



## Superintendencia de Notariado y Registro



### MEMORANDO No. SNR2025IE-022864-3

**OCI-130**

**Bogotá, D.C., 19 de agosto de 2025**

**PARA:** Señor ROOSVELT RODRIGUEZ RENGIFO, Superintendente de Notariado y Registro

**DE:** MÓNICA AMATISTA JIMÉNEZ BARRIOS  
Jefe de control interno de gestión

**Asunto:** Informe final de seguimiento al avance del plan de mejoramiento institucional, I Semestre de 2025.

Respetado Doctor Roosevelt; cordial saludo;

La Oficina de Control Interno de Gestión, en observancia de sus funciones conferidas por la Ley 87 de 1993, elaboró el informe final del seguimiento al avance semestral del plan de mejoramiento institucional, primer semestre vigencia 2025, en el cual se encuentra contenido los resultados del seguimiento, el estado del Plan de Mejoramiento Institucional y las recomendaciones orientadas al mejoramiento continuo de la Entidad, lo anterior, a corte 30 de junio de 2025.

Cabe resaltar que esta Oficina se ha venido fortaleciendo el ejercicio de depuración, agrupación de No Conformidades y actualización del Plan de Mejoramiento, a partir de los resultados de las auditorías internas de gestión y los seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno. No obstante, se reitera la necesidad de que la Primera Línea de Defensa dé cumplimiento a la suscripción, formulación y/o reprogramación de las acciones de mejora, conforme a los lineamientos institucionales. El detalle de los resultados de la evaluación se encuentra en el informe anexo.

Una copia del presente informe será remitida, para su conocimiento y fines pertinentes, a la Oficina Asesora de Planeación, en su calidad de Segunda Línea de Defensa, así como a los demás integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), atendiendo la responsabilidad que les asiste en el marco de sus funciones y competencias, conforme con el esquema de Líneas de Defensa establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Finalmente, la Oficina de Control Interno de Gestión reitera su disposición para brindar asesoría y acompañamiento con relación a los Planes de Mejoramiento, su metodología y los resultados obtenidos en la evaluación de efectividad, cuando se considere pertinente.

Cordialmente,



## Superintendencia de Notariado y Registro



*Mónica Amatista Jimenez Barros*

### **MÓNICA AMATISTA JIMÉNEZ BARRIOS**

Jefe de control interno de gestión  
Oficina de Control Interno

### **Documento Firmado Electrónicamente**

Anexo: Informe final de seguimiento al avance y cumplimiento del plan de mejoramiento institucional, contenido en 13 folios, formato PDF.

Matriz consolidada plan de mejoramiento institucional, primer semestre 2025, contenido en un (1) folios, formato Excel.

Copia MARIA MUÑOZ; MARIANA ARTEAGA; WILLIAM PÉREZ; RAMIRO CARDONA; ISABELLA HERNANDEZ; DANY OROZCO; JOSE ACEVEDO; OLMAN OLIVELLA; INGRID ORTIZ; TATIANA MORENO; SANTIAGO CAMPO; FERNANDO ACOSTA; ANGELO GUEVARA

Elaboró: JULIANA TORRES ZAMBRANO / OCI

Revisó: Mónica Amatista Jimenez Barros / JEFE OCIMÓNICA AMATISTA JIMÉNEZ BARRIOS / OCI

Aprobó: Mónica Amatista Jimenez Barros / JEFE OCI. MÓNICA AMATISTA JIMÉNEZ BARRIOS / OCI



# Superintendencia de Notariado y Registro



## INFORME FINAL DE SEGUIMIENTO AL AVANCE Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

### EVALUACIÓN EFECTIVIDAD PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL PRIMER SEMESTRE 2025

### OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN 2025



# Superintendencia de Notariado y Registro



## INFORME FINAL DE SEGUIMIENTO AL AVANCE Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL PRIMER SEMESTRE 2025

### OBJETIVO:

Realizar seguimiento al avance y nivel de cumplimiento del plan de mejoramiento institucional correspondiente al primer semestre del año 2025, con base en los resultados obtenidos en la evaluación de efectividad de las acciones suscritas en dicho Plan, en cumplimiento de las responsabilidades que le asisten a esta Oficina como Tercera Línea de Defensa, conforme al procedimiento institucional “*Formulación y Seguimiento a Planes de Mejoramiento*”.

### ALCANCE DE LA EVALUACIÓN:

Comprende el seguimiento de los resultados de la evaluación de la efectividad de las acciones suscritas en el plan de mejoramiento institucional, correspondiente al primer semestre 2025; producto de los informes de auditorías, seguimiento y de Ley, realizados por la Oficina de Control Interno de Gestión, en cumplimiento al Plan Anual de Auditorías Internas – PAAI, vigencia 2025, de acuerdo con la información que la Primera Línea de Defensa le reporta a la Oficina Asesora de Planeación como Segunda Línea de Defensa.

### MARCO NORMATIVO:

- Decreto 1499 de septiembre 11 de 2017, *Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 y se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión del que trata el Título 22 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, Política y Dimensión 7ª de Control Interno.*
- Procedimiento Interno denominado “*Formulación y Seguimiento a Planes de Mejoramiento*”, versión 3, fecha 05 de junio de 2022.
- Políticas de Operación Internas “*Formulación y Seguimiento a Planes de Mejoramiento*”, versión 4, fecha 11 de noviembre de 2021.
- Formato denominado “*Formulación y reformulación Plan de Mejoramiento*”- *Análisis causa raíz*, versión 1.

