

**INFORME CONSOLIDADO  
EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS 2023  
SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO**

## 1. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento a lo prescrito en (i) el artículo 39 de la Ley 909 de 2004, (ii) el literal F del Decreto 648 de 2017 y (iii) en el Acuerdo 6176 del 2018 expedido por la Comisión Nacional del Servicio Civil la Oficina de Control Interno de Gestión de la Superintendencia de Notariado y Registro - SNR, se permite presentar los resultados de la evaluación realizada para la vigencia 2023, frente al cumplimiento de las actividades y acciones que fueron formuladas en el Plan Anual de gestión por Dependencia.

Previo a rendir el informe, es conveniente señalar que el análisis de la gestión de las 20 dependencias, se basó en una evaluación cuantitativa y cualitativa del grado de ejecución de los compromisos establecidos en la planeación institucional liderado por la Oficina de Planeación de la Entidad en la vigencia 2023, de acuerdo con los lineamientos establecidos en la Circular N. 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades de Orden Nacional y Territorial.

*« El Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las dependencias, deberá tener como referente: a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo; b) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados; c) Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo a lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno.».*

A continuación, se presenta la evaluación siguiendo la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, en el que se relacionarán el plan evaluado de cada una de las dependencias, la evaluación de la Oficina de Control Interno a los avances obtenidos y, finalmente las recomendaciones que esta dependencia proporciona con el fin de contribuir al mejoramiento continuo de la Entidad.

## 2. OBJETIVO

Evaluar el cumplimiento de las dependencias de la Superintendencia de Notariado y Registro correspondiente a la vigencia 2023, de conformidad con las directrices establecidas en (i) el artículo 39 de la Ley 909 de 2004, (ii) el literal F del Decreto 648 de 2017, (iii) en el Acuerdo 6176 del 2018 expedido por la Comisión Nacional del Servicio Civil y (iv) en la Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno.

### 3. ALCANCE

Verificar y evaluar los resultados de ejecución por las dependencias, de acuerdo con lo programado en el Plan Anual de Gestión, para la vigencia 2023; tomando como insumo el repositorio de evidencias (one drive) administrada y suministrada por la Oficina Asesora de Planeación; identificar los riesgos producto de la evaluación, a fin de establecer la efectividad en el diseño y ejecución de los controles formulados; y realizar seguimiento a la efectividad en los planes de mejoramiento - Institucional y Contraloría General de la Republica frente a los hallazgos asociados con el cumplimiento del Plan Anual de Gestión – PAG en caso de existir.

### 4. 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 909 de 2004, artículo 39, “(...) El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los 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 648 de 2017 “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública”
- Acuerdo 6176 del 2018 expedido por la Comisión Nacional del Servicio Civil
- Circular 04 de septiembre 27 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno.
- 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.”
- Resolución 00755 del 31 de enero de 2023, “Por la cual se adopta el Plan Anual de Acción de la Superintendencia de Notariado y Registro para la vigencia 2023”.
- Procedimiento Formulación de planes institucionales. Versión: 01. 22/11/2021

### 5. LIMITACIONES

En el desarrollo de la revisión de soportes para la evaluación, se presentan varias limitantes por parte de algunas dependencias, asociadas al incumplimiento causado por el cargue extemporáneo e incompleto de los soportes de información (Entregables) en la carpeta - repositorio de evidencias - administrado por la Oficina Asesora de Planeación; así como; por modificaciones de las metas y unidad de medida en el plan solicitadas por algunas áreas las cuales no habían reportadas a Planeación, en otros de los casos, algunas de las solicitudes de modificación no se habían registrado en el PAG.

La inexistencia de un mecanismo tecnológico o herramienta que garantice un seguimiento eficaz a la gestión de planeación institucional y seguimientos periódicos por parte de la primera y segunda línea de defensa.

Por otra parte, la ausencia de un Plan Estratégico Institucional de la Superintendencia de Notariado y Registro vigencias 2023 - 2026, en los Planes Anuales de Gestión por Dependencias 2023, no se identificó la correlación de objetivos institucionales a las actividades formuladas, situación que no permitió determinar cuál fue el propósito de la planificación.

## 6. METODOLOGÍA


La presente evaluación; se genera a partir de la verificación realizada a los avances en cumplimiento de las diferentes actividades y metas con corte al 31/12/2023, según las evidencias suministradas por cada una de las dependencias a la Oficina de Planeación en su rol de monitoreo como segunda línea de defensa, con el fin de determinar la gestión alcanzada en la ejecución de las metas establecidas en los planes de acción; los cuales fueron verificados por la Oficina de Control Interno, a fin de verificar la concordancia, completitud y adecuación de evidencias; generando como tercera línea de defensa, las conclusiones y recomendaciones que a continuación se presentan.

En virtud de lo anterior, la OCI solicitó mediante correo electrónico de fecha 26 de diciembre de 2023, habilitara el acceso de la carpeta One drive – Repositorio de evidencias - dispuesto por la Oficina Asesora de Planeación, para realizar la verificación respectiva y la última versión del Plan Anual de Gestión 2023.

La información suministrada por la Oficina Asesora de Planeación fue la siguiente:

- Formato Plan Anual de Acción 2023 última versión (VERSION 8- Portal Plan Anual de Acción 2023)
- Carpetas que contienen las evidencias cargadas por cada una de las dependencias para dar cuenta del cumplimiento de las metas programadas en el Plan. Enlace one drive – Repositorio de evidencias – habilitado por la OAP:

[https://supernotariadoyregistro-my.sharepoint.com/personal/laurac\\_hernandez\\_supernotariado\\_gov\\_co/\\_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Flaurac%5Fhernandez%5Fsupernotariado%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FRepositorio%20Evidencias%202023%20PAG&ga=1](https://supernotariadoyregistro-my.sharepoint.com/personal/laurac_hernandez_supernotariado_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Flaurac%5Fhernandez%5Fsupernotariado%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FRepositorio%20Evidencias%202023%20PAG&ga=1)

En cuanto a la metodología utilizada para el porcentaje de cumplimiento se estableció para cada una de las metas el siguiente estado: Cumplida (100%), Parcial (de acuerdo a la cantidad de entregables programados cumplidos) o incumplida (0%). Del mismo modo, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 2968 del 14 de junio de 2017, donde la Oficina de Control Interno debe asignar un puntaje de uno (1) a diez (10), para tal efecto se fijaron los siguientes parámetros; los cuales dependerán del porcentaje de cumplimiento de cada una de las metas, contenidas en el PAG-2022 

Entre 1% y 24.99% su puntaje =3  
Entre 25% y 50% su puntaje = 5  
Entre 51% y 70% puntaje = 7  
Entre 71% y 80% puntaje = 8  
Entre 81% y 91% puntaje = 9  
Más de 92% puntaje = 10

A continuación, se presentan los resultados obtenidos, producto de la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno a cada una de las dependencias, de acuerdo con las actividades y metas definidas en los Planes de Gestión por Dependencias evaluados, así:

## **7. RESULTADO DEL SEGUIMIENTO**

### **1. Inexistencia del Plan Estratégico Institucional en la vigencia 2023 que imposibilita la verificación de la correlación de objetivos institucionales con el componente estratégico de la entidad.**

#### **Criterios:**

Literal a) del artículo 4° de la Ley 87 de 1993 y el artículo 12 del Decreto 2145 de 1999, compilado en el artículo 2.2.21.3.4 del Decreto 1083 de 2015.

