



Superintendencia de Notariado y Registro



INFORME SEGUIMIENTO EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS PRIMER SEMESTRE 2025.

OBJETIVO:

Evaluar el desempeño y cumplimiento de la gestión institucional de las dependencias de la Superintendencia de Notariado y Registro durante el primer semestre de 2025, con el fin de identificar avances, oportunidades de mejora y el nivel de cumplimiento del Plan de Acción Institucional.

ALCANCE:

El alcance del presente informe comprende la evaluación realizada a las dieciséis (16) dependencias, de acuerdo con lo programado y ejecutado en el Plan Anual de Gestión (PAAG) de la vigencia 2025. Incluye la verificación de las evidencias aportadas por la Primera Línea de Defensa, a través del repositorio de información (OneDrive) administrado y suministrado por la Oficina Asesora de Planeación. La revisión abarca el periodo comprendido entre el 2 de enero y el 31 de julio de 2025.

MARCO NORMATIVO

- Ley 87 de 1994, artículo 8: Establece que, como parte de la aplicación de un apropiado sistema de control interno, el representante legal de cada entidad deberá velar por el establecimiento formal de un sistema de evaluación y control de gestión, de acuerdo con las características propias de la organización.
- Ley 909 de 2004, artículo 39: Señala que el jefe de Control Interno o quien haga sus veces deberá remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean consideradas como criterio para la evaluación de los empleados, realizando 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 de 2018, expedido por la Comisión Nacional del Servicio Civil, mediante el cual se establecen directrices relacionadas con la evaluación del desempeño laboral de los empleados públicos.
- Circular 04 del 27 de septiembre de 2005, emitida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno, que orienta sobre la evaluación de la gestión institucional y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.
- Resolución 5935 del 7 de junio de 2017: “Por la cual se reglamenta la evaluación de gestión por dependencias a cargo de la Oficina de Control Interno de la Superintendencia de Notariado y Registro.”
- Resolución 0924 del 31 de enero de 2024: “Por medio de la cual se adopta el Plan Estratégico Institucional de la Superintendencia de Notariado y Registro para la vigencia 2023–2026.”
- Procedimiento: Formulación de Planes Institucionales, Código: MP - DMPEP - PO - 01 - PR – 01 versión 02 del 1 de diciembre de 2023.



Superintendencia de Notariado y Registro



LIMITACIONES.

Para el desarrollo del presente seguimiento no se presentaron limitaciones significativas que afectaran su ejecución o los resultados de la evaluación.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo del presente seguimiento, el 5 de agosto de 2025 la Oficina de Control Interno remitió **correo electrónico** a la Oficina Asesora de Planeación, solicitando el acceso a la carpeta **OneDrive – Repositorio de Evidencias – Plan Anual de Gestión por Dependencias SNR – Plan Anual de Gestión 2025**, en su versión más reciente. La solicitud tuvo como finalidad contar con la información necesaria para adelantar la verificación correspondiente al primer semestre de la vigencia 2025.

En atención a lo anterior, mediante **correo electrónico del 15 de agosto de 2025**, la Oficina Asesora de Planeación remitió la información solicitada, la cual incluyó los siguientes documentos y recursos:

- Plan Anual de Acción 2025 SNR, versión 5.0.
- Resolución N° 0924 del 31 de enero de 2024, “Por medio de la cual se adopta el Plan Estratégico Institucional de la Superintendencia de Notariado y Registro para la vigencia 2023–2026.”
- Plan Estratégico Institucional SNR 2023–2026.
- Enlace al repositorio de evidencias 2025 (OneDrive) – **Repositorio Evidencias 2025 PAG**.

Con base en la información suministrada, se efectuó la verificación de las evidencias aportadas por las dependencias, garantizando que correspondieran con las acciones, metas, productos y periodicidades establecidas en el Plan de Acción Institucional.

