



Superintendencia de Notariado y Registro



MEMORANDO No. SNR2026IE-005219-3

OCI-130

Bogotá, D.C., 24 de febrero de 2026

PARA: Doctor RICARDO AGUDELO SEDANO, Superintendente de Notariado y Registro

DE: MÓNICA AMATISTA JIMÉNEZ BARROS
Jefe de Control Interno de Gestión

Asunto: Remisión Informe Final de seguimiento al avance del plan de mejoramiento institucional, II Semestre de 2025.

Respetado Doctor Ricardo Agudelo; 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, segundo semestre vigencia 202, frente al cumplimiento de la normativa interna vigente que reglamenta los planes de mejoramiento.

En el presente informe, se encuentran contenidos los resultados de la evaluación de efectividad, el estado del plan de mejoramiento institucional y las recomendaciones orientadas al mejoramiento continuo de la Entidad, lo anterior, con corte a 31 de diciembre de 2025.

Copia de este mismo informe, será remitido para su conocimiento y fines pertinentes, a la Oficina Asesora de Planeación y demás líderes de los procesos involucrados en este Plan, por la responsabilidad que les asiste en ejercicio de sus funciones y competencia, como Primera y Segunda Línea de Defensa respectivamente, conforme al esquema de Líneas de Defensa contemplado al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Por último, la Oficina de Control Interno de Gestión reitera su compromiso de brindar asesoría y acompañamiento frente a planes de mejoramiento.



Superintendencia de Notariado y Registro



Cordialmente,

MÓNICA AMATISTA JIMÉNEZ BARROS

Jefe de Control Interno de Gestión
Oficina de Control Interno de Gestión

Documento Firmado Electrónicamente

Anexo: Informe seguimiento al avance del plan de mejoramiento institucional, II semestre 2025, formato PDF, contenido en 20 folios.

Consolidado plan de mejoramiento institucional, segundo semestre 2025, formato Excel.

Copia FREDY MARTINEZ; NATALIA SANCHEZ; DAVID SANCHEZ; ISABELLA HERNANDEZ; ARCENIO PERALTA; ALFONSO GARCIA; ESTHER GOMEZ; LEONEL RIVEROS; LUZ BELTRAN; INGRID ORTIZ; NUBIA LOPEZ; MARIA REYES; JORGE CAÑAVERAL; LUIS ROBLES

Elaboró: JULIANA TORRES ZAMBRANO / OCI

Revisó: MÓNICA AMATISTA JIMÉNEZ BARROS / OCI

Aprobó: . MÓNICA AMATISTA JIMÉNEZ BARROS / OCI



Superintendencia de Notariado y Registro

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

OBJETIVO:

- Analizar los resultados obtenidos en la evaluación de efectividad realizada por la Oficina de Control Interno de Gestión, al segundo semestre 2025.
- Verificar el nivel de cumplimiento del plan de mejoramiento institucional y de las acciones de mejora suscritas, conforme a la evaluación de efectividad semestral.
- Constatar el cumplimiento de la normativa interna para la formulación y seguimiento de planes de mejoramiento, así como de la respectiva gestión a realizar por los procesos responsables.

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN:

Comprende el seguimiento de la gestión realizada al plan de mejoramiento institucional y de los resultados obtenidos en la evaluación de la efectividad a las acciones suscritas, correspondiente al segundo semestre 2025, producto de los informes de auditorías, informes de Ley y/o seguimiento, generados por la Oficina de Control Interno de Gestión, en cumplimiento al Plan Anual de Auditorías Internas – PAAI, vigencia 2025.

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:

La Oficina de Control Interno realiza de forma semestral la evaluación de efectividad a las acciones de mejora suscritas en el plan de mejoramiento institucional, en cumplimiento de la Ley 87 de 1993, los roles *“Enfoque hacia la prevención”* y *“Evaluación y seguimiento”* Decreto 648 de 2017 y la séptima dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), denominada *Control Interno*; Así las cosas, esta Oficina realiza mediante este informe un seguimiento al avance de las acciones de mejora suscritas, la gestión realizada por la Primera Línea de Defensa y los resultados obtenidos de la evaluación de efectividad. Para el desarrollo de este informe se aplicaron técnicas de auditorías tales como revisión documental, verificación, seguimiento y análisis de información.

En cumplimiento de los roles *“Enfoque hacia la prevención”* y *“Evaluación y seguimiento”* y en alineación con el procedimiento y políticas de operación internas que rigen los planes de mejoramiento, esta Oficina realiza verificación de las evidencias aportadas por la Primera Línea de Defensa, evaluación de efectividad de las acciones de mejora y análisis frente a los resultados obtenidos.



Superintendencia de Notariado y Registro

Este informe inicialmente detalla el estado del plan de mejoramiento institucional antes de la evaluación de efectividad, el avance de las acciones de mejora, los resultados de la evaluación de efectividad y el estado final posterior a la evaluación. Cabe la pena indicar que la evaluación de efectividad en su mayor parte se realizan en el marco de auditorías internas de gestión, informes de Ley y/o seguimiento, de acuerdo con lo programado en el Plan Anual de Auditorías Internas vigencia 2025.

Para el desarrollo del presente informe se tomo como base la información allegada mediante la matriz consolidada del plan de mejoramiento enviada por la Oficina Asesora de Planeación, mediante correo electrónico el día 9 de diciembre de 2025, en la cual se reporta el plan de mejoramiento y sus reformulaciones, el avance de las acciones de mejora y la evaluación de eficacia. Posteriormente, esta Oficina remitió a la OAP, mediante memorando SNR2026IE-003103-3 del 5 de febrero de 2026, la evaluación en la matriz Excel, con la finalidad de que se adelantará su socialización ante los líderes de procesos que cuentan con acciones de mejora bajo su responsabilidad.

Con base en lo anterior, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, realiza la revisión de las evidencias, verificación de la efectividad, es decir, que se haya subsanado la situación identificada y emite un pronunciamiento de acuerdo con lo evidenciado, así como recomendaciones.

LIMITACIONES:

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

DESARROLLO:

En cumplimiento de la normativa interna que le confiere a la Oficina de Control Interno y en su calidad como Tercera Línea de Defensa, se llevó a cabo la evaluación de efectividad a las acciones de mejora suscritas en el plan de mejoramiento institucional. Principalmente, se verificó el cumplimiento de las actividades a través del cargue de evidencias en la carpeta SharePoint a cargo de la Oficina Asesora de Planeación. Posteriormente, se analiza que la situación que dio origen a la No Conformidad haya sido subsanada, lo que implica la ejecución de acciones de mejora y controles adoptados por la Primera Línea de Defensa, que se hayan cumplido de acuerdo con las fechas de inicio y finalización, y que los controles sean de carácter preventivo y/o correctivo, a fin de eliminar la recurrencia.

Cabe la pena resaltar que el presente informe se realiza basado en los procesos del mapa histórico de la Superintendencia de Notariado y Registro, teniendo en cuenta que la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Control Interno se encuentran actualizando los procesos responsables y migrando dicha información de acuerdo con la modificación de la reestructuración de la entidad y la nueva versión del mapa por procesos.

Estado del plan de mejoramiento institucional, segundo semestre de 2025.

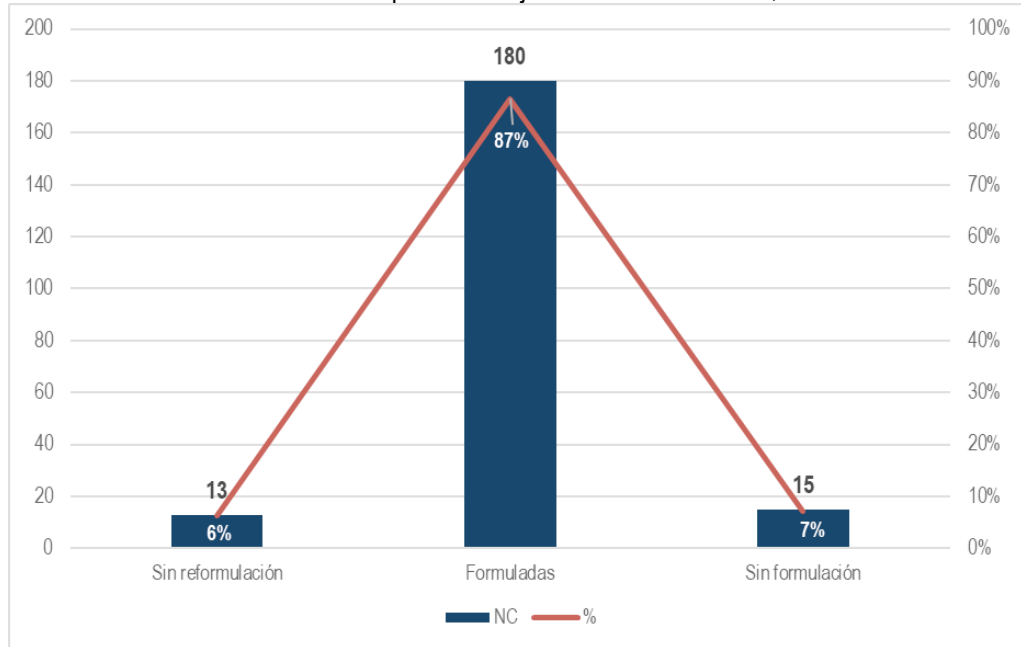
De acuerdo con la información consolidada y reportada por la Oficina Asesora de Planeación, se evidencia que antes de efectuar la evaluación el plan de mejoramiento se contaba con un total de 208 No Conformidades y 409 acciones de mejora.

