



Superintendencia de Notariado y Registro

OCIG-215

SNR2024IE014354

Bogotá D.C. 29 de agosto de 2024

Doctor
ROOSVELT RODRIGUEZ RENGIFO
Superintendente de Notariado y Registro
Ciudad

Asunto: *Remisión Informe Final de Seguimiento al avance del Plan de Mejoramiento Institucional, I Semestre de 2024.*

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 2024, frente al cumplimiento de la normativa interna vigente que reglamenta los Planes de Mejoramiento.

En el presente informe, se encuentra contenido los resultados del seguimiento, el estado del Plan de Mejoramiento Institucional y las recomendaciones orientadas al mejoramiento continuo de la Entidad, a corte 30 de junio de 2024. Cabe resaltar; que se ha venido fortaleciendo en el ejercicio de depuración, agrupación de Hallazgos y actualización del Plan de Mejoramiento, a través del seguimiento, consolidación y evaluación; sin embargo, se hace necesario que la Primera Línea de Defensa de cumplimiento a suscripción, formulación y/o reprogramación de acciones de mejora.

Copia de este mismo informe, será remitido para su conocimiento y fines pertinentes, a la Oficina Asesora de Planeación, en su rol como Segunda Línea de Defensa, y demás líderes de 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 para los Planes de Mejoramiento, cuando se considere pertinente.

Cordialmente,

MONICA AMATISTA JIMENEZ BARROS
Jefe Oficina de Control Interno de Gestión

Proyectó: Juliana Torres Zambrano y Marcela García – Profesionales Contratistas OCIG

Anexos: Matriz consolidado Plan de Mejoramiento Institucional, Primer Semestre 2024, contenido en una hoja Excel

Copias: Mauricio Alejandro Rodríguez González – jefe Oficina Asesora de Planeación.

William Pérez Castañeda- secretario general

José Ricardo Acevedo Solarte- jefe Oficina de Tecnologías de la Información

Alejandro Cardona Aguirre – Dirección de contratos

Cesar Martínez Hernández – Dirección Regional Andina.



Superintendencia de Notariado y Registro

Alvaro Lozano Lopera - Dirección Regional Pacífica.
Ingrid Paola Ortiz Castro - jefe Oficina de Control Interno Disciplinario.
Olman Olivella Mejía - director técnico de Registro.
Tatiana Isabel Moreno Clavijo - jefe de Oficina Atención al Ciudadano
María Jose Muñoz - delegada de Tierras
Giselle Carolina Martínez Freiter – Talento Humano (E)
Iliana Rengifo Ortiz - jefe Oficina Asesora Jurídica
Isabella Andrea Hernández Aranda -Superintendente delegada para el Notariado.
Alejandro Larreamendy Joems - Superintendente delegado para el Registro.
Daniel Fernando Cruz González – director Administrativo y Financiero.



Superintendencia de Notariado y Registro

INFORME FINAL DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL PRIMER SEMESTRE 2024

OBJETIVO:

Realizar el seguimiento de los resultados obtenidos en la evaluación de efectividad del Plan de Mejoramiento Institucional, con relación a la ejecución e implementación de las acciones de mejora, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento "Formulación y Seguimiento a Planes de Mejoramiento" que determina que se deberán comunicar a la Alta Dirección los avances en este Plan.

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 2024, producto de los informes emitidos por la Oficina de Control Interno de Gestión, en cumplimiento al Plan Anual de Auditorías Internas - PAAI, conforme al consolidado generado por la Segunda Línea de Defensa (Oficina Asesora de Planeación).

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 del 05 de junio de 2022.
- Políticas de Operación Internas "Formulación y Seguimiento a Planes de Mejoramiento", versión 4 del 11 de noviembre de 2021.
- Formato denominado "Formulación y reformulación Plan de Mejoramiento"- Análisis causa raíz, versión 1.

METODOLOGIA:

Esta Oficina en cumplimiento de lo establecido mediante la Ley 87 de 1993, en el cual se otorgan las funciones a las Oficinas de Control Interno de Gestión, los roles asignados mediante el Decreto 648 de 2017 y la Séptima Dimensión denominada "Control Interno" del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, se realiza el presente informe de seguimiento al avance de las acciones adscritas al Plan de Mejoramiento Institucional, producto de auditorías y seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno de Gestión. Expuesto lo anterior, se implementó técnicas de auditorías que confiere la Ley, como lo son: revisión, verificación, seguimiento y análisis.

En cumplimiento del "Evaluación y Seguimiento" estipulado en el Decreto 648 de 2017 y de acuerdo, con el procedimiento y políticas de operación con relación a Planes de Mejoramiento, esta Oficina, realiza seguimiento y evaluación de efectividad, con periodicidad semestral, a las acciones adscritas por la Primera Línea de Defensa, verificando las evidencias aportadas.

El presente informe de seguimiento; inicialmente detalla el estado del Plan de Mejoramiento, el avance de las acciones de mejora por proceso, y los resultados obtenidos producto de la evaluación de efectividad realizado el equipo auditor de la Oficina de Control Interno de Gestión, así como el estado final de las No Conformidades por procesos y vigencias.

Con la finalidad de llevar a cabo el presente seguimiento, la Oficina de Control Interno realizó mesa de trabajo presencial con la Oficina Asesora de Planeación, el 05 de junio de 2024, en la cual se estableció como compromiso el envío de la matriz consolidada y actualizada por parte de la OAP, para el día 20 de junio de 2024, a lo cual la Oficina



Superintendencia de Notariado y Registro

Asesora de Planeación envió la matriz en cumplimiento de la fecha establecida, no obstante, dicha Oficina dio alcance a ese correo el 24 de junio, emitiendo una nueva matriz. Posteriormente, esta Oficina solicita a la OAP, realizar el ajuste en la enumeración de las No Conformidades y anexar la distribución de las éstas por proceso reponsable, a fin de determinar que ambas Oficinas cuenten con la misma información, facilitando su seguimiento; cuyas observaciones fueron atendidas y remitidas el 8 de junio, sin embargo, dado que los cambios solicitados no eran de fondo frente a la información contenida, se realizó la evaluación de efectividad con la matriz remitida en el segundo correo(24 de junio de 2024), teniendo en cuenta que debía ser enviada al equipo auditor con tiempo suficiente para realizar cada pronunciamiento. Pese a ello, se evidenció que la matriz remitida el 8 de julio, cuenta con cambios en las acciones de mejora, creando diferencias entre las distintas versiones recibidas por la OAP, los cuales no fueron informados.

Expuesto lo anterior, se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación, realizar filtros de control a fin de disminuir el margen de error entre las diferentes tres (3) versiones de matrices enviadas, y así poder evitar el error en la información reportada producto de la evaluación.