El seguimiento se fundamentó en la evaluación de los avances y el grado de cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Acción 2025, con corte al 30 de junio de 2025. Las evidencias fueron analizadas en el repositorio de información administrado por la Oficina Asesora de Planeación, en su rol de monitoreo como Segunda Línea de Defensa.

Finalmente, la Oficina de Control Interno, en ejercicio de su función como Tercera Línea de Defensa, realizó la verificación, análisis y evaluación de la información reportada, emitiendo las respectivas conclusiones y recomendaciones orientadas al fortalecimiento y mejoramiento continuo de la gestión institucional.

En cuanto a la metodología implementada para la obtención del porcentaje de cumplimiento, se estableció para cada una de las metas el siguiente estado:

- Cumplida (100%): cuando la meta o actividad fue desarrollada en su totalidad.
- Parcial: cuando se cumplió parcialmente, de acuerdo con la cantidad de entregables programados alcanzados.
- Incumplida (0%): cuando no se evidenció avance o cumplimiento de la meta.



Superintendencia de Notariado y Registro

De igual manera, en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución N.º 2968 del 14 de junio de 2017, mediante la cual se establece que la Oficina de Control Interno debe asignar un puntaje de uno (1) a diez (10), se fijaron los siguientes parámetros de calificación, determinados según el porcentaje de cumplimiento alcanzado por cada meta contenida en el Plan Anual de Gestión 2025:

Porcentaje de Cumplimiento Puntaje Asignado

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

DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la evaluación efectuada por la Oficina de Control Interno a cada una de las dependencias, con base en las acciones y metas definidas en los respectivos Planes de Gestión por Dependencia, así:

1. Seguimiento y control frente a la gestión y cumplimiento del Plan Anual de Acción por Dependencias I semestre 2025.

Conforme a lo dispuesto en el Procedimiento de Formulación de Planes Institucionales, se efectuó la revisión de la información reportada en la carpeta compartida en OneDrive, administrada por la Oficina Asesora de Planeación, con el propósito de verificar el cumplimiento de las acciones y/o metas planificadas en los Planes de Gestión por Dependencia correspondientes a la vigencia 2025 primer semestre.

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

Tabla No.1. Resultado de evaluación por Dependencias I Semestre 2025.

No.	Dependencias	PAG por Dependencias - 2025 - I semestre					% cumplimiento SIG	Evaluación obtenida
		Actividades	Metas	Cumplidos	Cump. Parcial	Incumplidos		
1	Atención al Ciudadano	11	8	4	2	2	70%	7
2	Dirección Administrativa y Financiera	33	12	5	3	4	65%	7
3	Dirección de Contratación	5	3	2	0	1	65%	7
4	Dirección Técnica de Registro	14	10	9	0	1	94%	10
5	Dirección de Talento Humano	5	5	4	1	0	94%	10



Superintendencia de Notariado y Registro

No.	Dependencias	PAG por Dependencias - 2025 - I semestre					% cumplimiento SIG	Evaluación obtenida
		Actividades	Metas	Cumplidos	Cump. Parcial	Incumplidos		
6	Dirección Regional Andina	5	5	0	5	0	76%	8
7	Dirección Regional Caribe	5	5	2	3	0	74%	8
8	Dirección Regional Central	5	5	3	2	0	90%	9
9	Dirección Regional Orinoquia	5	5	0	4	1	60%	7
10	Dirección Regional Pacífica	5	5	4	1	0	85%	9
11	Oficina Asesora de Planeación	14	7	3	3	1	75%	8
12	Oficina Tecnologías de la Información	11	3	2	0	1	65%	7
13	Secretaría General	11	11	5	2	4	68%	7
14	Superintendencia Delegada para el Notariado	8	8	7	1	0	90%	9
15	Superintendencia Delegada para la Protección, Restitución y Formalización de Tierras	30	28	22	6	0	94%	10
16	Superintendencia Delegada para el Registro	3	3	2	1	0	92 %	10
TOTAL		173	94	74	34	15	74%	7.85

