultados de la evaluación la gestión de cada una de las Dependencias de la Entidad correspondiente de la vigencia 2021 con corte a 30 de junio.

OBJETIVO

Evaluar y presentar el consolidado de la Evaluación de la Gestión por Dependencias de la Superintendencia de Notariado y Registro, correspondiente al primer semestre 2021, de acuerdo con la metodología y lineamientos establecidos en la normatividad vigente, la cual tiene como propósito que sean tomadas como uno de los criterios en la concertación de los compromisos de la EDL.

ALCANCE

Verificar y evaluar la gestión desarrollada por las Dependencias de la Superintendencia de Notariado y Registro en el primer semestre de la vigencia 2021, con fundamento en la evaluación cuantitativa y cualitativa del grado de ejecución de los compromisos (metas) planificados en el Plan Anual de Gestión – PAG, de conformidad a los objetivos estratégicos definidos en el Plan Estratégico Institucional – PEI liderado por la Oficina Asesora de Planeación y reportada en la carpeta compartida en el one drive, resultado del acompañamiento en la gestión y seguimiento efectuado por la OAP frente al cumplimiento de los compromisos establecidos; adicionalmente, identificar los riesgos producto de la evaluación, a fin de establecer la efectividad en el diseño y ejecución de los controles formulados; realizar seguimiento a la efectividad de los planes de mejoramiento - Institucional y Contraloría General de la Republica frente a los hallazgos relacionados con el cumplimiento del Plan Anual de Gestión – PAG.

MARCO NORMATIVO

- **Ley 87 de 1994, Artículo 8.** “*Como parte de la aplicación de un apropiado sistema de control interno el representante legal en cada organización deberá velar por el establecimiento formal de un sistema de evaluación y control de gestión, según las características propias de la entidad...*”
- **Ley 152 de 1994.** “*Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo*”, Artículos 26 y 29, para la construcción del Plan Indicativo Cuatrienal o Plan Estratégico.
- **Ley 909 de 2004, Artículo 39.** “*El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a las cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de*

las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento”.

- **Decreto ley 775 de 2005**, Sistema Específico de Carrera Administrativa para las Superintendencias, Artículo 38. “...” “El resultado de la evaluación será la calificación correspondiente al período semestral...”
 - **Decreto 2929 de 2005**, Artículo 14. “Los empleados que deban evaluar y calificar el desempeño laboral de los empleados de carrera y de período de prueba de las superintendencias, tendrán la obligación de hacerlo en las siguientes fechas y circunstancias: 14.1 Por período semestral: Comprendido entre el 1º de enero y el último día del primer semestre y entre el 1º de julio y el 31 de diciembre.”
 - **Ley 1474 de 2011 –Artículo 74. Plan de acción de las entidades públicas.** “A partir de la vigencia de la presente ley, todas las entidades del Estado a más tardar el 31 de enero de cada año, deberán publicar en su respectiva página web el Plan de Acción para el año siguiente, en el cual se especificarán los objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, los planes generales de compras y la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión junto a los indicadores de gestión...” “..”
- El párrafo 1ro del artículo 2.2.21.4.7.**, adicionado por el artículo 16 del Decreto 648 de 2017, establece que “...Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como destinatario principal al representante legal de la entidad y al comité de coordinación de control interno”. Así mismo, en el **literal e) del artículo 2.2.21.4.9.**, determinó que los jefes de control interno deberán presentar informes de evaluación a la gestión institucional de que trata el artículo 39 de la Ley 909 de 2004.
- **Resolución 9272 del 30 agosto de 2017**, “Por el cual se adopta el sistema de evaluación del desempeño laboral de los servidores públicos vinculados en provisionalidad y en empleo temporales de la SNR”
 - **Resolución 5935 del 7 de junio de 2017**, “Reglamenta la evaluación de gestión por dependencias a cargo de la Oficina de Control Interno de la Superintendencia de Notariado y Registro.”
 - **Decreto 612 de 2018**, “Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado.”
 - **Acuerdo 6176 del 20 de octubre de 2018, CNSC.** Por el cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Período de Prueba”
 - **Resolución 0091 del 11 de enero de 2018**, para la planificación y control de la gestión en la Superintendencia de Notariado y Registro, para la vigencia 2018. Instructivo para la Formulación del Plan Anual de Gestión; versión 2 del 20/06/2016.
 - **Resolución 7060 del 6 junio de 2019**, “Por el cual se adopta el sistema Tipo de evaluación del desempeño laboral de los empleados públicos de carrera y en periodo de prueba establecido por la Comisión Nacional del Servicio Civil mediante Acuerdo 6176 de 2018”
 - **Decreto No. 491 del 28 de marzo de 2020**, “Por el cual se adoptan medidas de urgencia para garantizar la atención y la prestación de los servicios por parte de las autoridades públicas y los particulares que cumplan funciones públicas y se toman medidas para la protección laboral y de los contratistas de prestación de servicios de las entidades públicas, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica”.
 - Guía para de las mejores prácticas frente al rol de las oficinas de control interno, auditoría interna o quien hace sus veces, en tiempo de crisis, Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.
 - Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4, julio 2020.
 - Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 5, diciembre 2020.
 - Procedimiento Seguimiento a la Gestión de los Procesos y a la Planeación Institucional código: MP - CNGI - PO - 02 - PR – 04, versión 3, 15-02-20201.

