

INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL – PRIMER SEMESTRE 2021.

De conformidad con la Ley 87 de 1993 y sus normas reglamentarias, en el rol de “Evaluación y seguimiento” enmarcado en los decretos 648 del 2017 y 1499 del 2017 del Sistema de Gestión, Manual Operativo del Sistema de Gestión MIPG – Modelo Integrado de Planeación y Gestión, en la Dimensión de Control Interno – MECI, la Oficina de Control Interno, verificó las acciones propuestas en el Plan de Mejoramiento, con el fin de determinar el cumplimiento y evaluar la efectividad de las actividades emprendidas frente a las causas que generaron los hallazgos en esta Entidad, una vez se permita demostrar que éstas, hayan subsanado las deficiencias que han sido identificadas en los informes de seguimiento y auditorías internas realizadas por esta Oficina.

Como mecanismo y estrategia tendiente a verificar el cumplimiento y la efectividad de las acciones emprendidas frente a las causas que generaron los hallazgos en los Planes de mejoramiento, la Oficina de Control Interno de Gestión, ha venido aplicando la instrucción impartida en la Circular No. 015 del 30 de septiembre de 2020, así como los criterios relacionados en el Memorando No. 01 de octubre 4 de 2019, en cuanto a la evaluación de la efectividad de las acciones propuestas en este Plan de Mejoramiento Institucional.

CRITERIOS PARA PRONUNCIARSE SOBRE LA EFECTIVIDAD DE UN HALLAZGO

1. Cuando exista un cambio, o derogación de la normatividad, ya sea interna o externa, **se considerará cerrado el hallazgo, siempre y cuando NO exista** contravención de la misma.
2. Que el hallazgo; por cualquiera de sus causas, **NO haya sido recurrente** (No se haya presentado nuevamente en la Entidad).
3. **Que NO se haya** materializado un riesgo que guarde relación con el hallazgo identificado por la CGR, por cualquiera de sus causas.
4. Que el hallazgo por cualquiera de sus causas, **no haya sido identificado nuevamente**, por parte de los líderes de Macroprocesos, Órgano de Control o por la Oficina de Control Interno de Gestión en los informes y/o auditorías internas realizadas por los mismos.

CRITERIOS PARA PRONUNCIARSE SOBRE LA INEFECTIVIDAD DE UN HALLAZGO

1. Que el hallazgo **se haya evidenciado** recurrente en la vigencia anterior o actual, en cualquiera de las Oficinas de Registro o Macroprocesos de la Entidad, por cualquiera de sus causas.
2. **Se haya materializado** el riesgo que guarde relación con el hallazgo y sus causas originarias.
3. Que el hallazgo por cualquiera de sus causas, **se haya identificado nuevamente**, por parte de los líderes de Macroprocesos, Órgano de Control o por la Oficina de Control Interno de Gestión en los informes y/o auditorías internas realizadas por los mismos.

ALCANCE

La presente Evaluación de Efectividad, se realizó al Plan de Mejoramiento consolidado Institucional correspondiente al primer semestre de la vigencia 2021. Se desarrolló aplicando procedimientos técnicos,

analítica de datos, revisión documental, evaluación y valoración de evidencias; que permiten verificar el cumplimiento y efectividad de las acciones de mejora propuestas en el plan.

DESARROLLO

La Superintendencia de Notariado y Registro, al cierre de la vigencia 2020, contaba con un Plan de Mejoramiento consolidado correspondiente a 160 hallazgos suscritos y 361 acciones de mejora; la Oficina de Control Interno de Gestión, realizó evaluación y seguimiento a 347 acciones de mejora con plazos de finalización a 30 de junio de 2021, correspondientes a 157 hallazgos, es decir, el 96% de éstos.

Total Hallazgos del PM 2020	Total Acciones del PM 2020	Hallazgos evaluados con corte al 30 de junio 2021							
		Hallazgos evaluados	%	Hallazgos con efectividad	%	Hallazgos en desarrollo	%	Hallazgos en periodo de madurez	%
160	361	154	96%	8	5%	6	4%	38	25%

Detalle hallazgos evaluados por Dependencia y/o Proceso – Primer semestre 2021

Dependencia y/o Proceso	Total Hallazgos del PM 2020	Total Acciones del PM 2020	Hallazgos evaluados con corte al 30 de junio 2021			
			Hallazgos evaluados	Hallazgos con pronunciamiento de efectividad de acciones	Hallazgos con acciones de mejora en desarrollo	Hallazgos con acciones de mejora en periodo de madurez
Administrativa	6	26	5	0	1	1
Atención al Ciudadano	7	24	7	1	0	1
Comunicación	10	10	10	0	0	10
Control Interno	3	8	3	2	0	0
Delegada Notariado	1	8	0	0	1	0
Delegada Registral	5	11	5	1	0	3
Disciplinario	1	2	1	1	0	0
Financiera	20	69	20	2	0	1
Jurídica	5	9	4	1	1	3
Planeación	21	52	20	0	1	7
Técnica Registral	6	20	4	0	2	1
Tecnología	25	52	25	0	0	10
Talento Humano	50	70	50	0	0	1
Totales	160	361	154	8	6	38

Fuente: Reporte plan de mejoramiento por procesos – OCI

Frente al seguimiento y evaluación de efectividad que realizó la Oficina de Control Interno al Plan de Mejoramiento, se cierran 8 hallazgos, por considerar la efectividad de las acciones propuestas; de allí, que el porcentaje de efectividad del plan de mejoramiento consolidado fue del 5% del total de los hallazgos evaluados a 30 de junio de 2021. (Ver anexo 1)

A continuación, se muestra el nivel de cumplimiento y porcentaje de efectividad de las acciones de mejora evaluadas para este periodo – primer semestre 2021.

Superintendencia de Notariado y Registro

Código:
GDE – GD – FR – 08 V.03
28-01-2019

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>
correspondencia@supernotariado.gov.co

Acciones evaluadas con corte al 30 de junio 2021										
Total Acciones del PM	Total de Acciones evaluadas	%	Acciones Cumplidas	%	Acciones con efectividad	%	Acciones incumplidas	%	Acciones en desarrollo	%
361	347	96%	207	60%	18	9%	138	38%	13	4%

Detalle de las acciones evaluadas por Dependencia y/o Proceso – Primer semestre 2021

Dependencia y/o Proceso	Acciones evaluadas con corte al 30 de junio 2021					
	Total Acciones del PM	Total de Acciones evaluadas	Acciones Cumplidas	Acciones con efectividad	Acciones incumplidas	Acciones en desarrollo
Administrativa	26	22	11	0	11	4
Atención al Ciudadano	24	24	14	3	10	0
Comunicación	10	10	10	0	0	0
Control Interno	8	8	7	4	1	0
Delegada Notariado	8	2	2	0	0	3
Delegada Registral	11	11	9	1	2	0
Disciplinario	2	2	2	2	0	0
Financiera	69	69	53	6	16	0
Jurídica	9	7	7	2	0	2
Planeación	52	50	26	0	24	2
Técnica Registral	20	20	10	0	8	2
Tecnología	52	52	27	0	25	0
Talento Humano	70	70	29	0	41	0
Totales	361	347	207	18	138	13

Fuente: Reporte plan de mejoramiento por procesos – OCI

Se evidenció un nivel de cumplimiento del 60% de las acciones evaluadas en este primer semestre de 2021, observando que el porcentaje de efectividad de las acciones fue del 9%, lo que corresponde a 18 de las 207 acciones cumplidas en este periodo.

A partir del análisis de datos, revisión documental, evaluación y valoración de evidencias, se verificó el cumplimiento y efectividad de las acciones de mejora propuestas en el Plan de Mejoramiento; no obstante, en 38 de los 157 hallazgos evaluados en este primer semestre, solo se verificó el cumplimiento de las acciones de mejora, por considerar la necesidad de establecer un periodo de madurez de 6 meses, con el fin de evaluar la efectividad de las acciones para determinar la idoneidad de los controles que se han establecido en cada uno de ellos; en cuanto a los hallazgos identificados en los procesos y procedimientos ejecutados en Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos, es necesario realizar la verificación in situ a través de auditorías internas, debido a que no todos los procesos y procedimientos se encuentran sistematizados (devolución de dinero, actuaciones administrativas, inventarios, ingresos recibidos por anticipado, disposición final de documentos, adecuación cuartos de cómputo, entre otros), razón por la cual, no es posible verificar la trazabilidad documental a través del medio virtual y/o remoto; otras de las

Superintendencia de Notariado y Registro

Código:
GDE – GD – FR – 08 V.03
28-01-2019

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>
correspondencia@supernotariado.gov.co

razones obedeció a las limitaciones ocasionadas por la emergencia sanitaria declarada por el Gobierno Nacional, estas situaciones identificadas han dificultado emitir un pronunciamiento que permitan garantizar de manera razonable que se alcanzaron los objetivos y metas trazadas y establecer que las causas de los hallazgos, se subsanaron definitivamente. (Ver anexo 2).

Por lo anterior, y de acuerdo con la Política de Operación de Planes de Mejoramiento y el procedimiento Formulación y seguimiento a planes de mejoramiento de la SNR, los líderes de los procesos deberán reformular las acciones de mejora a los 108 hallazgos restantes con pronunciamiento INEFECTIVO e INCUMPLIDAS. (Ver anexo 3).

Como resultado de la evaluación de efectividad con corte 30 de junio de 2021, realizada por la Oficina de Control Interno de Gestión, aplicando la instrucción impartida en la Circular No. 015 del 30 de septiembre de 2020, así como los criterios relacionados en el Memorando No. 01 de octubre 4 de 2019, el plan de mejoramiento consolidado quedó conformado de la siguiente manera:

Resultado de la evaluación de efectividad realizada por la Oficina de Control Interno – Primer semestre 2021

Total Hallazgos del PM antes de la evaluación	Total acciones antes de la evaluación	Hallazgos EFECTIVOS	Acciones EFECTIVAS	Total de Hallazgos del PM después de la evaluación	Total Acciones del PM después de la evaluación
160	361	8	18	152	343

En términos generales, la Oficina de Control Interno de Gestión, como resultado de la evaluación de efectividad adelantada a las acciones de mejora propuestas en el plan de mejoramiento con plazo de finalización al 30 de junio de 2021, utilizando como insumos fuentes internas y externas de información, consideró que el Plan de Mejoramiento Institucional evaluado es INEFECTIVO; en razón a las siguientes causas evidenciadas:

- No se realiza un adecuado análisis causa raíz sobre los hallazgos identificados por la OCI.
- Las acciones identificadas, en términos generales, no subsanan la causa que dieron origen a los hallazgos.
- No se cumplieron las acciones dentro del tiempo establecido en el plan de mejoramiento.
- No hay registros documentales que den cuenta de las actividades desarrolladas en el marco del plan.
- Incumplimiento de las acciones establecidas en el plan de mejoramiento.