Fuente: Elaboración propia de la OCI de acuerdo con la evaluación realizada a las Dependencias

De la tabla anterior se identificó que en el Plan Anual de Acción por Dependencias se formularon 173 actividades y 94 metas para el primer semestre de 2025, de las cuales el 42.77% se ejecutaron en un 100% y el 36.17% presentaron un cumplimiento parcial, evidenciándose un aumento de 10.71% en relación con el segundo semestre del año anterior. La Oficina de Control Interno, en el marco del proceso de evaluación, determinó una ejecución del Plan Anual de Gestión por Dependencias (PAG) equivalente al 68% con corte al 30 de junio de 2025.

Estos resultados obedecen principalmente a las observaciones identificadas durante la evaluación de las 16 dependencias de la Superintendencia de Notariado y Registro, en aspectos relacionados con la gestión de la planeación, la oportunidad en la entrega de evidencias y la calidad de los entregables reportados, principalmente por las siguientes razones:

- ✓ Realizan el cargue de los soportes inobservando se el producto a entregar de acuerdo con la actividad propuesta en el PAG, dando cuenta del incumplimiento de la meta.
- ✓ Realización de cargue de soportes sin tener en cuenta la periodicidad definida en el Plan de Acción.
- ✓ Para la presentación de las evidencias como son informes, se recomienda definir el objetivo y alcance del seguimiento para validar el cumplimiento de las metas, en la metodología, hacer referencia a las técnicas



Superintendencia de Notariado y Registro



empleadas para el desarrollo del análisis de información, evaluación, entre otras; y para el desarrollo del informe o entregable, se cite brevemente, aspectos concretos de los resultados que permitan contar con información confiable para facilitar la toma de decisiones y permitan alcanzar el logro total propuestas en el Plan de Acción Institucional, con el fin de que se destaquen las actividades realizadas y los servicios proporcionados por la entidad.

- ✓ Reportan la 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.

De acuerdo con el análisis efectuado a la gestión de evaluación por dependencias de las **Regionales Andina, Caribe, Centro, Pacífico y Orinoquia**, se evidencia un cumplimiento favorable de las metas programadas para el primer semestre de 2025, reflejando el compromiso institucional de las direcciones regionales con el desarrollo de las funciones misionales y el fortalecimiento de los procesos de gestión pública. No obstante, durante la revisión se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con la integralidad, trazabilidad y articulación de la información reportada, así como con la estandarización de los productos y formatos empleados.

- Alinear las actividades con los objetivos estratégicos y el MIPG, garantizando coherencia entre la planeación, la ejecución y la evaluación institucional.
- Definir objetivos, alcances y metas claras y medibles, que faciliten la verificación de resultados y el seguimiento de avances.
- Consolidar e integrar los subsistemas de gestión (Calidad, Ambiental, Seguridad de la Información y SST) dentro de los informes regionales, fortaleciendo la articulación institucional.
- Incorporar en los productos el análisis de impacto y la medición de resultados, evidenciando el aporte de la gestión regional a la mejora del servicio público y la satisfacción ciudadana.
- Fortalecer la calidad y trazabilidad de los informes, asegurando la inclusión de firmas, objetivos y anexos completos y validaciones formales que respalden su oficialidad.
- Estandarizar los formatos y estructura de los informes regionales, promoviendo uniformidad y facilitando la consolidación de resultados institucionales.
- Adoptar un enfoque preventivo en la gestión de procesos operativos y administrativos, como PQRS, devoluciones y novedades de personal, para evitar reprocesos y mejorar la eficiencia.

En términos generales, las regionales evidencian un alto nivel de compromiso con la gestión institucional y la ejecución de las metas establecidas; sin embargo, es necesario fortalecer los mecanismos de planificación, seguimiento y control, así como la articulación entre los niveles central y territorial. La Oficina de Control Interno resalta los avances alcanzados y la disposición de las direcciones regionales para atender los procesos de verificación y mejora continua, reiterando la importancia de consolidar una gestión pública eficiente, transparente y orientada a resultados en el marco del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG**.