### METODOLOGIA:

En atención a lo establecido en la Ley 87 de 1993, que otorga funciones específicas a las Oficinas de Control Interno, los roles definidos en el Decreto 648 de 2017, y en concordancia con la Séptima Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, denominada “Control Interno”, esta Oficina presenta el informe de seguimiento al avance de las acciones contempladas en el Plan de Mejoramiento Institucional, derivadas de auditorías y actividades de seguimiento efectuadas por la Oficina de Control Interno de Gestión. Para el desarrollo de este ejercicio, se aplicaron técnicas de auditoría definidas en el marco normativo vigente, tales como revisión documental, verificación, seguimiento y análisis de la información.

De conformidad con el rol de “Evaluación y Seguimiento” establecido en el Decreto 648 de 2017, y en alineación con el procedimiento y las políticas operativas de los Planes de Mejoramiento de la Superintendencia de Notariado y Registro – SNR, esta Oficina realiza semestralmente el seguimiento y la evaluación de la efectividad de las acciones ejecutadas por la Primera Línea de Defensa. Este proceso incluye la verificación de las evidencias aportadas y el análisis de su efectividad, entendida como la eliminación tanto de la situación inicialmente identificada como de su causa raíz.



## Superintendencia de Notariado y Registro

El presente informe de seguimiento detalla, en primera instancia, el estado inicial del Plan de Mejoramiento Institucional, el avance de las acciones de mejora por proceso, y los resultados obtenidos a partir de la evaluación de efectividad realizada por el equipo auditor de la Oficina de Control Interno de Gestión. Esta evaluación se desarrolló en el marco de las auditorías y seguimientos programados, de acuerdo con la distribución de hallazgos y las actividades asignadas en el Plan Anual de Auditorías Internas, correspondiente a la vigencia 2025.

Para el desarrollo del presente seguimiento, la Oficina Asesora de Planeación remitió la matriz consolidada con el avance reportado por la Primera Línea de Defensa, así como la evaluación de eficacia realizada por dicha Oficina en su rol como Segunda Línea de Defensa. Con base en esta información, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno de Gestión procedió a efectuar la evaluación de efectividad. Posteriormente, las facilitadoras de los Planes de Mejoramiento consolidaron la totalidad de la información en una única matriz en formato Excel, la cual fue remitida previamente a la Oficina Asesora de Planeación mediante el Oficio No. SNR2025IE-022622-3 del 14 de agosto de 2025, con el propósito de continuar con el proceso de socialización a los responsables de los procesos y brindar el acompañamiento requerido para la formulación y/o reformulación de las acciones.

### LIMITACIONES:

- Para el presente seguimiento, no se presentaron limitaciones relevantes que condujeran a obstaculizar su desarrollo.

### DESARROLLO:

La Oficina de Control Interno, en ejercicio de las facultades conferidas por la normativa vigente y en su calidad de Tercera Línea de Defensa, lleva a cabo la evaluación semestral de la efectividad de las acciones incluidas en el Plan de Mejoramiento Institucional. Esta evaluación se realiza a partir de la verificación del cumplimiento de las acciones, con base en las evidencias aportadas por la Primera Línea de Defensa en la carpeta SharePoint. Posteriormente, se analiza que la situación detectada en la No Conformidad no haya reincidido, lo cual implica que las acciones implementadas por los procesos y los controles adoptados hayan corregido adecuadamente las causas identificadas en los informes de auditoría y seguimiento.

### Estado del plan de mejoramiento institucional, primer semestre de 2025.

De acuerdo con la información consolidada y allegada mediante correo electrónico por parte de la Oficina Asesora de Planeación, el día 11 de junio de 2025, y alcance del plan de mejoramiento con fecha 08 de julio de 2025, se evidenció que inicialmente el plan se encuentra suscrito por un total de 198 No Conformidades y 357 acciones de mejora. Producto de una revisión inicial, se identificaron las siguientes situaciones:

- No conformidades con plan de mejoramiento: 163 No Conformidades, equivalente al 82% del plan.
- No Conformidades sin plan de mejoramiento: Se evidencia un total de 35 No Conformidades, equivalente al 18% del plan.

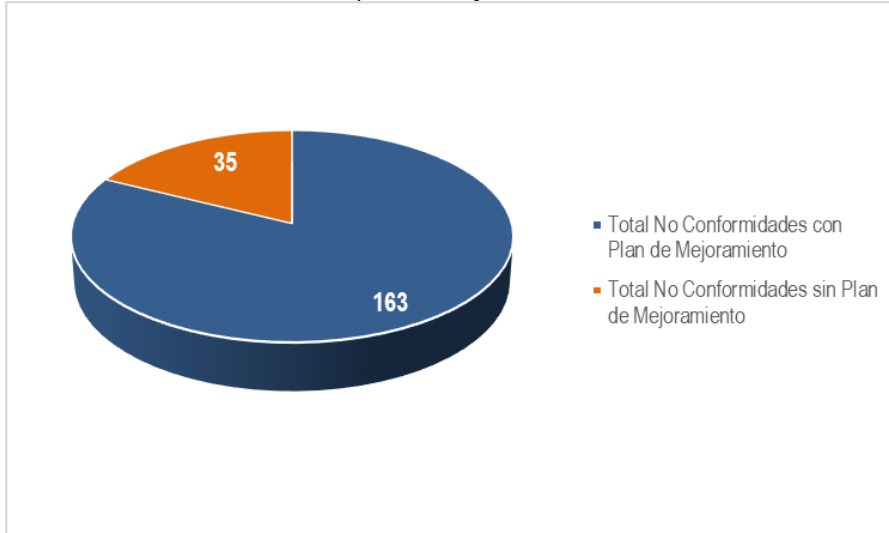
Del análisis realizado, se identificó que el 18% del total de No Conformidades (equivalente a 35 No Conformidades) incumplen con los lineamientos establecidos en la Política de Operación de Formulación y Seguimiento del Plan de Mejoramiento, específicamente lo dispuesto en el numeral 12, el cual establece que: *“Para subsanar hallazgos detectados en un informe de la OCI o informe de auditoría interna, el plan de mejoramiento deberá ser suscrito dentro de los 15 días hábiles siguientes a la comunicación (por correo) del informe final.”* Este incumplimiento obedece a que, en dichos casos, la Primera Línea de Defensa no dio cumplimiento al plazo establecido para la formulación, seguimiento y cierre definitivo de las acciones de mejora correspondientes.