Es necesario un nuevo análisis de causa raíz en los hallazgos evaluados con pronunciamiento de ineffectividad, para efectos de la reformulación de las acciones de mejora y actividades, según corresponda, a fin de procurar el cierre de estos hallazgos; en la mayoría de los casos, identificados como recurrentes en la Entidad, para lo cual se recomienda, solicitar asesoría técnica a través de la Oficina Asesora de Planeación.

Se hace la salvedad, que los líderes de Procesos, como primera línea de defensa, son los responsables de establecer controles adecuados que le permitan no solo garantizar el cumplimiento de las acciones de mejoramiento, sino también, su efectividad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En aras de fortalecer la cultura de autocontrol, la Oficina de Control Interno de Gestión, ha venido desarrollando mesas de trabajo a través de la aplicación de videoconferencias Teams, la Metodología combinada de análisis causa raíz, propuesta por esta misma Oficina, dirigida a los Líderes de Procesos, facilitadores de calidad y demás servidores involucrados en estos temas, a fin de que se fortalezcan los conocimientos sobre la aplicación de esta metodología, hasta poder adquirir la habilidad y destreza necesaria y se logre construir Planes de Mejoramientos que contengan acciones de mejora efectivas, tendientes a subsanar las causas generadoras de los hallazgos, por cuanto la mayor deficiencia en los planes, radica en que éstos no contienen acciones suficientes, pertinentes y adecuadas, debido al deficiente ejercicio de análisis causa raíz, como se mencionó anteriormente.

Se identificó una mejora en el nivel de cumplimiento de las acciones por parte de la primera línea de defensa; sin embargo, se sigue presentando debilidad en la formulación de las acciones de mejora para eliminar las causas que están generando los hallazgos.

Es importante que, desde la Alta Dirección, se diseñe una Estrategia con ejecución a corto plazo liderado por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, orientada a garantizar el cumplimiento y efectividad de los planes de mejoramientos suscritos en la entidad, a fin de que se tomen cursos de acción para la toma de decisiones, ya que el nivel de ejecución de los planes de mejoramientos impacta en el Estado del Sistema de Control Interno de la Entidad, incluyendo el Sistema de Control Interno Contable.

Se recomienda a los líderes de los procesos responsables (1 línea de Defensa), revisar internamente los resultados del presente informe, con el propósito que los hallazgos recurrentes identificados puedan disminuir en el corto y mediano plazo. A continuación, se presentan algunas actividades que se pueden desarrollar de manera preventiva para mejorar los resultados en las evaluaciones que realiza el ente de control y la Oficina de Control Interno:

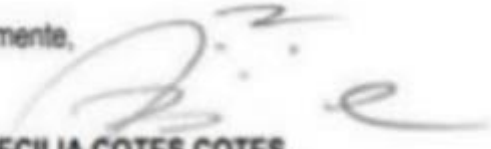
- ✓ Es oportuno, profundizar sobre el análisis de causa raíz en los hallazgos evaluados con pronunciamiento de ineffectividad, utilizando las metodologías establecidas para tal fin, en procura de formular acciones de mejoramiento, orientadas a subsanar las causas de los hallazgos identificados por la Oficina de Control Interno de Gestión.
- ✓ Es necesario revisar y ajustar los procesos y procedimientos periódicamente; es importante recordar que los mismos deben acomodarse a la realidad de la entidad.
- ✓ Se recomienda validar de forma periódica los puntos de control establecidos en los procesos y procedimientos.
- ✓ Es sumamente necesario, revisar la identificación de los riesgos y diseño de los controles en los Mapas de Riesgos de los Procesos, a fin de prevenir, mitigar y evitar la materialización de riesgos, que afecten el cumplimiento de sus objetivos.
- ✓ Es importante mejorar los procesos de capacitación e inducción en puestos de trabajo que permitan afianzar la adherencia de los procesos y procedimientos asociados al cumplimiento de los objetivos en el desarrollo de la gestión de la entidad.

- ✓ Se hace necesario, diseñar un Plan de Acción, incluyendo cronograma de actividades a corto, mediano y largo plazo, orientado a continuar ejecutando actividades para la implementación del MIPG en la Entidad, con base en las recomendaciones que ha venido haciendo el Departamento Administrativo de Función Pública a través de la evaluación de desempeño Institucional anualmente, a través del FURAG, y los resultados del seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno realizado periódicamente e cada vigencia, por parte de la Oficina de Control Interno, así como las evaluaciones institucionales que haya realizado la Oficina Asesora de Planeación y el resultado de los ejercicios de autoevaluación y monitoreo desarrollado por las primeras y segundas líneas de defensa en los procesos bajo su liderazgo y responsabilidad.
- ✓ Se requiere fortalecer el rol y responsabilidad de las segundas líneas de defensa; es decir, los líderes de procesos transversales y Sistemas de Gestión, en su labor de autoevaluación, autocontrol, monitoreo y seguimiento a la ejecución de los procesos a cargo, a fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos trazados en los mismos, así como, prevenir, mitigar y evitar la materialización de riesgos.

Esta Oficina, reitera su disposición de seguir prestando asesoría y acompañamiento a los líderes de procesos y servidores que lo requieran, en aras del mejoramiento continuo y fortalecer, por ende, el Sistema de Control Interno, articulado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

En este orden de ideas, las recomendaciones y orientaciones generadas desde la Oficina de Control Interno como producto de los procesos de auditoría, seguimientos y evaluaciones de efectividad, se convierten en actividades de obligatorio cumplimiento, en el entendido que esta oficina evalúa y determina la idoneidad de los controles que se han establecido a lo largo de la entidad, los cuales deben garantizar de manera razonable que se alcanzarán los objetivos y metas trazadas.

Cordialmente,


RITA CECILIA COTES COTES
Jefe Oficina de Control Interno de Gestión

Transcriptor: Yalena Maldonado Maziri – Profesional Especializado OCI
Seguimientos efectuados por los profesionales de la Oficina de Control Interno de Gestión.

Con copia: Líderes de Procesos (1ra y 2da Línea de Defensa)

Código:
GDE – GD – FR – 08 V.03
28-01-2019

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>
correspondencia@supernotariado.gov.co

Anexo 1. EFECTIVIDAD ACCIONES PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL - OCI

Codificación en el Plan de Mejoramiento de la Entidad	Macroproceso	Hallazgo	Observaciones o comentarios del Equipo Auditor
2019210	GESTIÓN FINANCIERA	Se evidencia que los documentos que soportan el registro de las cuentas por pagar de algunos contratistas, no contienen información suficiente, de conformidad con los requisitos mínimos exigibles para el registro contable tales como: Firma del supervisor del contrato en el informe de supervisión, cuenta de cobro y los documentos que soportan los pagos de salud, pensión y ARL, incumplimiento de los pasos definidos en la actividad Nro. uno (1) y cinco (5) del procedimiento "CUENTAS POR PAGAR" y los controles	En la Auditoria Financiera realizada por la CGR vigencia 2020, en el proceso auditor no determinaron hallazgos al respecto, por lo cual este Ente de Control consideró EFECTIVA la acción de mejora en el Plan de Mejoramiento suscrito con la CGR. Se verificó los soportes aportados por el proceso evidenciando cumplimiento de la actividad propuesta, así como la actualización PROCEDIMIENTO: PAGOS con código: GF -PI -PR -01 y fecha del 21/08/2020. Se cierra el hallazgo por considerarse EFECTIVO.
2019203	CULTURA DEL SERVICIO Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Se observó que la Oficina de Atención al Ciudadano menciona como uno de los canales de atención, el CHAT; sin embargo, la Jefatura de la Oficina, mediante correo electrónico del 27 de abril de 2018 solicitó retirarlo de la página WEB, argumentada en concepto expedido por la OTI en el año 2017. Esta situación genera para el ciudadano, menos oportunidad de tener una comunicación inmediata con la SNR.	De conformidad con el INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS PQRSD, II SEMESTRE DE 2020, elaborado por la OCI y remitido con SNR2020IE002402 de 24-02-2021, en el que se evaluó el cumplimiento y efectividad de las acciones dando por cerrado este hallazgo.
2019203	GESTIÓN FINANCIERA	Incumplimiento de los pasos definidos en la actividad Nro. Uno (1) y cinco (5) del procedimiento "CUENTAS POR PAGAR" y de los controles: "El responsable del grupo de encargado de revisar la documentación verifica que esta cumpla con los requerimientos expuestos. En caso negativo se informará al supervisor y/o interventor del contrato los detalles de la devolución", "El funcionario encargado del Grupo de Contabilidad verifica en la malla de la aplicativa Iris Documental que se encuentren los documentos de la cadena de pago (factura equivalente, cuenta por pagar)" y algunos pasos de la actividad Nro. (1) uno del procedimiento de "pagos". Evidenciados en el pago de los siguientes documentos: Comprobantes :33140,18086 y 23336 cuenta por pagar 158318	En la Auditoria Financiera realizada por la CGR vigencia 2020, en el proceso auditor no determinaron hallazgos al respecto, por lo cual este Ente de Control consideró EFECTIVA la acción de mejora en el Plan de Mejoramiento suscrito con la CGR. Se verificó los soportes aportados por el proceso evidenciando cumplimiento de la actividad propuesta, así como la actualización PROCEDIMIENTO: PAGOS con código: GF -PI -PR -01 y fecha del 21/08/2020. Se cierra el hallazgo por considerarse EFECTIVO.
2019201	GESTIÓN DISCIPLINARIA INTERNA	Se observó que el archivo de los expedientes y demás documentos de la dependencia no cuenta con controles necesarios para el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros, además incumpliendo con las normas archivísticas.	Se evidencio el cumplimiento de la acción de mejora con corte a 30 de junio de 2021, los soportes fueron cargados en la ONE DRIVE; la acción de mejora fue efectiva porque el objetivo del plan de trabajo se desarrolló en su totalidad garantizando la transferencia documental del archivo de la OCID, por lo tanto, se propone el cierre del hallazgo.
2019201	GESTIÓN JURIDICA	La estructura del procedimiento "Para el pago de Sentencias, Conciliaciones-Mecanismos Alternativos de Resolución de Conflictos (MASC) o de cualquier otro crédito surgido por concepto de la responsabilidad patrimonial de la Entidad", no refleja la interacción de los procesos. Asimismo, en las actividades descritas no se identifican los controles para garantizar la conformidad del producto.	Se evidencia el cumplimiento de la acción de acuerdo con los soportes cargados en la ONE DRIVE y se considera que la acción es efectiva por cuanto fue socializado el procedimiento versión 01 y aprobado del 26/11/2020, el cual cuenta con las actividades, puntos de control y asignación de los responsables que interactúan en el procedimiento. Se propone el cierre del hallazgo.