Artículo 6° de la Ley 87 de 1993

Inciso 2° del artículo 29 de la Ley 152 de 1994

Artículo 74 de la Ley 1474 de 2011

Artículo 15 del Decreto 2723 de 2014

Decreto 1499 de 2017

#### **Condición:**

Con el propósito de revisar la concertación, elaboración y aprobación del Plan Anual de Acción de la SNR – 2023 y la correlación de objetivos institucionales con un Plan Estratégico Institucional, se evidenció soporte documental de la resolución No. 00755 del 31 de enero de 2023, por el cual se adoptó el Plan de Anual de Acción de la Superintendencia de Notariado y Registro para la vigencia 2023, toda vez que en Comité Institucional de Gestión y Desempeño realizado el 30 de enero de 2023, se sometieron a consideración los planes que conforman el Plan Anual de Acción para la vigencia 2023 y fueron aprobados, según consta en el Acta No. 01 de 2023.

Se verificó la publicación del Plan de Acción 2023 en su versión No. 8 en el siguiente link de transparencia y acceso a la información pública de la página web de la entidad <https://www.supernotariado.gov.co/transparencia/ley-de-transparencia/> numeral 4.3. Planeación, presupuesto e informes; Plan Anual de Acción 2023 versión 8. Una vez revisado el Plan publicado en la página web con el suministrado por el área de Planeación, se encontraron diferencias en algunas metas formuladas entre el archivo publicado y el archivo suministrado.

Se evidenció que la entidad para la vigencia 2023, no contaba con un Plan Estratégico Institucional, situación que no permitió verificar la correlación de objetivos institucionales; ante la ausencia del PEI; la Oficina Asesora de Planeación a través de correo electrónico institucional de fecha 17 de noviembre de 2022, emitió lineamientos para la formulación del Plan Anual de Acción vigencia 2023 en tres tipos de planes a desarrollar:

- Los Planes Institucionales relacionados el Decreto 612 de 2018.
- Los Planes de las dependencias y/o grupos internos de trabajo.
- Los Planes asociados a los proyectos de inversión.

Bajo este contexto, se evidencia la inobservancia frente a la obligación legal establecida en: el literal a) del artículo 4° de la Ley 87 de 1993 y el artículo 12 del Decreto 2145 de 1999, compilado en el artículo 2.2.21.3.4 del Decreto 1083 de 2015, el artículo 6° de la Ley 87 de 1993, inciso 2° del artículo 29 de la Ley 152 de 1994, artículo 74 de la Ley 1474 de 2011 y Procedimiento Formulación de planes institucionales. V.01.2021. Cabe señalar, que esta misma situación, fue evidenciada en el informe de seguimiento al Plan Estratégico Institucional 2023-2026 y al Plan Anual de Acción 2023, realizado por la Oficina de Control Interno de Gestión.

**Causa:**

Ausencia de un Plan Estratégico Institucional en la entidad.

**Consecuencias:**

- Desarticulación de las actividades y metas programadas en el Plan de Acción por dependencias con objetivos institucionales.
- Afectación del logro de la misionalidad institucional, por inadecuada planeación y ejecución.
- Reprocesos administrativos y operativos.
- Incumplimiento de las disposiciones legales y administrativas y posibles hallazgos por parte de los Organismos de Control.
- Tomar decisiones que no corresponden a las características y necesidades de la entidad.
- Se reitera lo manifestado en el informe de seguimiento al Plan Estratégico Institucional 2023-2026 y al Plan Anual de Acción 2023, donde se indicó que:

*"El Plan Estratégico Institucional, es una herramienta fundamental para la toma de decisiones al interior de la entidad; por cuanto en este, se establecen los objetivos, metas, estrategias y demás actividades que deben ser planeadas de manera minuciosa por cada proceso; y desde este Plan, la Entidad debe implementar el Plan Anual de Acción para cada vigencia, alineado incluso con los Proyectos de Inversión, los Planes Institucionales según Decreto 612/2018, y los Planes por Dependencias, en concordancia con los objetivos institucionales, metas estratégicas, y compromisos adquiridos; significa entonces, que no contar con este, puede afectar de alguna manera, la programación y ejecución presupuestal y financiera de la Entidad, e incumplimientos de metas en tiempo y recursos, reprocesos administrativos y operativos, posibles sanciones por parte de los Organismos de Control por el Incumplimiento de las disposiciones legales y administrativas y la afectación del logro de la misión institucional"*

**Recomendación:**

La Entidad debe contar con un Plan Estratégico Institucional – PEI, el cual atienda los compromisos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo que deben ser liderados por la SNR y la articulación de las políticas transversales que buscan fortalecer la gestión institucional; emitir lineamientos y orientaciones para la definición y la correlación de los objetivos institucional con los planes de acción anuales. Se debe tener en cuenta, que el desarrollo de una planificación estratégica produce beneficios relacionados con la capacidad de realizar una gestión más eficiente y ayuda a mejorar los niveles de productividad, favoreciendo a la Alta Dirección unificar esfuerzos y expectativas colectivas.

Por lo anterior, es importante que la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa, verifique que en el Plan Anual de Acción para la vigencia 2024, las acciones que se formulen, estén articuladas y orientadas, para el logro de los objetivos institucionales, que se establezcan en el Plan Estratégico Institucional de la SNR.

**2. Incorrecto e ineficiente seguimiento y control frente a la gestión y cumplimiento del Plan Anual de Acción por Dependencias 2023.**

**Criterios:**

Literal a) del artículo 4° de la Ley 87 de 1993 y el artículo 12 del Decreto 2145 de 1999, compilado en el artículo 2.2.21.3.4 del Decreto 1083 de 2015.

Artículo 6° de la Ley 87 de 1993

Inciso 2° del artículo 29 de la Ley 152 de 1994

Artículo 74 de la Ley 1474 de 2011

Artículo 15 del Decreto 2723 de 2014

Decreto 1499 de 2017

**Condición:**

Conforme con lo dispuesto en el procedimiento Formulación de Planes Institucionales, 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 por dependencias en la vigencia 2023.