Producto de una revisión inicial, se identificó que persisten las situaciones de no suscribir acciones de mejora, no reformular pese a pronunciamiento de ineffectividad, como detalla la siguiente gráfica.



Superintendencia de Notariado y Registro

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

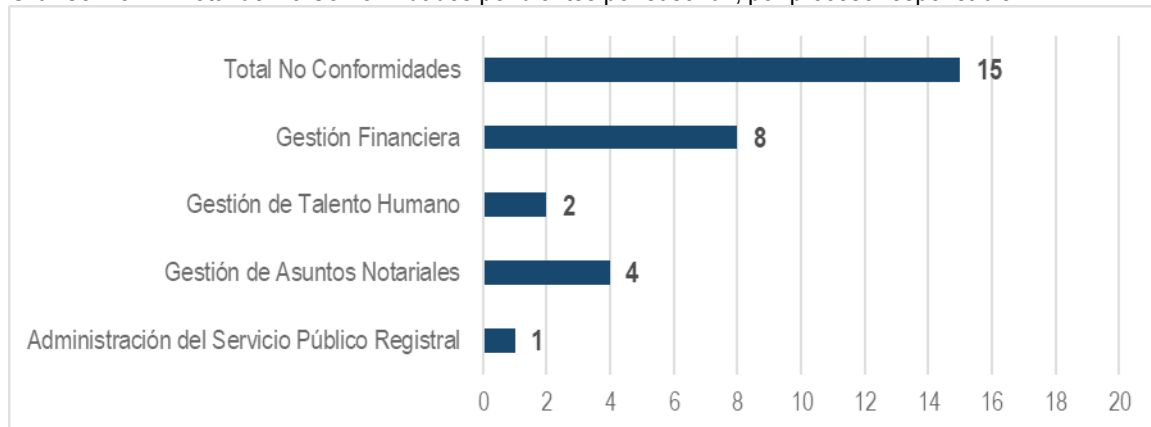


Fuente: Matriz consolidada plan de mejoramiento institucional - Elaboración propia OCI.

Frente al incumplimiento de los lineamientos establecidos en la política de operación de Formulación y Seguimiento de planes de mejoramiento, se identificó principalmente inobservancia 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, teniendo en cuenta que el 6% del Total de No Conformidades (equivalente a 13 NC), no suscribieron acciones de mejora en el tiempo establecido, del mismo modo, se incumple la política No. 10 “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”, lo cual representa el 7% y equivale a 15 No Conformidades no reformuladas pese a pronunciamiento de ineffectividad.

De acuerdo con lo anterior, se precisa que las 15 No Conformidades que se encuentran pendientes de suscribir plan de mejoramiento corresponden a cuatro (4) procesos, como detalla el siguiente gráfico.

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



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

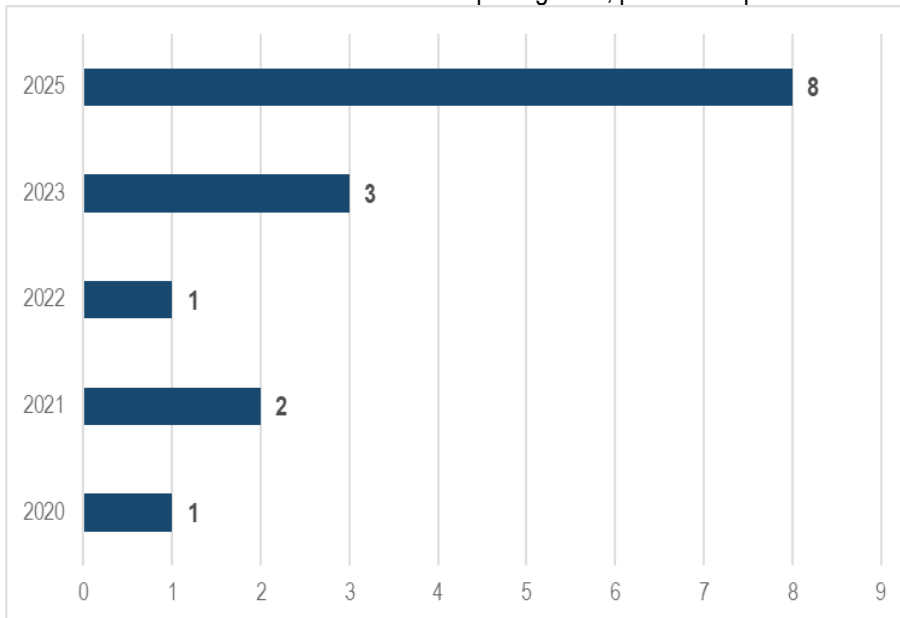


Superintendencia de Notariado y Registro

Del anterior gráfico, se evidencia que el proceso de Gestión Financiera es el que cuenta con un mayor número de No Conformidades sin suscribir acciones, seguido por Gestión de Asuntos Notariales. No obstante, esta información fue reportada por la Oficina Asesora de Planeación, a corte 30 de noviembre, por lo cual se solicitó información actualizada a la fecha, a fin de poder emitir las alertas oportunas frente a este incumplimiento.

El gráfico No. 3 representa la distribución de las No Conformidades y las vigencias a las que corresponden, estas hacen referencia aquellas que no cuentan con plan de mejoramiento suscrito. Asimismo, se observa que las No Conformidades corresponden en su mayoría a la vigencia 2025 y 2023, con un 53% y 20% respectivamente. Esta situación detalla el incumplimiento recurrente frente a la no suscripción de acciones de mejora, considerando en algunos casos, ha transcurrido más de una vigencia sin que se dé cumplimiento a la normativa interna.

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 procesos, segundo semestre 2025.

En la siguiente tabla se detallan las 208 No Conformidades y 409 acciones de mejora, desagregadas por procesos responsables, de acuerdo con el anterior mapa por procesos de la SNR. Estas No Conformidades surgen del ejercicio de evaluación independiente que realiza la Oficina de Control Interno.

Tabla No. 1. Estado plan de mejoramiento institucional por proceso, segundo semestre 2025.

DEPENDENCIA Y/O PROCESO	TOTAL NC 2025	TOTAL ACCIONES
ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO NOTARIAL	4	9
ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO REGISTRAL	12	28
COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	3	3
CONTROL A SUJETOS OBJETO DE SUPERVISIÓN	2	2
CONTROL DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	6	34
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	1	1
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	14	29
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	29	57



Superintendencia de Notariado y Registro

DEPENDENCIA Y/O PROCESO	TOTAL NC 2025	TOTAL ACCIONES
GESTIÓN CONTRACTUAL	7	8
GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	36	77
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO INNOVACIÓN, DESARROLLO E INVESTIGACIÓN I+D+I	3	6
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	25	43
GESTIÓN DOCUMENTAL	1	8
GESTIÓN FINANCIERA	26	41
OIVC - TIERRAS	9	16
ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL NOTARIAL	1	3
RELACIONAMIENTO CON EL CIUDADANO	6	13
GESTIÓN DE ASUNTOS NOTARIALES	4	4
SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	19	27
TOTAL NO CONFORMIDADES	208	409

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

De acuerdo con la información consolidada en la anterior tabla, antes de la evaluación de efectividad contaba con un total de 208 No Conformidades y 409 acciones suscritas. A continuación, se presenta las situaciones identificadas del estado inicial.

- 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 (36 NC), lo cual representa el 17% del total del plan. Asimismo, el proceso de Gestión Administrativa con 29 No Conformidades representa el 14% del total de No Conformidades.
- Para el caso de los procesos Orientación, Inspección, Vigilancia y Control Notarial, Gestión Documental, y Control Disciplinario Interno registran una (1) No Conformidades, lo que puede interpretarse como menor frecuencia de identificación de No Conformidades.
- Frente a las 16 No Conformidades, asociadas al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), no han sido objeto de evaluación ni seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno, en tanto que la responsabilidad de su verificación y evaluación ha sido asumida directamente por el área de Talento Humano.