Superintendencia de Notariado y Registro

Gráfico No.1. Porcentaje de cumplimiento registrado en SGI.



Fuente: Elaboración propia de la OCI

De la anterior gráfica, se concluye que, de las 94 metas evaluadas, seis (6) dependencias obtuvieron evaluaciones mayor o igual al 90%, una (1) dependencia por encima del 80% y cuatro (4) dependencias obtuvieron una ejecución mayor o igual al 70% y el restante por debajo de 70% cinco (5) dependencias.

Con lo identificado en la evaluación, es indispensable recomendar 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.

Se encontró publicado en el enlace 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 de 2025, elaborado por la Oficina Asesora de Planeación, se recomienda mantener la publicación actualizada, ya que en el momento de la evaluación realizada la Oficina de Control Interno de Gestión observo publicada la versión No. 4, no obstante la información suministrada por parte de la Oficina Asesora de Planeación fue la versión No. 5.



Superintendencia de Notariado y Registro

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 de este.

1.1 Análisis de réplicas presentadas por las dependencias al Informe Preliminar de Evaluación de Gestión – Primer Semestre 2025

El día 9 de octubre de 2025, se remitió por medio de correo electrónico a los directores y delegados responsables de la gestión de las dependencias el resultado preliminar de la evaluación por dependencias. En dicha comunicación se otorgó un plazo de tres (3) días hábiles, es decir, hasta el 15 de octubre de 2025, para que las dependencias pudieran presentar sus réplicas y allegar los soportes necesarios que justificaran las observaciones realizadas.

Se precisó que los soportes y evidencias debían corresponder al período evaluado, contar con evidencia verificable y ser cargados en el Drive institucional dentro del tiempo establecido.

De acuerdo con lo anterior, las siguientes dependencias presentaron sus réplicas y evidencias en el Drive dentro del plazo oportuno. La Oficina de Control Interno procedió a realizar el análisis detallado de cada una de ellas, verificando la validez, pertinencia y coherencia de los argumentos y soportes allegados.

A continuación, se presenta el resultado del análisis realizado:

- Delegada de Registro: Para la realización de la evaluación por dependencias, la Oficina Asesora de Planeación remitió a la Oficina de Control Interno un enlace en el cual se podían consultar las evidencias correspondientes a cada uno de los indicadores. En dicho enlace, cada dependencia debía efectuar el cargue de la información relacionada con sus gestiones correspondientes al primer semestre de 2025, comprendido entre los meses de enero y junio.

En este contexto, se llevó a cabo la evaluación. En el caso del indicador DR-DESP-02, se revisaron tres archivos cargados: una base de datos de expedientes de gestión disciplinaria, una justificación en la que se explica el motivo por el cual dicha base se encontraba vacía y un correo electrónico asociado.

Sin embargo, la calificación otorgada obedeció a que no se evidenciaron los informes mencionados en el correo del 15 de octubre de 2025. Por lo anterior, se recomienda que se realice el cargue de las evidencias correspondientes en el enlace dispuesto, con el fin de adelantar la calificación.



Superintendencia de Notariado y Registro

...	>	Repositorio Evidencias 2025 PAG	>	DELEGADA_DE_REGISTRO	>	DR_DESP	>	DR_DESP-02		
	Name	Modifie...	Modified By	File size	Sharing					
	Base de datos expedientes Gestión Discipl...	May 8	Leonardo Torres Ga	8.89 KB	Shared					
	Justificación Base de datos GDR.pdf	May 2	Luz Mary Ortega C	49.9 KB	Shared					
	<u>Correo evidencia.pdf</u>	May 2	Luz Mary Ortega C	829 KB	Shared					