# Superintendencia de Notariado y Registro



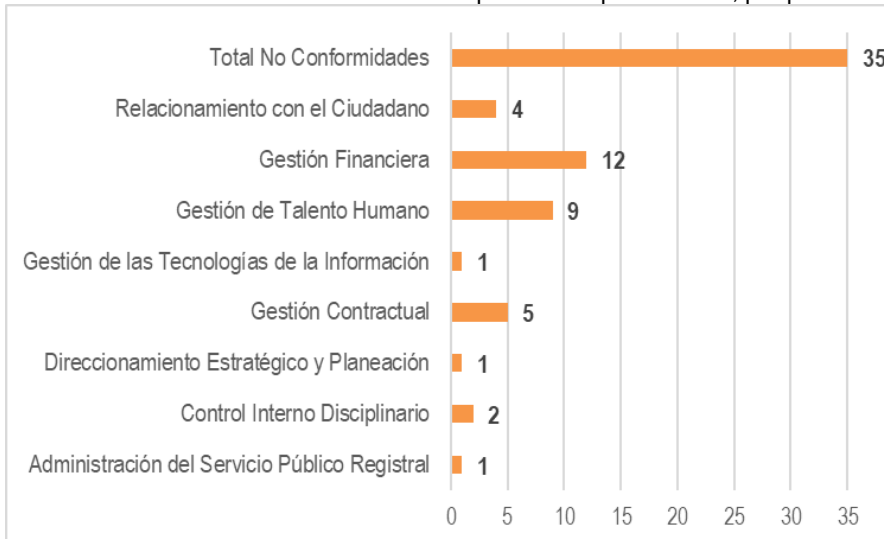
**Gráfico No. 1.** Estado inicial del plan de mejoramiento institucional, antes de la evaluación de efectividad.



**Fuente:** Matriz consolidada plan de mejoramiento institucional - Elaboración propia OCI.

De acuerdo con el gráfico No. 1, se precisa que las 35 No Conformidades pendientes por suscripción se encuentran bajo la responsabilidad de ocho (8) procesos específicos, los cuales se detallan a continuación:

**Gráfico No. 2.** Total de No Conformidades pendientes por suscribir, por proceso responsable.



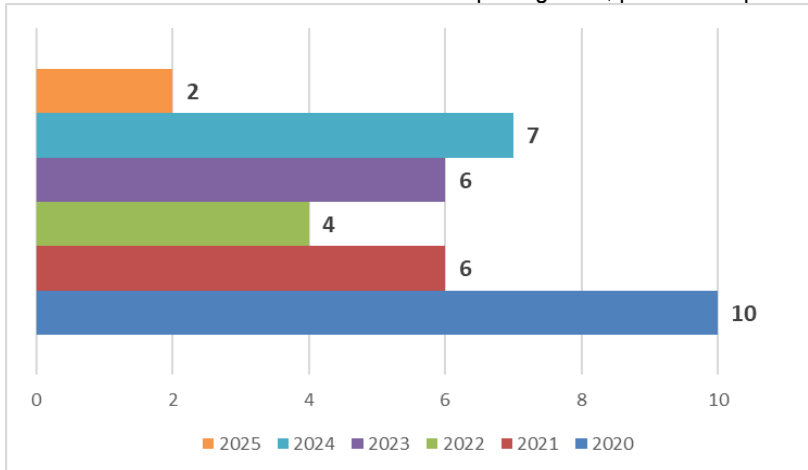
**Fuente:** Matriz consolidada plan de mejoramiento institucional - Elaboración propia OCI.

El siguiente gráfico presenta la distribución de las vigencias a las que corresponden las No Conformidades que aún no cuentan con un plan de mejoramiento suscrito. Se observa que las No Conformidades correspondientes a las vigencias 2020 y 2024 representan el 29% y 20%, respectivamente. Esta situación evidencia un incumplimiento reiterativo en el tiempo respecto a la suscripción oportuna del plan de mejoramiento, considerando que, en algunos casos, ha transcurrido más de una vigencia sin que se dé cumplimiento a lo establecido en la normativa interna.



## Superintendencia de Notariado y Registro

**Gráfico No. 3.** Total de No Conformidades por vigencia, pendientes por suscribir.



Fuente: Matriz consolidada plan de mejoramiento institucional - Elaboración propia OCI.