Para establecer el grado de avance o cumplimiento por cada dependencia, la Oficina de Control Interno de Gestión, tomó el cálculo del avance establecido, para cada una de las metas: Cumplida (100%), Parcial (de acuerdo a la cantidad de entregables programados cumplidos) o incumplida (0%), estableciéndose un promedio aritmético sobre el mismo de conformidad con el número de metas asignadas para cada una de ellas. Del mismo modo, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 2968 del 14 de junio de 2017, donde la Oficina de Control Interno debe asignar un puntaje de uno (1) a diez (10), para tal efecto se fijaron los siguientes parámetros; los cuales dependieron del porcentaje de cumplimiento de cada una de las metas, contenidas en el PAG-2023.

Entre 1% y 24.99% su puntaje =3

Entre 25% y 50% su puntaje = 5

Entre 51% y 70% puntaje = 7  
Entre 71% y 80% puntaje = 8  
Entre 81% y 91% puntaje = 9  
Más de 92% puntaje = 10

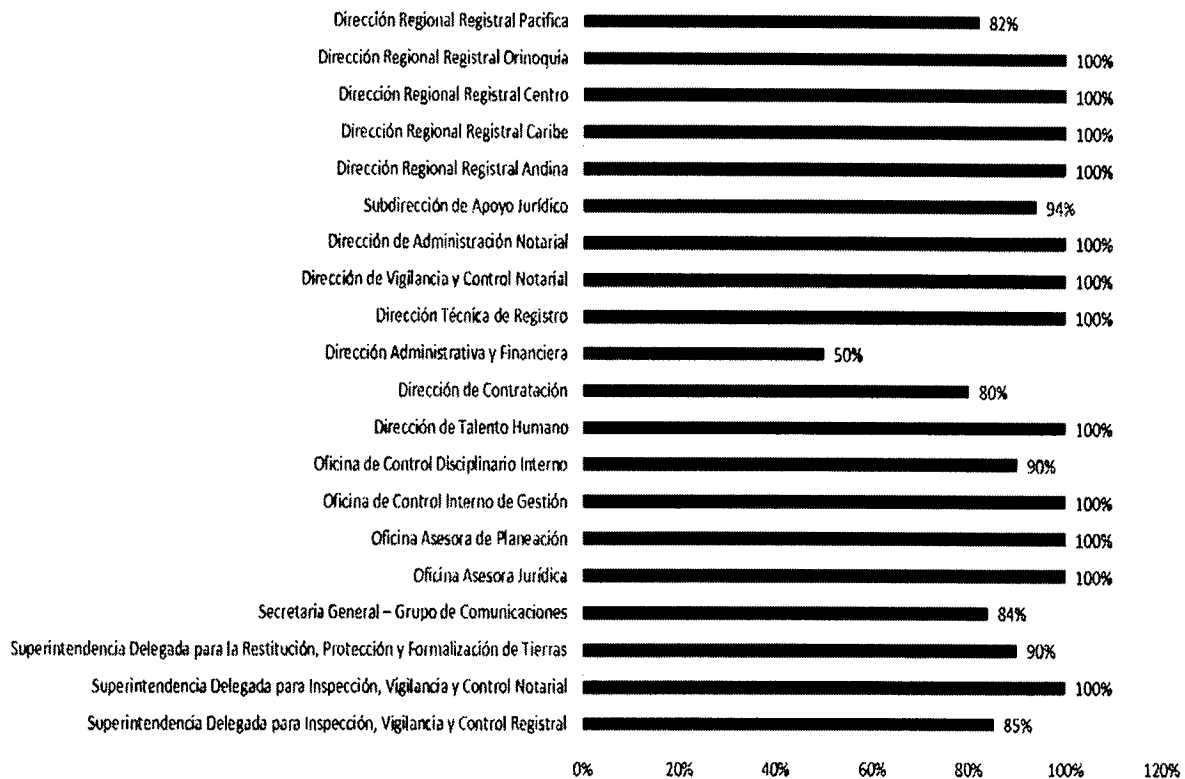
A partir de la información suministrada, a continuación se presenta de manera detallada y desagregada el porcentaje de cumplimiento por cada una de las Dependencias evaluadas, así:

No	Dependencias Evaluadas	Plan Anual de Gestión por Dependencias - 2023					% Cumplimiento SIG	Evaluación obtenida
		No. Actividades	No. Metas	Metas cumplidas	Metas Cumplidas Parcial	Metas Incumplidas		
1	Superintendencia Delegada para Inspección, Vigilancia y Control Registral	10	27	23	0	4	85%	9
2	Superintendencia Delegada para Inspección, Vigilancia y Control Notarial	3	12	12	0	0	100%	10
3	Superintendencia Delegada para la Restitución, Protección y Formalización de Tierras	4	7	6	1	0	90%	9
4	Secretaría General – Grupo de Comunicaciones	8	20	16	1	3	84%	9
5	Oficina Asesora Jurídica	5	24	24	0	0	100%	10
6	Oficina Asesora de Planeación	2	5	5	0	0	100%	10
7	Oficina de Control Interno de Gestión	2	5	5	0	0	100%	10
8	Oficina de Control Disciplinario Interno	3	8	7	0	1	90%	9
9	Dirección de Talento Humano	4	9	9	0	0	100%	10
10	<b>Dirección de Contratación</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>80%</b>	<b>8</b>
11	<b>Dirección Administrativa y Financiera</b>	<b>23</b>	<b>54</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>27</b>	<b>50%</b>	<b>5</b>
12	Dirección Técnica de Registro	2	7	7	0	0	100%	10
13	Dirección de Vigilancia y Control Notarial	2	5	5	0	0	100%	10
14	Dirección de Administración Notarial	5	12	12	0	0	100%	10
15	Subdirección de Apoyo Jurídico	4	8	7	1	0	94%	10
16	Dirección Regional Registral Andina	9	20	20	0	0	100%	10
17	Dirección Regional Registral Caribe	6	12	12	0	0	100%	10
18	Dirección Regional Registral Centro	6	20	20	0	0	100%	10
19	Dirección Regional Registral Orinoquia	6	21	21	0	0	100%	10
20	Dirección Regional Registral Pacífica	6	18	14	2	2	82%	9
<b>TOTAL</b>		<b>115</b>	<b>304</b>	<b>259</b>	<b>7</b>	<b>38</b>	<b>93%</b>	<b>9,4</b>

Fuente: Elaboración propia de la OCI

De la anterior tabla, se identificó que el Plan Anual de Acción por Dependencias se formularon 115 actividades y 304 metas, de las cuales el 85% se ejecutaron al 100%, el 2% tuvieron un cumplimiento parcial y el 13% del total de metas fueron incumplidas; la Oficina de Control Interno, dentro del proceso de evaluación determinó una ejecución total de cumplimiento del 93%, con corte al 31 de diciembre de 2023.