LIMITACIONES:

- Diferencias en las matrices reportadas por la Oficina Asesora de Planeación, con relación a las acciones suscritas, lo que conlleva a que se tengan datos diferentes en el contenido de la matriz recibida el 24 de junio con respecto a la del 8 de julio.
- Falta de reporte de la información modificada en la matriz consolidada de Plan de Mejoramiento.

DESARROLLO:

La Oficina de Control Interno, como Tercera Línea de Defensa, realiza la evaluación de efectividad con periodicidad semestral, la cual consiste en verificar principalmente las evidencias aportadas y el cumplimiento de las acciones de mejora y unidades de medida propuestas por la Primera Línea de Defensa, posteriormente, la verificación de la recurrencia de la situación detectada en la No Conformidad, es decir, que las acciones ejecutadas por los procesos y los controles adoptados subsanen lo identificado en los informes de auditorías y seguimientos.

Estado del Plan de Mejoramiento Institucional, Primer Semestre de 2024.

De acuerdo con la información consolidada por la Oficina Asesora de Planeación y enviada el día 08 de julio de 2024 a la Oficina de Control Interno; y una vez ajustado por esta Oficina, se evidenció que el Plan de Mejoramiento Institucional se encuentra suscrito con 288 No Conformidades y 511 acciones de mejora, de los cuales se identificó las siguientes situaciones:

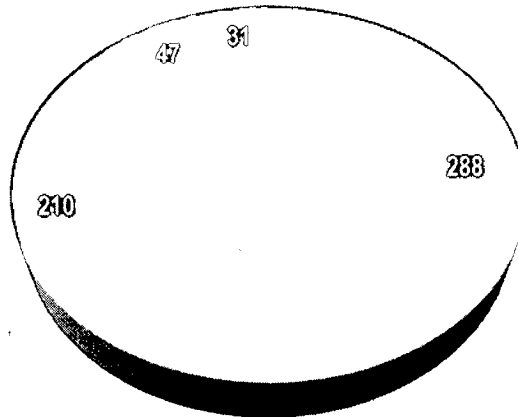
- El 73% (210) de No conformidades se encuentran con Plan de mejoramiento suscrito por la Primera Línea de Defensa.
- El 16% (47) No conformidades, pendientes de codificar y suscribir acciones de mejora.
- El 11% (31) son No conformidades pendientes por suscribir acciones.

Expuesto lo anterior, se evidencia que el 27% (78) No Conformidades, contravienen los lineamientos internos establecidos en la Política de Operación de Formulación y Seguimiento Plan de Mejoramiento, numeral 12 que indica; *"Para subsanar hallazgos detectados en un informe de la OCI o informe de auditoría interna el plan de mejoramiento deberá ser suscrito 15 días hábiles después de comunicado (correo) el informe final"*. Lo anterior, en virtud que, para estas No Conformidades, no se cumplió con el término establecido para la formulación, seguimiento y cierre definitivo de estas.



Superintendencia de Notariado y Registro

Gráfico No. 1. Estado inicial del Plan de Mejoramiento Institucional



- TOTAL NO CONFORMIDADES
- TOTAL NO CONFORMIDADES CON SUSCRIPCIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO
- TOTAL NO CONFORMIDADES PENDIENTES DE CODIFICAR Y SUSCRIBIR
- TOTAL NO CONFORMIDADES PENDIENTES SUSCRIBIR

Fuente: Matriz consolidada Plan de Mejoramiento Institucional - Elaboración propia OCIG.

Igualmente, del Plan de Mejora se evidencia que 142 No Conformidades y 261 acciones, se encontraban con fecha de corte al periodo evaluado, es decir, que su fecha terminación es anterior o inclusive al 30 de junio, las cuales se encuentran con acciones de mejora suscritas. Frente a las 99 No Conformidades y 203 acciones, que se encuentran en desarrollo, será evaluadas una vez finalice el periodo de ejecución de éstas, toda vez que cuentan con fecha de terminación posterior al periodo de corte. Lo anterior, se ilustra a través de la siguiente tabla:

Tabla No. 1. Estado Plan de Mejoramiento Institucional.

	TOTAL, NO CONFORMIDADES	TOTAL, ACCIONES	TOTAL, NO CONFORMIDADES A CORTE 30/06/2024	TOTAL, ACCIONES A CORTE 30/06/2024	TOTAL, NO CONFORMIDADES EN TERMINO A CORTE 30/06/2024	TOTAL, ACCIONES EN TERMINO A CORTE 30/06/2024
TOTAL, NO CONFORMIDADES CODIFICADAS CON PLAN DE MEJORAMIENTO	210	437	142	261	99	203
TOTAL, NO CONFORMIDADES CODIFICADAS SIN PLAN DE MEJORAMIENTO	31	31	0	0	0	0
TOTAL, NO CONFORMIDADES SIN CODIFICAR Y SIN PLAN DE MEJORAMIENTO	47	47	0	0	0	0
TOTAL	288	511	142	261	99	203

Fuente: Información suministrada por la OAP, Primer Semestre 2024 - Elaboración propia OCIG.



Superintendencia de Notariado y Registro

Estado del Plan de Mejoramiento Institucional desagregado por Macroprocesos, Primer Semestre 2024.

En la siguiente tabla, se detallan las No Conformidades desagregadas por Macroprocesos producto de los resultados obtenidos e identificadas por la Oficina de Control Interno en cumplimiento de su rol como evaluadora independiente, mediante Auditorías Internas de Gestión, informes de Seguimiento y de Ley. Lo anterior, desde el año 2019 hasta el Primer Semestre de la presente vigencia.

Tabla No. 2. Estado Plan de Mejoramiento Institucional por Macroproceso, Primer Semestre 2024.

MACROPROCESO	TOTAL, DE CONFORMIDADES	TOTAL, ACCIONES	VENCIDOS		EN TÉRMINOS	
			No conformidades	Acciones	No conformidades	Acciones
ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PUBLICO REGISTRAL	19	40	7	16	12	24
COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	4	4	4	4	0	0
CONTROL DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	10	39	1	1	9	38
CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO	4	7	3	3	1	4
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACIÓN	27	45	18	25	9	20
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	44	59	22	23	22	36
GESTION CONTRACTUAL	10	16	10	16	0	0
GESTIÓN DE LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN	50	101	43	89	7	12
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	52	79	21	28	31	51
GESTIÓN DOCUMENTAL	2	6	1	1	1	5
GESTIÓN FINANCIERA	40	63	37	59	3	4
GESTIÓN JURÍDICA	4	6	4	6	0	0
OIVC - SDPFR. Tierras	7	14	2	4	5	10
ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL NOTARIAL	1	3	1	3	0	0
ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL REGISTRAL	3	8	3	8	0	0
RELACIONAMIENTO CON EL CIUDADANO	8	14	6	11	2	3
SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	3	7	2	4	1	3
TOTAL	288	511	185	301	103	210

Fuente: Matriz consolidada Plan de Mejoramiento Institucional- Elaboración propia OCIG.