LIMITACIONES

En el desarrollo de la presente evaluación, se presentaron varias limitantes relacionadas con la entrega de la información, solicitada mediante correo electrónico de fecha 23 de julio de 2021, en el cual se requirió los soportes

Código:
GDE – GD – FR – 04 V.03
28-01-2019

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201- PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>
correspondencia@supernotariado.gov.co

para la realización de la Evaluación por Dependencias, entregada solo hasta el 29 de julio; adicionalmente, se evidenciaron inconsistencias en el PAA ya que algunas de las actividades y metas, se encontraron desactualizadas de acuerdo con los últimos ajustes solicitados por las dependencias, los cuales fueron aprobados en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño efectuada el 30 de junio de 2021, ante esta situación, se debió realizar la evaluación a través de cuatro versiones del Plan de Anual de Gestión 2021 (última versión 18-08-2021).

Ante el incumplimiento de algunas dependencias y la reiteración de la solicitud del cargue de los soportes de información (Entregables) de manera oportuna y completa en la carpeta compartida “One Drive”, situación particular evidenciada luego de haber remitido los informes preliminares, se debió efectuar nuevamente la evaluación a través de otras revisiones; en este orden, se recibieron algunas solicitudes de modificación por parte de algunos líderes de procesos frente a la calificaciones, requiriendo entonces tiempo adicional para su verificación y análisis de los soportes suministrados, para efectos de realizar los ajustes a la calificación correspondiente; retrasando de esta forma el proceso para obtener la calificación final frente al plazo concedido por la Dirección de Talento Humano; en algunos casos la información finalmente nunca fue allegada.

De otra parte, y consecuente con la emergencia sanitaria, se resalta el hecho de no contar para este periodo de evaluación, con el acceso al aplicativo de seguimiento a la gestión institucional “Strategos”, debido a la imposibilidad hacerlo de manera segura desde un sistema remoto (trabajo en casa).

FUENTES DE INFORMACIÓN

Las recomendaciones y observaciones efectuadas en el presente informe, son producto de la evaluación realizada a la información reportada por cada uno de los líderes de procesos y/o Dependencia en la carpeta compartida en la One-Drive prevista para tal fin, evidencias que permiten establecer el desarrollo y cumplimiento de las acciones programadas para el primer semestre de la vigencia 2021 a través de los Planes Anuales de Gestión – PAG suscritos.

METODOLOGIA

La Evaluación por Dependencias es un componente de la evaluación del desempeño laboral, que tienen como propósito promover y potenciar el trabajo en equipo, por medio de la valoración del cumplimiento de las metas institucionales e individuales ya que se convierten en referente para la evaluación de los funcionarios de carrera administrativa; es por ello que se realiza a partir de los resultados de los planes estratégicos anuales, planes operativos también anuales y los resultados alcanzados en el cumplimiento de los planes de desarrollo que se ven reflejados en el cumplimiento de los acuerdos de gestión y la suscripción de compromisos de los gerentes públicos en desarrollo de las funciones asignadas a cada dependencia.

Para realizar esta labor y partiendo de los informes de evaluación anual que por ley debe presentar las oficinas de control interno y teniendo como soporte los documentos de cumplimiento de las metas de cada dependencia, se ha diligenciado bajo el proceso de “Evaluación Independiente” el “FORMATO EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS”, herramienta diseñada por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial.

Para efectos de realizar el presente informe de evaluación a la gestión por dependencias del periodo comprendido entre el 1 de enero al 30 de junio de la vigencia 2021, se tuvo en cuenta el enfoque basado en procesos, que articula las actividades con las funciones de la asignadas a la dependencia, hecho del cual se desprende la verificación al cumplimiento de los compromisos, metas y/o acciones planificadas por cada una de las dependencias o áreas en los Planes Anuales de Gestión, de conformidad a los objetivos estratégicos definidos en el Plan Estratégico Institucional

Código:
GDE – GD – FR – 04 V.03
28-01-2019

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201- PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>
correspondencia@supernotariado.gov.co

– PEI, así mismo, conforme a lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo para las Entidades Públicas del Departamento Administrativo de Función Pública -DAFP, realizar la valoración al diseño, ejecución y solidez de los controles de los riesgos identificados, a fin establecer su efectividad.

DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN

Conforme a lo dispuesto en el procedimiento de Monitoreo y Seguimiento de la Gestión Institucional, además de lo definido por el Instructivo para la Formulación del Plan Anual de Gestión, se procedió con la revisión de la información reportada en la carpeta compartida en One-Drive dominio de la Oficina Asesora de Planeación, en atención a establecer cumplimiento de cada una de las acciones y/o metas planificadas en los Planes para el primer semestre de la vigencia 2021.

Para establecer el grado de avance o cumplimiento por cada dependencia, la Oficina de Control Interno tomó el cálculo del avance establecido por los funcionarios designados y verificado por la Oficina Asesora de Planeación en el seguimiento realizado, estableciéndose un promedio aritmético sobre el mismo de conformidad con el número de actividades asignadas para cada una de ellas.

Bajo este contexto, la Oficina de Control Interno realizó una evaluación a la gestión efectuada por cada una de las dependencias o áreas de manera preliminar, con el objetivo de verificar con cada una de ellas, las observaciones presentadas en procura de realizar una evaluación objetiva, previo a su publicación, por cuanto se identificó la falta de cargue de algunos archivos que no permitían evidenciar el cumplimiento sobre las acciones programadas para el primer semestre de la vigencia 2021, situación que ameritó la verificación de los soportes documentales adicionales por aquellas dependencias o áreas que solicitaron su revisión.

Consecuente con lo anterior, se presentaron algunas solicitudes que evidenciaban modificaciones a los planes, los cuales fueron resueltos de manera oportuna de acuerdo a la información proporcionada; sin embargo, se identificaron otras, cuyos soportes no permitieron ajustar su porcentaje de cumplimiento registrado en Sistema Integrado de Gestión, sobre el particular se resalta el hecho de identificarse que algunas dependencias no referían en las carpetas compartidas en la One-Drive, planes con la versión definitiva para su evaluación, teniendo entonces que iniciar de nuevo la verificación de los soportes documentales conforme al nuevo plan entregado, ocasionando demoras en el proceso de consolidación de la evaluación respectiva.

A continuación, se presenta el consolidado de la evaluación realizada a los compromisos (metas) planificadas por cada una de las 20 Dependencias a través de su Plan Anual de Gestión–PAG, primer semestre vigencia 2021, con el correspondiente porcentaje de cumplimiento registrado en SGI:

Cumplimiento al Plan Anual de Gestión – Evaluación por Dependencias Primer Semestre 2021

No.	Dependencias	Actividad Estratégica	Meta Programada	Metas Planificados 1er Semestre 2021	Compromisos (Meta) 1er Semestre 2021			% Cumplimiento Compromisos (Metas) a junio 2021	% Cumplimiento SIG
					Cump.	Cump. Parcial	Incump		
1	Dirección Administrativa y Financiera	8	28	8	7	0	1	88%	9
2	Dirección de Talento Humano	4	12	4	4	0	0	100%	10
3	Dirección de Contratación	2	5	5	4	0	1	81%	9
4	Dirección Técnica de Registro	1	5	2	2	0	0	100%	10
5	Secretaría General	4	9	8	8	0	0	100%	10

Código:
GDE – GD – FR – 04 V.03
28-01-2019

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201 - PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>
correspondencia@supernotariado.gov.co

6	Oficina de Control Interno de Gestión	3	7	5	5	0	0	100%	10
7	Oficina de Control Disciplinario Interno	1	7	5	5	0	0	100%	10
8	Oficina Asesora de Planeación	3	7	3	3	0	0	100%	10
9	Oficina Asesora Jurídica	6	9	6	6	0	0	100%	10
10	Oficina de Tecnologías de la Información	15	58	32	25	0	7	78%	8
11	Oficina de Atención al Ciudadano	4	11	8	8	0	0	100%	10
12	Delegada para la Restitución, Protección y Formalización de Tierras	8	33	18	17	(1) 76%	0	99%	10
13	Delegada para el Control y Vigilancia de Curadores Urbanos	3	4	4	3	(1) 67%	0	92%	10
14	Delegada para Inspección, Vigilancia y Control Registral	4	9	5	5	0	0	100%	10
15	Delegada para Inspección, Vigilancia y Control Notarial	11	32	9	9	0	0	100%	10
16	Dirección Regional Andina	4	15	14	14	0	0	100%	10
17	Dirección Regional Pacífica	4	13	13	13	0	0	100%	10
18	Dirección Regional Orinoquía	5	18	18	18	0	0	100%	10
19	Dirección Regional Centro	4	12	11	11	0	0	100%	10
20	Dirección Regional Caribe	4	13	10	10	0	0	100%	10
TOTAL		98	307	188	177	0	9	97%	9,8

Fuente: Construcción propia Oficina de Control Interno de Gestión - resultados de las evaluaciones basadas en la información presentada por las dependencias.