Superintendencia de Notariado y Registro

Código:
GDE – GD – FR – 08 V.03
28-01-2019

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>
correspondencia@supernotariado.gov.co

2020201	ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL REGISTRAL	A partir de los mapas de procesos, según la muestra seleccionada; se observó la falta de determinación de las actividades de control para la totalidad de las causas identificadas en algunos riesgos identificados en los procesos, como los siguientes casos: - En el riesgo No.2 - de corrupción del proceso "Gestión de Orientación Registral", tiene 5 causas identificadas y solo un control establecido. Como se puede observar, existen causas y riesgos no controlado; por lo tanto, los controles existentes y propuestos en los mapas de riesgos y de corrupción, presentan debilidades en su diseño, toda vez que no cumplen los criterios establecidos por el DAFP en la "Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas" -Versión 4, en la cual se determinan aspectos prioritarios que deben contener dichos controles para su definición como son: Responsable, Periodicidad, Propósito, Actividad a realizar, Manejo de observaciones y/o desviaciones. Evidencias de ejecución. Estas debilidades presentadas, pueden llegar a generar la materialización de riesgos, originando con esto, el incumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad, así como posibles observaciones por parte de los órganos de control.	De conformidad con el informe de seguimiento a los riesgos primer cuatrimestre 2021, no se determinaron hallazgos al respecto en este macroproceso, por lo cual considero EFECTIVA la acción de mejora, por lo tanto se cierra y retira del plan.
2020204	CONTROL INTERNO DE GESTION	De los 24 procesos con riesgos de corrupción identificados, el 21% (5 procesos) de éstos, aún están en formatos de la versión 1 - vigencia 2019. Así mismo, con respecto al formato actualizado en febrero de 2020, se encontró que en el 100% (24 procesos) se encuentran desactualizados con respecto a la versión 3. Ver Tabla No.2. Incumpliendo los formatos establecidos por Direccionamiento	De conformidad con el informe de seguimiento a los riesgos primer cuatrimestre 2021, no determinaron hallazgos al respecto en este macroproceso, por lo cual considero EFECTIVA la acción de mejora, por lo tanto se cierra y retira del plan.
2020205	CONTROL INTERNO DE GESTION	A partir de los mapas de riesgo de corrupción verificados a los procesos, se observó en la Tabla No.4; que no se cuenta con el establecimiento de actividades de control para las 28 causas identificadas en esta Tabla. Como se puede observar, existen causas no controladas, por lo tanto se considera que los controles existentes y propuestos en los mapas de riesgos y de corrupción presentan debilidades en su diseño, toda vez que no cumplen los criterios establecidos por el DAFP en la "Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas"- versión 4, en la cual se determinan aspectos prioritarios que deben contener dichos controles para su definición como son: Responsable, Periodicidad, Propósito, Actividad a realizar, Manejo de observaciones y/o desviaciones, Evidencias de ejecución. Estas debilidades presentadas, pueden llegar a generar que se materialicen los riesgos, conllevando a incumplimiento en los objetivos estratégicos de la entidad, así como posibles observaciones por parte de los órganos de control.	De conformidad con el informe de seguimiento a los riesgos primer cuatrimestre 2021, no determinaron hallazgos al respecto en este macroproceso, por lo cual considero EFECTIVA la acción de mejora, por lo tanto se cierra y retira del plan.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