Vencidos: Son aquellos que se encuentran con fecha de terminación anterior al periodo evaluado.

En términos: Son aquellos que se encuentran con fecha terminación posterior a la evaluación realizada.

Del análisis realizado por la Oficina de Control Interno, de conformidad a la información contenido y registrada en la tabla No. 2, se observó lo siguiente:

- Las dependencias con mayor número de No Conformidades identificadas por esta Oficina y bajo la responsabilidad que les asiste como Primera Línea de Defensa son: Gestión del Talento Humano con 52 No Conformidades y Gestión de las Tecnologías de la Información con 50 No Conformidades, que equivalen al 18% y 17%, respectivamente, del total del Plan de Mejoramiento Institucional.
- Para el caso de Gestión del Talento Humano, se evidenció que actualmente se cuenta con 52 No Conformidades abiertas a la fecha; sin embargo, para el caso de las No Conformidades relacionadas con el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, en esta vigencia (6 de abril 2024), se realizó la evaluación de cumplimiento determinando el cierre de once (11) No Conformidades, quedando actualmente 32 NC de este Sistema.



Superintendencia de Notariado y Registro

- Frente a las **No Conformidades Vencidas**, se evidenció que, los procesos con mayor porcentaje del total del Plan son: Gestión de las Tecnologías de la Información (23%) y Gestión Financiera (20%); lo anterior, en virtud que, la fecha de terminación de las acciones suscritas se encuentra en periodo anteriores o inclusive a 30 de junio de 2024. Para estos casos se recomienda, proceder de acuerdo con el procedimiento interno y realizar nuevamente el análisis causa raíz para la reformulación de las acciones de mejora, igualmente, se requiere dar cumplimiento a la Política de Operación de Formulación y Seguimiento Plan de Mejoramiento, en lo que concierne a la reprogramación y reformulación de acciones, en virtud de garantizar su efectividad.
- De acuerdo con las No Conformidades en términos, los macroprocesos que cuentan con mayor número son Gestión del Talento Humano (31) y Gestión Administrativa (22), dado que la Primera Línea de Defensa realizó reformulación y/o reprogramación de sus acciones de mejora. Frente a estas, se recomienda dar cumplimiento a las actividades previstas en el plazo estipulado y que a su vez garantice su efectividad, con la finalidad de que una vez terminen su ejecución puedan ser evaluadas.

Estado del Plan de Mejoramiento Institucional por Macroprocesos y por Vigencias, I Semestre de 2024

En la siguiente tabla, se relacionan las No Conformidades codificadas, es decir, no se incluyen aquellas que se encuentran pendientes por ser codificadas y por suscribir acciones de mejora; a corte 30 de junio de 2024, se evidencia que desde la 2019 a la 2024, se cuenta con un total de 241 NC, desagregadas por Macroprocesos responsable y por vigencias auditada, como se muestra a continuación.

Tabla No. 3. Estado Plan de Mejoramiento Institucional por Macroprocesos y vigencias

MACROPROCESO	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PUBLICO REGISTRAL	1	0	1	0	17	0	19
COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	4	0	0	0	0	0	4
CONTROL DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	0	0	0	0	10	0	10
CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO	0	0	0	0	1	0	1
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACIÓN	2	1	1	1	14	2	21
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	3	0	1	6	25	1	36
GESTION CONTRACTUAL	1	0	1	0	2	0	4
GESTIÓN DE LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN	17	0	17	5	8	0	47
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	35	0	1	5	4	0	45
GESTIÓN DOCUMENTAL	0	0	0	0	2	0	2
GESTIÓN FINANCIERA	9	0	0	0	20	0	29
GESTIÓN JURÍDICA	0	0	0	0	4	0	4
OIVC - SDPFR.Tierras	0	0	0	7	0	0	7
ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL NOTARIAL	1	0	0	0	0	0	1
ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL REGISTRAL	3	0	0	0	0	0	3
RELACIONAMIENTO CON EL CIUDADANO	0	2	0	0	3	0	5
SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	0	0	0	1	2	0	3
TOTAL	76	3	22	25	112	3	241

Fuente: Elaboración propia – OCIG.



Superintendencia de Notariado y Registro

De la anterior tabla se tiene el siguiente análisis:

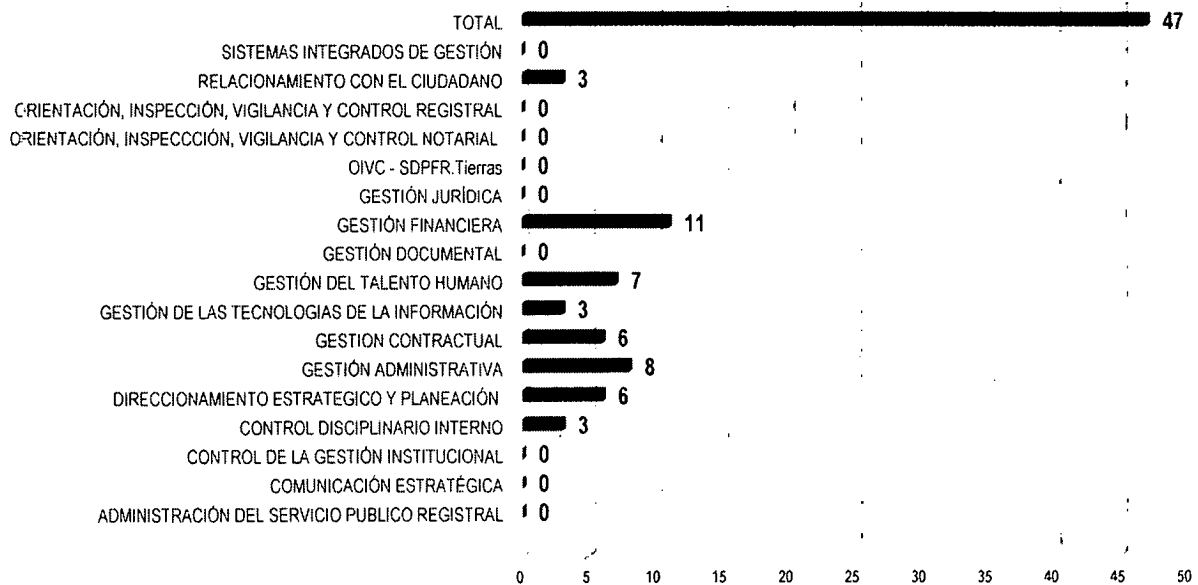
- Se evidencia que el mayor porcentaje (46%) se encuentra en la vigencia 2023, con un total de 112 No Conformidades, pese a que en dicha vigencia se realizó agrupación de las No Conformidades recurrentes, es decir, se agruparon aquellas que con una condición similar continúan presentándose.
- El segundo mayor porcentaje (32%), es la vigencia 2019, con un total de 76 NC, teniendo en cuenta que, en ese año, se realizó el primer proceso de agrupación, dada la cantidad de No Conformidades de este Plan, el cual se desarrollo bajo el liderazgo de esta Oficina.
- Expuesto lo anterior, se recomienda a las Primeras Líneas de Defensa o Líderes de procesos, generar un plan de contingencia para subsanar las causas de los No conformidades recurrentes, priorizando aquellas de las vigencias anteriores, con la finalidad de que se garantice su efectividad.
- A los líderes de los procesos se le sugiere suscribir el Plan de Mejoramiento dentro del plazo establecido en el Procedimiento y Políticas de Operación, a fin de contribuir con la mejora a la gestión institucional y disminuir la cantidad de No Conformidades pendientes de formulación.