### Estado inicial del plan de mejoramiento institucional desagregado por macroprocesos, primer semestre 2025.

En la siguiente tabla se presentan las No Conformidades desagregadas por macroproceso, con base en los resultados obtenidos por la Oficina de Control Interno en el ejercicio de su función como evaluadora independiente. Estas No Conformidades fueron identificadas a través de Auditorías Internas de Gestión, informes de Seguimiento y de Ley, desde el año 2019 hasta el primer semestre de la vigencia 2025.

**Tabla No. 1.** Estado plan de mejoramiento institucional por macroproceso, primer semestre 2025.

MACROPROCESO	TOTAL DE CONFORMIDADES	TOTAL ACCIONES
ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PUBLICO NOTARIAL	5	8
ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PUBLICO REGISTRAL	11	26
COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	3	3
CONTROL DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	5	29
CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO	2	2
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACIÓN	16	39
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	30	50
GESTION CONTRACTUAL	8	12
GESTIÓN DE LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN	35	66
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	20	26
GESTIÓN DOCUMENTAL	1	6
GESTIÓN FINANCIERA	31	39
OIVC - SDPFR.Tierras	7	16
ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL NOTARIAL	1	3
RELACIONAMIENTO CON EL CIUDADANO	5	8
SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	18	24
<b>TOTAL</b>	<b>198</b>	<b>357</b>

Fuente: Matriz consolidada plan de mejoramiento institucional- Elaboración propia OCI.



## Superintendencia de Notariado y Registro

De acuerdo con la información consolidada en la tabla, se identificaron un total de 198 No Conformidades y 357 acciones suscritas por los distintos macroprocesos institucionales. A continuación, se presentan su análisis:

- Los procesos con mayor número de No Conformidades corresponden a Gestión de las Tecnologías de la Información el cual registra el mayor número de No Conformidades (35), lo cual representa el 17.7% del total. Asimismo, el proceso de Gestión Financiera con 31 No Conformidades y 39 acciones, representa el 15.6% del total de No Conformidades, lo cual refleja posibles deficiencias recurrentes para estos procesos.
- Para el caso de los procesos Orientación, Inspección, Vigilancia y Control Notarial, Gestión Documental, y Control Disciplinario Interno registran entre 1 y 2 No Conformidades, con acciones correspondientes que no superan las 6, lo que puede interpretarse como menor frecuencia de identificación de No Conformidades.
- En el caso del proceso de Gestión del Talento Humano, se identificó que actualmente se encuentran registradas 16 No Conformidades asociadas al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). No obstante, se precisa que dichas No Conformidades no son objeto de evaluación ni seguimiento por parte de esta Oficina de Control Interno, en tanto que la responsabilidad de su verificación y evaluación ha sido asumida directamente por el área de Talento Humano.

### Estado inicial del plan de mejoramiento institucional por procesos y por vigencias, I Semestre de 2025.

En la siguiente tabla se presenta la distribución del total de No Conformidades (NC) desagregadas por vigencia auditada. Se evidencia que, en el período comprendido entre el año 2019 y la vigencia 2025, se han identificado 198 No Conformidades, las cuales se encuentran bajo la responsabilidad de 16 procesos institucionales, conforme se detalla a continuación:

**Tabla No. 2.** Estado plan de mejoramiento institucional por macroprocesos y vigencias auditada.

Dependencia y/o Proceso	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	total
Administración del Servicio Público Notarial	0	0	0	0	0	5	0	5
Administración del Servicio Público Registral	1	0	0	0	10	0	0	11
Comunicación Estratégica	0	0	0	0	0	0	3	3
Control de la Gestión Institucional	0	0	0	0	4	1	0	5
Control Interno Disciplinario	0	2	0	0	0	0	0	2
Direccionamiento Estratégico y Planeación	2	2	0	1	8	2	1	16
Gestión Administrativa	4	0	1	4	11	10	0	30
Gestión Contractual	0	3	0	0	2	2	1	8
Gestión de las Tecnologías de la Información	10		12	6	7	0	0	35
Gestión de Talento Humano	3	2	0	5	3	7	0	20
Gestión Documental	0	0	0	0	1	0	0	1
Gestión Financiera	6	1	6	0	18	0	0	31
OIVC - Tierras	0	0	0	5	2	0	0	7
Orientación, Inspección, Vigilancia y Control Notarial	1	0	0	0	0	0	0	1
Relacionamiento con el Ciudadano	0	1	0	2	0	0	2	5
Sistemas Integrados de Gestión	0	0	0	1	4	13	0	18
<b>Total No Conformidades</b>	<b>27</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>70</b>	<b>40</b>	<b>7</b>	<b>198</b>

Fuente: Elaboración propia – OCI.



## Superintendencia de Notariado y Registro



De la anterior tabla se tiene el siguiente análisis:

- Se evidencia que la vigencia 2023 concentra el mayor número de No Conformidades, con un total de 70 NC, lo que representa el 35.3% del total del Plan.
- Las vigencias que continúan en orden de mayor número de No Conformidades se encuentran en las vigencias 2024 con 40 NC (20.2%), y 2022 con 24 NC (12.1%). Las vigencias 2019, 2020, y 2025 presentan una menor cantidad de hallazgos, con 27, 11, y 7 NC respectivamente.
- Se considera necesario que la Primera Línea de Defensa formule e implemente un plan de contingencia, orientado a la atención prioritaria de las No Conformidades más antiguas, correspondientes a las vigencias 2019 y 2020, las cuales representan un total de 38 hallazgos. Esta medida es fundamental, dado que la permanencia de estas No Conformidades sin cierre definitivo representa un riesgo significativo para la gestión institucional, particularmente en lo relacionado con el cumplimiento de los planes de mejoramiento y la efectividad del sistema de control interno.
- Es importante destacar que, a la fecha de la evaluación, los procesos de Gestión Jurídica y de Orientación, Inspección, Vigilancia y Control Registral no presentan no conformidades, en la medida en que las observadas en ciclos anteriores fueron debidamente subsanadas.