- La Regional Centro presentó réplica frente a cada uno de los cinco (5) indicadores evaluados, manifestando que su calificación debía ser del 100%, sustentando cada caso bajo el argumento de haber cumplido con los entregables establecidos.
No obstante, es pertinente aclarar que esta evaluación corresponde a una evaluación de gestión, la cual no se limita únicamente a la entrega de productos o listados de actividades, sino que requiere evidenciar la trazabilidad, el impacto y los resultados de las acciones desarrolladas.
En ese sentido, la sola relación de actividades sin el respectivo sustento verificable no permite evidenciar de manera suficiente la gestión realizada.
Por lo anterior, se recomienda a la Regional Centro acoger las observaciones y recomendaciones formuladas por la Oficina de Control Interno, con el fin de fortalecer la documentación y demostración de su gestión.
En consecuencia, se mantiene la calificación otorgada en el informe preliminar.
- La Delegada de Notariado presentó réplica frente a dos (2) indicadores con los cuales manifestó no estar de acuerdo con la calificación otorgada. Una vez analizados los argumentos y soportes allegados, la Oficina de Control Interno recomienda que, para próximas evaluaciones, se fortalezca el cargue de evidencias que permitan demostrar de manera clara la gestión realizada por la dependencia, asegurando así la trazabilidad y verificabilidad de las acciones ejecutadas. En consecuencia, se ratifica la calificación establecida en el informe preliminar.
- La Regional Orinoquía remitió un informe correspondiente a la actividad “Promover la integración de los sistemas de calidad, ambiental y su alineación con el MIPG, mediante el desarrollo de diagnósticos y evaluaciones”, manifestando que, por error, dicho documento no fue cargado oportunamente en el Drive institucional.

Adicionalmente, frente al indicador de ejecución presupuestal, la regional presentó un cuadro de avance de los procesos, información que no fue suministrada en el informe del primer semestre, como se había indicado en los lineamientos de la evaluación. Así mismo, en el informe de PQRSD, se relaciona el total de solicitudes recibidas y gestionadas durante el primer semestre del año; sin embargo, dicha información tampoco fue incluida en el informe presentado para el período evaluado.



Superintendencia de Notariado y Registro



Una vez analizados los argumentos y soportes allegados, la Oficina de Control Interno determinó que la información presentada corresponde a elementos complementarios no remitidos dentro del período de evaluación, por lo cual no es posible tenerlos en cuenta para la presente valoración. En consecuencia, se recomienda a la Regional Orinoquía fortalecer la calidad de los informes y garantizar el cargue oportuno de la información en los medios establecidos para futuras evaluaciones. Por lo anterior, se ratifica la calificación otorgada en el informe preliminar.

- La Regional Andina presentó réplica frente a la calificación otorgada, remitiendo actas y seguimientos realizados como sustento, documentación que no fue anexada como evidencia del primer semestre. Así mismo, la regional incluyó en su respuesta información relacionada con el estado de los procesos de contratación y el estado de las PQRSD, datos que tampoco fueron reportados en los informes correspondientes al primer semestre.

La Oficina de Control Interno realizó una nueva revisión de las evidencias inicialmente aportadas, verificando que la información remitida por correo electrónico corresponde a documentación complementaria no allegada dentro del período de evaluación. Por lo anterior, no es posible tenerla en cuenta para la presente valoración y, en consecuencia, se ratifica la calificación otorgada en el informe preliminar.

La Delegada de Tierras presentó réplica frente a cada uno de los indicadores en los cuales no obtuvo una calificación del 100%, argumentando que los entregables cumplen con los requisitos establecidos durante el período evaluado, así como con las actividades programadas.

La Oficina de Control Interno, en desarrollo de su función evaluadora y asesora, analizó los argumentos y las evidencias allegadas, emitiendo recomendaciones orientadas al fortalecimiento institucional y al mejoramiento continuo de los procesos y resultados.