Porcentaje de cumplimiento por cada una de las Dependencias evaluadas



Fuente: Elaboración propia de la OCI

De la gráfica anterior, se concluye que de las 304 metas formuladas en los planes evaluados, 12 dependencias cumplieron con el 100%, 3 dependencias obtuvieron una ejecución mayor o igual al 90%, 4 dependencias obtuvieron una ejecución menor al 89% y una dependencia obtuvo un desempeño con ejecución del 50%.

En la evaluación, se observó una baja ejecución en el cumplimiento de metas durante la vigencia 2023, especialmente en la Dirección Administrativa y Financiera con el 50% de ejecución y la Dirección de Contratación con el 80% de desempeño de ejecución dependencias adscritas a la Secretaría General.



Igualmente, en los planes evaluados, se encontraron actividades y/o metas formuladas para factores implícitos a la gestión; excesiva desagregación de metas en actividades; repetición de reportes de gestión en diferentes metas; en otros casos, la actividad, la meta y el entregable, no guardan relación entre sí; algunos de los entregables definidos y cargados por las áreas, no proporcionan información que pueda usarse para medir el progreso y genere valor, la información es inconsistente, incompleta o no finalizada.

La Oficina de Control Interno de Gestión, generó una evaluación preliminar, concediendo la oportunidad a cada una de las dependencias, de presentar las observaciones que consideren pertinentes, en procura de realizar una evaluación objetiva, previo a su publicación definitiva, por cuanto se identificó la falta de soportes en el repositorio de evidencias, de algunas acciones formuladas en el PAG, que no permitían evidenciar el cumplimiento sobre las acciones programadas para la vigencia 2023, 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; sobre el particular, se resalta el hecho de identificarse que algunas dependencias no referían en la información entregada por la OAP, planes con la versión definitiva para su evaluación, teniendo entonces que iniciarse de nuevo la verificación de los soportes documentales conforme al nuevo plan entregado, ocasionando demoras en el proceso de consolidación de evaluación respectiva.

Con lo identificado en la evaluación, es indispensable recordarle a los líderes de Dependencias, la importancia que demanda para la Entidad, establecer el estado de cumplimiento de las actividades y metas propuestos a través de los Planes Anuales de Gestión formulados, por cuanto de ello dependen no solo el ejercicio de concertación de objetivos y calificación del desempeño laboral que se realiza semestralmente, sino también, como herramienta para reorientar los compromisos transversales y su responsabilidad con otros Planes existentes; 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 las directrices definidas por la Oficina Asesora de Planeación que realiza a través de correos institucionales.

Por otra parte, no se identificó procedimiento documentado para el monitoreo y seguimientos de la ejecución de la planeación estratégica institucional, por parte de la primera y segunda líneas de defensa, para contribuir con el cumplimiento idóneo o real de las acciones programadas en el Plan. Se hace la salvedad, que el procedimiento *Seguimiento a la gestión de los procesos - Código: MP - CNGI - PO - 02 - PR - 04 V.06.14-06-2022*, esta direccionado al seguimiento y monitoreo a la gestión de los procesos, a través de los indicadores, el cual se realiza a través del formato de indicadores (Hoja de vida del Indicador) con una periodicidad semestral, distinto al seguimiento y monitoreo que deben realizar las dependencias de la ejecución de la planeación estratégica institucional.


Se encontró publicado en el link de transparencia de la entidad <https://www.supernotariado.gov.co/transparencia/ley-de-transparencia/> 4.3. Plan de Acción – Seguimiento, los informes de gestión del Plan de Acción correspondientes a los trimestres I, II y III, elaborado por la Oficina Asesora de Planeación; sin embargo, es necesario que como segunda línea de defensa, se fortalezca el esquema de líneas de defensa en lo relacionado con el monitoreo y seguimiento para contribuir con el cumplimiento del objeto misional.

Se advierte, que la verificación y evaluación del Plan de Acción por Dependencias, se realizó a través de una matriz en Excel suministrada por la Oficina Asesora de Planeación; toda vez que la herramienta tecnológica Strategos donde en vigencias anteriores se realizaba el seguimiento y control de la gestión de los diferentes planes existentes en la entidad, actualmente, no se encuentra en funcionamiento desde la vigencia 2019, por falta de actualización, mantenimiento y soporte del mismo; situación que genera inobservancia a lo señalado en el artículo 1 de la resolución No.0091 de 2018; así como, lo señalado en el objetivo establecido en el *Instructivo para el Manejo del Aplicativo de Strategos*, Código: MP-DMEP-PO-01-PR-01-IS-01, V.01- 23/11/2021, del procedimiento *Formulación de planes institucionales*.

**Causa:**

- Falta de procedimiento documentado para el monitoreo y seguimiento de la ejecución de la Planeación Estratégica Institucional.
- Falta de aplicación de los puntos de control establecidos en la entidad, ante decisiones internas por parte de la Alta Dirección, por cuanto no se implementó un plan de contingencia para acceder a una herramienta tecnológica que pudiera soportar la gestión y control de la planeación institucional.
- Inoportunidad en el seguimiento a las acciones establecidas en los planes.
- Falta de idoneidad de los profesionales que son designados por las áreas para la gestión y seguimiento a los instrumentos de planeación.
- Reportar información en los instrumentos de planeación que no responden a criterios de calidad y de oportunidad.

**Consecuencias:**

- Evaluación insatisfactoria de la gestión institucional.
- Incumplimiento en la ejecución de las actividades o metas propuestas.
- Tomar decisiones que no corresponden a las características y necesidades de la entidad.
- Posible inexactitud del avance alcanzado por cada uno de los responsables de los planes, toda vez que no se puede acceder en tiempo real al reporte de cada una de las metas programadas por información inconsistente, incompleta o no finalizada
- Incumplimiento de las disposiciones legales y administrativas y posibles hallazgos por parte de los Organismos de Control.
- Afectación del logro de la misionalidad institucional por inadecuada planeación y ejecución. 
- Reprocesos administrativos y operativos.

#### Recomendaciones:

- Después de que el plan de acción se encuentre en marcha, es indispensable hacer un monitoreo y seguimiento constante de su ejecución por parte de la primera línea de defensa. De esta forma, podrán detectarse situaciones que requieren una intervención inmediata o la necesidad de ajustes más profundos en el Plan de manera oportuna.
- Es responsabilidad de los Jefes de Dependencias:
  - a. Presentar y analizar internamente con sus equipos de trabajo el avance y cumplimiento de las metas trazadas.
  - b. Motivar el cumplimiento de las metas
  - c. Registrar los avances para el monitoreo, seguimiento y verificación del cumplimiento de los planes, en la herramienta establecida para tal fin.
- El plan de acción por dependencias y demás planes existentes, deben estar articulados con la planeación estratégica institucional, el PND, MIPG y demás referentes necesarios para el cumplimiento de los propósitos de la entidad.
- Fortalecer el esquema de líneas de defensa en lo relacionado con el monitoreo y seguimiento para contribuir con el cumplimiento del objeto misional.