Para la vigencia 2025, la Oficina de Control Interno continuará implementando la estrategia denominada “UNA MILLA EXTRA”, orientada a brindar asesoría y acompañamiento a los procesos, con relación a la metodología de planes de mejoramiento. Esta estrategia tiene como objetivo principal reducir el porcentaje de No Conformidades abiertas, tanto las identificadas por la Contraloría General de la República como las de carácter institucional. No obstante, considerando que persisten No Conformidades desde las vigencias 2019 y 2020, se ha priorizado su revisión y pronunciamiento correspondiente, sin embargo, cabe señalar que la efectividad e impacto de esta estrategia dependen en gran medida del compromiso y liderazgo de los jefes de proceso y sus equipos de trabajo, dado que corresponde a la Primera Línea de Defensa asegurar la oportuna suscripción de los planes de mejoramiento y la ejecución eficaz de las acciones asociadas.

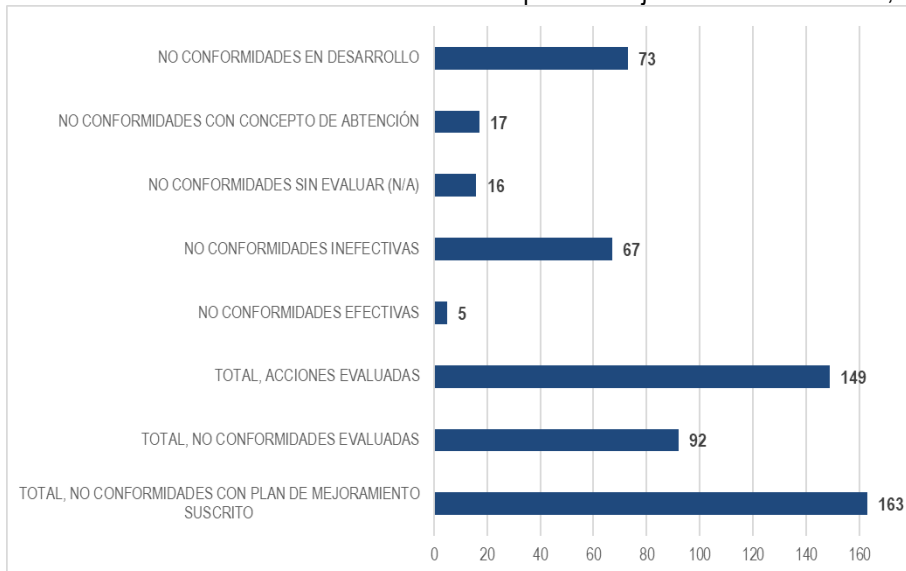
### **Evaluación efectividad plan de mejoramiento institucional, I semestre 2025.**

En relación con la evaluación del Plan de Mejoramiento Institucional, la Oficina de Control Interno de Gestión evaluó el 46% del total del plan, correspondiente a 92 No Conformidades, conforme a las actividades programadas en el Plan de Auditorías 2025 para el primer semestre. Esta evaluación se llevó a cabo en el marco de los informes finales de seguimiento programados y de las auditorías internas, considerando la necesidad de verificar, de manera específica, la efectividad y los puntos de control asociados a cada No Conformidad y a sus respectivos planes de mejoramiento. Los resultados de dicha evaluación se detallan en la ilustración que se presenta a continuación.



## Superintendencia de Notariado y Registro

**Gráfico No. 4.** Resumen evaluación efectividad plan de mejoramiento institucional, I semestre 2025.



Fuente: Evaluación de efectividad - Elaboración propia OCI.

Del anterior gráfico, se tiene el siguiente análisis:

- La Oficina de Control Interno efectuó la evaluación del 46% del Plan de Mejoramiento Institucional. Del porcentaje restante, se identificó que el 37% del plan corresponde a acciones que aún se encuentran en fase de desarrollo, razón por la cual no fue posible realizar una evaluación definitiva. Asimismo, la Oficina se abstuvo de emitir pronunciamiento respecto a 17 No Conformidades (9%) y no evaluó el 8% (16 No Conformidades), dado que la verificación de estas fue asumida por el proceso de Gestión del Talento Humano.
- Del 46% del plan de mejoramiento institucional que fue objeto de evaluación, se evidenció un 5% de efectividad en la implementación de las acciones correctivas, mientras que el 73% presentó resultados inefectivos. En consecuencia, el resultado global de la evaluación fue clasificado como **INEFECTIVO**.
- Por último, el 22% de las No Conformidades evaluadas se encuentran en periodo de madurez, toda vez que el auditor identificó que la situación no se ha vuelto a presentar; sin embargo, se consideró necesario otorgar un tiempo prudente que permita verificar si la situación fue subsanada de manera sostenible en el tiempo.

A continuación, se detalla el estado de la evaluación de efectividad realizada por esta Oficina desagregada por proceso responsable.

**Tabla No. 3.** Resultado evaluación de efectividad por procesos del plan de mejoramiento institucional, primer semestre 2025.