Anexo 2. HALLAZGOS CON ACCIONES EN PERIODO DE MADUREZ

Codificación en el Plan de Mejoramiento de la Entidad	Macroproceso	Hallazgo	Observaciones o comentarios del Equipo Auditor
2019203	GESTIÓN FINANCIERA	Control de Inventarios físicos y almacén: No existe un consolidado o inventario de la totalidad del hardware y software existente en la entidad y no se controla la distribución y ubicación a nivel nacional de éstos, conllevando al incumplimiento de lo establecido en las Políticas de Seguridad de la Información de la SNR.	Se verificó al 30/06/2021 cumplimiento de los soportes de la actividad propuesta. Para el pronunciamiento de efectividad es necesario hacer una prueba de recorrido en el segundo semestre 2021 con el fin de verificar la efectividad de las acciones de mejoras identificadas como cumplidas.
2019208	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Plan de Austeridad: La Entidad no cuenta con un Plan de Austeridad debidamente aprobado, que permita implementar acciones encaminadas a optimizar recursos como mecanismo de control del gasto público, en cumplimiento a las directrices impartidas a través de la Directiva Presidencial vigentes en materia de Austeridad; política y criterios internos definidos en la Entidad a fin de garantizar un efectivo análisis y seguimiento con respecto a estos lineamientos.	De conformidad con el INFORME DE AUSTRERIDAD Y EFICIENCIA DEL GASTO PÚBLICO, 4TO TRIMESTRE VIGENCIA 2020 Y 1ER TRIMESTRE 2021 elaborado por la OCI, se evaluó el cumplimiento de la acción de mejora; Sin embargo, la OCI por causa de la pandemia considera un periodo de madurez de 6 meses para poder establecer si las causas de este hallazgo se subsanaron definitivamente.
2019203	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	En las evaluaciones realizadas al mapa de riesgo por procesos de la entidad, se han evidenciado la materialización de los siguientes riesgos, sin que se les haya dado el tratamiento adecuado conforme está definido en la "Política General para la Administración de Riesgos del proceso Sistema de Operación y Gestión Institucional" así: Macroproceso Cultura del Servicio y Atención al Ciudadano, riesgo: "Incumplimiento a los tiempos de respuestas a las PQRS de los ciudadanos, por parte de los responsables de los procesos involucrados. Macroproceso Inspección, Vigilancia y Control Notarial; riesgo: "Prescripción de la acción disciplinaria. (...)	Según seguimientos anteriores, se ha denotado la actualización de la Guía para la identificación de riesgos y el procedimiento "formulación de riesgos y oportunidades"; así mismo, se encontraron publicados en el SIG. Por lo anterior, se determina que la Acción está Cumplida , sin embargo, dado que es un hallazgo transversal a muchos macroprocesos, para evaluar su efectividad es necesario revisarlo en diferentes seguimientos a los procesos, dado que Planeación dió cumplimiento a las acciones propuestas.
2019204	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Conforme a la muestra seleccionada; se pudo observar, que el 61% de las Oficinas de Registro de la Superintendencia de Notariado y Registro, cargaron parcialmente los documentos que soportan la ejecución de los controles y el 9% no la subieron; esta situación se presenta por el desconocimiento y falta de aplicación de la metodología para la administración del riesgo. Esta no conformidad es recurrente, incumpliendo lo establecido en la Política General para la Administración de Riesgos definida por la Entidad.	Según seguimientos anteriores, se observó en las evidencias presentadas que se realizaron las 3 infografías mencionadas, por lo cual se determina el cumplimiento a las acciones establecidas . sin embargo, dado que es un hallazgo transversal a muchos macroprocesos, para evaluar su efectividad es necesario revisarlo en diferentes seguimientos a los procesos, dado que Planeación dió cumplimiento a las acciones propuestas.
2019205	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	Se encontró desactualización del Manual de Usuario del aplicativo, en su versión No.1, - Código: GT – IT – PR – 02 – M1 Versión: 01 31/05/2018; por cuanto no está completo el procedimiento a seguir para el trámite de la PQRS. Así mismo, el Manual de Administrador del Sistema de PQRS se observa desactualizado.	Se encuentra el manual de "CÓMO RADICAR Y CONSULTAR EL ESTADO DE SUS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y DENUNCIASPQRS"; Así como el Manual de Administrador del Sistema de PQRS; por lo tanto se determina cumplida la acción, se recomienda la actualización periódica de los manuales, de acuerdo con los cambios realizados. Por tratarse de un tema transversal, se hace necesario verificar su efectividad en otro seguimiento a otros procesos (PQRS), ya que la OTI realizó la actividad propuesta.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2019206	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	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.	Se encuentra el reporte de las PQRSD migradas, dando cumplimiento a la acción propuesta; sin embargo, la efectividad debe ser verificada mediante una auditoria a este tema, y por tratarse de un tema transversal, se hace necesario verificar su efectividad en otro seguimiento a otros procesos (PQRSD), ya que la OTI realizó la actividad propuesta.
2019207	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	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.	Se observa acta del 23 de enero de 2020; para revisión de notificaciones de PQRSD, próximas a vencer, sin embargo, la efectividad debe ser verificada mediante una auditoria a este tema, y Por tratarse de un tema transversal, se hace necesario verificar su efectividad en otro seguimiento a otros procesos (PQRSD), ya que la OTI realizó la actividad propuesta.
2019207	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	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.	Se observa en la One Drive pantallazo del 22 de mayo de 2020; donde el modulo permite realizar ampliación de términos, sin embargo, la efectividad debe ser verificada mediante una auditoria a este tema, y Por tratarse de un tema transversal, se hace necesario verificar su efectividad en otro seguimiento a otros procesos (PQRSD), ya que la OTI realizó la actividad propuesta.
2019209	TECNOLOGIA 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.	Existen evidencias de la mesa de trabajo realizada 17 marzo 2020; La acción estaría cumplida. Se requiere evaluar la efectividad en seguimiento a PQRSD.
2019210	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	No se evidencian avances de cumplimiento en relación con algunos productos, exigidos como requisitos necesarios conforme a lo establecido en el Manual de Gobierno Digital; se observan productos que requieren mejoras a fin de cumplir con todos los requisitos exigidos, falta de aprobación, socialización e implementación en la Entidad; debilidades frente a los controles que deben ser establecidos, respecto a la infraestructura tecnológica.	Existen evidencias del autodiagnóstico realizado. La acción estaría cumplida, pero la efectividad debe revisarse en auditoria a este tema, en seguimiento a realizarse en la Política de Gobierno Digital.
2019212	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	Se observó que aunque se realizó el análisis de vulnerabilidades al aplicativo de PQRS, a la fecha de auditoria no se presentaron evidencias de las acciones correctivas y/o preventivas, respecto a las recomendaciones efectuadas a las vulnerabilidades identificadas, excepto la concierne al desarrollo del software.	Se observa que realizaron ajustes al certificado SSL; sin embargo, en próximo seguimiento a las políticas de gobierno digital, se revisará la efectividad de las acciones
2019202	TECNICA REGISTRAL	En algunos turnos de registro se evidencia incorrecta liquidación en aplicación de las tarifas registrales legalmente establecida mediante resoluciones internas para cada una de las vigencias.	A 30/06/2021 se evidencia cumplimiento de la actividad propuesta. La OCI por causa de la pandemia considera un periodo de madurez de 6 meses para poder establecer si las causas de este hallazgo se subsanaron definitivamente.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2019201	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	Se observan que las dependencias no han formulado planes de mejoramiento como resultado de las evaluaciones anteriores, tales como Oficina Asesora de Planeación, Oficina de Tecnología de la Información, Dirección de Talento Humano y la Dirección de Contratos	Se observa que realizaron mesa de trabajo con la Oficina Asesora de Planeación - acta 20/01/20 y enviaron archivo con la entrega formal de los activos de información (1 archivo .xls), del 20 enero/20. Cumplida la acción; sin embargo, Dado que a la fecha de seguimiento existen dos planes de mejoramiento pendientes de suscribirse, se establece que las acciones implementadas fueron inefectivas para cerrar el hallazgo en la OTI.
2019201	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	Con respecto a los equipos de cómputo y el software existente para la administración de la página Web, y para realizar programas de producción y diseño de contenidos, se encontró que no se cuenta con las herramientas apropiadas como son equipos de cómputo y software con capacidad tecnológica para diseño gráfico, entre otras actividades realizadas en el Grupo de Comunicaciones, por cuanto los equipos asignados a este Grupo, presentan obsolescencia en el software instalado y que cuenta con licenciamiento. Esta situación conlleva al riesgo de no permitir generar contenidos de la calidad requerida para realizar las publicaciones de contenido en la Entidad, dificultando las labores a desarrollar, en atención a las diferentes estrategias que se deben seguir en materia de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, de conformidad con las Políticas definidas por el Gobierno Nacional.	1- Por la situación de la calamidad – pandemia, no se cuenta con los soportes de acta de la reunión. Así mismo, anexas los formatos de requerimiento y de validación técnica. Sin embargo, existe como soporte correo electrónico del 17 de marzo/20, donde se manifiesta: “Sin embargo como te comentábamos hoy aquí en la OTI, el proceso de solicitud de adquisición de licenciamiento de Adobe, se mantiene vigente y con estudios previos realizados en días anteriores, los cuales se espera la aprobación financiera de la entidad, para la disponibilidad de presupuesto”. Por lo cual se considera cumplida esta acción. Dado que existen tres acciones incumplidas para este hallazgo, no se puede evaluar su efectividad; sin embargo, para evaluarse la efectividad debe realizarse desde otros procesos, toda vez que se trata de temas transversales y la OTI realizó lo que estableció en la acción.
2019202	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	Se observó que existen usuarios activos en el aplicativo Folio Magnético, que no pertenecen a la ORIP. Así mismo, se encuentra necesario revisar los diferentes roles asignados a los funcionarios a través del aplicativo Folio, toda vez que existen algunos incompatibles con las funciones asignadas actualmente, conllevando al riesgo de no dar la aplicación de las buenas prácticas definidas en la Circular No.795 de 2017. De acuerdo con lo descrito anteriormente, se podría generar incumplimiento al Numeral 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio - ISO 9001:2015.	Se observa que se envió solicitud de actualización; presentan análisis de los usuarios existentes en la ORIP. LA efectividad deberá ser evaluada en próximas auditorías a ORIP.
2019202	ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL REGISTRAL	Se evidenció insuficiente seguimiento y control en los tres procedimientos adscritos al Proceso de Gestión de Inspección y Vigilancia Registral, por parte de la Delegada de Registro, frente a las acciones de mejoramiento que deben emprender las áreas involucradas donde se han identificado las causas de los hallazgos, a fin de generar un impacto en la labor de inspección, vigilancia y control sobre el servicio registral que prestan las Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos del País, y de esta manera, se permita medir su efectividad, en cumplimiento de la función número 2 del artículo 23 del Decreto 2723 del 2014 y el artículo 96 del Estatuto de Registro.	Se evidencia los formatos actualizados y codificados el 29/09/2020 - Formato SEGUIMIENTO INFORMES DE VISITAS V.2 Código: GOIVCR - GIVR - PR - 03 - FR - 01; Formato SEGUIMIENTO A INFORMES DE INTERVENCIÓN V.1 Código: GOIVCR - GCR - PR - 01 - FR - 01. A través de auditoría de seguimiento se verificará si la actividad propuesta fue efectiva y permitió identificar que el hallazgo observado fue subsanado.

2019203	ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL REGISTRAL	No se presenta evidencia objetiva frente a la coherencia entre el nombre del indicador "Porcentaje de Visitas Generales a Orip con Planes de Mejoramiento", con la fórmula, y las variables; de igual forma, se observó que el seguimiento que deben realizar a los hallazgos detectados en las visitas generales, especiales e intervenciones, no se formulan planes de mejoramientos y no se encontró documentado en los procedimientos Visitas Generales a las Orip, Visitas Especiales a las Orip e Intervención de Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos.	Se realiza la verificación de los soportes cargados en el one drive, se evidencia correo del 17/04/2020 remitido a la oficina de planeación solicitando aprobación y publicación del nuevo indicador; se evidencia el diligenciamiento del formato de solicitud de cambio dirigido a la OAP del 17/04/2020 y archivo excel hoja d vida del indicador. Sin embargo, no se evidencia en la página web en el link de indicadores la publicación del cambio de hoja de vida del indicador. Hasta tanto no se finalice esta actividad, no se da como eficaz para el respectivo cierre de la acción. A través de auditoria de seguimiento se verificará si la actividad propuesta fue efectiva y permitió identificar que el hallazgo observado fue subsanado.
2019204	ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL REGISTRAL	No se identifican indicadores que permitan medir la efectividad o el impacto generado como resultado del ejercicio de la labor de inspección, vigilancia y control sobre el servicio público registral, que debe ejercer la Delegada para el Registro, a fin de proponer mecanismos para mitigar y evitar la materialización de los riesgos en las Oficinas de Registro y promover acciones tendientes a la mejora del servicio.	Se evidencia cumplimiento de la acción con fecha extemporánea, realizada el 03/07/2020, capacitación que fue efectuada por la Oficina Asesora de Planeación al personal de la Superintendencia Delegada para el Registro con la asistencia de 23 funcionarios. A través del Seguimiento Indicadores de procesos de la Entidad se verificará la efectividad de las actividades propuestas frente al hallazgo.
2019201	DIVULGACIÓN ESTRATÉGICA	Se realizó entrevista al facilitador de calidad, observando que la delegación de funciones se realiza de manera verbal, puesto que no se presentaron evidencias de la delegación realizada para gestionar los indicadores, mapa de riesgos, actualización de procedimientos pertenecientes al Macroproceso Divulgación Estratégica, máxime cuando esta gestión demanda una gran responsabilidad en la reingeniería que actualmente se adelanta en la entidad. Esta situación, podría generar el riesgo de incumplir lo establecido en el numeral 5.3, literal b) que señala: La alta dirección debe asignar la responsabilidad y autoridad para: ... b) asegurarse de que los procesos están generando y proporcionando las salidas previstas;" Por lo anterior, se deja como observación, con el fin de tomar las oportunidades de mejora necesarias, para que esta situación no conlleve al riesgo de no dar cumplimiento a lo establecido en este numeral.	Se observa el Oficio de designación, con fecha, 01 de Octubre de 2019. Aunque se cumplió con la acción, estos soportes no son suficientes para evaluar la efectividad por lo cual se requiere de una auditoria posterior priorizada, para verificar la efectividad de la acción propuesta.
2019202	DIVULGACIÓN ESTRATÉGICA	Se observó que hubo una reducción del 90% en el presupuesto inicialmente aprobado, por lo cual se advierte que con esta limitación de recursos, se podría generar el riesgo de no contar con los recursos suficientes para garantizar la debida publicación en el diario oficial de los actos administrativos como son: edictos, autos, avisos, sentencias y en general, todo documento sujeto a publicación en este medio, proferidos por las diferentes dependencias de la Superintendencia de Notariado y Registro. Así mismo, esta situación podría conllevar a contravenir lo establecido en el procedimiento "Actuaciones Administrativas - GTR-GJR-PR-07, v.3", actividad 3-HACER ANÁLISIS JURÍDICO PRELIMINAR, numeral 3 y 4: "Se cita para notificar personalmente el inicio de la actuación, de no asistir será notificado por aviso. Publicación del auto en la página electrónica de la entidad y en un medio de amplia circulación Nacional."	Se observa el plan anual de adquisiciones, Aunque se cumplió con la acción, estos soportes no son suficientes para evaluar la efectividad por lo cual se requiere de una auditoria posterior priorizada, para verificar la efectividad de la acción propuesta.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2019203	DIVULGACIÓN ESTRATÉGICA	Se solicitaron las evidencias respecto a la inducción realizada y/o re inducción, encontrando que no se cuenta con estas evidencias para el personal recientemente vinculado. Tampoco se cuenta con evidencias del entrenamiento en puesto de trabajo que se ha realizado. Esta situación podría llegar a generar un posible riesgo de incumplir con lo determinado por el Decreto 1083/2015, Art. 2.2.19.6.3 que señala: "Los programas de capacitación de cada Superintendencia podrán incluir actividades de inducción, re inducción y de actualización de competencias laborales", en cuanto al Sistema de Gestión Institucional, también se debe hacer referencia a los procesos de la entidad y en especial al de Divulgación Estratégica, socializando su caracterización, los procedimientos que los componen, los riesgos existentes y los indicadores que se han definido para cada uno de ellos, entre otros.	Se observa acta de reunión del 5 de noviembre de 202; la acción está cumplida; Aunque se cumplió con la acción, estos soportes no son suficientes para evaluar la efectividad por lo cual se requiere de una auditoria posterior priorizada, para verificar la efectividad de la acción propuesta.
2019204	DIVULGACIÓN ESTRATÉGICA	No se evidenciaron las actividades y puntos de control operacional necesarios para determinar específicamente los actos administrativos objeto de publicación en el Diario Oficial, con el fin de determinar que se publique en este espacio, lo estrictamente necesario, buscando dar un uso eficiente a los recursos asignados. Así mismo, se observó que no se establecen los puntos de control y lineamientos para el manejo y uso de la intranet, ni de las carteleras existentes en las Oficinas de Registro y Nivel Central.	Se observan 5 planes de propuestas de actualización documental; la acción está cumplida; Aunque se cumplió con la acción, estos soportes no son suficientes para evaluar la efectividad por lo cual se requiere de una auditoria posterior priorizada, para verificar la efectividad de la acción propuesta.
2019205	DIVULGACIÓN ESTRATÉGICA	Se observó que a pesar de la actualización realizada al Link de Transparencia, aún se observa algunos pendientes de actualización de la información de acuerdo con los siguientes ítems: Numeral 1- Actualización de Directorios y unificación de los mismos; Documento para el tratamiento de los datos personales; Numeral 7, lo relacionado con la información para población vulnerable; Numeral 10, la actualización de la información Clasificada y Reservada; Numeral 12- todo lo relacionado con la Accesibilidad WEB; Numeral 13- lo relacionado con Habeas Data y el certificado del Registro ante la Superintendencia de Industria y Comercio. Esta situación podría generar el riesgo de no contar con la totalidad de la información señalada por la Ley de Transparencia, y resolución No.3564/2015, así como lo señalado por el numeral 8.2.1, literal a) de la ISO 9001:2015.	Se observan 11 planes de propuestas de actualización procedimientos de tipo documental; la acción está cumplida; Aunque se cumplió con la acción, estos soportes no son suficientes para evaluar la efectividad por lo cual se requiere de una auditoria posterior priorizada, para verificar la efectividad de la acción propuesta.
2019206	DIVULGACIÓN ESTRATÉGICA	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.	Se observan 7 planes de propuestas de actualización documental para los controles que se requieren; la acción está cumplida; Aunque se cumplió con la acción, estos soportes no son suficientes para evaluar la efectividad por lo cual se requiere de una auditoria posterior priorizada, para verificar la efectividad de la acción propuesta.