Dado el anterior análisis, se hace necesario, fortalecer el ejercicio de autocontrol por parte de la Primera Línea de Defensa o Líderes de procesos; por cuanto, se evidencia la recurrencia de No Conformidades identificadas y sin ser subsanadas; generando con esto, un alto nivel de ineffectividad y aumento en la cantidad de No Conformidades, lo cual impacta el Sistema de Control Interno de la Entidad por tratarse de posibles riesgos materializados

Estado Plan de Mejoramiento Institucional por Macroprocesos con Plan de Mejoramiento pendiente de suscripción

En la siguiente gráfica, se relaciona el total de No Conformidades por Macroprocesos que no han sido codificadas y suscritas en el Plan de Mejoramiento, hasta la fecha del periodo evaluado, correspondiente a un total de 47 No Conformidades, identificadas por la Oficina de Control Interno desde la vigencia 2019 (Fecha en que se agruparon las No conformidades de vigencias anteriores a ésta), hasta la vigencia 2024.

Gráfico No. 2. Plan de Mejoramiento Institucional sin codificación y suscripción de Acciones de Mejora, por Macroproceso



Fuente: Evaluación de efectividad - Elaboración propia OCIG de Plan de Mejoramiento de la OAP.



Superintendencia de Notariado y Registro

Conforme a lo ilustrado anteriormente, los Macroprocesos con mayor número de No Conformidades pendientes de codificar y con acciones sin suscribir, corresponden a Gestión Financiera con 11 equivalente al 23% y Gestión Administrativa con 8 No Conformidades correspondiente a 17%; por lo anterior, se reitera el incumplimiento de la Política de Operación de Formulación y Seguimiento Plan de Mejoramiento, numeral 12 que indica "Para subsanar hallazgos detectados en un informe de la OCl o informe de auditoría interna el plan de mejoramiento deberá ser suscrito 15 días hábiles después de comunicado (correo) el informe final"; teniendo en cuenta que para estas No Conformidades, no se cumplió con el término establecido para este fin.

Expuesto lo anterior, se alerta el incumplimiento de la normativa interna desde vigencias anteriores y la recurrencia de las situaciones identificadas por esta Oficina

Plan de Mejoramiento Institucional codificados y pendiente de suscribir Plan de Mejoramiento, por Macroprocesos y por vigencias auditadas.

De acuerdo con las sugerencias realizadas por la Oficina de Control Interno de Gestión a la Oficina Asesora de Planeación, con relación a codificar las No Conformidades una vez se emitan los informes por parte de esta Oficina; a fin de tener toda la trazabilidad de las No Conformidades, asignación de responsables y el seguimiento por parte de las Primeras Líneas de Defensa. En virtud de lo anterior, se saca consolidado por macroproceso responsable el total de No Conformidades codificadas sin suscripción de acciones de mejora, para que sea tenido en cuenta por cada uno de los procesos para suscribir las respectivas acciones de mejora.

Tabla No. 4. Estado Plan de Mejoramiento Institucional codificado y pendiente por suscribir, por Macroprocesos y por vigencias auditadas.

MACROPROCESO	TOTAL, NO CONFORMIDADES
ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PUBLICO REGISTRAL	4
COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	0
CONTROL DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	0
CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO	0
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACIÓN	2
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	7
GESTION CONTRACTUAL	0
GESTIÓN DE LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1
GESTIÓN DOCUMENTAL	1
GESTIÓN FINANCIERA	14
GESTIÓN JURÍDICA	2
OIVC - SDPFR.Tierras	0
ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL NOTARIAL	0
ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL REGISTRAL	0
RELACIONAMIENTO CON EL CIUDADANO	0
SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	0
TOTAL	31

Fuente: Evaluación de efectividad - Elaboración propia OCIG.

Resultado del análisis anterior, se evidencia que un total de 31 No Conformidades han sido codificadas, sin embargo, no se han suscrito acciones de mejora por parte de los líderes de los procesos. El proceso con un mayor número de



Superintendencia de Notariado y Registro

No Conformidades pendientes de suscribir se encuentra bajo el macroproceso de Gestión Financiera con 14 No Conformidades, lo que representa un total del 45% y Gestión Administrativa con 7 No Conformidades con un 23%.

Expuesto lo anterior, se evidencia la recurrencia con respecto a la falta de suscripción de acciones de mejora en los términos legalmente establecidos, por parte de los líderes de procesos, incumpliendo los lineamientos de la Política de Operación de Formulación y Seguimiento Plan de Mejoramiento, numeral 12.

Evaluación efectividad Plan de Mejoramiento Institucional, I Semestre 2024.

Frente a la evaluación del Plan de Mejoramiento Institucional, la Oficina de Control Interno de Gestión evaluó el 54% del total de este Plan, correspondiente a 155 No Conformidades, de conformidad con las actividades previstas en el Plan de Auditorías 2024, a través de los Informes finales de Seguimiento programados para el I semestre de 2024, por cuanto la evaluación de efectividad de los Planes de Mejoramiento, se encuentra prevista dentro de los alcances de los seguimientos y auditorías de la presente vigencia; como se muestra a continuación.

Tabla No. 5. Resumen evaluación efectividad Plan de Mejoramiento Institucional, I semestre 2024

TOTAL, NO CONFORMIDADES CON PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO	TOTAL, NO CONFORMIDADES EVALUADAS	TOTAL, ACCIONES EVALUADAS	TOTAL, NO CONFORMIDADES EN TERMINOS	NO CONFORMIDADES SIN EVALUAR	NO CONFORMIDADES CON CONCEPTO DE ABTENCION
210	155	274	76	32	23

Fuente: Evaluación de efectividad - Elaboración propia OCIG.