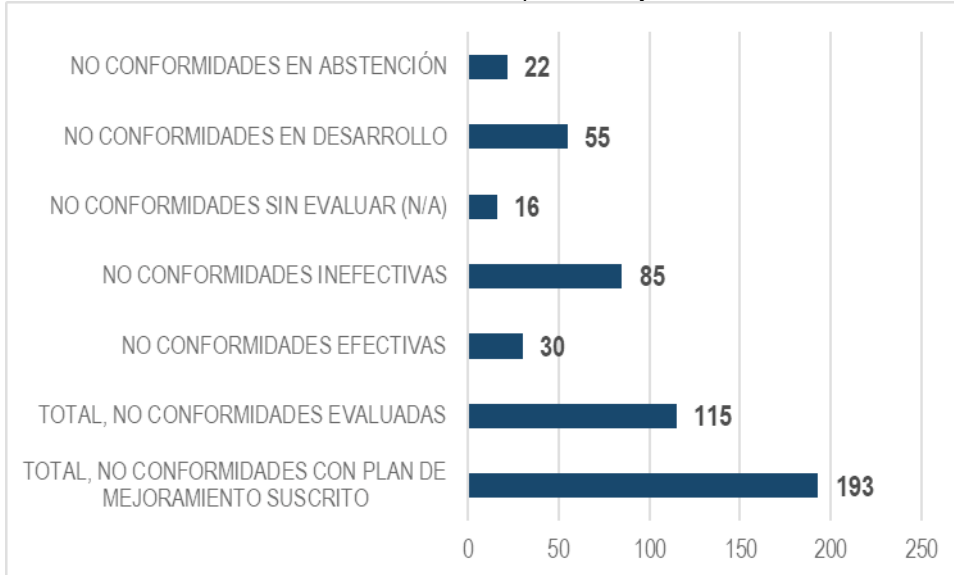
Evaluación efectividad plan de mejoramiento institucional, II semestre 2025.

Esta Oficina realizó la evaluación del 55% del total plan de mejoramiento, correspondiente a un total de 115 No Conformidades. Esta evaluación se realizó en el marco de informes emitidos durante el segundo semestre 2025, conforme a las actividades plasmadas en el plan anual de auditorías internas, considerando la necesidad de verificar de manera específica las acciones y controles implementados para atacar cada una de las causas que originaron las No Conformidades. Los resultados globales se ilustran en el siguiente gráfico.



Superintendencia de Notariado y Registro

Gráfico No. 4. Resumen evaluación efectividad plan de mejoramiento institucional, II 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 55% del plan de mejoramiento institucional que cuenta con acciones de mejora, asimismo, se identificó que el 26% del plan corresponde acciones que aún se encuentran en estado de desarrollo, razón por la cual no fue posible realizar una evaluación definitiva. De igual manera, esta Oficina se abstuvo de emitir pronunciamiento del 22 No Conformidades (11%), teniendo en cuenta que deberán ser tenidos en cuenta en el marco de informes para evaluar a profundidad y determinar el nivel de cumplimiento; por último, no se evaluó el 8% (16 No Conformidades), dado que la verificación de estas fue asumida por el proceso de Gestión del Talento Humano por tratarse del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG SST).
- Se evidenció un nivel de efectividad del 14%, es decir, 30 No Conformidades, teniendo en cuenta que se implementaron las acciones correctivas y/o preventivas que subsanaron las situaciones identificadas, mientras que el nivel de ineffectividad fue del 41%. En consecuencia, el resultado global de la evaluación fue clasificado como **INEFECTIVO**.

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

Tabla No. 2. Resultado evaluación de efectividad del plan de mejoramiento institucional por procesos, segundo semestre 2025.

PROCESO	EFECTIVOS		INEFECTIVOS		ABSTENCIÓN		EN DESARROLLO		NA	
	NC	ACCIONES	NC	ACCIONES	NC	ACCIONES	NC	ACCIONES	NC	ACCIONES
ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO NOTARIAL	0	0	2	6	0	0	2	3	0	0
ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO REGISTRAL	2	3	7	18	3	7	0	0	0	0
COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0
CONTROL A SUJETOS OBJETO DE SUPERVISIÓN	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0
CONTROL DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	1	4	0	0	0	0	5	30	0	0
CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0



Superintendencia de Notariado y Registro

PROCESO	EFECTIVOS		INEFECTIVOS		ABSTENCIÓN		EN DESARROLLO		NA	
	NC	ACCIONES	NC	ACCIONES	NC	ACCIONES	NC	ACCIONES	NC	ACCIONES
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACIÓN	0	0	6	11	5	10	3	8	0	0
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	5	12	16	27	5	15	3	3	0	0
GESTION CONTRACTUAL	0	0	1	2	0	0	6	6	0	0
GESTIÓN DE LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN	4	8	14	20	3	4	15	45	0	0
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO INNOVACIÓN, DESARROLLO E INVESTIGACIÓN I+D+I	0	0	3	6	0	0	0	0	0	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	0	0	10	13	1	2	14	28	0	0
GESTIÓN DOCUMENTAL	0	0	1	8	0	0	0	0	0	0
GESTIÓN FINANCIERA	9	9	14	27	1	1	2	4	0	0
OIVC - SDPFR.Tierras	3	3	3	5	0	0	3	8	0	0
ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL NOTARIAL	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0
RELACIONAMIENTO CON EL CIUDADANO	0	0	3	7	2	5	1	1	0	0
GESTIÓN DE ASUNTOS NOTARIALES	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0
SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	1	2	1	4	0	0	1	3	16	18
TOTAL	30	48	85	158	22	46	55	139	16	18

Fuente: Evaluación de efectividad - Elaboración propia OCIG.

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

- Los procesos con mayor número de No Conformidades evaluadas como efectivas corresponden a Gestión Financiera (9 NC) y Gestión Administrativa (5 NC), de las cuales se evidenció cumplimiento de las acciones de mejora y que se subsanaron las situaciones identificadas. De igual manera, los procesos Comunicación Estratégica, Control Disciplinario Interno y Orientación, Inspección, Vigilancia y Control Notarial, lograron el cierre del 100% de las No Conformidades que se encontraban bajo su responsabilidad.
- En cuanto a la evaluación de ineffectividad, los procesos que concentraron el mayor número de No Conformidades en esta condición fueron: Gestión Administrativa, con 16 No Conformidades y Gestión de las tecnologías de la Información, con 14 No Conformidades. 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 reformular con acciones correctivas y preventivas que tiendan a eliminar el origen estructural de las situaciones identificadas.

Dado el alto nivel de ineffectividad, se reitera a los líderes de los procesos y a la Oficina Asesora de Planeación, en su calidad de Primera y Segunda Línea de Defensa respectivamente, que es necesario fortalecer la cultura de autocontrol, el seguimiento y monitoreo de los planes de mejoramiento, a fin de garantizar la efectividad de las acciones, contribuyendo con el fortalecimiento del Sistema de Control Interno y la prevención de la materialización de riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos institucionales.

- En estado de abstención se obtuvo un total de 22 No Conformidades, teniendo en cuenta que el equipo auditor realizará su evaluación de efectividad 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, de acuerdo con la evaluación a realizar en el primer semestre 2026.



Superintendencia de Notariado y Registro

Cabe la pena resaltar que la Oficina de Control Interno, durante la vigencia 2025, desarrollo la estrategia denominada “Una Milla Extra”, tendiente a brindar asesoría y acompañamiento a los procesos, frente a debilidades presentadas conforme a las No Conformidades abiertas bajo su cargo. Esto con la finalidad de reducir la cantidad de Hallazgos y No Conformidades presentadas. No obstante, 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.

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

En la tabla No. 3 se detalla el estado final del plan de mejoramiento distribuido por proceso, posterior a la evaluación de efectividad, el cual se encuentra conformado por 178 No Conformidades y 361 acciones de mejora, bajo la responsabilidad de 16 procesos principalmente responsables. A continuación, se detalla la información.

Tabla No. 3. Estado final del plan de mejoramiento institucional, posterior a la evaluación de efectividad.

PROCESO	TOTAL	
	TOTAL NC	TOTAL ACCIONES
ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PUBLICO NOTARIAL	4	9
ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PUBLICO REGISTRAL	10	25
CONTROL A SUJETOS OBJETO DE SUPERVISIÓN	2	2
CONTROL DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	5	30
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACIÓN	14	29
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	24	45
GESTION CONTRACTUAL	7	8
GESTIÓN DE LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN	32	69
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO INNOVACIÓN, DESARROLLO E INVESTIGACIÓN I+D+I	3	6
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	25	43
GESTIÓN DOCUMENTAL	1	8
GESTIÓN FINANCIERA	17	32
OIVC - SDPFR.Tierras	6	13
RELACIONAMIENTO CON EL CIUDADANO	6	13
GESTIÓN DE ASUNTOS NOTARIALES	4	4
SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	18	25
TOTAL	178	361

Fuente: Evaluación de efectividad - Elaboración propia OCI.

Teniendo en cuenta el alto nivel de ineffectividad y la recurrencia de este resultado en las evaluaciones de efectividad semestrales, esta Oficina en cumplimiento de la política de operación del procedimiento “Formulación y Seguimiento a Planes de Mejoramiento” versión 4, fecha: 11/11/2021, No. Política 12, se dispondrá a comunicar a la Oficina de Control Interno Disciplinario aquella recurrencia. Por tanto, se sugiere a los líderes de los procesos propender por el cumplimiento del plan de mejoramiento en los términos establecidos y tener en cuenta las recomendaciones realizadas para una correcta suscripción de acciones de mejora, asimismo, tener en cuenta todas las sugerencias que se realizan en el marco de informes de auditorías, informes de Ley y/o seguimiento.