2019207	DIVULGACIÓN ESTRATÉGICA	Como se puede observar en la muestra seleccionada de Resoluciones publicadas en la web, se encontró que existen contenidos duplicados y triplicados en algunos casos, puesto que tienen el mismo contenido documental, a los cuales se puede acceder desde distintas URL y en la propia website, donde lo único que cambia es el identificador de variables, que aparece como un parámetro al final de la URL (wlsbccportal01170969.pdf, por ejemplo). De otra parte, se observó que la publicación de las Resoluciones en la página web de la entidad, no están debidamente clasificadas por Nivel Central y/o ORIP, dificultando la ubicación de las mismas, ante cualquier consulta por parte del ciudadano.	Se encuentra acta de reunión y Oficio de socialización del 27 oct.2020, aportados en la One Drive. Aunque se cumplió con la acción, estos soportes no son suficientes para evaluar la efectividad por lo cual se requiere de una auditoría posterior priorizada, para verificar la efectividad de la acción propuesta.
2019208	DIVULGACIÓN ESTRATÉGICA	Se encontró que la numeración de los Actos Administrativos no son consecutivos y no se lleva el control físico de los memorandos y circulares, teniendo en cuenta que cada área que lo expide, almacena su propio archivo y no se está utilizando un sistema de codificación para las dependencias o áreas que expiden estos documentos, de tal forma que permitan controlar la identificación única de los Actos Administrativos, conservando la información documentada para su recuperación oportuna por parte de los diferentes usuarios o grupos de interés que requieran esta información. Por lo anterior, se determina un posible incumplimiento a lo establecido en el Acuerdo 060 de 2001, expedido por el archivo General de la Nación, que señala en el art.6 y 7 relacionados con la Numeración de actos administrativos y Comunicaciones internas.	Se encuentra acta de reunión y Oficio de socialización del 27 oct.2020, aportados en la One Drive. Aunque se cumplió con la acción, estos soportes no son suficientes para evaluar la efectividad por lo cual se requiere de una auditoría posterior priorizada, para verificar la efectividad de la acción propuesta.
2019209	DIVULGACIÓN ESTRATÉGICA	Se observó que el Grupo de Divulgación no realizó para el segundo trimestre de 2019, el análisis de la información de los indicadores que miden su desempeño, como lo establece la actividad Nro.4 del procedimiento "MEDICIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS"; igualmente se evidenció que el proceso de Divulgación Estratégica, no cuenta con indicadores que le permitan medir las actividades que se desempeñan al interior del mismo, por cuanto a la fecha de la auditoría, se tenía el indicador de índice de percepción de la imagen corporativa de la Entidad, siendo su seguimiento un poco subjetivo por el tipo de preguntas realizadas a través de la encuesta y éste no permite determinar de manera objetiva el grado en que se cumplen las necesidades y/o expectativas de los ciudadanos; y no permite realizar seguimiento alguno, de acuerdo con lo señalado en el numeral 9.1.2 de la ISO 9001:2015. Así mismo, esta situación, genera incumplimiento a lo establecido en el numeral 9.1, teniendo en cuenta que no se está determinando por parte del proceso, que es lo que realmente requiere medición, en aras de generar alertas oportunas para la toma de decisiones.	Se observó a través de la One Drive que el proceso subió evidencias de la actualización de los indicadores; de ello existe el Oficio enviado por el facilitador al Coordinador informando sobre esta actividad desarrollada y aprobada por la Oficina de Planeación. - Oficio del 27 de Octu.2020 - Notificación de cambio de indicadores del proceso de Divulgación Estratégica, como del envío y publicación del análisis de los indicadores del segundo semestre 2019. Aunque se cumplió con la acción, estos soportes no son suficientes para evaluar la efectividad por lo cual se requiere de una auditoría posterior priorizada, para verificar la efectividad de la acción propuesta.