El total de No Conformidades en términos corresponden a 76, las cuales serán evaluadas una vez finalice las fechas de ejecución, asimismo, 32 No Conformidades no han sido evaluadas teniendo en cuenta que corresponden al Macroproceso de Gestión del Talento Humano las cuales no fue posible evaluar su efectividad por tratarse de No Conformidades identificadas en el marco de la auditoría al SGSST, por lo cual, su pronunciamiento deberá realizarse por parte de Talento Humano en auditoría a este Sistema.

Evaluación de Efectividad Plan de Mejoramiento Institucional, Primer Semestre 2024.

De la evaluación de efectividad realizada por esta Oficina se evidenció que, del total de 155 No Conformidades, nueve (9) se evaluaron como efectivas las cuales cuentan con 16 acciones de mejora suscritas, por cuanto, los controles implementados permitieron corregir y subsanar lo evidenciado en el proceso auditor o de seguimiento. No obstante, se evidencia que el porcentaje de efectividad sobre el total evaluado equivale al 6%, lo que represente un porcentaje muy bajo de efectividad. A continuación, se detalla el estado de la evaluación de efectividad.

Tabla No. 6. Resultado Evaluación de Efectividad por Macroprocesos del Plan de Mejoramiento Institucional, Primer Semestre 2024.

MACROPROCESO	TOTAL, EVALUADAS		EFECTIVOS		INEFECTIVOS		ABSTENCION	
	NC	ACCIONES	NC	ACCIONES	NC	ACCIONES	NC	ACCIONES
ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PUBLICO REGISTRAL	8	14	0	0	8	14	1	4
COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	3	3	1	1	2	2	1	1
CONTROL DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	4	18	0	0	4	18	0	0
CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO	4	7	0	0	4	7	0	0
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACIÓN	16	22	0	0	16	22	2	5
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	11	12	0	0	11	12	6	6
GESTION CONTRACTUAL	9	15	0	0	9	15	1	1



Superintendencia de Notariado y Registro

MACROPROCESO	TOTAL, EVALUADAS		EFECTIVOS		INEFECTIVOS		ABSTENCIÓN	
	NC	ACCIONES	NC	ACCIONES	NC	ACCIONES	NC	ACCIONES
GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	39	79	7	13	32	66	4	9
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	13	19	0	0	13	19	1	1
GESTIÓN DOCUMENTAL	1	1	0	0	1	1	0	0
GESTIÓN FINANCIERA	33	54	0	0	33	54	3	4
GESTIÓN JURÍDICA	4	6	1	2	3	4	0	0
OIVC - SDPFR.Tierras	2	6	0	0	2	6	0	0
ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL NOTARIAL	1	3	0	0	1	3	0	0
ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL REGISTRAL	3	8	0	0	3	8	0	0
RELACIONAMIENTO CON EL CIUDADANO	2	3	0	0	2	3	4	6
SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	2	4	0	0	2	4	0	0
TOTAL	155	274	9	16	146	258	23	37

Fuente: Evaluación de efectividad - Elaboración propia OCIG.

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

- El macroproceso con el mayor número de No Conformidades evaluadas como efectivas, fue Gestión de las Tecnologías de la Información, con un total de siete (7), del total de 39 No Conformidades evaluadas, lo que equivale al 17% de efectividad del total evaluado de este proceso.
- Los macroprocesos con mayor porcentaje de ineffectividad fueron Gestión Financiera y Gestión de las Tecnologías de la Información, con 33 No Conformidades (23%) y 32 No Conformidades (22%) respectivamente del total de ineffectividad; lo que indica que las acciones suscritas no subsanan las causas de los Hallazgos presentados, razón por la cual se debe evaluar el análisis causa raíz y verificar la suscripción de acciones preventivas. En virtud de la alta calificación de ineffectividad, se reitera la necesidad de fortalecer la cultura de autocontrol, a través del seguimiento y monitoreo permanente de los Planes de Mejoramiento, por parte de los líderes de procesos y la Oficina Asesora de Planeación en su rol y responsabilidad como Primera y Segunda Línea de Defensa respectivamente, en virtud de garantizar su efectividad, fortaleciendo el Sistema de Control Interno de la Entidad, evitando la materialización de riesgos, mejorando la prestación del servicio misional hacia los grupos de valor (Stakeholders).
- De la evaluación realizada se obtuvo 23 No Conformidades con pronunciamiento de abstención, teniendo en cuenta que la evaluación debe realizarse en el marco del Plan Anual de Auditorías Interno, por lo cual se recomienda que los líderes de los procesos verifiquen las acciones y el debido cargue de las evidencias en el repositorio de información dispuesto para tal fin por parte de la OAP, lo anterior, a fin de garantizar su efectividad y cierre definitivo.

NOTA: La Oficina de Control Interno de Gestión realizó el envío de la matriz consolidada de la evaluación a este Plan de Mejoramiento el día 08 de agosto, oficio radicado No. SNR2024IE013026, dirigido a la Oficina Asesora de Planeación, lo anterior, con la finalidad de que la Oficina mencionada, en cumplimiento a su rol como Segunda Línea de Defensa y demás que les asista, realizara la debida socialización de los resultados obtenidos ante la Primera Línea de Defensa (Líderes de los procesos y facilitadores) y así se fuera realizando el proceso de reformulación y/o reprogramación, en virtud que los procesos cuenten con el tiempo suficiente para realizar el análisis causa raíz y ejecuten las acciones de mejora suscritas.



Superintendencia de Notariado y Registro

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los Planes de Mejoramiento buscan subsanar las causas de las No Conformidades, por medio de la implementación de controles y acciones preventivas y/o correctivas que permitan subsanar las situaciones identificadas y garantizar el cumplimiento de la normativa interna y externa, en virtud de no afectar desvarablemente, la gestión de la Entidad.

Teniendo en cuenta el resultado de la evaluación realizada al Plan de Mejoramiento Institucional, correspondiente al I semestre de 2024, por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión, donde se evidenció su desactualización, por cuanto existen 47 No Conformidades pendientes de codificar y suscribir acciones; inobservándose los lineamientos de la Política de Operación Formulación y Seguimiento a Planes de Mejoramientos, numeral 12; por haberse incumplido los términos dispuestos para la formulación de acciones, como resultado de los Informes Finales de seguimientos y Auditorías generados por la Oficina de Control Interno de Gestión.

Asimismo, dado el alto nivel de ineffectividad en la evaluación de este Plan de Mejoramiento, se reitera a los líderes de los procesos, la urgente de realizar un nuevo análisis causa raíz, con todos los procesos involucrados, para realizar la reformulación y/o reprogramación de las acciones de mejora, definiendo actividades de carácter preventivo y/o correctivo, que logren subsanar las causas que dieron origen a las situaciones evidenciadas, en cumplimiento a la Política de operación del Procedimiento Suscripción y Seguimiento Plan de Mejoramiento, para lo cual se cuenta con un plazo de 15 días antes de la fecha de vencimiento de las acciones.