#### 8. EVALUACIÓN DE RIESGOS Y CONTROLES

Una vez revisado los riesgos y controles identificados en los mapas de riesgos de los procesos asociados a la presente evaluación, los cuales se encuentran publicados en el link de transparencia <https://www.supernotariado.gov.co/transparencia/ley-de-transparencia/> 9.1. Política General para la Administración de Riesgos y oportunidades – Mapa de riesgos Institucional 2023 – versión 1, se identificó un riesgo asociado al proceso Planeación Institucional de la Entidad;

- **Riesgo:** *Posibilidad de inoportuna atención de necesidades o requerimientos en la formulación y ejecución de la Planeación Estratégica de la Entidad.*

**Monitoreo a la alineación del riesgo con el objetivo del proceso:** El riesgo se encuentra asociado con el objetivo del proceso, teniendo en cuenta que guarda una relación; sin embargo, se evidencia que el objetivo del proceso, está enfocado a las funciones de la dependencia y no a la estrategia de la entidad, teniendo en cuenta que se observó que no se está contemplando todos los atributos de calidad de la segunda dimensión del MIPG que implica lo relacionado con lo presupuestal, contractual y tecnológicos.

**Monitoreo de las causas que pueden generar riesgos:** A partir de la evaluación realizada, se identificaron posibles amenazas y/o causas que pueden generar nuevos riesgo o se modifique el riesgo actual, como: El objetivo del proceso está enfocado a las funciones de una dependencia y no a la estrategia de la entidad, toda vez que en este, no se identificó que se contemplaran todos los atributos de calidad que permitirán a la entidad, asegurar un adecuado desarrollo del Direccionamiento Estratégico y Planeación; Por ausencia de un Plan Estratégico Institucional, puede presentarse la desarticulación de las actividades y metas programadas en el Plan de Acción Institucional con objetivos institucionales. Afectar del logro de la misionalidad institucional, por inadecuadas

planeación y ejecución; y Tomar decisiones que no corresponden a las características y necesidades de la entidad.

**Monitoreo Riesgo:** Como resultado de la evaluación realizada, se puede presentar posibles riesgos como: la Probabilidad de desviación en el logro de los objetivos estratégicos; Errores en la formulación y ejecución de la estrategia; Riesgo asociado con la formulación - designar actores que participan en el proceso de formulación de la estrategia y metodologías utilizadas para la formulación de la estrategia sin idoneidad para llevar a cabo esta actividad.

**Monitoreo a la materialización del riesgo:** A partir de la evaluación realizada, no se evidenció materialización del riesgo; no obstante, se hace necesario atender las recomendaciones y sugerencias presentadas por la Oficina de Control Interno de Gestión.

**Monitoreo de controles:** Aunque los controles diseñados a las causas identificadas por el proceso, se encontraron documentados y con registro en la carpeta compartida One Drive Riesgos SNR/0.1 Estratégicos/0.1.1 Direccionamiento estratégico y planeación/0.1.1.1 Planeación Institucional/año 2023/III Cuatrimestre, se observó que como resultado de la solidez del conjunto de los controles para este riesgo, se obtuvo una calificación "Débil", teniendo en cuenta que aunque los controles definidos son controles preventivos, estos no han permitido reducir o mitigar la probabilidad de ocurrencia del riesgo; se recomienda revisar e identificar controles que establezcan las condiciones que aseguren el resultado final esperado; aún más, cuando los controles son ejecutados por personas (Control manual).

Por otra parte, se observó la posibilidad de un nuevo riesgo con el **Incumplimiento de los Planes de Acción Institucional**, toda vez que las causas identificadas en el desarrollo del proceso de seguimiento y evaluación, están relacionadas con la falta de procedimiento documentado para el monitoreo y seguimiento de la ejecución de la Planeación Estratégica Institucional; inoportunidad en el seguimiento a las acciones establecidas en los planes y reportes de información en los instrumentos de planeación que no responden a criterios de calidad y de oportunidad. Razón por la cual, se debe establecer mecanismos de control que permitan realizar seguimiento y monitoreo permanente a la ejecución del Plan de Acción Institucional, contemplando la recopilación, análisis y almacenamiento de los soportes que permitan validar el grado de avance real de las metas e indicadores.

Es necesario analizar las causas que llevaron al no cumplimiento de todos las metas del plan de acción, con el fin de llevar a cabo las mejoras continuas de la gestión para la vigencia 2024 en aquellas que alcanzaron un porcentaje inferior al 100%, prestando especial cuidado al trabajo realizado por las Dependencias de la Entidad.

## 9. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

### 9.1. Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la Republica.

A partir de la revisión de los hallazgos vigentes en el Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la Republica con corte al 31 de diciembre de 2023, no se identifican hallazgos relacionados con el objeto del presente seguimiento.

### 9.2. Plan de Mejoramiento Institucional

De conformidad con el Plan de Mejoramiento Institucional; se analizó la efectividad de las acciones establecidas por los líderes de procesos en cada uno de los hallazgos que a la fecha del presente seguimiento se encontraron en el consolidado institucional.

A continuación, se detalla el pronunciamiento emitido por el auditor como resultado del Proceso de Aseguramiento desarrollado.

No.	Código del Hallazgo	Descripción Hallazgo	Pronunciamiento y Recomendaciones OCIG	Estado	Responsable
1	20220315	Debilidad en el reporte indicadores del Plan anual de gestión.	No Conformidad de autoevaluación definida por el proceso Direccionamiento Estratégico – La actividad formulada tiene fecha de terminación el 02/04/2024, en el cual establecen "Derogar la resolución en la cual se adquiere una herramienta tecnológica sin especificar un nombre en particular"; Sin embargo, se recomienda los resultados de la presente evaluación, ya que se describen las posibles causas y consecuencias generadas y las evidencias, que podrían conllevar a la materialización de riesgos.	Abierta – En Desarrollo	Direccionamiento Estratégico - Oficina Asesora de Planeación – Primera Línea de Defensa
2	20230919	Inexistencia de soportes documentales de cumplimiento de actividades en Plan de Acción: Se evidenció la falta de soportes de aprobación de las actividades y/o metas de algunos Planes Anuales de Acción, situación que puede ocasionar desarticulación e incumplimiento entre planes Institucionales (...)	La actividad formulada tiene fecha de terminación el 30/04/2024, en el cual establecen "Crear política de operación para oficializar los cambios que se realicen a los planes de acción y actualización del procedimiento del seguimiento a la planeación institucional"; Sin embargo, se recomienda los resultados de la presente evaluación, ya que se describen las posibles causas y consecuencias generadas y las evidencias, que podrían conllevar a la materialización de riesgos.	Abierta – En Desarrollo	Direccionamiento Estratégico - Oficina Asesora de Planeación – Segunda Línea de Defensa
3	20230920	Ausencia de una herramienta tecnológica de Seguimiento y Control a la Planeación	La actividad formulada tiene fecha de terminación el 31/03/2024, en el cual establecen "Actualización de la herramienta Strategos"; Sin embargo, se recomienda los	Abierta – En Desarrollo	Direccionamiento Estratégico - Oficina Asesora de Planeación – Primera Línea de