Ante los resultados detallados en la tabla anterior, se obtiene un 97% de cumplimiento del Sistema de Gestión Institucional (SGI) en la Entidad, teniendo en cuenta el total de los compromisos (metas) programadas para el primer semestre de la vigencia 2021, lo cual equivale a diez (10) puntos sobre la escala de calificación dada en el formato del Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP. El 3% restante correspondió a incumplimiento del PAG, porcentaje que se encuentra dentro del rango de tolerancia en el indicador de cumplimiento del PAG, el cual obedeció a cambios de equipos directivos de la entidad, situación que generó que algunas acciones programadas en el periodo evaluado no se lograran ejecutar.

En este orden, se observó que de un total de 188 acciones programadas para desarrollarse en el primer semestre de la vigencia 2021, solo 177 alcanzaron un cumplimiento del 100%; dos (2) acciones obtuvieron cumplimiento parcial, y nueve (9) fueron incumplidas, toda vez que no se evidenciaron soportes que permitieran verificar el cumplimiento de la acción y unidad de medida propuesta en el plan, obteniendo una calificación de cero (0).

Bajo este entendido; de las 20 dependencias involucradas en la ejecución del Plan, se observaron quince (15) dependencias con un nivel de cumplimiento del 100%; dos (2), con nivel de cumplimiento por encima del 92%, dos (2) con nivel de cumplimiento por encima del 81%, y una (1) dependencia reflejó un cumplimiento del 78%, en razón a la falta de ejecución de algunos de los compromisos y metas programadas para el primer semestre de la vigencia 2021; algunas de ellas en ausencia de reportes de información parcial o total que permitieran identificar avances sobre el cumplimiento de las acciones conforme a los entregables definidos en el Plan.

De otra parte, en atención a responder ante situaciones de contingencia en el marco del direccionamiento estratégico, es importante que el líder de proceso de Políticas y Planeación Institucional tenga referencia del alcance de cada una de las estrategias definidas en el Plan Estratégico Institucional como una actividad de control del riesgo, por cuanto a través de este instrumento, quedan consignadas las responsabilidades y compromisos adquiridos por la

Entidad respecto al Plan Nacional de Desarrollo, Plan Estratégico del Sector Justicia y lo correspondiente a Proyectos de Inversión.

Así mismo, se recomienda analizar en contexto, el escenario de estado de emergencia sanitaria, así como su impacto sobre el cumplimiento de las metas planificadas en los planes anuales de gestión, lo cual podrían advertir de nuevas situaciones particulares como las identificadas en el presente documento, en virtud de fortalecer aquellas acciones establecidas frente a las actividades de control diseñadas para mitigar el riesgo señalado, considerando también la implementación de acciones adicionales a que haya lugar, teniendo en cuenta la dinámica que ejerce el cumplimiento de las actividades estratégicas en razón a los objetivos institucionales de la Entidad por consecuencia de la crisis sanitaria.

Por lo anterior, es oportuno recordarle a los líderes de procesos o dependencias, la importancia que demanda para la Entidad establecer el cumplimiento de las actividades, metas y objetivos propuestos a través de los Planes Anuales de Gestión formulado, por cuanto de ello depende no solo el ejercicio de concertación de objetivos y calificación del desempeño laboral del año en curso, sino también, como herramienta para reorientar los compromisos transversales y su responsabilidad con otros Planes; de tal forma que es imprescindible que cada dependencia reporte o cargue la información correspondiente de forma oportuna y completa en la One-Drive de acuerdo a lo establecido en los procedimientos y políticas de operación definidos para tal fin, en razón a establecer el cumplimiento idóneo o real de las acciones programadas en el Plan.

Dado que el aplicativo Strategos, se encuentra en la red interna de la entidad, no se puede acceder de manera remota (trabajo en casa). Actualmente se está adecuando el aplicativo para que su acceso se pueda realizar a través de una IP pública.

SEGUIMIENTO A RIESGO

Conforme a lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo para las Entidades Públicas del Departamento Administrativo de Función Pública -DAFP, se procedió a realizar la valoración al diseño, ejecución y solidez de los controles de los riesgos identificados, a fin establecer su efectividad.

Consecuente con lo evidenciado en el presente informe, se identificó en el Mapa de Riesgo Institucional de la Superintendencia de Notariado y Registro, el riesgo “*Incumplimiento de los objetivos establecidos en la formulación y ejecución de la planeación estratégica de la Entidad*”, asociado al Proceso de Políticas y Planeación Institucional.

PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	ANÁLISIS (ANTES DE CONTROLES)	VALORACIÓN (DESPUÉS DE CONTROLES)
POLÍTICAS Y PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	Incumplimiento de los objetivos establecidos en la formulación y ejecución de la planeación estratégica de la Entidad	Alta	Alta

La valoración del riesgo después de controles se sigue ubicando en zona de valor ALTA, debido a que los controles no se encuentran documentados dentro del Sistema Integrado de Gestión, a causa de debilidad en los mecanismos para la alineación y control de los compromisos, lo cual podría conllevar al deterioro de la imagen institucional. La solidez del conjunto de los controles establecido es débil y la ejecución del control no es suficiente para evitar la materialización del riesgo, lo que hace necesario establecer acciones adecuadas para fortalecer los controles, en virtud de mitigar de manera efectiva el riesgo.

Adicionalmente, en el proceso de la consolidación, análisis, revisión de la información para la elaboración del presente informe se pudo identificar un posible riesgo operativo asociado con la *Inadecuada gestión de procesos y generación de productos*, por las siguientes causas:

- Disparidad de lineamientos, generando reprocesos en la ejecución de la gestión,
- Herramientas desacopladas y desarticuladas, por uso ineficiente de recursos, y
- Flujos de comunicación deficientes y desarticulados, conllevando al desgaste administrativo

Situación que además, podría ocasionar un posible incumplimiento de los términos establecidos para generar la evaluación por dependencias, requisito y componente básico tanto en la concertación de objetivos como en la evaluación de desempeño de los servidores vinculados en carrera administrativa y provisionalidad en esta Entidad

Dado lo anterior, la probabilidad e impacto del riesgo identificado, se puede ubicar en zona de valor ALTA, teniendo en cuenta que en anteriores informes, se han relacionado las diferentes limitaciones asociadas con la demora en la entrega de información, el incumplimiento de algunas dependencias causado por el cargue inoportuno e incompleto de los soportes de información (Entregables).

En ese orden de ideas y como resultado de la aplicación de la metodología para la valoración de controles prevista en la Guía de Administración de Riesgos del DAFP, es clave que se esté realizando un permanente y adecuado monitoreo y control al plan de gestión establecido por cada una de las dependencias, de forma tal que:

- Asegurar la coherencia y efectividad de todas las actividades
- Facilitar la adecuada asignación de los recursos
- Anticiparse a posibles errores y desviaciones y se permita la respuesta de manera anticipada, clara y suficiente
- Gestionar los distintos impactos que se generen en el plan de acción (reputacionales, normativos, operacionales, entre otros)

Consecuente con el análisis realizado por esta Oficina, es indispensable establecer un plan de acción donde se indiquen claramente las seis (6) variables para la redacción de los controles; se recomienda además, seleccionar actividades de control preventivas, que por sí solas ayuden a la mitigación de las causas de los riesgos, con el fin de que se asegure el logro de los objetivos propuestos.

Sobre el particular, también se recomienda tener en cuenta la periodicidad del monitoreo y revisión de los controles dado su clase o naturaleza a fin de asegurar su ejecución, por cuanto su efectividad estaría sujeta a la oportuna respuesta frente al número de requerimientos de ajustes y/o modificación a los planes que realicen los líderes de procesos durante un periodo de evaluación, considerando para ello, los tiempos establecidos en los procedimientos y las políticas de operación, de allí que es importante contar con evidencias completas y suficientes que demuestren su gestión, a razón de garantizar el cumplimiento del objetivo del proceso.

EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la Republica

CODIGO DEL HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PRONUNCIAMIENTO OCI
201429	La SNR adoptó resolución 2915 de 03 13 2014, en donde se adopta el plan 2014 y se evidencia que las áreas actúan como ejecutoras del Plan de Acción, no registran en tiempo real la información del avance de las actividades a su cargo, puesto que no cuentan con perfiles y roles definidos en el aplicativo y en su defecto el cargue de información se realiza con el apoyo y/o la clave útil	Dado que el aplicativo se encuentra en la red interna de la entidad, no se puede acceder de manera remota (trabajo en casa). Actualmente se está adecuando el aplicativo Strategos para que su acceso se pueda realizar a través de una IP pública, el cual los roles y perfiles definidos se podrán evidenciar en el segundo semestre 2021 cuando la herramienta entre en funcionamiento. Por lo tanto, el hallazgo continúa abierto.
201430	La SNR adoptó resolución 2915 de 03 13 2014, en donde se adopta el plan 2014 y se evidencia el incumplimiento de las metas del plan de acción (12 macroprocesos).	En la evaluación por dependencias correspondiente al primer semestre 2021, se observó que las metas programadas en el primer semestre 2021, se cumplieron en un 97%; El 3% restante correspondió a incumplimiento del PAG, porcentaje que se encuentra dentro del rango de tolerancia en el indicador de cumplimiento del PAG, el cual obedeció a cambios de equipos directivos de la entidad, situación que generó que algunas acciones programadas en el periodo evaluado no se lograran ejecutar, razón por la cual se propone el CIERRE del hallazgo.
201509	Seguimiento al Plan Anual de Gestión. La SNR presentó un Plan de Acción con 14 macroprocesos, 96 actividades y 268 acciones, de las cuales se encontraron las siguientes debilidades: Actividades repetidas en el PAG, acciones no cumplidas en su totalidad en el PAG y acciones con subestimación en lo programado, lo cual distorsiona la información base para el seguimiento general	En la evaluación por dependencias correspondiente al primer semestre 2021, se observó que las metas programadas en el primer semestre 2021, se cumplieron en un 97%; El 3% restante correspondió a incumplimiento del PAG, porcentaje que se encuentra dentro del rango de tolerancia en el indicador de cumplimiento del PAG, el cual obedeció a cambios de equipos directivos de la entidad, situación que generó que algunas acciones programadas en el periodo evaluado no se lograran ejecutar; De otra parte, se evidenció la actualización de los procedimientos de la planeación institucional donde se estableció como control, la revisión de las actividades formuladas en el PAG con el fin de evitar la duplicidad de las actividades, razón por la cual se propone el CIERRE del hallazgo.
201510	Sistema de Control de Gestión – STRATEGOS. La información mostrada en la herramienta no es coherente con los avances observados en el análisis realizado a los PAG en cada una de las dependencias de la SNR, detectando deficiencias en su utilización como: acciones que se encuentran en semáforo rojo pero con un cumplimiento del 100%, indicadores con otros colores como gris y sin color	Dado que el aplicativo se encuentra en la red interna de la entidad, no se puede acceder de manera remota (trabajo en casa). Para verificar la parametrización adecuada del aplicativo, este se podrá evidenciar una vez entre en funcionamiento el aplicativo. Por lo tanto, el hallazgo continúa abierto.

Fuente: Consolidado general Plan de Mejoramiento – CGR

Plan de mejoramiento Institucional

CODIGO DEL HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PRONUNCIAMIENTO OCI
2019207	Falta de aprobación de las actividades y/o metas estratégicas de algunos Planes Anuales de Gestión, situación que puede ocasionar desarticulación e incumplimiento entre Planes Institucionales; hecho que además de contravenir lo establecido en el procedimiento "Formulación de planes institucionales" frente a lo definido por las actividades No. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12, deja en evidencia el posible incumplimiento de las actividades designadas a la Oficina Asesora de Planeación – OAP, de acuerdo con lo establecido en el Instructivo para la planificación y control de gestión implementado mediante la Resolución No. 0091 de 2018.	A partir de la Evaluación por Dependencias correspondiente al primer semestre 2021, se pudo evidenciar que a través de los Comités Institucionales de Gestión y Desempeño realizados el 28/01/2021 y 30/06/2021, se está llevando a cabo la socialización y aprobación de la formulación, modificaciones y ajustes realizados al Plan anual de Gestión 2021, cumpliendo con el procedimiento "Formulación de planes institucionales", razón por la cual se procede al CIERRE del hallazgo.