Así las cosas, la Oficina de Control Interno realiza las siguientes recomendaciones a la Primera y Segunda Línea de Defensa, según corresponda de conformidad con sus roles y responsabilidades.

- Aplicar la Metodología para el análisis causa raíz, diligenciando debidamente los formatos dispuestos por la Entidad para tal fin, asimismo, realizar su cargue en la carpeta SharePoint de manera organizada.
- Aplicar y dar cumplimiento al marco normativo interno, suscribiendo el Plan de Mejoramiento en los términos y condiciones legalmente establecidos; especialmente, el de las 47 No Conformidades pendientes por codificar y suscribir, y las 31 No Conformidades que se encuentran codificadas pero a la fecha no se han suscrito acciones de mejora.
- Se recomienda a La Oficina Asesora de Planeación, continuar con el seguimiento continuo y permanente, como Segunda Línea de Defensa; adelantando las acciones pertinentes, a fin de mantener el consolidado actualizado de los Planes de Mejoramiento, en ejercicio del rol que le corresponde. Asimismo, disponer de espacios de asesoría y acompañamiento periódicos para la Primera Línea de Defensa o líderes de procesos y sus equipos de trabajo.
- Es conveniente que la Oficina Asesora de Planeación, en su rol como Segunda Línea de Defensa, Involucre a todos los procesos responsables, en la identificación del análisis causa raíz y las acciones de mejora, a fin de determinar el grado de responsabilidad de cada uno frente al Plan de Mejoramiento.
- Es necesario que la Primera Línea de Defensa o líderes de procesos, den cumplimiento a la Política y Procedimiento del Plan de Mejoramiento; frente al seguimiento, reformulación y reprogramación de acciones, de acuerdo con los términos establecidos en la normativa interna; evitando el traslado a la Oficina de Control Interno Disciplinario.
- Se recomienda a la Primera Línea de Defensa (líderes de procesos); realizar el cargue de evidencias en los medios dispuestos por la Entidad, con la finalidad de dejar la trazabilidad de la ejecución y seguimiento de las acciones de mejora suscritas; igualmente, estos soportes sean coherentes con las acciones suscritas y las causas de los hallazgos identificados.
- La Primera Línea de Defensa (líderes de procesos); se les sugiere mantener los controles, tendiente a subsanar de manera definitiva, las causas de las No Conformidades, a fin de evitar su recurrencia, en virtud de garantizar el pronunciamiento de efectividad por parte de la Oficina de Control Interno en los seguimientos y auditorías.
- La Primera Línea de Defensa (líderes de procesos); debe verificar el pronunciamiento de ineffectividad realizado por la Oficina de Control Interno de Gestión, a fin de proceder oportunamente con el análisis causa raíz y suscripción de nuevas acciones de mejoramiento.



Superintendencia de Notariado y Registro

CODIGO HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PROCESO EN DÓNDE SE DETECTA EL HALLAZGO	Pronunciamento de Efectividad Auditor	Estado hallazgo
	ocasión a la emergencia sanitaria declarada por el Gobierno Nacional, por causa de la pandemia Covid-19, en atención a las nuevas prácticas emprendidas para la atención del trabajo en casa, a fin de que se asegure la transferencia de la información a los usuarios de estos aplicativos, para garantizar el cumplimiento de los controles en los procesos y prevenir cualquier desviación que ponga en riesgo el mejoramiento y la continuidad en la prestación del servicio misional. Se advierte sobre la necesidad de avanzar con prontitud en la documentación de estos productos, a fin de darle cumplimiento a lo establecido el Decreto 1008 de 2018 lineamientos generales de la política de Gobierno Digital" artículo 2.2.9.1.2.2. Manual de Gobierno Digital. Lineamiento LI.SIS.16- MINTIC, Gobierno Digital, Manual del usuario, técnico y de operación de los sistemas de información. "La Dirección de Tecnologías y Sistemas de la Información o quien haga sus veces debe asegurar que todos sus sistemas de información cuenten con la documentación técnica y funcional debidamente actualizada."; Manual de Gobierno Digital, numeral 5.2. Anexo 2. Segmentación Elementos habilitadores: Arquitectura..."La entidad asegura que sus sistemas de información cuenten con la documentación técnica y funcional debidamente actualizada."		remotos en Folio IRIS, SIN IRIS, SIR IRIS; En SISG-Vicky se crearon modulo gestión tramites internos. Capacitación en Teams a nivel nacional. Las acciones fueron efectivas, se da concepto favorable de cierre del hallazgo	
20211011	No se evidencian Manuales y formatos estandarizados, para el uso de los nuevos aplicativos o desarrollos tecnológicos implementados en la vigencia 2020, con ocasión a la emergencia sanitaria declarada por el Gobierno Nacional, por causa de la pandemia Covid-19, en atención a las nuevas prácticas emprendidas para la atención del trabajo en casa, a fin de que se asegure la transferencia de la información a los usuarios de estos aplicativos, para garantizar el cumplimiento de los controles en los procesos y prevenir cualquier desviación que ponga en riesgo el mejoramiento y la continuidad en la prestación del servicio misional. Se advierte sobre la necesidad de avanzar con prontitud en la documentación de estos productos, a fin de darle cumplimiento a lo establecido el Decreto 1008 de 2018 lineamientos generales de la política de Gobierno Digital" artículo 2.2.9.1.2.2. Manual de Gobierno Digital. Lineamiento LI.SIS.16- MINTIC, Gobierno Digital, Manual del usuario, técnico y de operación de los sistemas de información. "La Dirección de Tecnologías y Sistemas de la Información o quien haga sus veces debe asegurar que todos sus sistemas de información cuenten con la documentación técnica y funcional debidamente actualizada."; Manual de Gobierno Digital, numeral 5.2. Anexo 2. Segmentación Elementos habilitadores: Arquitectura..."La entidad asegura que sus sistemas de información cuenten con la documentación técnica y funcional debidamente actualizada."	Gestión de Recursos de Tecnologia	Se encuentra publicado en el portal Web Guía de radicación, creación de user oficina, Notarías, anexo técnico REL. Se evidencia instructivos trabajos remotos en Folio IRIS, SIN IRIS, SIR IRIS; En SISG-Vicky se crearon modulo gestión tramites internos. Capacitación en Teams a nivel nacional. Las acciones fueron efectivas, se da concepto favorable de cierre del hallazgo	EFFECTIVO
20211011	No se evidencian Manuales y formatos estandarizados, para el uso de los nuevos aplicativos o desarrollos tecnológicos implementados en la vigencia 2020, con ocasión a la emergencia sanitaria declarada por el Gobierno Nacional, por causa de la pandemia Covid-19, en atención a las nuevas prácticas emprendidas para la atención del trabajo en casa, a fin de que se asegure la transferencia de la información a los usuarios de estos aplicativos, para garantizar el cumplimiento de los controles en los procesos y prevenir cualquier desviación que ponga en riesgo el mejoramiento y la continuidad en la prestación del servicio misional. Se advierte sobre la necesidad de avanzar con prontitud en la documentación de estos productos, a fin de darle cumplimiento a lo establecido el Decreto 1008 de 2018 lineamientos generales de la política de Gobierno Digital" artículo 2.2.9.1.2.2. Manual de Gobierno Digital. Lineamiento LI.SIS.16- MINTIC, Gobierno Digital, Manual del usuario, técnico y de operación de los sistemas de información. "La Dirección de Tecnologías y Sistemas de la Información o quien haga sus veces debe asegurar que todos sus sistemas de información cuenten con la documentación técnica y funcional debidamente actualizada."; Manual de Gobierno Digital, numeral 5.2. Anexo 2. Segmentación Elementos habilitadores: Arquitectura..."La entidad asegura que sus sistemas de información cuenten con la documentación técnica y funcional debidamente actualizada."	Gestión de Recursos de Tecnologia	Se encuentra publicado en el portal Web Guía de radicación, creación de user oficina, Notarías, anexo técnico REL. Se evidencia instructivos trabajos remotos en Folio IRIS, SIN IRIS, SIR IRIS; En SISG-Vicky se crearon modulo gestión tramites internos. Capacitación en Teams a nivel nacional. Las acciones fueron efectivas, se da concepto favorable de cierre del hallazgo	EFFECTIVO
20211016	Se advierte sobre un posible riesgo de incumplimiento a lo establecido en la Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos del MIPG, numeral 3.2.1.1.-"la operación de la entidad se haga acorde con la manera en la que se han documentado y formalizado los procesos.", ocasionando con éste, la inobservancia de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información (Ley 1712 de 2014); toda vez que durante el desarrollo de la auditoría, se encontró que aunque la Oficina de Tecnologías cuenta con el mapa de procesos de la OTI, esta información no se encontraba disponible, por lo que no fue posible acceder a la documentación de los procesos, procedimientos, ni formatos, que estuviesen publicados en la página web de	Gestión de Incorporación de Tecnologia	Se evidencia presentación y participación de funcionarios OTI en la "Capacitación Resolución 1519 de 2020 y accesibilidad web-abril de 2022. Presidencia de la república". Las acciones para subsanar el hallazgo fueron efectivas, se da concepto favorable de cierre del hallazgo	EFFECTIVO