No.	Código del Hallazgo	Descripción Hallazgo	Pronunciamiento y Recomendaciones OCIG	Estado	Responsable
		<b>Institucional:</b> Se encontró que no se está utilizando el aplicativo STRATEGOS para realizar el seguimiento y control a la gestión de los diferentes planes existentes en la entidad, situación que genera inobservancia a lo señalado en el Art.1 de la Resolución No.0091 de 2018; así como lo señalado en el objetivo establecido a través del Instructivo para el Manejo del Aplicativo de STRATEGOS, Código: MP-DMEP-PO-01-PR-01-IS-01, versión 1, del procedimiento: Formulación a planes institucionales	resultados de la presente evaluación, ya que se describen las posibles causas y consecuencias generadas y las evidencias, que podrían conllevar a la materialización de riesgos.		Defensa
4	20231263	<b>Riesgos de incumplimiento de entregables del Plan Anual de Acción:</b> (...) se encontró que existen diversas situaciones presentadas en los entregables, que no guardan relación, no soportan de manera adecuada la actividad realizada, ni la fecha de realización (...)	La No Conformidad contempla dos actividades formuladas 1. "Actualización de la herramienta Strategos" tiene fecha de terminación el 31/03/2024 y 2. "Acompañar en el desarrollo del proceso de formulación del Plan Anual de Acción 2024 de La Dirección Regional Andina", con fecha de terminación el 31/01/2024; en la carpetas que contienen las evidencias cargadas por cada uno de los procesos para dar cuenta del cumplimiento de las acciones de mejora programadas en el Plan de Mejoramiento Institucional. Enlace one drive – Carpeta: 2. Evidencias PM Institucional X Hallazgos – Macro Direcciónamiento Estratégico Inst. – habilitado por la OAP, no se encontró soporte que evidenciara su cumplimiento; Sin embargo, se recomienda los resultados de la presente evaluación, ya que se describen las posibles causas y consecuencias generadas y las evidencias, que podrían conllevar a la materialización de riesgos.	Actividad 1 - Abierta - En Desarrollo  Actividad 2 - Abierta - Incumplida	Direcciónamiento Estratégico - Oficina Asesora de Planeación - Primera y segunda Línea de Defensa

Fuente: Consolidado General Plan de Mejoramiento institucional - OAP

## 10. MATRIZ DE RESULTADOS – NO CONFORMIDADES

En el proceso de aseguramiento desarrollado, se identificó recurrencia de cuatro (4) hallazgos – No Conformidades, registrados y evaluados en el numeral 9.2 del presente informe, en el cual se deja el pronunciamiento y recomendaciones, para cada una de ellas.

Ítem	Título y descripción de la No Conformidad	Tipo de No Conformidad	Responsables
1	<b>Ausencia del Plan Estratégico Institucional vigencia 2023-2026:</b> Se evidencio la falta de aprobación de las actividades y/o metas estratégicas para la vigencia 2023-2026, situación que puede ocasionar la desarticulación de la planeación institucional, e incumplimiento de lo previsto en los artículos 26 y 29 de la Ley 152 de 1994, en lo referente a elaborar, con base en los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo, el plan indicativo cuatrienal y planes de acción anuales, instrumentos que se constituyen en la base para la evaluación de resultados de la entidad; igualmente al Art. 1 del Decreto 612 de 2018 en cuanto a la integración de los planes institucionales y estratégicos al plan de acción; por lo cual conlleva a generar el riesgo de realizar una asignación inadecuada de los recursos fijados, así como posibles incumplimientos de metas en tiempo, recursos y pérdida de apropiación al finalizar la vigencia.	NCP	Alta Dirección – Línea Estratégica  Oficina Asesora de Planeación – Segunda Línea de Defensa

Fuente: Construcción propia del equipo auditor.

**No Conformidad Real (NCR):** Situación identificada que dio lugar al incumplimiento de un criterio establecido.

**No Conformidad Potencial (NCP):** Situación identificada que de continuar presentándose puede llegar a incumplir un criterio.

**No Conformidad Real Recurrente (NCR Recurrente):** Situación identificada que dio lugar al incumplimiento de una norma o a la materialización de un riesgo la cual ha sido evidenciada en repetidas ocasiones.

Se hace la salvedad, que la No Conformidad Potencial enunciada en el cuadro anterior, fue observada en el Informe de Seguimiento al Plan Estratégico Institucional 2023-2026 y al Plan Anual de Acción 2023, realizado por la Oficina de Control Interno de Gestión, no se evidenció la suscripción de acciones de mejora en el Plan de Mejoramiento Institucional; en ese entendido, se estaría presentando inobservancia frente a la Política Operacional de Planes de Mejoramiento No. 10, donde se indica que: “***Para cada no conformidad real o potencial, como mínimo se debe formular una actividad que corrija la situación evidenciada (corrección) y otras que busquen prevenir que el inconveniente detectado vuelva a suceder.***”

## 11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES DEL PROCESO DE ASEGURAMIENTO

Como resultado de la evaluación realizado por la Oficina de Control Interno de Gestión, se concluye lo siguiente:

- Como resultado de la verificación realizada por la Oficina de Control Interno al avance obtenido por las dependencias a través del cumplimiento de las metas del Plan de Acción, se concluye que la Superintendencia de Notariado y Registro, obtuvo un desempeño del 93%, en la ejecución de sus metas planificadas para el 2023.