Por último, en la tabla No. 4 se detalla el estado final por proceso responsable y por vigencia.



Superintendencia de Notariado y Registro

Tabla No. 4. Estado final del plan de mejoramiento institucional, por vigencia y proceso.

DEPENDENCIA Y/O PROCESO	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO NOTARIAL	0	0	0	0	0	4	0
ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO REGISTRAL	1	0	0	0	8	0	1
CONTROL DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	0	0	0	0	4	1	0
GESTIÓN DE ASUNTOS NOTARIALES	0	0	0	0	0	0	4
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	2	1	0	1	8	1	1
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	3	0	1	3	8	9	0
GESTIÓN CONTRACTUAL	0	2	0	0	2	2	1
GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	10	0	9	6	7	0	0
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	3	2	0	5	3	7	5
GESTIÓN DOCUMENTAL	0	0	0	0	1	0	0
GESTIÓN FINANCIERA	2	0	1	0	7	0	7
OIVC - TIERRAS	0	0	0	4	2	0	0
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO INNOVACIÓN, DESARROLLO E INVESTIGACIÓN I+D+I	0	0	0	0	0	0	3
RELACIONAMIENTO CON EL CIUDADANO	0	1	0	2	0	0	3
SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	0	0	0	0	4	13	1
CONTROL A SUJETOS OBJETO DE SUPERVISIÓN	0	0	0	0	0	0	2
TOTAL NO CONFORMIDADES	21	6	11	21	54	37	28

Fuente: Evaluación de efectividad - Elaboración propia OCI.

De la anterior tabla se evidencia que las vigencias 2023 y 2024 son las que cuentan con mayor cantidad de No Conformidades, de igual modo, es importante, tener en cuenta el estado final por proceso responsable y por vigencia, dado que permitirá verificar el estado de las No Conformidades y poder tomar decisiones basados en esta información.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La suscripción de acciones de mejora en los planes de mejoramiento tienen la finalidad de subsanar las causas que originan las No Conformidades, esto mediante la implementación de controles y acciones de tipo preventivo y/o correctivo que permitan subsanar las situaciones identificadas.

Como resultado global de la evaluación de efectividad se evidenció una **inefectividad del 41%**, lo cual proporcionalmente alto al nivel de **efectividad que fue del 14%**, lo cual indica que solo una mínima parte de las acciones implementadas han logrado subsanar las causas y las No Conformidades. Asimismo, se observó que se continúa incumpliendo el procedimiento y políticas de operación específicamente frente a la formulación de planes de mejoramiento, reformulación frente a pronunciamiento de ineffectividad, el vencimiento de las acciones y su cumplimiento en las fechas establecidas, razón por la cual esta Oficina alerta sobre dicho incumplimiento.

Así las cosas, se reitera a los líderes de los procesos la necesidad de dar cumplimiento a la normativa interna que regula la suscripción y seguimiento de planes de mejoramiento, asimismo, se sugiere la implementación de las metodologías para realizar un análisis causa raíz y suscripción de acciones de mejora preventivas y/o correctivas.

Por último, la Primera Línea de Defensa deberá formular e implementar un plan de contingencia, orientado a subsanar las No Conformidades más antiguas, esta medida es fundamental, toda vez que su permanencia sin generar su cierre efectivo representa un continuo riesgo para la gestión institucional, especialmente en los



Superintendencia de Notariado y Registro

relacionado con el cumplimiento oportuno de los planes de mejoramiento y el impacto sobre el Sistema de Control Interno.

De acuerdo con los resultados de la evaluación realizada al Plan de Mejoramiento Institucional, a continuación, se relacionan las 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 27 No Conformidades. Esta medida es fundamental, dado que su permanencia sin cierre definitivo constituye un riesgo relevante para la gestión institucional y del Sistema de Control Interno.
- Aplicar la metodología de análisis de causa raíz, diligenciando de forma adecuada los formatos establecidos por la Entidad y garantizar el cargue ordenado de evidencias 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 15 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. Asimismo, 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, den 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. Igualmente, se debe asegurar que los soportes documentales sean coherentes con las acciones formuladas y con las causas que originaron las No Conformidades.
- 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 y remitida previamente a la Oficina Asesora de Planeación para su respectiva socialización. 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 generando espacios de asesorías y acompañamientos a los procesos, a fin de contribuir con el mejoramiento continuo.** Adicionalmente, a través de las píldoras de



Superintendencia de Notariado y Registro

fomento del auto control, se brindarán asesorías orientadas a robustecer la formulación de acciones de mejora, la implementación 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, segundo semestre 2025, contenido en un (1) folio, formato Excel.



Superintendencia de Notariado y Registro

ANEXOS

Anexo No. 1. No Conformidades efectividad, evaluación segundo semestre 2025.

CODIGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN NC	Pronunciamiento de Efectividad Auditor 31-12-2025
2019202	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Incertidumbre en la información registrada en las cuentas de propiedad planta y equipo, en relación con bienes muebles y equipos de cómputo, ocasionados por la falta de una base de datos consistente para el manejo y control de éstos, así mismo de los valores registrados por concepto de depreciación. Se observaron diferencias en la información contenida en las bases de las bases de datos de las Oficinas de registro y la consolidada en el nivel Central.	Las acciones fueron cumplidas, se cargaron evidencias, en evaluación al SCIC se observó que la situación fue subsanada ya que una vez revisadas las bases de datos del HGFI y las conciliaciones de las diferentes regionales, se identificó que no existen diferencias, tanto en el costo histórico como en la depreciación acumulada, lo cual evidencia el control adecuado de las cifras en los estados financiero, por tanto, se recomienda el cierre de la no conformidad.
2019202	ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL NOTARIAL	No se da cumplimiento al numeral 4 de la actividad número 8 del procedimiento de "Visitas generales", toda vez que, en auditoría de gestión, se evidenció la existencia de 465 planes de mejoramiento resultantes de las visitas realizadas en los años 2011 a 2017, pendientes de seguimiento y control.	De acuerdo con informe de auditoría interna realizada a la Superintendencia Delegada para el Notariado, radicado No. SNR2025IE-035157-3, se evidenció el cumplimiento de las acciones de mejora suscritas, de igual forma, se pudo establecer que la situación ha sido subsanada y en la actualidad no se presenta, teniendo en cuenta que el proceso realiza seguimiento a los planes de mejora resultado de las visitas y se generan los respectivos requerimientos a las notarias para que se cumplan las acciones de mejora. En virtud de lo anterior, se dio concepto favorable de cierre.
2019209	GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	Se observó que el módulo PQRS contiene una ventana para el reporte de incidencias, el cual no se está utilizando ya que estas están llegando por correo electrónico. Esta situación podría conllevar a que se pierda el control a los requerimientos de asistencia y/o soporte que se pueda presentar a nivel nacional.	Verificada la OneDrive se evidencia cumplimiento del PM observando Resolución 2210 del 05-03-2025, Por la cual se adopta el Sistema de Gestión de Documento electrónico (SGDEA) denominado "DOCUSUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO" en la SNR y se establecen disposiciones para su implementación y uso, es decir, se subsana la situación. Se recomienda el cierre
2019204 a	GESTIÓN FINANCIERA	Se evidenció que no se realiza conciliación mensual de la información estadística de los ingresos reportados por SIR y Folio con la contenida en los cuadros resumen de ingresos mensuales elaborados por cada oficina de Registro, los cuales corresponden al documento que soporta los registros contables en el SIIF; esta situación podría considerarse una causa para materializar el riesgo de generar información contable incompleta que no revele la totalidad de los hechos económicos y financieros de la Superintendencia".	Las acciones se encuentran cumplidas, se cargaron evidencias, en informe de SCIC se evidenciaron conciliaciones mensuales en donde las diferencias se encuentran sustentadas y justificadas. Se recomienda su cierre
2019208	GESTIÓN FINANCIERA	Se observaron diferencias entre la información contenida en los aplicativos misionales y la registrada presupuestalmente en el SIIF; en relación con porcentaje del 28% de los ingresos para la Entidad; así mismo, en relación con el porcentaje de liquidación del 72% de los ingresos para la distribución de la Ley 55 de 1985. Las anteriores situaciones, podrían dar lugar al riesgo de trasladar recursos a Entidades Oficiales por valores diferentes a los que legalmente corresponden.	En la verificación realizada de manera directa a la liquidación de la Ley 55/85 para la vigencia 2025, se verificó mediante el Informe de análisis de ingresos misionales SIR y FOLIO vs Estados Financieros al 31 de octubre, que los ingresos por registro de instrumentos públicos se encuentran conciliados, así como la base para el cálculo de las transferencias de Ley 55. Expuesto lo anterior, se da concepto de cierre.
20211012	GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	Verificada la pag. web de la entidad, no se es posible identificar el número de vínculos visitados en ésta por los usuarios (visitas de los contenidos de página); adicionalmente, los enlaces del sitio web, no indican claramente el contenido al cual conducen, como en el caso de los informes subidos al enlace de Control, como se muestra en el anexo, en uso de las buenas prácticas establecidas y recomendadas en la Guía de Accesibilidad de Contenidos Web para los procesos de actualización, estructuración, reestructuración, diseño, rediseño del portal web y sedes electrónicas, así como de los contenidos existentes en éstas.	Se observó que las actividades fueron cumplidas, con "Informe actualizado home sede electrónica con fecha Julio de 2025" actividad que estaba programada para cumplimiento 30-07-2025. También se observan actas de reunión de fechas 15-07-2025, 04-08-2025, 10-09-2025- Correo para "hacer entrega oficial del desarrollo solicitado". Según evaluación realizada en informe seguimiento políticas de Gobierno y Seguridad Digital, se determinó la efectividad de las acciones, toda vez que la entidad ha logrado avanzar en cumplimiento con los lineamientos mínimos de accesibilidad web,