Superintendencia de Notariado y Registro

CODIGO HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PROCESO EN DÓNDE SE DETECTA EL HALLAZGO	Pronunciamento de Efectividad Auditor	Estado hallazgo
	la entidad. La materialización del riesgo: "Daño de activos de tecnología que afecten la disponibilidad de la información de los aplicativos misionales u otra información", causado por el inconveniente técnico ocurrido a la infraestructura donde se encuentra alojado el portal web de la entidad, limitó la posibilidad de visualizar y acceder al Mapa de procesos, y al botón de transparencia y acceso a la información pública. Este riesgo fue reportado a la Oficina Asesora de Planeación, para su debido tratamiento.			
20230501	Con ocasión al seguimiento de los riesgos e indicadores a reportar para el primer cuatrimestre de 2023 dentro del Proceso de Concurso y Carrera Notarial de la Oficina Asesora Jurídica, se evidenció el vencimiento de términos de 29 peticiones.	Concurso y Carrera Notarial	Se evidenció el cumplimiento de los términos de carácter legal en las respuestas emitidas por la Oficina Asesora Jurídica, mediante los 29 oficios de respuestas y oficio remitivo y entrega de evidencias con radicado SNR2023IE007469, por lo tanto, se da cierre al hallazgo ya que ha sido efectiva la acción planteada.	EFFECTIVO
20230501	Con ocasión al seguimiento de los riesgos e indicadores a reportar para el primer cuatrimestre de 2023 dentro del Proceso de Concurso y Carrera Notarial de la Oficina Asesora Jurídica, se evidenció el vencimiento de términos de 29 peticiones.	Concurso y Carrera Notarial	Se evidenció el cumplimiento de los términos de carácter legal en las respuestas emitidas por la Oficina Asesora Jurídica, mediante los 29 oficios de respuestas y oficio remitivo y entrega de evidencias con radicado SNR2023IE007469, por lo tanto, se da cierre al hallazgo ya que ha sido efectiva la acción planteada.	EFFECTIVO

Fuente: Matriz consolidada, evaluación efectividad PM Inst.



Superintendencia de Notariado y Registro

- Para las No Conformidades que se encuentren en términos de ejecución; se recomienda realizar seguimiento permanente por parte de los líderes de procesos, a fin de identificar oportunamente aquellas acciones que requieran ser reformuladas o reprogramadas, con el propósito de evitar su vencimiento, incumplimiento e ineffectividad en el próximo seguimiento.

Esta Oficina, reitera la disposición de prestar la asesoría y acompañamiento a los líderes de procesos y servidores que lo requieran, en aras del mejoramiento continuo y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, articulado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Cordialmente,

MÓNICA AMATISTA JIMÉNEZ BARROS
Jefe Oficina de Control Interno

Proyecto: Juliana Torres Zambrano, Marcela del Pilar García Mora – Profesionales Contratistas OCIG.
Revisó: Mónica Amatista Jiménez Barros - Jefe Oficina de Control Interno de Gestión.



Superintendencia de Notariado y Registro

ANEXOS

Anexo No. 1. No Conformidades con pronunciamiento de efectividad.