Es importante precisar que esta evaluación tiene un enfoque de gestión, orientado no solo a verificar el cumplimiento de actividades o entregables, sino también a valorar la evidencia del proceso, los resultados obtenidos, la trazabilidad, la oportunidad y el impacto de la gestión. En este sentido, una calificación inferior al 100% no implica incumplimiento, sino que refleja oportunidades de mejora y fortalecimiento identificadas durante la revisión.

Por lo anterior, se invita a la Delegada de Tierras a considerar las recomendaciones formuladas por la Oficina de Control Interno, con el propósito de consolidar su gestión y avanzar hacia un mayor nivel de madurez institucional.

Además, y una vez revisadas nuevamente las calificaciones, se evidenció una sobre calificación; por lo tanto, se realizará el respectivo reajuste. En consecuencia, se ajusta la calificación otorgada en el informe preliminar.



Superintendencia de Notariado y Registro



- La Oficina Asesora de Planeación presentó réplica frente a cuatro (4) actividades en las cuales la calificación fue menor de 70%. El área replicó las siguientes actividades: “*Construir e implementar el programa de transparencia y ética pública*”, realizando la revisión nuevamente la carpeta de las evidencias el entregable fue cargado en el mes de mayo mas no en el mes de abril como afirma el área, la calificación se mantiene.

Frente a la actividad 2: “*Realizar la implementación de herramientas digitales para la recopilación, análisis y visualización de indicadores en tiempo real, facilitando la toma de decisiones informada*”, el área envió en la réplica imágenes de resolución las cuales la Oficina de Control Interno revisó nuevamente en la carpeta de repositorio; observando una imagen .png de un tablero de control de indicadores, la cual no ilustra en primer lugar a que herramienta digital hace referencia. Así mismo, se recomienda subir los documentos de evidencias en las fechas estipuladas en el PAG 2025, ya que la imagen fue cargada en el mes de abril estipulada para el mes de marzo, por lo tanto, se mantiene la calificación.

Frente a la actividad 3.” *Articular el sistema integrado con el Sistema de Gestión Documental*”, si bien es cierto que cumplen con el cargue de los documentos más no con los tiempos estipulados en el PAG 2025, asimismo el cargue de documentos en versiones editables trae consigo la pérdida de datos o el acceso no autorizado si no se toman precauciones adicionales, especialmente al compartirlos en línea, problemas de compatibilidad, generando posibles problemas de formato

Una vez analizadas las réplicas y los soportes allegados por las diferentes dependencias, la Oficina de Control Interno concluye que las observaciones formuladas en el informe preliminar se mantienen en su mayoría, dado que la información adicional presentada corresponde, en algunos casos, a documentos o evidencias no cargadas dentro del período establecido para la evaluación, o que no permiten demostrar de manera suficiente la gestión desarrollada. Es importante resaltar que la evaluación realizada tiene un enfoque de gestión, orientado a valorar no solo el cumplimiento de actividades, sino también la efectividad, trazabilidad, oportunidad y resultados obtenidos, en coherencia con los objetivos institucionales. En este sentido, una calificación inferior al 100% no implica incumplimiento, sino que refleja áreas de mejora y oportunidades para fortalecer la gestión interna. Por lo anterior, la Oficina de Control Interno reitera su rol asesor, e invita a las dependencias a acoger las recomendaciones formuladas con el propósito de fortalecer la planeación, el seguimiento y la evidencia de los resultados, contribuyendo así al mejoramiento continuo y al cumplimiento eficiente de la misión institucional.

2. EVALUACIÓN DE RIESGOS Y CONTROLES

Riesgo de Gestión:

- *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: Una vez realizada la evaluación del riesgo de gestión el cual se encuentra relacionado con el objetivo del presente seguimiento, se evidencia su



Superintendencia de Notariado y Registro

alineación con el objetivo del proceso, sin embargo, se identificó que no se da cumplimiento a los lineamientos y metodología establecida por el Departamento Administración de la Función Pública, en cuanto a su identificación y descripción del riesgo.