Superintendencia de Notariado y Registro

CODIGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN NC	Pronunciamiento de Efectividad Auditor 31-12-2025
			<p>garantizando que su portal es comprensible, perceptible, operable y robusto, en conformidad con los criterios establecidos por el MinTIC y las Pautas de Accesibilidad para el Contenido Web. Por lo anterior, se da concepto de cierre.</p>
20211013	GESTIÓN DE LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN	<p>El Plan de Tecnologías de la Información, así como el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de Seguridad de la Información - PESI no han sido aprobados; y no se encontró su publicación en la página web de la entidad; en los borradores presentados como evidencia en el desarrollo de la auditoría, se identificó la falta de documentación de algunas actividades de la estructura definida por el MINTIC a través de las diferentes Guías - Guía G.ES.06- Guía como estructurar el plan estratégico de Tecnologías de la Información – PETI; Versión: 1.1.Oct.2019; inobservándose con éste, el cumplimiento frente a lo establecido en el Decreto 2723 de 2010 artículo 17 numeral 1- “Funciones de la Oficina de Tecnologías de Información. Son funciones de la Oficina Tecnologías de la Información, las siguientes: 1. Asesorar al Despacho del Superintendente en la definición de las políticas, planes, programas y procedimientos relacionados con el uso y aplicación de tecnologías informáticas, que contribuyan a incrementar la eficiencia y eficacia en diferentes dependencias de Superintendencia, así como a garantizar calidad en la prestación los servicios.”, igualmente se puede incumplir lo determinado en el Decreto 612 de 2018 – “Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado.” Adicionalmente, se advierte sobre el riesgo de no contar con el recurso necesario que debe disponerse presupuestalmente, para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos que debe trazar el área de tecnologías a través de una adecuada planeación, control y seguimiento, mediante la formalización de planes estratégicos; para permitir con éste, no solo la alineación y coherencia de los planes, programas y proyectos implementados en TI con los incorporados en el PETI institucional; sino también, para fortalecer la justificación de las necesidades y estudios de mercado en los procesos de contratación asociados a los proyectos tecnológicos que se adelanten en la Entidad y determinar con suficiente claridad, los productos o servicios que se esperan obtener en términos calidad y cantidad, a fin de garantizar los indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad; adicionalmente, en aras de determinar el valor real de los contratos tecnológicos que se requieran adelantar en la Entidad y cumplir a cabalidad con los principios de la contratación pública, en aras de evitar la materialización de riesgos que puedan afectar el cumplimiento del Proceso Contractual y las consecuencias que con éstos, se puedan generar en otros procesos.</p>	<p>Según la revisión realizada se evidenció que estos dos planes fueron realizados conforme a los lineamientos establecidas por el MINTIC; así mismo, se evidenció que fueron aprobados en comité Institucional de Gestión y Desempeño virtual del 27 de mayo al 6 de junio de 2025; también se evidenció la alineación de estos dos planes con el Plan Anual de Acción de la SNR, el cual es sujeto a seguimiento al cumplimiento por parte de la Segunda Línea de Defensa de manera trimestral; También se observó el video de “Presentación Plan Estratégico de seguridad de la Información (PESI) y roles del SGSI” del 19 de septiembre de 2025. Por lo anterior, se da concepto de cierre. Por lo anterior, se determinó que las acciones fueron cumplidas y son efectivas. Por lo anterior, se da concepto de cierre.</p>
20211021	GESTIÓN DE LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN	<p>No se presentaron evidencias de la realización de un convenio que permita establecer el cumplimiento frente al acuerdo marco de interoperabilidad para Gobierno Digital, situación por la cual se materializa el incumplimiento del numeral 2.2.1 -Elementos de Gobernanza de la Interoperabilidad, que señala: “Contrato de descripción del servicio de intercambio: Deberá existir un contrato de descripción del servicio de intercambio de información entre el proveedor y consumidor del servicio para garantizar la correcta “entrega” del servicio...”; en cuanto al Monitoreo y disponibilidad del servicio: “Los contratos de servicio de intercambio deben ser monitoreados a través de indicadores que darán cuenta de la disponibilidad del servicio de intercambio de información y deben estar disponibles en cualquier momento”. Así mismo, se advierte</p>	<p>La acción propuesta para la No Conformidad fue efectiva, dado que se cuenta con los protocolos debidamente suscritos con distintas entidades, es decir, entre el proveedor y consumidor del servicio de información, actividad de control para garantizar una transferencia de información segura; se sugiere continuar documentando todo acuerdo donde exista la interoperabilidad. Por lo tanto, se realiza el cierre del presente hallazgo.</p>



Superintendencia de Notariado y Registro

CODIGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN NC	Pronunciamiento de Efectividad Auditor 31-12-2025
		sobre la necesidad de dar cumplimiento al Decreto No.1377 de 2013, artículo 4, en cuanto a la "Recolección de los datos personales" y al artículo 5 "Autorización". De otra parte, no se cuenta con evidencias de las diferentes actas de reunión realizadas, en atención de cada una de las actividades programadas, generando el riesgo de no contar con trazabilidad de las decisiones tomadas sobre el tema.	
20220311	SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	Se evidencia que la entidad, no está realizando el seguimiento e inspección periódica de los equipos de extinción de incendios; así como, lo referente a los procesos de compra y/o mantenimiento anual de los mismos, incumpliendo el numeral 12 del artículo 2.2.4.6.25 capítulo 6 del Decreto 1072 de 2015.	En auditoría realizada a la Orip Barranquilla se evidencia que fue realizada la recarga a los extintores y cuentan con vida útil hasta el mes de sept de 2026. Se da concepto de cierre.
20220733	OIVC - SDPFR. Tierras	Revisados los riesgos tecnológicos identificados en la matriz de riesgos del programa y de acuerdo con la responsabilidad que le asiste a la SNR, frente a la muestra seleccionada de riesgos (18-28-51-62), se detectó que aunque la Oficina de Tecnologías de la Información presentó algunos documentos como soporte de las 7 acciones de mitigación, se determinó que éstos no permiten evidenciar la ejecución de las acciones establecidas en materia de prevención, o no están siendo documentadas, a fin de evitar la materialización de cada uno de los riesgos identificados.	Se cumple la acción, se evidenció matriz de riesgos de Política/Crédito (V3, sep/2022) ajustada por la SNR, además del correo de envío al DNP en 2024 y 2025, no obstante, el DNP en respuesta de sep/2025 propone continuar con la matriz de riesgos actual del programa de acuerdo con los lineamientos del Banco Interamericano de desarrollo (BID). Por lo anterior, se da concepto de cierre.
20230929	GESTIÓN FINANCIERA	Falta de controles en la aplicación de actividades por desactualización del Procedimiento de Registro del Informe Estadístico Notarial; toda vez que este proceso fue suprimido del mapa proceso de la entidad, pese a existir disposiciones legales del ámbito notarial que exige mayores controles, se continúa realizando la actividad de verificación a través del diligenciamiento de formatos en Excel (manual), para su control y seguimiento de la información reportada en los IEN, por debilidades en la funcionalidad del aplicativo SIN por obsolescencia; así mismo, no se está determinando con certeza la procedencia de cada uno de los conceptos liquidados, respecto a los trámites reportados por las notarias del País, en razón a que no existe la misma discriminación de los trámites de escrituración y el valor liquidado en los Informes Estadísticos Notariales -IEN en el formato MANUAL que el generado por el SIN; de igual forma, no se encuentra articulación con la responsabilidad y competencia que le asiste al líder del Grupo de Recaudos y Subsidios Notariales a través de lo establecido en el Literal "a" del Artículo Tercero y Parágrafo Primero del Artículo Quinto de la Resolución 02730 del 26 de marzo del 2021, por lo anterior, se estaría desatendiendo compromisos y responsabilidades institucionales desde el aspecto notarial, información financiera y demás registros de los hechos económicos de la operación del Fondo Cuenta Especial de Notariado, permitiendo que existan fallas o errores en la ejecución de actividades sin los controles necesario y suficientes, para evitar el daño antijurídico.	Se cumple la acción, se presentan actas de mesas de trabajo de rediseño del SIN y Procesos del FCEN en 2025, asimismo, se evidenció actualización de procedimientos (CONCILIACION BANCARIA DE LOS INGRESOS; DEVOLUCION DE DINERO A NOTARIOS DEL PAIS; LIQUIDACION Y PAGO SUBSIDIO NOTARIAL y REGISTRO INFORMES ESTADISTICOS NOTARIALES). Por lo anterior, se da concepto de cierre.
20230930	GESTIÓN FINANCIERA	Falta de seguimiento y control frente al cumplimiento de las visitas especiales financieras fijadas a través de las actas de Comité de Estudio de Información de Subsidios Notariales de la vigencia 2022, toda vez que, si bien se evidenció la necesidad y la urgencia de practicar las visitas especiales financieras para establecer el reconocimiento de pago de subsidios de algunas notarias del País, con el acompañamiento de la Delegada para el Notariado, no todas las solicitudes reflejan autos de visitas practicadas por el GSRN y OIVC, a pesar de	Se cumple la acción, se presenta Acta de visita especial Unión Valle, mayo/2022, Acta de comité subsidios No. 4, marzo/2022 y correo respuesta a la Delegada de Notariado, Memorando SNR2023IE000552; con la evidencia presentada, se corroborar que la visita del comité de Subsidios Notariales solicitadas en el 2022 se realizó. Por lo anterior, la acción es efectiva, se da concepto de cierre.