CÓDIGO HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PROCESO EN DÓNDE SE DETECTA EL HALLAZGO	Pronunciamiento de Efectividad Auditor	Estado hallazgo
2019202	Falta de aplicación al procedimiento "Gestión control de cambios tecnológicos para ambientes de producción", no se está llevando el registro de éstos, soportados en que se realiza de manera automática la copia de seguridad del código fuente.	Gestión de recursos de tecnología	Se observa que mediante e-mail se Notificó a las áreas solicitantes, la necesidad de diligenciar los controles de cambios que se requieran para el Sistema SISG; así mismo, Se observa Informe de desarrollos propios en la SNR en el año 2021. Las acciones fueron efectivas, se da concepto favorable de cierre del hallazgo	EFFECTIVO
2019202	Falta de aplicación al procedimiento "Gestión control de cambios tecnológicos para ambientes de producción", no se está llevando el registro de éstos, soportados en que se realiza de manera automática el backup del código fuente.	Gestión de recursos de tecnología	Se observa que mediante e-mail se Notificó a las áreas solicitantes, la necesidad de diligenciar los controles de cambios que se requieran para el Sistema SISG; así mismo, Se observa Informe de desarrollos propios en la SNR en el año 2021. Las acciones fueron efectivas, se da concepto favorable para el cierre del hallazgo	EFFECTIVO
2019203	Desconocimiento y falta de aplicación del procedimiento "Back up y protección de la información", razón por la cual no se está garantizando la salvaguarda de la información (Aplicaciones, Bases de Datos y data no estructurada) de la Superintendencia de Notariado y Registro, mediante la generación de copias de seguridad en medios magnéticos y su posterior almacenamiento y custodia en una entidad externa.	Gestión de recursos de tecnología	Se evidencia, socialización proc. Restauración Backup, Custodia externa de medios, atención de solicitudes y requer. almacenamiento y Sistemas de virtualización, socialización de formatos solicitud para sistemas de virtualización, OVM, PCA, VMWARE y Solicitud de Almt. externo. Las actividades formuladas se encuentran cumplidas. ESTADO DEL HALLAZGO: Efectivo, se da concepto favorable de cierre.	EFFECTIVO
2019203	Desconocimiento y falta de aplicación del procedimiento "Back up y protección de la información", razón por la cual no se está garantizando la salvaguarda de la información (Aplicaciones, Bases de Datos y data no estructurada) de la Superintendencia de Notariado y Registro, mediante la generación de copias de seguridad en medios magnéticos y su posterior almacenamiento y custodia en una entidad externa.	Gestión de recursos de tecnología	Se evidencia, socialización proc. Restauración Backup, Custodia externa de medios, atención de solicitudes y requer. almacenamiento y Sistemas de virtualización, socialización de formatos solicitud para sistemas de virtualización, OVM, PCA, VMWARE y Solicitud de Almt. externo. Las actividades formuladas se encuentran cumplidas. ESTADO DEL HALLAZGO: Efectivo, se da concepto favorable de cierre.	EFFECTIVO
2019203	Desconocimiento y falta de aplicación del procedimiento "Back up y protección de la información", razón por la cual no se está garantizando la salvaguarda de la información (Aplicaciones, Bases de Datos y data no estructurada) de la Superintendencia de Notariado y Registro, mediante la generación de copias de seguridad en medios magnéticos y su posterior almacenamiento y custodia en una entidad externa.	Gestión de recursos de tecnología	Se evidencia, socialización proc. Restauración Backup, Custodia externa de medios, atención de solicitudes y requer. almacenamiento y Sistemas de virtualización, socialización de formatos solicitud para sistemas de virtualización, OVM, PCA, VMWARE y Solicitud de Almt. externo. Las actividades formuladas se encuentran cumplidas. ESTADO DEL HALLAZGO: Efectivo, se da concepto favorable de cierre.	EFFECTIVO
2019206	Con respecto a las PQRSD migradas, se observó que no se identifica la trazabilidad de 300 PQRSD, por cuanto estas no se están reflejando en los índices de las PQRSD Finalizadas en IRIS, o trasladadas a SISG o en pendientes por trasladar, de acuerdo con los totales arrojados por el aplicativo. Anexo No.9. Igual situación se observa para los PQRSD almacenadas recientemente a través del aplicativo, de acuerdo con lo evidenciado en algunos días de los meses de septiembre y octubre 2018.	Gestión de incorporación de tecnologías	El aplicativo Certicamara para el manejo de PQRSD se dejó de usar en la vigencia 2018, el actual aplicativo para el manejo de estas es SISG el cual funciona de manera adecuada. Se recomienda cerrar el hallazgo.	EFFECTIVO
2019207	No se ha parametrizado las necesidades funcionales, para el módulo de PQRSD, que contengan la inclusión, de acuerdo con los términos definidos en la Ley 1755 de 2015.	Gestión de incorporación de tecnologías	Se observa acta del 23/01/2020 en la cual se menciona la no conformidad para la parametrización conforme a la ley 1755 de 2015, también se evidencia que se llevaron a cabo las parametrizaciones y que actualmente las notificaciones están llegando a los usuarios. Las acciones propuestas fueron efectivas, se da concepto favorable de cierre del hallazgo	EFFECTIVO
2019207	No se ha parametrizado las necesidades funcionales, para el módulo de PQRSD, que contengan la inclusión, de acuerdo con los términos definidos en la Ley 1755 de 2015.	Gestión de incorporación de tecnologías	Se observa acta del 23/01/2020 en la cual se menciona la no conformidad para la parametrización conforme a la ley 1755 de 2015, también se evidencia que se llevaron a cabo las parametrizaciones y que actualmente las notificaciones están llegando a los usuarios. Las acciones propuestas fueron efectivas, se da concepto favorable de cierre del hallazgo	EFFECTIVO
2019212	Se observó que, aunque se realizó el análisis de vulnerabilidades al aplicativo de PQRS, a la fecha de auditoría no se presentaron evidencias de las acciones correctivas y/o preventivas, respecto a las recomendaciones efectuadas a las vulnerabilidades identificadas, excepto la concerniente al desarrollo del software.	Gestión de recursos de tecnología	Se observa que se realiza validación sobre el certificado, se verifica el Root CA instalado en el servicio balanceado, observando normal desempeño; también, se crea certificado intermedio y se adiciona al certificado general de la página https://pqrs.supernotariado.gov.co . Se realizó satisfactoriamente el cambio. La acción fue cumplida, se da concepto favorable de cierre del hallazgo	EFFECTIVO
2019206	De acuerdo con las muestras seleccionadas se encontró que para el procedimiento Comunicación Interna y Externa no se está dando cumplimiento a las actividades de control No.1,2,3,4 y 6 contenidas en el procedimiento Cod.GDE-GD-PR-01, v.3. Para el procedimiento Publicaciones, no se dio cumplimiento a las actividades No.1 y 2, del procedimiento GDE-GD-PR-03, V.3. Estas situaciones generan inobservancia a lo establecido en el numeral 8.5.1, literales c, f, g, así como lo señalado en el numeral 8.6 de la ISO 9001:2015.	Comunicaciones Internas y Externas	Se evidencia en el repositorio el procedimiento "comunicación corporativa" y se evidencia también documento con la política de comunicaciones y la caracterización de los procesos para las comunicaciones tanto internas y externas, con res. 14678-13/12/2022 se crea grupo notificaciones quien maneja las comunicaciones internas, se recomienda cerrar el hallazgo ya que ha sido efectiva la acción planteada.	EFFECTIVO
20211011	No se evidencian Manuales y formatos estandarizados, para el uso de los nuevos aplicativos o desarrollos tecnológicos implementados en la vigencia 2020, con	Gestión de Recursos de Tecnología	Se encuentra publicado en el portal Web Guía de radicación, creación de user oficina, Notarias, anexo técnico REL. Se evidencia instructivos trabajos	EFFECTIVO