MACROPROCESO	EFFECTIVOS	INEFECTIVOS	ABSTENCIÓN	EN DESARROLLO	EN PERIODO DE MADUREZ	NA	TOTAL NC
ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PUBLICO NOTARIAL	1	0	0	4	0	0	5
ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PUBLICO REGISTRAL	0	6	0	0	5	0	11
COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	0	0	0	3	0	0	3
CONTROL DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	0	0	0	5	0	0	5
CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO	1	1	0	0	0	0	2



# Superintendencia de Notariado y Registro

MACROPROCESO	EFFECTIVOS	INEFFECTIVOS	ABSTENCIÓN	EN DESARROLLO	EN PERIODO DE MADUREZ	NA	TOTAL NC
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	1	6	0	6	3	0	16
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	1	5	8	15	1	0	30
GESTION CONTRACTUAL	0	6	2	0	0	0	8
GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	0	1	4	30	0	0	35
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	0	14	2	0	4	0	20
GESTIÓN DOCUMENTAL	0	0	0	1	0	0	1
GESTIÓN FINANCIERA	1	20	1	5	4	0	31
GESTIÓN JURÍDICA	0	0	0	0	0	0	0
OIVC - SDPFR.Tierras	0	3	0	3	1	0	7
ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL NOTARIAL	0	0	0	0	1	0	1
ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL REGISTRAL	0	0	0	0	0	0	0
RELACIONAMIENTO CON EL CIUDADANO	0	5	0	0	0	0	5
SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	0	0	0	1	1	16	18
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>67</b>	<b>17</b>	<b>73</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>198</b>

**Fuente:** Evaluación de efectividad - Elaboración propia OCIG.

Frente a la evaluación de efectividad realizada por esta Oficina, se tiene las siguientes conclusiones:

- Las cinco (5) No Conformidades calificadas como efectivas corresponden a los procesos de Administración del Servicio Público Notarial, Control Disciplinario Interno, Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión Administrativa y Gestión Financiera, los cuales evidenciaron cumplimiento en la implementación de las acciones correctivas establecidas en el Plan de Mejoramiento Institucional.
- En cuanto a la evaluación de ineffectividad, los procesos que concentraron el mayor número de No Conformidades en esta condición fueron: Gestión Financiera, con 20 No Conformidades (30%), y Gestión del Talento Humano, con 14 No Conformidades (21%). Este resultado evidencia que las acciones implementadas no lograron subsanar las causas que originaron las NC, por lo que se hace necesario realizar un nuevo análisis de causa raíz y formular acciones correctivas y preventivas más efectivas que atiendan el origen estructural de las situaciones identificadas.

Dada la alta proporción de hallazgos calificados como ineffectivos, se reitera a los líderes de proceso y a la Oficina Asesora de Planeación, en su calidad de Primera y Segunda Línea de Defensa respectivamente, la importancia de fortalecer la cultura de autocontrol institucional mediante el seguimiento y monitoreo continuo de los Planes de Mejoramiento. Lo anterior con el fin de garantizar la efectividad de las acciones adoptadas, fortalecer el Sistema de Control Interno y prevenir la materialización de riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos institucionales.

- Como resultado de la evaluación, se identificaron 23 No Conformidades con pronunciamiento de abstención, debido a que su evaluación de efectividad debe realizarse en el marco auditorías internas y/o seguimientos conforme a las actividades definidas en el Plan Anual de Auditorías Internas. En este sentido, se recomienda a los líderes de proceso verificar la ejecución de las acciones correspondientes y asegurar el adecuado cargue de las evidencias en el repositorio de información dispuesto por la Oficina Asesora de Planeación (OAP). Esta acción es fundamental para garantizar la trazabilidad, efectividad y el cierre definitivo de las No Conformidades.



# Superintendencia de Notariado y Registro

## Estado final del plan de mejoramiento, posterior a la evaluación de efectividad, I semestre 2025.

La siguiente tabla presenta el estado final del Plan de Mejoramiento Institucional por proceso, posterior a la evaluación de efectividad. El plan está conformado por un total de **193 No Conformidades** y **348 acciones de mejora**, distribuidas entre **18 procesos** responsables, conforme se detalla a continuación.

**Tabla No. 4.** Estado final del plan de mejoramiento institucional, posterior a la evaluación de efectividad.

Dependencia y/o Proceso	Total NC 2025	Total acciones
Administración del Servicio Público Notarial	4	7
Administración del Servicio Público Registral	11	26
Comunicación Estratégica	3	3
Control de la Gestión Institucional	5	29
Control Interno Disciplinario	1	1
Direccionamiento Estratégico y Planeación	15	35
Gestión Administrativa	29	49
Gestión Contractual	8	12
Gestión de las Tecnologías de la Información	35	66
Gestión de Talento Humano	20	26
Gestión Documental	1	6
Gestión Financiera	30	37
OIVC - Tierras	7	16
Orientación, Inspección, Vigilancia y Control Notarial	1	3
Relacionamiento con el Ciudadano	5	8
Sistemas Integrados de Gestión	18	24
<b>Total No Conformidades</b>	<b>193</b>	<b>348</b>

Fuente: Evaluación de efectividad - Elaboración propia OCI.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los planes de mejoramiento tienen como finalidad subsanar las causas que originan las No Conformidades, mediante la implementación de controles y acciones de tipo preventivo y/o correctivo que permitan superar las situaciones identificadas y asegurar el cumplimiento de la normativa interna y externa, con el propósito de no afectar negativamente la gestión institucional.