Superintendencia de Notariado y Registro

CODIGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN NC	Pronunciamiento de Efectividad Auditor 31-12-2025
		observarse la reiteración de su necesidad en las diferentes actas de comité adelantados en la vigencia 2022, lo anterior denota, la ausencia de control por parte del Grupo de Recaudos y Subsidios Notariales sobre la ejecución y cumplimiento de las visitas especiales financiera fijadas como compromiso en razón a lo establecido en el Numeral "f" del artículo 2do de la Resolución 02730 del 26 de marzo del 2021, como lo señalado en el numeral 9 del artículo 6 del Decreto 1554 de 2022, situación que genera la posible materialización del riesgo de incumplir las obligaciones legales para con el Fondo Cuenta Especial de Notariado, toda vez que, se estaría dejando de verificar, revisar, confrontar y corroborar la información que se declara y remite en los informes estadísticos notariales, entre otros criterios de verificación normativa, aplazando la procedencia o improcedencia del reconocimiento del subsidio, sin advertir o considerar que existen algunas notarias, cuya subvención está bloqueada desde vigencias anteriores o pendiente hasta tanto se realicen las visitas correspondientes	
20230931	GESTIÓN FINANCIERA	Incumplimiento de la Instrucción Administrativa No. 04 del 14 de marzo del 201425 de la Superintendencia de Notariado y Registro por parte del Grupo de Recaudos y Subsidios Notariales, toda vez que se omite por parte de algunas notarias subsidiadas del País dar cumplimiento a la instrucción Administrativa No. 04 del 14 de marzo del 2014, de igual forma, se evidenció que no se está efectuando la revisión y/o análisis por parte del Grupo de Recaudos y Subsidios Notariales al contenido de los informes especiales que algunas de las notarias subsidiadas reportan semestralmente, tampoco se hace requerimientos a los notarios en el marco de los términos de presentación de dichos informes, así mismo, resulta importante advertir que tampoco se le está dando cumplimiento en lo relacionado con el deber de incluir el diseño del formato de anexo a la instrucción en la plataforma tecnológica del sistema de información notarial -SIN- para que su contenido obre en dicho sistema, en función de contribuir con el cumplimiento del programa al cual se comprometió la entidad, para verificar el uso que se le da a los ingresos provenientes de la subvención a los Notarios de ingresos insuficientes, por lo anterior y ante la ausencia de control y seguimiento, no solo contraviene lo señalado por la citada instrucción frente al programa, sino también lo ordenado en el Artículo Tercero del Fallo26 del Consejo de Estado, situación que expone al Sujeto Auditado frente a una falta disciplinaria, toda vez que se estaría incumpliendo con lo establecido en el numeral 1, artículo 38. Deberes, Capítulo II – Deberes, de la Ley 1952 del 2019.	Se cumple la acción, se presenta Informe especial 2do sem/2024, oficio modificación Instrucción Administrativa No. 04/2014 (SNR2024IE021748), Circular 448-20/12/2024; se subsana la causa generadora de la NC detectada, el informe permite ejercer control y seguimiento en cumplimiento a la Sentencia/2013 del Concejo de Estado. Por lo anterior, la acción es efectiva, se da concepto de cierre
20230932	GESTIÓN FINANCIERA	Desactualización e insuficientes indicadores formulados para medir el desempeño de la Gestión de las actividades que enmarcan el Recaudos y Subsidios Notariales, por cuanto el Proceso de Gestión Recaudos y Subsidios Notariales, no se encuentra vigente en el Mapa de Proceso actual, situación que contraviene los objetivos y lineamientos que enmarcan el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, además de lo señalado por el Procedimiento Seguimiento a la Gestión de los Procesos y el Procedimiento Formulación de Indicadores de Gestión, considerando que existen criterios de verificación en las	Se cumple la acción, se actualiza los indicadores de gestión del proceso de gestión Financiera, permitiendo medir el desempeño de las actividades que enmarcan el Recaudos y Subsidios Notariales. Por lo anterior y de acuerdo con la verificación de la hoja de vida de los indicadores con su reporte mensual, se da concepto de cierre.



Superintendencia de Notariado y Registro

CODIGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN NC	Pronunciamiento de Efectividad Auditor 31-12-2025
		disposiciones y reglamentaciones de subsidios notariales que exigen mayor control en su aplicación, teniendo en cuenta la responsabilidad legal e institucional que tiene la Superintendencia de Notariado y Registro como administradora de los recursos, lo cual advierte la ausencia de control en el seguimiento y monitoreo, así como afectar la capacidad de medir efectivamente el desempeño de la Gestión de las actividades relacionadas con el Recaudos y Subsidios Notariales a través de la herramienta de seguimiento a los procesos.	
20230933	GESTIÓN FINANCIERA	Diferencias recurrentes entre los valores de los ingresos reportados en el aplicativo SIN y la Contabilidad de la entidad por concepto de aportes y recaudos de las notarias. Se han detectado diferencias entre los valores de los ingresos reportados en el aplicativo SIN y la contabilidad por concepto de aportes y recaudos de las notarias, siendo recurrente la ineffectividad de las acciones de mejora propuestas en los planes de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República-CGR, para subsanar estas desviaciones; generándose en consecuencia, el incumplimiento frente a lo dispuesto en el Procedimiento de Planes de Mejoramientos y la Política de Operación	Se cumple la acción, en el desarrollo del informe anual de evaluación del control interno contable 1er sem/2025, se evidenció que al realizar el cruce de información entre el aplicativo SIN y SIIF, se presentan diferencias, pero las mismas son justificadas en la conciliación lo cual se genera por la dinámica contable entre lo recaudado y causado, por tanto, se da concepto de cierre.
20231136	CONTROL DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	Incumplimiento del Procedimiento Seguimiento a la Gestión de los Procesos y a la Planeación Institucional v.05. 2022 y la Guía metodológica para la Construcción de Indicadores v.02. 2022. Se observó que los indicadores de las Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos, no corresponden a la estructura actual del Mapa de Procesos vigente de la SNR; contrario a esto, se encuentran asociados al macro proceso Gestión Técnica Registral y a los Procesos Gestión Jurídica Registral y Gestión Tecnológicos y Administrativo Registral, correspondiente al Mapa de Procesos de la vigencia anterior, se advierte además, que la estructura actual del Macroproceso de Administración del Servicio Público Registral y el Proceso de Registro de instrumentos públicos asociado a las funciones que realizan las Oficinas de Registro; no tiene indicadores definidos; razón por la cual no existe una alineación desde el Mapa de Procesos de la entidad con los procedimientos, políticas operacionales, guías y formatos asociados a la Gestión de los procesos y a la Planeación Institucional de las Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos.	Fue compartida carpeta donde se evidencian los indicadores de las ORIP por Dirección Regional y los informes remitidos referente al análisis de las mediciones logradas mediante la aplicación de estos indicadores por lo cual se considera el CIERRE del hallazgo,
2020131	OIVC - SDPFR.Tierras	Las obligaciones del contrato No. 704 de 2018, suscrito en asocio con la actividad estratégica "Realizar las jornadas de asesoría jurídica gratuita en materia de registro y formalización de la propiedad" del Proyecto de Inversión "protección, Restitución y Formalización De Los Bienes inmuebles Abandonados Y Despojados A Causa De La Violencia A Nivel Nacional, no garantizaron el cumplimiento del objeto contractual, conforme a las fines esenciales para el cual fue implementado el registro público de las Unidades Móviles, acorde con lo establecido en las artículos 42 y 43 de la Ley 1579 de 2012, toda vez que las productos entregables (Estrategia e informes), se orientaron a la realización de jornadas de asesorías, pero no fue posible demostrar con estas, la realización de jornadas especiales de registro de instrumentos públicos, con prioridad para la población desplazada o despojada.	De conformidad con lo argumentado en Memorando SNR2025IE-021662-3 del 5 de agosto/2025, la OCI dio respuesta con Memorando SNR2025IE-022636-3, estableciendo que, de acuerdo con la revisión y análisis de los documentos allegados, el C704/2018, finalizó ejecución el 31/12/2018, liquidado bilateral 16/06/2021. Por lo anterior, la No Conformidad detectada se cierra y elimina.