2019210	DIVULGACIÓN ESTRATÉGICA	Con la revisión efectuada a los planes de mejoramiento, se evidenció la recurrencia en hallazgos identificados en anteriores auditorías, cuyas acciones formuladas no han sido efectivas; de un total de 29 hallazgos, conforme a la anterior evaluación, 6 se consideran cerrados y 20, continúan abiertos por cuanto sus acciones no fueron efectivas para subsanar las causas de sus hallazgos. Por otra parte, existen 2 hallazgos en estado "Vencidos" y 1 hallazgo sin suscripción de Plan de Mejoramiento para el Macroproceso Divulgación Estratégica, situaciones que evidencian incumplimiento a lo establecido en el numeral 10.2-No conformidad y acción correctiva.	Se observó a través de la One Drive que el proceso subió evidencias de las diferentes actividades emprendidas para la actualización de los procedimientos; así mismo, se observó Plan de Mejoramiento con el análisis causa raíz realizado en atención a este hallazgo; de ello existe el Oficio enviado por el facilitador al Coordinador informando sobre estas actividades. Aunque se cumplió con la acción, estos soportes no son suficientes para evaluar la efectividad por lo cual se requiere de una auditoría posterior priorizada, para verificar la efectividad de la acción propuesta, o también a través del seguimiento a indicadores podrá ser evaluado.
2019204	CULTURA DEL SERVICIO Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	No se está informando al Superintendente sobre lo relacionado con las PQRS, en la periodicidad establecida por la norma y con los ítems señalados en ellas, tal como se observa en la verificación efectuada por la OCl, en el numeral 2 del presente informe, como son: a- Servicios sobre los que se presente el mayor número de quejas y reclamos. b- Principales recomendaciones sugeridas por los particulares que tengan por objeto mejorar el servicio que preste la entidad, racionalizar el empleo de los recursos disponibles y hacer más participativa la gestión pública. c- Número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución. d- El tiempo de respuesta a las solicitudes. e- El número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información. Situaciones que generan inobservancia a lo establecido en la Ley 190/95, Art. 54; Decreto 2232/95, Art.9; Decreto 1081/15, Art.2.1.1.6.2, numerales 2-3 y 4.	Se observa cumplimiento de la acción en el plazo establecido, sin embargo, se realizará evaluación en el informe a presentar el mes de agosto de 2021, con el fin de verificar la continuidad en el cumplimiento..
2019202	GESTIÓN JURIDICA	No se están cumpliendo los términos fijados en el Decreto 1167 de 2016, art. 2.2.4.3.1.2.12 para presentar al Comité de Conciliación y Defensa Judicial el estudio de la procedencia de la Acción de repetición, como se evidencia en el Informe de Seguimiento al cumplimiento de las disposiciones que regulan la acción de Repetición SNR2019IE011770 del 12/04/2019. Esta situación es recurrente.	Se evidencia cumplimiento de la acción, sin embargo de acuerdo con la evaluación de efectividad de este hallazgo realizado a través del Informe EKOGUI con corte al 28 de abril de 2021, se procederá a realizar un nuevo seguimiento correspondiente al primer semestre 2021, el cual hará parte del alcance del mismo. Queda pendiente la evaluación de efectividad de la acción.
2019203	GESTIÓN JURIDICA	Incumplimiento del procedimiento de Defensa Judicial en la actividad No. 2 "Realizar un estudio de la demanda o convocatoria a conciliación y asignar profesional responsable", toda vez que se verificaron las demandas recibidas sean asignadas a los responsables según el caso especificativo del objeto de la demanda por parte del Jefe de la oficina Asesora Jurídica; para esto se revisó la información contenida en el sistema EKOGUI, las demandas recibidas con corte del 01/01/2017 al 30/09/2017, encontrándose registradas 578 procesos judiciales; se encontraron 89 procesos en el sistema que no se le asignó profesional responsable.	Se evidencia el cumplimiento de la acción, sin embargo, la OCIG establece un periodo de madurez para realizar un nuevo seguimiento en aras de asegurar la efectividad de las acciones propuestas y de ser posible autorizar el cierre definitivo del hallazgo. Este seguimiento se realizará en el mes de agosto donde se evaluará los primeros semestres de la vigencia 2021.
2019204	GESTIÓN JURIDICA	Los indicadores formulados para el proceso de Representación Jurídica, no permiten medir la eficiencia, eficacia y efectividad del proceso. No se ha definido un mecanismo para medir la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades.	No obstante, haberse actualizado los indicadores y riesgos en el mes de noviembre de 2020, se sigue evidenciando que no fueron atendidas las recomendaciones de la OCIG, sin embargo la efectividad de la acción propuesta será evaluada en el informe de seguimiento a EKOGUI correspondiente al primer semestre 2021 en el mes de agosto.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2019267	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	"Revisar los objetivos de los siguientes procesos y estudiar la posibilidad de identificar nuevos riesgos a fin de evitar su materialización por falta de gestión: Proceso Cobro Coactivo del Macroproceso Gestión Jurídica."	Según seguimientos anteriores, se había determinado que la acción está cumplida puesto que se subió a la One Drive la actualización del riesgo de corrupción, sin embargo, dado que es un hallazgo transversal a muchos macroprocesos, para evaluar su efectividad es necesario revisarlo en el seguimiento al proceso, dado que Planeación dio cumplimiento a las acciones propuestas.
2019273	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Conforme a la muestra seleccionada; se pudo observar, que el 61% de las Oficinas de Registro de la Superintendencia de Notariado y Registro, cargaron parcialmente los documentos que soportan la ejecución de los controles y el 9% no la subieron; esta situación se presenta por el desconocimiento y falta de aplicación de la metodología para la administración del riesgo. Esta no conformidad es recurrente, incumpliendo lo establecido en la Política General para la Administración de Riesgos definida por la Entidad.	Según seguimientos anteriores, se publicó en agosto/2020. – socializado en mesas de trabajo: Directivos- segunda línea de defensa – facilitadores. Replantearon la acción para publicar y divulgar la infografía. Al 30 de agosto/2020. Publicada al 28 de agosto/20, por lo cual se da cumplimiento a la acción propuesta. Sin embargo, dado que es un hallazgo transversal a muchos macroprocesos, para evaluar su efectividad es necesario revisarlo en diferentes seguimientos a los procesos, dado que Planeación dio cumplimiento a la acción propuesta.
2019201	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Se observó que los riesgos identificados por Macroprocesos no están identificados o clasificados en los tipos o clases de riesgos, como son: operativo, cumplimiento, estratégico, financiero, tecnología, de imagen, o de seguridad digital; solo se encuentran clasificados en corrupción y por proceso. Lo anterior, denota debilidades en la clasificación de los riesgos, de acuerdo con lo señalado en la -Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. – DAFP, Versión 4, que establece las diferentes clasificaciones para ser reconocidos cada uno de los riesgos.	Según seguimientos anteriores, se observó que fueron actualizadas para el Nivel Central, y los diferentes macroprocesos, sin embargo, dado que es un hallazgo transversal a muchos macroprocesos, para evaluar su efectividad es necesario revisarlo en diferentes seguimientos a los procesos, dado que Planeación dio cumplimiento a la acción propuesta.
2020103	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	De los 24 procesos con riesgos de corrupción identificados, el 21% (5 procesos) de éstos, aún están en formatos de la versión 1 - vigencia 2019. Así mismo, con respecto al formato actualizado en febrero de 2020, se encontró que en el 100% (24 procesos) se encuentran desactualizados con respecto a la versión 3. Ver Tabla No.2. Incumpliendo los formatos establecidos por Direccinamiento Estratégico.	Se evidencia que fueron actualizadas los formatos de la matriz de riesgos a v.3, de acuerdo con la acción de mejora propuesta, sin embargo, dado que es un hallazgo transversal a muchos macroprocesos, para evaluar su efectividad es necesario revisarlo en diferentes seguimientos a los procesos, dado que Planeación dio cumplimiento a la acción propuesta.
2020101	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Por acción u omisión y uso del poder, se liquidan inadecuadamente la cantidad de novedades por concepto de incapacidad registradas en el proceso de nómina para desviar la gestión de lo público para el beneficio tercero	Se encontró en el one drive las evidencias que soportan el cumplimiento de la actividad propuesta; En el seguimiento realizado al primer cuatrimestre al mapa de riesgo, en el riesgo de Nomina, observaron que existen evidencias de las incapacidades y del reporte de radicación para pago de prestaciones económicas; entre otras. Pero recomienda dejar los correspondientes soportes de trazabilidad de acuerdo con las validaciones efectuadas, por lo cual se considera verificar en el siguiente seguimiento a riesgo que se haya dado cumplimiento a la recomendación e identificar que el hallazgo se hubiese subsanado.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2020101	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Se evidenció que 19 procesos del Nivel Central, no tienen a la fecha del presente informe, indicadores de gestión formulados y publicados en la página web, a través del Aplicativo de Seguimiento a la Planeación Institucional en la sección de explicaciones, situación que contraviene lo establecido por la actividad No. 2 del procedimiento de Medición de la gestión de los procesos, conforme a las políticas de operación definidas. Situación que afecta el cumplimiento del objetivo por el cual se formuló el indicador.	Se evidencio el cumplimiento de la acción propuesta, en razón infografía sobre los tiempos de ejecución del proceso, donde se muestre los tiempos de reportes, tiempo de revisión y publicación e informe, en este orden, en desarrollo del informe de seguimiento y proceso auditor relacionado con los indicadores de gestión, se verificara su efectividad.
---------	---------------------------------	---	--

Anexo 3. HALLAZGOS CON ACCIONES DE MEJORA INEFECTIVAS E INCUMPLIDAS

Codificación en el Plan de Mejoramiento de la Entidad	Macroproceso	Hallazgo	Observaciones o comentarios del Equipo Auditor
2019201	GESTIÓN FINANCIERA	Incumplimiento de los términos establecidos en el artículo 3 de la Resolución 13525 de 7 de diciembre de 2016, Memorando 91 de 12 de diciembre de 2016, Memorando 002 de 17 de 2017, para atender el trámite de devolución de dineros por recaudos por conceptos de derechos de registro y certificados de tradición realizados a través de datafono y Efecty, por consignaciones erradas y por pagos realizados en medios electrónicos de certificados de tradición en línea no expedidos. Término que deberá surtirse en un plazo máximo de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la solicitud elevada por el usuario, hasta la ubicación de los dineros en el beneficiario final.	Se verificó al 30/06/2021 los soportes de la actividad propuesta reportando el cumplimiento. Sin embargo en la auditoría financiera realizada por la CGR V-2020, consideró que las acciones de mejora propuestas siguen siendo INEFECTIVAS, por lo tanto el hallazgo sigue abierto se debe reformular el plan.
2019202	GESTIÓN FINANCIERA	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.	Se verificó al 30/06/2021 cumplimiento de los soportes de la actividad propuesta. Para el pronunciamiento de efectividad es necesario hacer una prueba de recorrido en el segundo semestre 2021 con el fin de verificar la efectividad de las acciones de mejoras identificadas como cumplidas. El hallazgo presenta acciones incumplidas, razón por la cual se considera INCUMPLIDO el mismo.
2019204	GESTIÓN FINANCIERA	Como resultado de las auditorías realizadas a la Oficinas de Registro de Cartagena, Piedecuesta y Girardota, se observó que los saldos que se mantienen en la cuenta 291090 y la 240720001 ingresos recibidos por anticipados de vigencias anteriores y de la vigencia actual se encuentra sobreestimada, ya que no se registran conforme al principio de causación las cancelaciones por estos conceptos.	En los comités de Sostenibilidad Contable, el Grupo de Tesorería ha presentado avances frente al reconocimiento de los ingresos recibidos por anticipado, sin embargo la situación persiste toda vez que no se cuenta con sistemas misionales que interoperen con la contabilidad. Esta situación también fue evidenciada en la Auditoría Financiera CGR 2020. La acción de mejora es INEFECTIVA.
2019205	GESTIÓN FINANCIERA	Los indicadores formulados en el proceso Contable, no satisfacen las necesidades debido a que no es posible evidenciar la medición total de la gestión financiera; así mismo, no se implementan ni se documentan las medidas adoptadas frente a sus resultados o desviaciones	Se verificó al 30/06/2021 los soportes de la actividad propuesta reportando el cumplimiento. se cuenta con la caracterización de 3 indicadores de Gestión del proceso Contabilidad y Costos según se informa el análisis Financiero en los Informes Ejecutivos financieros que se emiten con los Estados Financieros Mensuales que se cargan en la página web de la entidad., De acuerdo con la auditoría financiera realizada por la CGR, se evidencian deficiencias en el proceso contable, por lo cual se consideró que las acciones de mejora propuestas siguen siendo INEFECTIVAS.
2019207	GESTIÓN FINANCIERA	Inaplicación de algunas políticas definidas en el Manual de Política Contable, tales como: la política de legalización de la caja menor, traslado de fondos de las cuentas productos de las oficinas de Registro a las cuentas Centrales de la Supernotariado y la política de legalización de los viáticos. El incumplimiento de éstas dos últimas políticas, es recurrente; evidenciando inobservancia a las disposiciones emitidas por la Entidad.	Se verificó al 30/06/2021 los soportes de la actividad propuesta reportando el cumplimiento de la actividad de socialización de las políticas contables, publicación del enlace en la página web de la entidad. Aunque se han generado lineamientos para el trámite de solicitud y legalización de viáticos, existe deficiencia en la legalización. En auditoría financiera realizada por la CGR, consideró INEFECTIVO la acción propuesta por encontrar el procedimiento desactualizado, así las cosas, la simple socialización de la política contable no es suficiente para dar un pronunciamiento de efectividad y cierre del hallazgo.