Fuente: Consolidado general Plan de Mejoramiento – Institucional

MATRIZ DE RESULTADO DEL INFORME

ITEMS	HALLAZGO	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIÓN OCI	PROCESO Y/O DEPENDENCIA
1	<p>De las 20 dependencias involucradas en la ejecución del Plan, se observaron quince (15) dependencias con un nivel de cumplimiento del 100%; dos (2), con nivel de cumplimiento por encima del 92%, dos (2) con nivel de cumplimiento por encima del 81%, y una (1) dependencia reflejó un cumplimiento del 78%, en razón a la falta de ejecución de algunos de los compromisos y metas programadas para el primer semestre de la vigencia 2021; algunas de ellas en ausencia de reportes de información parcial o total que permitieran identificar avances sobre el cumplimiento de las acciones conforme a los entregables definidos en el Plan.</p> <p>De la verificación adelantada por la OCI se evidenció:</p> <p>Por incumplimiento de metas en el PAG:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dirección Administrativa y Financiera (una acción) ▪ Dirección de Contratación (una acción) ▪ Oficina de Tecnologías de la Información (siete acciones) <p>Por cumplimiento parcial de metas en el PAG:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Delegada para la Restitución, Protección y Formalización de Tierras (una acción – 76%) ▪ Delegada para el Control y Vigilancia de Curadores Urbanos (una acción – 67%) 	NCR	<p>Se recomienda a las dependencias de la entidad, dar cumplimiento al procedimiento “Formulación de planes institucionales”, con el fin de establecer metas claras y planificadas sobre bases reales, es decir, verificar si se tienen las capacidades o los recursos disponibles, e identificar cuáles son las limitaciones y restricciones existentes para llevarlas a cabo y evitar el incumplimiento.</p> <p>El incumplimiento de las acciones propuestas en el plan de Acción, por parte de los responsables de la ejecución de las mismas, afectan la calificación de la evaluación total de la dependencia.</p> <p>Es importante que el líder de proceso comprenda que la carpeta compartida “One Drive”, es la herramienta que dispone la SNR para validar el cumplimiento a las actividades estratégicas y acciones programadas en su Plan Anual de Acción.</p>	<p>Dirección Administrativa y Financiera</p> <p>Dirección de Contratación</p> <p>Oficina de Tecnologías de la Información</p> <p>Delegada para la Restitución, Protección y Formalización de Tierras</p> <p>Delegada para el Control y Vigilancia de Curadores Urbanos</p>
2	<p>En el proceso de la consolidación, análisis, revisión de la información para la elaboración del informe de Evaluación por Dependencias primer semestre 2021, se pudo identificar un posible riesgo operativo asociado con la <i>Inadecuada gestión de procesos y generación de productos</i>, por las siguientes causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disparidad de lineamientos, generando reprocesos en la ejecución de la gestión, • Herramientas desacopladas y desarticuladas, por uso ineficiente de recursos, y • Flujos de comunicación deficientes y desarticulados, conllevando al desgaste administrativo <p>Situación que además, podría ocasionar un posible incumplimiento de los términos establecidos para generar la evaluación por dependencias, requisito y componente básico</p>	NCP	<p>Se recomienda establecer un plan de acción que logre identificar controles de acuerdo con las recomendaciones emitidas por el Departamento Administrativo de Función Pública, a través de la “Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – versión 4”, donde entre otras, señala que para cada causa identificada, exista un control y éstas se trabajen de manera separada (no se deben combinar en una misma columna o renglón), sin embargo, si un control es tan eficiente que les permita mitigar varias causas, se debe repetir el control, asociado de manera independiente a la causa específica.</p> <p>Así mismo, es importante dar cumplimiento a los criterios establecidos por la guía de administración de riesgos, frente al diseño de los controles: Responsable, Periodicidad, Propósito, Actividad a realizar, Manejo de observaciones y/o desviaciones, Evidencias de ejecución.</p>	Oficina Asesora de Planeación

Código:
GDE – GD – FR – 04 V.03
28-01-2019

<p>tanto en la concertación de objetivos como en la evaluación de desempeño de los servidores vinculados en carrera administrativa y provisionalidad en esta Entidad. Dado lo anterior, la probabilidad e impacto del riesgo identificado se puede ubicar en zona de valor ALTA, teniendo en cuenta que en anteriores informes se han relacionado las diferentes limitaciones asociadas con la entrega de información así como el incumplimiento de algunas dependencias por causa del cargue de los soportes de información (Entregables) de manera inoportuna e incompleta.</p>			
---	--	--	--

Nota: TIPO DE HALLAZGO

No Conformidad Real (NCR): Hace referencia a un incumplimiento de un requisito con una evidencia objetiva que la sustenta.

No Conformidad Potencial (NCP): Hace referencia a causas que se están observando a los procesos que no se están realizando estandarizadamente y con ello pueda ocurrir una No Conformidad Real.

Recomendaciones generales

Las evidencias son el insumo más importante para calificar como cumplida una meta; el no proporcionar este elemento inmediatamente da como no cumplida la actividad, el solo reporte o seguimiento en la matriz no es suficiente para que la Oficina de Control Interno la de como cumplida.

Como oportunidad de mejora, esta Oficina recomienda a las dependencias establecer metas claras y planificadas sobre bases reales, es decir, verificar si se tienen las capacidades o los recursos disponibles, e identificar cuáles son las limitaciones y restricciones existentes para llevarlas a cabo. Adicionalmente, que el suministro de documentos soportes permitan evidenciar el cumplimiento frente al indicador y a la meta del indicador durante el seguimiento y tener en cuenta que los resultados de la Evaluación por Dependencias son insumo para la evaluación de desempeño de los funcionarios públicos de la entidad y que el incumplimiento de las actividades, pueden generar una baja calificación que afecte su desempeño.

El no cumplimiento de las acciones propuestas en el plan por parte de los responsables de la ejecución de las mismas, afectan la calificación de la evaluación total de la dependencia.

Es importante que el líder de proceso comprenda que la carpeta compartida “One Drive”, es la herramienta que dispone la SNR para validar el cumplimiento a las actividades estratégicas y acciones programadas en su Plan Anual de Acción.

Es necesario que el líder de proceso verifique la correlación de sus objetivos estratégicos con las actividades definidas en el PAG 2021 conforme la documento definitivo aprobado - PEI (2020-2022) por parte de la Alta Dirección de la entidad.