Superintendencia de Notariado y Registro

CODIGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN NC	Pronunciamiento de Efectividad Auditor 31-12-2025
2020132	OIVC - SDPFR.Tierras	Se contraviene la responsabilidad que tiene la Oficina de Control interno de Gestión frente a la función como evaluador independiente de los procesos, planes, proyectos y gestión de la Entidad, además de la verificación del manejo de los recursos y bienes que profiere el literal e y g del artículo 12 de la Ley 87 de 1993, generada por las limitaciones señaladas en el presente informe ante la cancelación en tres (3) oportunidades de la reunión convocada con oportunidad por la Oficina de Control interno de Gestión, sin existir la posibilidad delegación de la responsabilidad en su grupo de trabajo, para efectos de establecer aspectos relevantes sobrevenidos del desarrollo del proceso auditor, situación que se constituye en una falta disciplinaria, en virtud de lo dispuesto en el artículo 31 de Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de 1755 de 2015.	De conformidad con lo argumentado en Memorando SNR2025IE-021662-3 del 5 de agosto/2025, la OCI dio respuesta con Memorando SNR2025IE-022636-3, estableciendo que, de acuerdo con la revisión y análisis de los documentos allegados, el C704/2018, finalizó ejecución el 31/12/2018, liquidado bilateral 16/06/2021. Por lo anterior, la No Conformidad detectada se cierra y elimina.
2020133	CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO	En la revisión efectuada a la infraestructura física de la Oficina de Control Disciplinario interno se encontró: Está ubicada en un sexto piso y no cuenta con rampa para el acceso de usuarios en condición de discapacidad, desde el primer piso al ascensor, al igual que desde el quinto piso a donde llega el ascensor al sexto piso. - No cuenta con la señalización correspondiente de evacuación, ni camilla, ni botiquín, no hay extintores en la Oficina, las instalaciones presentan humedad; es evidente el manejo inadecuado del cable de los equipos de cómputo, los cuales se encuentran expuestos y como lo manifiestan algunos de los servidores, en ocasiones con el contacto de ellos mismos o de un compañero pueden apagarse los equipos y perderse el trabajo; al igual que la utilización de multitomas. La puerta de acceso se encuentra deteriorada y no ofrece las condiciones de seguridad que se requiere en la Oficina. Estas situaciones incumplen con lo señalado en la Resolución No. 22400 de 1979, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Por la cual se establecen algunas disposiciones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo.	De acuerdo con el Memorando SNR2025IE-004737-3, 26/03/2025, la OCID fue reubicada desde el año 2022 en el piso 28, Edificio San Martín (Carrera 7#32-12), optimizando la distribución de espacio de puesto de trabajo, mejorando condiciones de acceso y seguridad; efectividad identificada en Auditoría al Proc. Expedientes y Abogados. Por lo anterior, la No Conformidad se cierra y elimina.
2021135	GESTIÓN FINANCIERA	Dado la evidenciado a través de las actas de comité de sostenibilidad contable de los meses de julio y octubre del 2020, se observan deficiencias en los sistemas misionales de Ingresos, ya que la información reportada no concilia con lo registrado en SIIF – NACION II, situación por la cual no se garantiza la confiabilidad de la información generada, hecho que crea incertidumbre sobre la veracidad de la información, ocasionando errores de sobrestimación y/o subestimación en los montos liquidados por concepto de Ley 55 de 1985, contraviniendo lo establecido en el artículo 1 de la ley 55 de 1985, artículo 98 de la ley 1709 de 2014 y artículo 235 de la ley 1753 de 2015, y lo señalado en el procedimiento ley 55 de 1985 y lo definido en el Manual de Operación de la SNR	En la verificación realizada de manera directa a la liquidación de la Ley 55/85 para la vigencia 2025, se verificó mediante el Informe de análisis de ingresos misionales SIR y FOLIO vs Estados Financieros al 31 de octubre, que los ingresos por registro de instrumentos públicos se encuentran conciliados, así como la base para el cálculo de las transferencias de Ley 55. Expuesto lo anterior, se da concepto de cierre.
20231155	ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO REGISTRAL	Incumplimiento de los principios de publicidad y transparencia que acreditan la ejecución del Contrato BM005 de 2021-SECOP II Consultado y revisados los documentos en la Plataforma Transaccional Secop II, se evidenció que en el punto número 7 "ejecución del contrato", "plan de pagos", no se encuentran publicados los documentos que acreditan la ejecución del contrato. relacionados con los productos entregados por el contratista en cumplimiento de las fases I, II, III, VI y V, así como los informes de actividades rendidos por el contratista, las certificaciones de recibo a satisfacción suscrita por los supervisores del contrato. certificaciones o planillas de pago de seguridad social, etc, generando con esta. el incumplimiento de la obligación	Se cumple las acciones, se evidenció pantallazo de cargue SECOP (BM005/2021) e Informe de verificación de cargue SECOP (Listado contratos 2024); se constató en SECOP el cargue de la información correspondiente a los contratos suscritos con recurso 14, vigencia 2024. Por lo anterior y de acuerdo con la verificación, se da concepto de cierre.



Superintendencia de Notariado y Registro

CODIGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN NC	Pronunciamiento de Efectividad Auditor 31-12-2025
		establecida en el Artículo 2.2.1.1.7.1 del Decreto 1082 de 2015 y los principios de transparencia y publicidad que deben estar presentes en materia de contratación. conforme a los lineamientos y directrices emitidas por Colombia Compra Eficiente por medio de la Circular Externa única, en concordancia con lo estipulado en los Actos Administrativos para la designación como Supervisores de contrato de fechas 28 de octubre de 2021 y 4 de noviembre de 2021 del Contrato BM 005 de 2021	
20231156	ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PUBLICO REGISTRAL	Incumplimiento del numeral 2 y 3 del 8.2 de la Política de Administración de Riesgos de la SNR, así como el numeral 323 de ROP24, por debilidad en el diseño, ejecución y monitoreo de los controles de los riesgos del programa (5,6,22,47 y 54). De conformidad con el análisis a la ejecución y efectividad de controles de los riesgos del programa seleccionados (5, 6, 22. 47 y 54). se evidenció la materialización de los riesgos tipo contractual, como consecuencia a la debilidad en el diseño y ejecución de los controles, identificando además que son insuficientes para mitigar, prevenir y evitar las causas generadoras de riesgos observadas en el presente informe, así como evidenciar deficiencias en el seguimiento y monitoreo por ausencia o falta de soportes que permitan establecer su ejecución y cumplimiento, inobservando lo señalado en el numeral 325 de ROP26, respecto a la gestión del riesgo, el monitoreo de desempeño con base en resultados y la evaluación de resultados; riesgos del programa que, si bien están formulados bajo la metodología inversión de los bancos. no puede estos desconocer y continuar excluyendo lo señalado por la Política de Administración de Riesgos de la SNR, particularmente lo establecido respecto a las responsabilidades descritas en el numeral 2 y 3 del 8.2, por parte de la primera línea de defensa. e inobservar los criterios establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo y la diesi de controles en entidades públicas. versión 4. en la cual se determinan los aspectos prioritarios que deben contener dichos controles. conllevando a incumplimientos en los objetivos de proceso y estratégicos de la Entidad, así como posibles observaciones por parte de los Entes de Control.	Se cumple la acción, se evidenció matriz de riesgos de Política/Crédito (V3, sep./2022) ajustada por la SNR, además del correo de envió al DNP en 2024 y 2025, no obstante, el DNP en respuesta de sep./2025 propone continuar con la matriz de riegos actual del programa de acuerdo con los lineamientos del Banco Interamericano de desarrollo (BID). Por lo anterior, se da concepto de cierre.
20230192	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Incumplimiento a lo establecido en la Guía de manejo administrativo de almacén en el numeral 4.2.4. Todo Almacén de la SNR debe tener un profesional encargado de la labor de creación del registro, y a su vez un perfil aprobador que complete el ingreso en la herramienta, de modo que este pase al área de Contabilidad para realizar el registro contable y cerrar el círculo del ingreso. Al realizar la verificación del Procedimiento de Almacén, se evidenció que, en éste, se contempla un solo rol encargado de realizar las dos labores de creación y aprobación del registro; esta inobservancia del control establecido en este numeral de la Guía puede estarse originando por la errónea interpretación del lineamiento establecido en la misma. La inaplicación de este control y la falta de constatación de los bienes recibidos podría generar impactos negativos para la entidad; como pérdidas económicas, posibles actos de corrupción y detrimento patrimonial. Es necesario entonces, asignar un rol para generar el registro y otro para la aprobación de este.	La acción fue cumplida, se cargó evidencia, observando en el procedimiento manejo administrativo del almacén, en sus actividades punto de control para asegurar que la creación y aprobación de las solicitudes registradas en la herramienta HGFI, se realicen mediante 2 perfiles distintos. En informe de auditoría al proceso de almacén se evidenció la inclusión de los perfiles para el registro de los mvtos y su respectivo flujo de aprobación. Se recomienda su cierre