Como resultado de la evaluación realizada al plan de mejoramiento institucional correspondiente al primer semestre de 2025, se evidenció un **73% de inefectividad**, lo cual refleja un bajo nivel de cumplimiento en la ejecución de las acciones preventivas/correctivas. Adicionalmente, se identificó un **bajo porcentaje de efectividad (5%)**, lo que indica que solo una mínima parte de las acciones implementadas logró subsanar las causas de las No Conformidades evaluadas. Asimismo, persiste la inobservancia de los lineamientos establecidos en la Política de Operación “*Formulación y Seguimiento a Planes de Mejoramiento*”, específicamente en el numeral 12, dado que 35 No Conformidades aún no cuentan con acciones de mejora suscritas.

En atención a lo anterior, se reitera a los líderes de proceso la necesidad de continuar fortaleciendo el análisis de causa raíz, con el fin de proceder con la reformulación y/o reprogramación de las acciones de mejora, definiendo



## Superintendencia de Notariado y Registro

intervenciones que aborden de forma efectiva las causas que originaron las situaciones identificadas. Esta gestión debe realizarse en cumplimiento de la Política de Operación del Procedimiento de Suscripción y Seguimiento del Plan de Mejoramiento, para lo cual se establece un plazo de **15 días** calendario previos a la fecha de vencimiento de las acciones, a efectos de garantizar la efectividad y oportunidad del proceso.

Se considera necesario que la Primera Línea de Defensa formule e implemente un plan de contingencia, orientado a la atención prioritaria de las No Conformidades más antiguas, correspondientes a las vigencias 2019 y 2020, las cuales suman un total de 38 NC. Esta medida resulta fundamental, dado que la permanencia de estas, sin generar su cierre definitivo representa un riesgo significativo para la gestión institucional, especialmente en lo relacionado con el cumplimiento oportuno de los Planes de Mejoramiento y el impacto que tiene sobre el Sistema de Control Interno.

En atención a los resultados de la evaluación realizada al Plan de Mejoramiento Institucional, la Oficina de Control Interno emite las siguientes recomendaciones dirigidas a la Primera y Segunda Línea de Defensa, conforme con sus roles y responsabilidades:

- Verificar la viabilidad de formulación e implementar un plan de contingencia, por parte de la Primera Línea de Defensa, enfocado en la atención prioritaria de las No Conformidades más antiguas, correspondientes a las vigencias 2019 y 2020, las cuales representan un total de 38 hallazgos. Esta medida es fundamental, dado que la permanencia de dichas No Conformidades sin cierre definitivo constituye un riesgo relevante para la gestión institucional y la efectividad del Sistema de Control Interno.
- Aplicar la metodología de análisis de causa raíz, diligenciando de forma adecuada los formatos establecidos por la Entidad y garantizando su cargue ordenado en la carpeta institucional de SharePoint, asegurando la trazabilidad y calidad de la información registrada.
- Dar cumplimiento al marco normativo interno, suscribiendo los Planes de Mejoramiento en los términos y condiciones definidos. En particular, se enfatiza la necesidad de suscribir acciones para las 53 No Conformidades que, si bien se encuentran codificadas, aún no cuentan con acciones de mejora definidas a la fecha.
- Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación, en su calidad de Segunda Línea de Defensa, mantener un seguimiento continuo y permanente sobre la gestión de los Planes de Mejoramiento, garantizando la actualización del consolidado institucional. Así mismo, se sugiere disponer de espacios periódicos de asesoría y acompañamiento dirigidos a la Primera Línea de Defensa y a los líderes de procesos, con el propósito de fortalecer la gestión y la toma de decisiones informadas.
- Es conveniente que la Oficina Asesora de Planeación promueva la participación activa de todos los procesos responsables en la identificación de causas raíz y formulación de acciones de mejora, permitiendo determinar de manera clara el grado de responsabilidad de cada proceso frente al cumplimiento del Plan de Mejoramiento Institucional.
- Se hace necesario que los líderes de proceso, como Primera Línea de Defensa, a dar cumplimiento estricto a la Política y al Procedimiento del Plan de Mejoramiento, particularmente en lo relativo al seguimiento, reformulación y reprogramación de acciones. Todo lo anterior debe realizarse dentro de los plazos establecidos por la normativa interna, evitando así el traslado de situaciones a la Oficina de Control Interno Disciplinario por posibles omisiones o incumplimientos.
- Se recomienda a la Primera Línea de Defensa (líderes de proceso) realizar el cargue oportuno de las evidencias en los medios dispuestos por la Entidad, con el fin de garantizar la trazabilidad de la ejecución y seguimiento de las acciones de mejora suscritas. Así mismo, se debe asegurar que los soportes documentales sean coherentes con las acciones formuladas y con las causas que originaron los hallazgos.
- Se sugiere a los líderes de proceso mantener y fortalecer los controles internos, con el propósito de subsanar de manera definitiva las causas de las No Conformidades y evitar su recurrencia. Lo anterior busca asegurar que, en el marco de los seguimientos y auditorías realizados por la Oficina de Control Interno, se pueda emitir un pronunciamiento de efectividad.
- La Primera Línea de Defensa debe verificar los pronunciamientos de ineffectividad emitidos por la Oficina de Control Interno de Gestión, los cuales se encuentran registrados en la matriz Excel anexada al presente informe



## Superintendencia de Notariado y Registro

y remitida previamente a la Alta Dirección. Con base en esta información, se deberá proceder de manera oportuna con la aplicación del análisis de causa raíz y la suscripción de nuevas acciones de mejora, en cumplimiento de los lineamientos institucionales.