Conclusiones

De acuerdo a la evaluación y análisis de las actividades del plan de acción, se pudo observar que el cumplimiento total fue del 97%, esto significa que se encuentra dentro del rango de la meta del indicador, ubicándose en la media, lo que conlleva a realizar acciones de mejora para evitar que se materialicen riesgos que generen incumplimiento en los objetivos institucionales. Cabe mencionar, que los procesos adelantaron un porcentaje importante de las actividades establecidas para el mejoramiento de la gestión y por ende el logro de los objetivos misionales y que muchas de las dificultades presentadas se relacionan con la emergencia sanitaria generada por el COVID 19.

No obstante, es importante que se evalúe la pertinencia de incluir en la formulación del plan de acción de la vigencia 2021, las actividades que no lograron llegar a la meta. Lo anterior, teniendo en cuenta que estas están articuladas con los objetivos institucionales.

Por otra parte, teniendo en cuenta que los resultados de la Evaluación de Gestión por Dependencias llevada a cabo por la Oficina de Control Interno, se define como criterio o fuente objetiva para la evaluación de desempeño que se les realiza a los funcionarios públicos de la entidad, es necesario informar de forma clara las razones que generan el no cumplimiento de las actividades, a fin de no afectar la evaluación definitiva del empleado.

Cabe resaltar que, debido a las limitaciones de cualquier estructura de control interno, pueden ocurrir errores o irregularidades que no hayan sido detectadas bajo la ejecución de nuestros procedimientos de auditoría, evaluación o seguimiento, previamente planeados. La SNR y las dependencias que la componen, son responsables de establecer y mantener un adecuado sistema de control interno y de prevenir posibles irregularidades, conforme a lo dispuesto en el modelo de las tres líneas de defensa del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Código:
GDE – GD – FR – 04 V.03
28-01-2019

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201- PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>
correspondencia@supernotariado.gov.co

Así mismo, es responsabilidad de la dependencia la información suministrada, por cualquier medio, para la realización de esta actividad, de manera oportuna, completa, íntegra y actualizada y la de informar en su momento las posibles situaciones relevantes y/o errores que pudieran haber afectado el resultado final de la actividad.

Es oportuno y necesario que por parte de cada uno de los líderes de procesos, revisen el contenido de todo el Informe, conforme al rol y responsabilidad de cada uno de éstos, acorde con el requerimiento donde fue identificada la desviación, para efectos de realizar el ejercicio de análisis causa raíz y documentar e implementar las mejoras orientadas a fortalecer el Sistema de Control Interno en la Entidad.

Asegurar un equipo de trabajo para determinar la atención del hallazgo, liderado por los líderes de procesos, como responsables de tomar decisiones y realizar ajustes dentro de su proceso, de tal manera que las acciones planteadas eliminen las causas identificadas, logrando así una mejora absoluta y cerrar el ciclo con un “Resultado exitoso” y “mejora de la gestión” de la Entidad, mitigando los riesgos evidenciados.

Se hace la salvedad, que los líderes de Procesos, como primera línea de defensa, son los responsables de establecer controles adecuados que le permitan no solo garantizar el cumplimiento de las acciones de mejoramiento, sino también, su efectividad.

En este orden de ideas, las recomendaciones y orientaciones generadas desde la Oficina de Control Interno como producto de los procesos de auditoría, seguimientos y evaluaciones de efectividad, se convierten en actividades de obligatorio cumplimiento, en el entendido que esta oficina evalúa y determina la idoneidad de los controles que se han establecido a lo largo de la entidad, los cuales deben garantizar de manera razonable que se alcanzarán los objetivos y metas trazadas.

Copia de este mismo informe, será remitido para su conocimiento y fines pertinentes, a la Oficina Asesora de Planeación, en su rol como segunda línea de defensa, y demás líderes de procesos involucrados en el seguimiento al Plan Anual de Gestión 2021, por la responsabilidad que les asiste como primera y segunda línea de defensa respectivamente, conforme al Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG; con el fin de formular y suscribir el Plan de Mejoramiento con los hallazgos consignados en el presente informe, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al recibo de este, el cual deberá ser radicado en la Oficina Asesora de Planeación, al correo electrónico planes.mejoramiento@supernotariado.gov.co

Para mayor información, se deja el enlace donde encontrarán el procedimiento Formulación y seguimiento a Planes de Mejoramiento, v.2 del 15 de julio de 2021 y los formatos correspondientes. <https://www.supernotariado.gov.co/portal&346.html>

Cordialmente,



RITA CECILIA COTES COTES
Jefe Oficina de Control Interno de Gestión

Transcripción: Yalena Maldonado Maziri – Profesional Especializado OCI

Código:
GDE – GD – FR – 04 V.03
28-01-2019

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201- PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>
correspondencia@supernotariado.gov.co