Superintendencia de Notariado y Registro

CODIGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN NC	Pronunciamiento de Efectividad Auditor 31-12-2025
20230193	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	<p>Incumplimiento a lo establecido en la Guía para el control de inventario. Numeral 4.4.6. Realizar la transacción de asignación en la herramienta de gestión financiera integral HGFI y Numeral 4.4.7. Aprobar el registro de asignación del bien.</p> <p>En este lineamiento, se establece la obligación de contar con dos perfiles o roles diferentes Rol inventarios y Rol Aprobador-, para llevar a cabo las acciones de realizar la transacción de asignación en la herramienta HGFI y aprobar el registro de asignación del bien. Sin embargo, se pudo evidenciar en el procedimiento Control de Inventario Individual, en la actividad número 5, que el responsable de las dos acciones, observándose con esto, la inaplicación del control establecido en la Guía para el control de inventarios, numerales 4.4.6. y 4.4.7. Este hecho puede estarse originando por la errónea interpretación del lineamiento establecido en estos numerales. Esta situación puede conducir a la materialización de riesgos asociados a error humano, posibles actos de corrupción e impacto en el movimiento de inventario.</p>	<p>La acción fue cumplida, se cargó evidencia, observando en la guía manejo administrativo del almacén, el ítem relacionado con el ingreso de bienes en la herramienta HGFI, determinando que en los almacenes de la SNR se debe contar con perfil registrador y perfil aprobador. En informe de auditoría al proceso de almacén se evidencio la inclusión de los perfiles para el registro de los mvtos y su respectivo flujo de aprobación. Se recomienda su cierre</p>
20230198	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	<p>Incumplimiento a lo establecido en el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, Guía 8. Controles de seguridad, Controles del Anexo A del estándar ISO/IEC 27001, A.12. Seguridad de las operaciones, A.12.6.1 Gestión de las vulnerabilidades técnicas. Compatibilidad. Para acceder a la herramienta HGFI se requiere el navegador Internet Explorer, el cual está integrado en el sistema operativo Windows, solo hasta la versión 10. Se evidenció que para los usuarios que utilizan el sistema operativo Windows 11; no es posible acceder a la herramienta HGFI, toda vez, que dicho sistema operativo, a la fecha no incluye el navegador Internet Explorer; es necesario, implementar un programa de actualización del software de la herramienta HGFI en el apartado de modo de acceso, en virtud de prevenir la materialización de riesgos de obsolescencia de software, pérdida de productividad, información y aumento en costos de mantenimiento o disminución de la competitividad.</p>	<p>Las acciones fueron cumplidas. Con base en la verificación del informe de pruebas de acceso, se evidenció que la OTI realizó pruebas exitosas de acceso a la herramienta HGFI - Inventarios, a través del navegador Microsoft Edge, las cuales se encontró que fueron ejecutadas desde diferentes oficinas a nivel nacional, y que dicha solución se encuentra implementada en ambiente de producción. Lo anterior demuestra que la acción implementada mitiga de manera efectiva el riesgo identificado, al eliminar la dependencia del navegador Internet Explorer, cuya obsolescencia generaba limitaciones de acceso, riesgos de indisponibilidad del servicio y vulnerabilidades técnicas asociadas. En consecuencia, la acción se considera efectiva. Por lo anterior, el hallazgo puede considerarse subsanado, sin perjuicio de la necesidad de mantener controles de seguimiento y actualización tecnológica periódica. Se da concepto de cierre.</p>
202304100	GESTIÓN FINANCIERA	<p>Ausencia de Indicadores para la medición de la situación Financiera.</p> <p>No se está total aplicación al numeral 3,3,1 del procedimiento para la evaluación del Control Interno Contable, en la etapa de revelación, Subetapa Presentación de Estados Financieros, por cuanto la entidad no está implementando acciones de control a través de indicadores que permitan realizar los análisis e informar adecuadamente la situación y resultados de la gestión financiera.</p> <p>Los indicadores vigentes en el Proceso de Gestión Financiera y Contable, están orientados a medir el cumplimiento de actividades; ma no a realizar la medición total de la gestión Financiera, como lo exige el criterio indicado del ítem 36, establecido por la Contaduría General de la Nación, para que se convierta en herramienta indispensable para la toma de decisiones oportunas y eficaces, tendientes a prevenir, mitigar y evitar la materialización de riesgos en el proceso Financiero y Contable de la Entidad</p>	<p>Fueron formulados los indicadores para la gestión Financiera de la SNR, versión 1 del 01 de sept de 2025 aprobados por la OAP con código: SIG-FR-006 y publicados en la página Web por tal razón se determina el cierre del hallazgo</p>
20241118	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	<p>Incumplimiento de verificación de información contenida en los formatos de informes para legalización y certificación de permanencia de las comisiones realizadas. Conforme a la revisión realizada presentada por el sujeto auditado frente a la legalización de comisiones</p>	<p>Se evidencia que las acciones mitigan la causa raíz mediante capacitaciones y una estrategia formal de seguimiento, logrando una reducción sustancial del incumplimiento. Los soportes demuestran la depuración de saldos y una mora del 0% de enero</p>



Superintendencia de Notariado y Registro

CODIGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN NC	Pronunciamiento de Efectividad Auditor 31-12-2025
		<p>y viáticos, se observó incumplimiento en el procedimiento legalización de comisiones fecha 27-03-2023, dado a que si bien todos los comisionados de la muestra seleccionada, presentan los informes de legalización y el certificado de permanencia, es de anotar, que el 39% no cumplen con las fechas de legalización establecidas para formalizar la comisión ante el proceso de comisiones y viáticos, además, los informes presentados no detallan actividades desarrolladas y no se anexan las respectivas evidencias y soportes de la comisión, para lo cual se recomienda que se presente certificado de permanencia por día, si la comisión se realiza en diferentes lugares. Lo anterior, tiene lugar por desconocimiento de la normatividad establecida frente a las fechas de presentación de formatos para la legalización de comisiones y por falta de control por parte de los directivos y jefes de los procesos para que funcionarios y contratistas legalicen en los tiempos previstos, lo que podría conllevar al aumento en la cartera de legalización generando sobrestimación de la cuenta de cartera y a posibles Hallazgos por parte de Entes de Control</p>	<p>a julio. Se valida la efectividad de los controles preventivos y administrativos para la legalización de comisiones. Se da concepto de cierre.</p>
20250505	COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	<p>No existe coherencia y alineación entre el Plan Estratégico Institucional 2023-2026 y el Plan de Acción, situación que puede resultar en una implementación ineficiente de las actividades y metas del PEI.</p>	<p>A través del Memorando No. SNR2025IE-026068-3 se evidenció la aprobación de las modificaciones, las cuales se reflejan en la versión 6 del Plan Anual de Acción del proceso de Comunicación Estratégica, por parte de la Oficina Asesora de Planeación, y se encuentran alineadas con las metas institucionales establecidas en el PEI. En consecuencia, el hallazgo puede darse por cerrado, dado que se evidencia la implementación y aprobación de las acciones correctivas correspondientes.</p>
20250506	COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	<p>Desarticulación de la Política de Comunicaciones, por ausencia de una estrategia de comunicación, toda vez que no se ajusta a los cambios significativos que ha venido experimentando la entidad frente a los objetivos, estructura y entorno en el que opera actualmente.</p>	<p>Se evidencia la actualización de la Política Institucional de Comunicación Estratégica a través del documento Código: AC-PI-001, Versión: 1, Fecha: 08/Jul./2025, publicado en la página de la Superintendencia de Notariado y Registro. En consecuencia, el hallazgo puede darse por cerrado, dado que se confirma la implementación y aprobación de las acciones correctivas correspondientes.</p>
20250507	COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	<p>Desactualización y obsolescencia técnica de los procesos y procedimientos asociados al proceso de Comunicaciones Estratégicas.</p>	<p>Se evidencia la actualización del Procedimiento Generación de Contenidos Informativos (Código: AC-PR-001, Versión: 1, Fecha: 03/Jul./2025), adscrito al Proceso: Administración de las Comunicaciones, y publicado en la página de la Superintendencia de Notariado y Registro. En consecuencia, el hallazgo puede darse por cerrado, dado que se confirma la implementación y aprobación de las acciones correctivas correspondientes.</p>

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.