Superintendencia de Notariado y Registro

Código:
GDE – GD – FR – 08 V.03
28-01-2019

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>
correspondencia@supernotariado.gov.co

2019208	GESTIÓN FINANCIERA	Del análisis y verificación a la ejecución de las reservas presupuestales constituidas con cargo al presupuesto de los años 2010 y 2011, para ser ejecutadas en las vigencias 2011, 2012, se evidencia deficiencias en su gestión, y control, debido a que algunas de estas reservas fueron ejecutadas parcialmente; esta misma situación ha sido recurrente en las vigencias 2016, 2017 y 2018, evidenciados a través de los informes de ejecución presupuestal y control interno contable.	En el seguimiento ejecución ppal. 2020 realizado por la OCI se evidenció que no es suficiente con la actualización del procedimiento para mitigar la causa real que origino el hallazgo, cuando todavía se identifican situaciones de riesgo. Por otra parte en la auditora financiera CGR 2020 se determinaron hallazgos por recurrencia de esta misma situación. La acción de mejora es INEFECTIVA
2019209	GESTIÓN FINANCIERA	En la evaluación de efectividad realizada en el 2017 a los hallazgos financieros, se evidenció una inadecuada constitución de las reservas en los siguientes contratos No. 002/2016; 415/2016; 013/2016;687/2016; 239/2016, inobservados con esto el principio de anualidad establecido en el artículo 89 de la Ley de Presupuesto Decreto 111/1996. Situación similar evidenciada en la auditoria al macroproceso Gestión Financiero.	Se verifico al 30/06/2021 cumplimiento de los soportes de la actividad propuesta. En el seguimiento al presupuesto vigencia 2020 la Oficina de Control evidencio que dicha situación no ha sido subsanada, por lo tanto, la acción de mejora se considera INEFECTIVA
2019201	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Gestión Documental: Se evidencia debilidades en la gestión documental del archivo misional, teniendo en cuenta que solo un 28% (54) de las Orip a nivel nacional, cuentan con la herramienta IRIS Documental para la digitalización de sus archivos; máxime cuando esta línea de producción es operada por personal contratista.	Verificada la informa, se evidenció el reporte de documentos preliminares como el "DIAGNOSTICO GESTION DE DOCUMENTOS ELECTRONICOS - DDE-SNR, ESQUEMA METADATOS: GESTIÓN DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS - EMGDE-SNR y el MODELO DE REQUISITOS MINIMOS FUNCIONALES – SNR", no obstante, se identificó que todos ellos son documentos iniciales realizados entre junio y julio del 2020, encontrándose que el documento ESQUEMA METADATOS es un borrador, situación por la cual podrían ser susceptibles a cambios, de acuerdo a modificaciones que se realicen, hecho que debe estar sujeto a verificación conforme a las actualizaciones que se realicen a futuro. En este orden, se imposibilita establecer la efectividad de la acción propuesta dado el incumplimiento de la misma. INCUMPLIDA
2019202	GESTIÓN FINANCIERA	Control de Inventarios físicos y almacén: En auditorías realizadas en algunas Oficinas de Registro del País, se ha evidenciado el desconocimiento y falta de aplicación del procedimiento "Control de inventario individual", los inventarios individuales registrados en la herramienta HGFI, no corresponden a los bienes que realmente se tienen en uso, lo que no permite ejercer un control de información real de los bienes asignados para su desempeño laboral y los que están bajo su custodia por reintegros, reasignación u obsolescencia.	Se verificó al 30/06/2021 cumplimiento de los soportes de la actividad propuesta. Para el pronunciamiento de efectividad es necesario hacer una prueba de recorrido en el segundo semestre 2021 con el fin de verificar la efectividad de las acciones de mejoras identificadas como cumplidas. El hallazgo presenta acciones incumplidas, razón por la cual se considera INCUMPLIDO el mismo.
2019204	GESTIÓN FINANCIERA	Control de Inventarios físicos y almacén: En las oficinas de registro auditadas, se ha evidenciado la desactualización e inconsistencias en el inventario de suministros de consumo, por la falta de aplicación del procedimiento "Manejo administrativo del almacén".	Se verificó al 30/06/2021 cumplimiento de los soportes de la actividad propuesta. Para el pronunciamiento de efectividad es necesario hacer una prueba de recorrido en el segundo semestre 2021 con el fin de verificar la efectividad de las acciones de mejoras identificadas como cumplidas. El hallazgo presenta acciones incumplidas, razón por la cual se considera INCUMPLIDO el mismo.
2019205	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Control de Inventarios físicos y almacén: Se evidencia Incumplimiento de la aplicación de la resolución 13581 de 2015 y el procedimiento "Baja de bienes inservibles", por cuanto algunas actividades o pasos descritos en éste, no se llevaron a cabo. Esta situación se ha evidenciado en auditorías realizadas en el Macroproceso de Gestión Administrativa y en algunas Oficinas de Registro del País.	Se verificó al 30/06/2021 cumplimiento de los soportes de la actividad propuesta. Para el pronunciamiento de efectividad es necesario hacer una prueba de recorrido en el segundo semestre 2021 con el fin de verificar la efectividad de las acciones de mejoras identificadas como cumplidas.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2019206	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Infraestructura Física: No se está garantizando la protección, conservación y recuperación de la infraestructura física de las sedes de la Superintendencia de Notariado y Registro, por la inadecuada ejecución de mantenimiento preventivo y/o correctivo, generando el deterioro de la infraestructura, así como el incremento de los daños de las mismas y malas condiciones de trabajo para los funcionarios. Situación que ha sido evidenciado en las distintas auditorías realizadas a Oficinas de Registro a nivel nacional; lo anterior, reflejan una posible materialización del riesgo identificado en el proceso: Diseño y Mantenimiento de la Infraestructura Física: "Cierre de oficina en inmuebles propios por infraestructura inadecuada para prestar el servicio registral por infraestructura inadecuada para prestar el servicio registral.	Nuevamente se encontró que los soportes cargados en el one drive están en desorden, lo que no permite realizar la verificación de cumplimiento de acuerdo con la actividad y unidad de medida propuesta, esta situación ya había sido informada en mesas de trabajo a la facilitadora de este proceso; sin embargo, se revisaron al azar algunos de los archivos, evidenciando que varias de las actas y consolidados de las obras finales contratadas están sin la firma del supervisor; en otro archivo, "relación contratos de supervisor.pdf" en su contenido registran que en algunas oficinas no se habían iniciado obras por falta de aprobación de los protocolos de bioseguridad en los municipios, entre otros, por lo cual solicitaban prorroga de los contratos para ejecutar las obras faltantes. Por estas razones se considera que la actividad sigue incumplida. Hasta tanto no realicen un análisis de causa raíz que permita identificar acciones de mejora efectivas que permitan subsanar el hallazgo, este seguirá considerándose INFECTIVO.
2019207	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	PIGA: Se evidencia cubrimiento insuficiente para el desarrollo de actividades que permitan garantizar la implementación de la Política Ambiental y Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA, establecidas por el Gobierno Nacional y la SNR, no se evidencia, plan de acción para el año 2019, que describa las actividades, las fechas y los responsables en cada una de las sedes donde la Superintendencia desempeña su misionalidad, de tal manera que se garantice el adecuado uso de los servicios de agua y energía, así mismo el seguimiento y análisis periódico de éstos, para cumplir con la meta de reducción en el consumo a mediano y largo plazo, igualmente, lo concerniente al proceso de los residuos peligrosos en todas sus etapas de almacenamiento, transporte y disposición final mediante la presentación de las certificaciones respectivas, incumpliendo el numeral 2 artículo 3 y numeral 1 artículo 21 de la resolución 242 de 2019 del Distrito Capital y el numeral 6 del Plan Institucional de Gestión Ambiental.	De conformidad con el INFORME DE SEGUIMIENTO A LA PIGA, III CUATRIMESTRE 2021 Y I CUATRIMESTRE 2020, realizado por la OCI y remitido con SNR2020IE06450 de 26-05-2021, Verificadas las evidencias en la one drive, a 10 de mayo de 2021, se observa que no hay documentos que identifiquen vinculación o contratación de recurso humano que soporte el desarrollo de la acción y por lo tanto dificultad para corregir de raíz la causa que originó la no conformidad, por esta razón la acción es INEFECTIVA
2019201	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	La Oficina de Control Interno de Gestión, ha evidenciado la extemporaneidad en la suscripción de los planes de mejoramiento presentación de evidencias frente al cumplimiento de las acciones suscritas y falta de seguimiento a la eficacia y efectividad de las acciones implementadas; situación que no permite identificar el mejoramiento alcanzado; inobservándose de esta manera, el cumplimiento de los términos establecidos en el Procedimiento adscrito al Macroproceso de Control Interno denominado: "Elaboración, suscripción y seguimiento a planes de mejoramiento Integrados".	No se cuenta con el oficio donde la OAP objeta el hallazgo, tampoco se ha suscrito acciones de mejora al respecto. INCUMPLIDO