- Se verificó el cumplimiento de las 304 metas formuladas en los planes evaluados, donde se pudo evidenciar que 12 dependencias cumplieron con el 100%, 3 dependencias obtuvieron una ejecución mayor o igual al 90%, 4 dependencias obtuvieron una ejecución menor al 89% y una dependencia obtuvo un desempeño con ejecución del 50%.
- Se observó la desarticulación de las actividades y metas programadas en el Plan de Acción por dependencias con objetivos institucionales, por ausencia de un Plan Estratégico Institucional en la entidad. Es importante, que la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa, verifique que en el Plan Anual de Acción para la vigencia 2024, las acciones que se formulen, estén articuladas y orientadas, para el logro de los objetivos institucionales, que se establezcan en el Plan Estratégico Institucional de la SNR 2023-2026.
- No se identificó procedimiento documentado para el monitoreo y seguimientos de la ejecución de la planeación estratégica institucional, por parte de las líneas de defensa, para contribuir con el cumplimiento idóneo o real de las acciones programadas en el Plan.
- Se encontró inoportunidad en el seguimiento a las acciones establecidas en los planes y reportes de información en los instrumentos de planeación que no responden a criterios de calidad y de oportunidad. Razón por la cual, se debe establecer mecanismos de control que permitan realizar seguimiento y monitoreo permanente a la ejecución del Plan de Acción Institucional, contemplando la recopilación, análisis y almacenamiento de los soportes que permitan validar el grado de avance real de las metas e indicadores.
- Igualmente, en los planes evaluados, se encontraron actividades y/o metas formuladas para factores implícitos a la gestión; excesiva desagregación de metas en actividades; repetición de reportes de gestión en diferentes metas; en otros casos, la actividad, la meta y el entregable, no guardan relación entre sí; algunos de los entregables definidos y cargados por las áreas, no proporcionan información que pueda usarse para medir el progreso y genere valor, la información es inconsistente, incompleta o no finalizada.
- Es necesario analizar las causas que llevaron al incumplimiento de algunas actividades del plan de acción, con el fin de llevar a cabo las mejoras continuas de la gestión para la vigencia 2024 en aquellas metas que alcanzaron un porcentaje inferior al 100%, prestando especial cuidado al trabajo realizado por Dirección Administrativa y Financiera, la cual obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 50%.
- Se recomienda a las dependencias realizar la articulación con la Oficina de Planeación, a fin de diseñar indicadores (Entregables/Producto) de acuerdo con la metodología de la Función Pública (Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión), que sean acordes a las metas y objetivos propuestos en concordancia con el desarrollo del plan estratégico de la SNR.



- Se recomienda a todas las Dependencias, mantener una comunicación permanente con la Oficina de Planeación, para establecer, definir y/o ajustar las actividades, metas e indicadores en cada uno de los Planes Institucionales, correspondiendo a la efectiva medición de las actividades planteadas y aportando al cumplimiento de los objetivos institucionales definidos.
- Se recomienda a la Oficina de Planeación, fortalecer los seguimientos permanentes al cumplimiento de las metas de plan institucional de la Entidad, con el propósito de establecer metodología y estrategias oportunas para que las dependencias efectúan el cumplimiento de las metas articuladas con los objetivos Institucionales del Plan de Estratégico.

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 Entidad y las dependencias y/o áreas que la componen, son responsables de establecer y mantener un adecuado Sistema de Control Interno y de prevenir posibles irregularidades de acuerdo con lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión para las tres líneas de defensa.

Se aclara que la responsabilidad sobre las actividades y metas a realizar como la información que suministra cada dependencia por cualquier medio, corresponde de manera directa a los líderes del proceso en sus contenidos íntegros, completos y actualizados; también se informa, oportunamente sobre situaciones relevantes y/o errores que pudieran afectar el resultado final de la actividad.

Si bien, desde la Oficina Asesora de Planeación, se generan informes trimestrales de seguimiento a los planes, considerando para ello, las evidencias reportadas por las dependencias responsables de las actividades, no se evidencio la revisión, análisis y toma de decisiones por parte la Alta dirección, como línea estratégica, a través de Comités de Desempeño institucional; en atención a las actividades definidas en el Mapa de Aseguramiento Institucional. Se recomienda fortalecer por parte de la Alta dirección, como línea estratégica, la revisión, análisis y decisión en cuanto al desempeño de los Planes de la SNR.

Las recomendaciones y orientaciones generadas desde la Oficina de Control Interno de Gestión, como producto del proceso de auditoría, seguimientos y evaluaciones de efectividad, se constituye en una herramienta de retroalimentación para el Sistema de Control Interno, que examina las debilidades y fortalezas del control en la operación de la entidad.

Copia de este mismo informe, será remitido para su conocimiento y fines pertinentes, a los líderes de procesos involucrados, por la responsabilidad que les asiste según el rol correspondiente, conforme al Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.

Cordialmente;



**RITA CECILIA COTES COTES**  
 Jefe Oficina de Control Interno de Gestión

Elaborado por: Yalena Maldonado Maziri <i>Y.M.</i>		Aprobó por: Rita Cecilia Cotes Cotes <i>R.C.C.</i>	
Cargo: Profesional Especializado		Cargo: Jefe de Control Interno de Gestión	
Fecha de elaboración: 04/03/2024		Fecha de Aprobación: 12/03/2024	
Proceso: Direccionamiento Estratégico	Páginas 18	Versión: 01	Tipo de informe: Seguimiento y evaluación.



PROCESO: AUDITORÍAS DE GESTIÓN

Código: MP - CNGI - PO - 01 - PR - 01 - FR - 05

PROCEDIMIENTO: AUDITORÍAS INTERNAS

Versión: 01

Formato: Análisis y Evaluación de Riesgos

Fecha: 17 - 05 - 2023

Fecha DD/MM/AAAA  
4/03/2024

Identificación del proceso:

Proceso:	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL
Tipo de proceso: (Misional/Apoyo/Estratégico)	ESTRATEGICO
Programa o proyecto - Si aplica:	NO APLICA
Objetivo del programa, proyecto o proceso:	Formular políticas, lineamientos, directrices y planes, mediante metodologías, análisis de información, seguimiento y asesorías a los procesos, con el fin de dar cumplimiento a los objetivos institucionales establecidos en el Plan Estratégico Institucional y a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Identificación del Riesgo:

Fecha aprobación matriz riesgos	29/04/2022	Enfoque Riesgo	GESTIÓN	CORRUPCIÓN	Clase de riesgo	Ejecución y Administración de Procesos
Versión	2	Código Riesgo	No. 01			
Riesgo	POSIBILIDAD DE INOPORTUNA ATENCIÓN DE NECESIDADES O REQUERIMIENTOS EN LA FORMULACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE LA ENTIDAD					

Evaluación del Riesgo / Auditor:

Monitoreo a la alineación del riesgo con el objetivo del proceso	1. ¿El riesgo está asociado con el objetivo del proceso?	SI: X NO:	Explicar: El riesgo se encuentra asociado con el objetivo del proceso, teniendo en cuenta que guarda una relación; sin embargo, se evidencia que el objetivo del proceso, esta enfocado a las funciones de la Dependencia y no a la estrategia de la entidad, teniendo en cuenta que se observó que no se esta abarcando todos los atributos de la segunda dimensión del MIPG que implica tales como lo presupuestal, contractual y tecnologicos.
	2. ¿Hay claridad en la identificación del riesgo?	SI: X NO:	Explicar: Se pudo observar que existe claridad en la identificación del riesgo, a partir de las causas y consecuencias definidas por el proceso; sin embargo, de las 5 causas definidas, se encontró que la causa "Desarticulación en la planeación estratégica", no guarda relación con el riesgo, debido a que el objetivo del proceso no contiene todos los atributos de la segunda dimensión del MIPG que implica tales como lo presupuestal, contractual y tecnologicos.
Monitoreo de las causas que pueden generar riesgos	3. ¿Las causas que pueden ocasionar este riesgo, aún se presentan?	SI: X NO:	Explicar: A partir del seguimiento efectuado, se pudo evidenciar que las causas definidas por el proceso se siguen presentando.
	4. A partir de la evaluación realizada, ¿se está dando tratamiento a la causa principal y a cada una de las causas identificadas?	SI: X NO:	Explicar: Se evidenció que el proceso, diseñó actividades de control a cuatro de las cinco causas definidas; sin embargo, en el seguimiento se encontró que las causas definidas aun se siguen presentando, razon por la cual, se sugiere reevaluar las actividades de control.
	5. A partir de la evaluación realizada, ¿se pueden identificar amenazas y/o vulnerabilidades y/o causas que generen nuevos riesgos o que modifiquen este riesgo? Se puede apoyar en la Guía de Riesgos	SI: X NO:	Explicar: A partir de la evaluación realizada, se identificaron posibles amenazas y/o causas que pueden generar nuevos riesgo o se modifique el riesgo actual, como: El objetivo del proceso esta enfocado a las funciones de una dependencia y no a la estrategia de la entidad, toda vez que en este, no se identificó que se contemplaran todos los atributos de calidad que permitirán a la entidad asegurar un adecuado desarrollo del Direccionamiento Estratégico y Planeación; Ausencia del Plan Estratégico Institucional.
	6. A partir de la evaluación realizada describa las nuevas causas identificadas y los posibles efectos o consecuencias.	SI: X NO:	Explicar: Por ausencia de un Plan Estrategico Institucional, puede presentarse la desarticulación de las actividades y metas programadas en el Plan de Acción Institucional con objetivos institucionales. Afectar del logro de la misionalidad institucional, por inadecuada planeación y ejecución. Tomar decisiones que no corresponden a las características y necesidades de la entidad.
Monitoreo Riesgo	7. A partir de la evaluación realizada describa los nuevos riesgos identificados.	SI: X NO:	Explicar: La probabilidad de desviación en el logro de los objetivos estratégicos; Errores en la formulación y ejecución de la estrategia; Riesgo asociado con la formulación - designar actores que participan en el proceso de formulación de la estrategia y metodologías utilizadas para la formulación de la estrategia sin idoneidad para llevar a cabo esta actividad.
Monitoreo a la materialización del riesgo	8. ¿El riesgo se ha materializado?	SI: NO: X	Explicar con evidencias por qué SI o por qué NO: A partir de la evaluación realizada, no se evidenció materialización del riesgo; no obstante, se hace necesario atender las recomendaciones y sugerencias presentadas por la Oficina de Control Interno de Gestión.
	a) ¿De qué forma fue identificada la materialización del riesgo? b) ¿Si está materializado el riesgo qué tratamiento se dió?	a- Reportado por el proceso y documentado en el monitoreo o identificado por el auditor. b- Plan de Mejoramiento suscrito y/o se implementaron correctivos.	Explicar: NO APLICA, Ver punto 8.

Monitoreo de controles

<p><b>9. Resultados de la Solidez del conjunto de controles como resultados de a y b.</b>  <b>a) Revisar Diseño de Controles.</b>  <b>b) Revisar Ejecución de Controles.</b></p> <p>Tenga en cuenta para este ítem los parámetros señalados en la versión 4 de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, de 2018, que continúan vigentes, por lo tanto se sugiere remitirse a dicho documento.</p>	<p><b>Resultados:</b>  Débil / Moderado / Fuerte</p>	<p><b>Explique en dónde se presentaron las debilidades, en caso de obtener un resultado débil o moderado:</b>  Aunque los controles diseñados a las causas identificadas por el proceso, se observó que como resultado de la solidez del conjunto de los controles para este riesgo, se obtuvo una calificación "Débil", teniendo en cuenta que aunque los controles definidos son controles preventivos, estos no han permitido reducir o mitigar la probabilidad de ocurrencia del riesgo; se recomienda revisar e identificar controles que establezcan las condiciones que aseguren el resultado final esperado; aun mas, cuando los controles son ejecutados por personas (Control manual)</p>
<p><b>10. Revisión de la ejecución de los controles:</b>  ¿Los controles se ejecutaron conforme a lo requerido?</p>	<p><b>SI - COMPLETOS:</b>  Indique en dónde se encuentran las evidencias de la aplicación de los controles (Indique el enlace si están en una carpeta compartida, dirección web o mencione el nombre de la carpeta física) (aplica para nivel central y ORIP)</p>	<p><b>Explique:</b>  Las evidencias se encontraron documentados y con registro en la carpeta compartida One Drive Riesgos SNR/0.1 Estratégicos/0.1.1 Direccionamiento estratégico y planeación/0.1.1.1 Plaenación Institucional/año 2023/III Cuatrimestre.</p>
	<p><b>INCOMPLETOS:</b>  Indique ¿cuál(es) controles y qué acciones realizó al respecto?</p>	<p><b>Explique:</b>  NO APLICA</p>
	<p><b>NO EXISTEN:</b>  Indique ¿cuál(es) controles no ejecutaron y qué acciones realizaron al respecto?</p>	<p><b>Explique:</b>  NO APLICA</p>
<p><b>11. ¿El riesgo esta en zona extrema luego de controles?</b></p>	<p><b>SI:</b>  <b>NO: X</b></p>	<p><b>Explique:</b></p>
<p><b>a). ¿Si está en zona extrema qué tratamiento se dió?</b></p>	<p>Debe tener documentadas las Acciones de contingencia frente al riesgo.</p>	<p><b>Explique qué identificó:</b>  NO APLICA</p>
<p><b>12. ¿Realizó el monitoreo a los riesgos, está documentado y cumple la política de riesgos - Criterios/periodicidad?</b></p>	<p><b>Documentado:</b>  <b>SI: X</b>  <b>NO:</b></p>	<p><b>Explique:</b>  Las evidencias se encontraron documentados y con registro en la carpeta compartida One Drive Riesgos SNR/0.1 Estratégicos/0.1.1 Direccionamiento estratégico y planeación/0.1.1.1 Plaenación Institucional/año 2023/III Cuatrimestre.</p>

<p>Elaborado por:</p>	<p>YALENA MALDONADO MAZIRI</p>	<p>Firma:</p>	
-----------------------	--------------------------------	---------------	---