La Oficina de Control Interno continuará fortaleciendo la gestión de los planes de mejoramiento mediante la estrategia de espacios de asesoría y acompañamiento dirigidos a los líderes de proceso y demás servidores que lo requieran. Adicionalmente, a través de las píldoras de control, se brindarán asesorías orientadas a robustecer la formulación de acciones de mejora, la incorporación de controles eficaces y la gestión para el cierre definitivo de las No Conformidades. Estas acciones se desarrollan con el propósito de contribuir al fortalecimiento continuo del Sistema de Control Interno, en articulación con los principios y lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Cordialmente,

**MÓNICA AMATISTA JIMÉNEZ BARROS**  
Jefe Oficina de Control Interno

**Proyecto:** Juliana Torres Zambrano – Profesional especializado OCI.

**Revisó:** Mónica Amatista Jiménez Barros - Jefe Oficina de Control Interno de Gestión.

**Anexo:** Matriz consolidada evaluación efectividad, primer semestre 2025, contenido en un (1) folio, formato Excel.



# Superintendencia de Notariado y Registro

## ANEXOS

### Anexo No. 1. No Conformidades efectividad, evaluación primer semestre 2025.

Código	Descripción	Pronunciamiento de auditor
20220303	Se identificó un posible riesgo externo que puede generarse con ocasión a los desplazamientos que debe realizar el responsable de la caja menor, a las distintas entidades bancarias para realizar los pagos y/o consignaciones de los recursos que solicitan las oficinas de registro, frente a los bienes y/o servicios recibidos por parte de los proveedores, ante las frecuentes situaciones de orden público e inseguridad que se presentan en la ciudad.	La acción se encuentra cumplida, se evidencian Res No. 01128 y Res No.01129 del 5/02/25, en las que en su artículo 8 -Manejo del Dinero, describen como administrar el dinero, y entre otros se menciona que el cuentadante podrá efectuar pagos mediante transferencia bancaria. Se da concepto de cierre de la No Conformidad.
20230606	Desconocimiento de la Guía de Usuarios SIIF Nación por parte de algunos usuarios de este Sistema, así como el proceso que se debe seguir en el momento de retiro, disfrute de vacaciones, nombramiento o encargo para desactivación del token, con el objeto de evitar el riesgo de realizar transacciones y movimientos financieros en el aplicativo, por terceras personas - Se incluye Observación 2021081105 Inexistencia de un protocolo interno en aplicación a los lineamientos, y/o directrices sobre la responsabilidad y el acceso al sistema de información financiera y contable en la entidad, a fin de prevenir, mitigar y evitar la materialización de riesgos, ( administración de usuarios SIIF Nación)	Las acciones fueron cumplidas, se evidenció guía de usuarios SIIF V3 del 30/10/24, y Actas de socialización y capacitación de las políticas y guías de usuario SIIF, realizadas a nivel Nal. Se da concepto de cierre de la No Conformidad.
2020134	Se evidencia que los espacios de distribución de los puestos de trabajo son reducidos para la movilidad de una persona y no permiten la atención de público, ni la toma de diligencias que se requieran en los procesos pues no se cuenta con la privacidad indispensable para la reserva de los cosas que se atienden. Por lo anterior, se observa incumplimiento a los numerales 7.1.4. ambiente para la operación de los procesos y 8.5.1.control de la producción y de la provisión del servicio literal d ISO 9001:2015.	Se cierra y elimina el hallazgo de acuerdo con Memorando SNR2025IE-004737-3, 26/03/2025, la OCID fue reubicada desde el año 2022 en piso 28, Edificio San Martín (Carrera 7#32-12), optimizando la distribución de espacio de puesto de trabajo y mejorando el ambiente para operación y control del proceso en cumplimiento a lo señalado en el numeral 7.1.4 y 8.5.1 literal d, ISO9001:2015, declarándose efectivo.
20240301	Se evidencia que algunas acciones programadas para el cuatrimestre a evaluar no cuentan con el soporte de cumplimiento, conforme a lo establecido en la normatividad legal vigente y el documento "Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2015" Versión 2 del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP	Se evidencio soporte documental que da cumplimiento a la actividad propuesta, y en seguimiento del III cuatrimestre del PAAC se evidencio cumplimiento del 98% de las acciones propuestas identificando un efectivo seguimiento al Plan para el respectivo cumplimiento de las acciones propuestas. Por lo anterior, se da concepto de cierre.
20240909	Incumplimiento del numeral 3.2 art 12 de la Resolución 1578 del 22 de febrero de 2023. Se incumple con la regla del reparto notarial en el aplicativo dispuesto para tal fin el cual se debe realizar de forma aleatoria eliminatoria	Se evidencia cumplimiento del cargue de las actas de set de pruebas y en reunión presentada por la Delegada de Notariado se verifica por parte de la OCI en cumplimiento de acción propuesta y la efectividad de este. Por lo anterior, se da concepto de cierre.

**Fuente:** Matriz consolidada, evaluación efectividad PM Inst. – Elaboración OCI.

**Nota:** Los anteriores pronunciamientos son considerados efectivos, razón por la cual serán eliminados de la matriz de seguimiento, sin embargo, se sugiere a la Segunda Línea de Defensa, mantener la trazabilidad y el repositorio de evidencias.