Monitoreo de las causas que pueden generar riesgos: A partir de la evaluación realizada, se evidenció que actualmente se está dando tratamiento a solo cuatro (4) de las cinco (5) causas identificadas, quedando pendiente dar tratamiento a la causa denominada "*Falta de claridad y capacitación práctica de los Entes Externos respecto a la metodología del MIPG*". Se recomienda realizar un análisis de cada causa y generar actividades de control frente a la probabilidad

Monitoreo a la materialización del riesgo: Actualmente no se evidenció la materialización del riesgo, sin embargo, se evidencia la materialización de la siguiente causa "Desconocimiento de la importancia y aplicabilidad de los diferentes planes para la Entidad", teniendo en cuenta que en la evaluación por dependencia se evidenció un 26% de incumplimiento parcial, por diferentes razones como el reporte parcial de evidencias, el incumplimiento de la ejecución de acuerdo con la periodicidad definida en el Plan de Acción, entre otras, detalladas en los formatos de evaluación por áreas.

Es necesario analizar las causas que conllevaron a no dar cumplimiento del 100% de todos las metas del plan de acción, con el fin de implementar las mejoras continuas de la gestión para la vigencia 2025, para aquellas áreas en las cuales su calificación obtuvo un resultado inferior al 100%.

3. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

3.1. 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 30 de junio de 2025, no se identifican hallazgos relacionados con el objeto del presente seguimiento.

3.2. Plan de Mejoramiento Institucional

De conformidad con lo establecido en el Plan de Mejoramiento Institucional, la Oficina de Control Interno realizó seguimiento a los hallazgos identificados en el marco de la evaluación anterior. Cabe señalar que, durante el segundo semestre de 2024, se efectuó el análisis de efectividad correspondiente, determinándose que las acciones implementadas en esa oportunidad no resultaron efectivas.

En atención a lo anterior, la Oficina Asesora de Planeación, como área responsable de dichos hallazgos, procedió a la reformulación de las actividades orientadas a subsanar las causas que dieron origen a las observaciones.

Por consiguiente, en el presente informe se efectúa un nuevo análisis de efectividad con el propósito de verificar el avance en la implementación de las acciones reformuladas y determinar si las medidas adoptadas han contribuido al fortalecimiento del proceso y a la mitigación de las situaciones previamente identificadas.



Superintendencia de Notariado y Registro

En cumplimiento de lo establecido en el Plan de Mejoramiento Institucional, se analizó la efectividad de las acciones definidas para cada hallazgo que, a la fecha del presente seguimiento, se encuentra registrado en el consolidado institucional.

A continuación, se presenta el pronunciamiento emitido por el equipo auditor como resultado del Proceso de Aseguramiento desarrollado, en el cual se evalúa la efectividad de las acciones implementadas y su impacto en la superación de los hallazgos objeto de seguimiento.

Tabla No.2. Evaluación de Plan de Mejoramiento institucional.

No.	Código del Hallazgo	Descripción Hallazgo	Actividades reformuladas	Estado	Observación OCIG	Responsable
1	20220315	Debilidad en el reporte indicadores del Plan anual de gestión; a causa de que la herramienta de medición de la planeación de la planeación estratégica "Strategos", al no contar con actualización vigente al momento de realizar los cálculos arroja error en los semáforos de medición. (Autoevaluación del proceso)	Diseñar una matriz que permita generar reportes al seguimiento de planes Elaborar informe que consolide los resultados semaforizados de seguimiento trimestral a los planes	EN DESARROLLO	Se evidencia que, fueron reformuladas dos actividades en el Plan de Mejoramiento Institucional. La primera de ellas se encuentra cumplida conforme a la evidencia aportada; sin embargo, la segunda actividad tiene prevista su ejecución para el mes de diciembre de 2025. En consecuencia, la evaluación de efectividad de este hallazgo se realizará en el seguimiento correspondiente al segundo semestre de 2025, una vez se cuente con el cierre total de las acciones definidas.	Direccionamiento Estratégico - Oficina Asesora de Planeación – Primera Línea de Defensa
2	20230920	Ausencia de una herramienta tecnológica de Seguimiento y Control a la Planeación Institucional: 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	Diseñar y actualizar un procedimiento de formulación y seguimiento a planes institucionales Solicitar a la Oficina de tecnología de la información, el concepto técnico para la baja del software "Strategos", conforme al procedimiento establecido: SGC-204-2022021682605.pdf	EN DESARROLLO	Se evidencia que, respecto al presente hallazgo, fueron reformuladas dos actividades en el Plan de Mejoramiento Institucional. La segunda de ellas se encuentra cumplida conforme a la evidencia aportada; no obstante, la primera actividad tiene prevista su ejecución para el mes de octubre de 2025. En consecuencia, la evaluación de efectividad de este hallazgo se realizará en el seguimiento correspondiente al segundo semestre de 2025, una vez se verifique el cumplimiento total de las acciones reformuladas.	Direccionamiento Estratégico - Oficina Asesora de Planeación – Primera Línea de Defensa



Superintendencia de Notariado y Registro



No.	Código del Hallazgo	Descripción Hallazgo	Actividades reformuladas	Estado	Observación OCIG	Responsable
3	20231263	Riesgos de incumplimiento de entregables del Plan Anual de Acción: (...) se encontró que existen diversas situaciones presentadas en los entregables, que no guarden relación, no soportan de manera adecuada la actividad realizada, ni la fecha de realización (...)	Solicitar a líderes y facilitadores de procesos, realizar el cargue oportuno de las evidencias que correspondan a la actividad formulada en el PAG, en la carpeta One Drive dispuesta para este fin. Verificar por parte de la OAP, el cargue de las evidencias para las actividades del PAG	EN DESARROLLO	Se evidencia que, respecto al presente hallazgo, fueron reformuladas dos actividades en el Plan de Mejoramiento Institucional. Ambas actividades cuentan con fecha de cumplimiento programada para el mes de diciembre de 2025, por lo cual su evaluación de efectividad se realizará en el seguimiento correspondiente al segundo semestre de 2025, una vez se cuente con la totalidad de las evidencias que respalden su ejecución.	Direccionamiento Estratégico – Oficina Asesora de Planeación – Primera y segunda Línea de Defensa

Fuente: Consolidado General Plan de Mejoramiento institucional - OAP

De acuerdo con el análisis efectuado, se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación realizar seguimiento periódico al avance de las actividades reformuladas, garantizando el cumplimiento de los plazos establecidos y la oportuna carga de los soportes en el repositorio institucional (One Drive). Así mismo, se sugiere fortalecer la articulación con las áreas responsables, con el propósito de asegurar la implementación efectiva de las acciones previstas.

Dado que los tres hallazgos presentan recurrencia y sus acciones han sido evaluadas en informes anteriores como inefectivas, se recomienda efectuar un análisis de las causas raíz que han limitado su cierre efectivo, con el fin de definir medidas correctivas que contribuyan a generar resultados sostenibles y eviten su reiteración en futuros periodos de seguimiento.

4. 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:

- 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 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.



Superintendencia de Notariado y Registro



- Se recomienda a todas las Dependencias, mantener una comunicación permanente y realizar articulación 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 efectúen el cumplimiento de las metas articuladas con los objetivos Institucionales del Plan de Estratégico.

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.

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;

MONICA AMATISTA JIMENEZ BARROS
Jefe Oficina de Control Interno de Gestión

Elaboró: Marcela del Pilar García - Contratista Profesional Especializado - Oficina de Control Interno de Gestión.
Liliana María Duarte Suarez – Profesional Especializado - Oficina de Control Interno de Gestión. Grado 14

Revisó: Mónica Amatista Jiménez Barros