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2019202	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	<p>El seguimiento realizado al Mapa de Riesgos de Corrupción, se pudo establecer que solo el 48% de los procesos han identificado riesgos asociados a posibles actos de corrupción; por lo que se sugiere revisar su objeto y se fortalezca la identificación de riesgos a los procesos que se encuentran expuesto a eventos de corrupción; lo anterior, en cumplimiento a la Política General para la Administración de Riesgos y Guía para la Identificación de riesgos de procesos y Riesgos de corrupción. Entre estos los siguientes procesos que por su impacto deben identificárseles sus riesgo, así: Proceso: Gestión para la Protección, Restitución y Formalización de La Propiedad; Proceso: Gestión para la Protección Patrimonial de Predios y Territorios Abandonados; Proceso: Gestión para la restitución de tierras despojadas y abandonadas forzosamente, Proceso: Gestión Recursos de Tecnología: identificar riesgos relacionados con la utilización de información privilegiada y riesgos institucionales relacionado con la integralidad de la información (confidencialidad, integridad y disponibilidad). Proceso: Diseño y Mantenimiento de la Infraestructura. Proceso: Cobro Coactivo del Macroproceso Gestión Jurídica Proceso: Control Interno Disciplinario Interno; riesgo asociado a la prescripción de la acción disciplinaria y el registro de la sanción a la hoja de vida el nominador y envió a la Procuraduría General de la Nación.</p>	<p>Según se identificó en anteriores seguimientos, se observó en la página web, a través del mapa de procesos, evidencias del documento- Guía para la identificación de riesgos actualizada, se encuentra aprobado Código: DE - SOGI – PR – 07 -GI - 01 Versión: 03 Fecha: 06 de Febrero de 2020; y se encuentra en el Sistema Integrado de Gestión. Se determina que la Acción está Cumplida. Dado que existen dos acciones incumplidas para este hallazgo, no se puede revisar su efectividad.</p>
2019205	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	<p>Desconocimiento y falta de aplicación de los procedimientos "Monitoreo y seguimiento de la gestión institucional", "Medición de la gestión de los procesos" y demás normatividad interna que rige sobre la materia; por lo tanto, no se cuenta con el análisis y la evaluación de los datos, no es posible establecer la medición del avance que permita determinar el estado de cada macroproceso, no ejecutan los controles ni acciones preventivas.</p>	<p>Conforme a la información reportada, se evidencio el día 30 de noviembre el 2020 solicitud de modificación para la actualización del PROCEDIMIENTO: SEGUIMIENTO A LA GESTION DE LOS PROCESOS Y A LA PLANEACIÓN INSTITUCIONAL asociado al proceso de Seguimiento y medición de la gestión, modificación que incluyo entre otras, actividades donde se permite a las Direcciones Regionales realizar seguimiento y verificación sobre las ORIP de su jurisdicción, como incluir los tiempos de reporte, revisión, publicación de indicadores de acuerdo a la periodicidad de cargue de la información.; no obstante, el mismo, carece de la aprobación del jefe de la OAP, situación similar se presenta con el procedimiento en comento, no incluye firma de aprobación. En este orden, la acción de mejora propuesta no ha sido efectiva.</p>
2019206	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	<p>Incumplimiento en el plazo previsto para la suscripción Acuerdo de Gestión conforme a lo establecido en el procedimiento "Concertación, seguimiento, retroalimentación y evaluación de compromisos gerenciales"; hecho que contraviene lo establecido por el artículo 2.2.13.1.9 del Decreto 1083 de 2015 en relación a que se excede el plazo de cuatro (4) meses contado a partir de la fecha de la posesión del cargo el gerente público. Así mismo se vulnera lo dictado por Artículo 50 de la 909 de 2004 en lo correspondiente, además de lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP en su "Guía metodológica para la Gestión del rendimiento de los gerentes públicos".</p>	<p>No se evidencio reportes de información en la One-Drive que permita establecer avances sobre el cumplimiento de la acciones de mejora propuesta en el Plan, tampoco se ha solicitado por parte del macroproceso modificación alguna previo a revisión; así entonces, no es posible pronunciarse frente a la efectividad de la acciones propuestas. INCUMPLIDA</p>

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2019207	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Falta de aprobación de las actividades y/o metas estratégicas de algunos Planes Anuales de Gestión, situación que puede ocasionar desarticulación e incumplimiento entre Planes Institucionales; hecho que además de contravenir lo establecido en el procedimiento "Formulación de planes institucionales" frente a lo definido por las actividades No. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12, deja en evidencia el posible incumplimiento de las actividades designadas a la Oficina Asesora de Planeación – OAP, de acuerdo con lo establecido en el Instructivo para la planificación y control de gestión implementado mediante la Resolución No. 0091 de 2018.	No se evidenció reportes de información en la One-Drive que permita establecer avances sobre el cumplimiento de las acciones de mejora propuesta en el Plan, tampoco se ha solicitado por parte del macroproceso modificación alguna previo a revisión; así entonces, no es posible pronunciarse frente a la efectividad de las acciones propuestas. INCUMPLIDA
2019208	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Desconocimiento y falta de aplicación del procedimiento "Control del producto y/o servicio no conforme del proceso"; por lo tanto, no se cuenta con el análisis y la evaluación de los datos, que permita identificar, controlar y dar tratamiento oportuno a la detección, clasificación y disposición del producto y/o servicio no conforme en los procedimientos de registro de documentos (GTR-GJR-PR-01), y expedición certificados de tradición inmediatos (GTR-GJR-PR-02), del proceso de Gestión Jurídica Registral (GTR-GJR-CP-05) que se desarrolla en las Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos.	Verificada la información, se evidenció el cumplimiento de la acción propuesta en razón a identificarse la actualización del procedimiento CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES, con fecha del 4 de enero del 2021, así como el INSTRUCTIVO USO DEL MÓDULO DE REGISTRO DE LA SALIDA NO CONFORME, con fecha del 4 de enero del 2021; no obstante a lo anterior, dado que la Circular carece de consecutivo y fecha de elaboración, así como tampoco se identifica soporte de la socialización del procedimiento junto con el acto administrativo, no es posible determinar su efectividad.
2019209	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Se evidenció que las funciones fijadas en el Decreto 2723 de 2014 y en ley 1796 del 13 de julio de 2016, no se encuentran documentadas en los procedimientos aprobados por la entidad; en relación con las Direcciones Regionales y los curadores urbanos, respectivamente.	Verificada los soportes documentales, se observó el cargue de información relacionada con la gestión realizada por la OAP y las Direcciones Regionales, en atención documentar el incluir a las Direcciones Regionales en el SG de la Entidad a través del proceso de reingeniería (articulación proceso de tesorería), no obstante, no cuenta a la fecha con el documento que permita dar cumplimiento a la acción de mejora propuesta, en orden no es posible establecer efectividad.
2019210	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	No se evidencia documentado, las Estrategias de Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas, contemplado en el componente de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía, el cual debe estar incluido en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la entidad; a partir de requerimientos que parten de los requisitos mínimos y obligatorios establecidos en la normatividad vigente, alineado y/o articulado al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) "Política de Participación Ciudadana en la gestión Pública". (CONPES 3654 de 2010; artículo 78 de la Ley 1474 de 2011 (Estatuto de corrupción), artículo 2 de la Ley 1757 de 2015)	Verificada la información cargada, se distingue un documento donde se precisa las razones de no estar de acuerdo con el hallazgo, no obstante, cabe resaltar que el mismo no corresponde a un oficio, no contempla radicado, firma de líder de proceso, sin formato de la SNR, consecuente con lo anterior, se recomienda dadas las circunstancias, la OAP debe proyectar un oficio donde se establezca de manera clara, la justificación que permita dar conocer su posición frente al hallazgo en función de analizar la situación. En orden no es posible establecer efectividad.
2019201	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	En la entidad se evidencian equipos de cómputo que no cuentan con el software de antivirus instalado; situación que genera el riesgo de pérdida de información.	1- Subieron como evidencias One Drive- acta de reunión del 4 de sep/19. Informe de instalación antivirus; Estudios previos contratar la renovación del licenciamiento de las soluciones CA y del antivirus corporativo, incluido los servicios profesionales de soporte de integración de las herramientas CA. Sin embargo, no se observan los dos informes de implementación y de seguimiento establecidos como acciones en el Plan de Mejoramiento. Por lo tanto no se dio cumplimiento a esta acción planteada. Dado que dos acciones para este hallazgo están incumplidas, no se puede evaluar su efectividad.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2019202	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	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 Backus del código fuente.	Se observan evidencias de uso del formato para diferentes plataformas; sin embargo, para la de PQRS no hay evidencias de este cumplimiento, motivo por el cual se determina el incumplimiento a la acción propuesta y dado que la acción está incumplida para este hallazgo no se puede evaluar su efectividad.
2019203	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	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.	Se observan evidencias de la lista de chequeo y contrato, motivo por el cual se determina el cumplimiento a la acción propuesta. Dado que existe una acción incumplida para este hallazgo, no se puede evaluar su efectividad.
2019204	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	En algunas oficinas de registro y nivel central, no se ha dado cumplimiento al uso del FORMULARIO PARA ADMINISTRACIÓN DE USUARIOS NUEVOS, ACTIVOS E INACTIVOS, Código: GT-RT-PR-08-FR-01; V.5; el cual contempla la aceptación de las responsabilidades generadas en el uso del aplicativo.	Enviar como soporte el procedimiento Código: MP - GNTI - PO - 03 - PR - 01, 11 jun-2021 aprobado Oficina Asesora de Planeación, motivo por el cual se establece cumplida la acción propuesta. Dado que existen dos acciones incumplidas para este hallazgo, no se puede evaluar su efectividad.
2019208	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	No existen evidencias de haberse realizado el registro del Software del aplicativo SISG, en la Dirección Nacional de Derechos de Autor de tal forma que se cuente con el Certificado de registro de soporte lógico (software), en el Registro Nacional de Derecho de Autor, situación que puede conllevar a la inobservancia de lo establecido en el Decreto N° 1360 de 1989 – "Por el cual se reglamenta la Inscripción del Soporte Lógico (software) en el Registro Nacional del Derecho de Autor"	La solicitud fue realizada a la Dirección Nacional de Derechos de Autor, el 10 de febrero de 2020. Por la situación presentada de calamidad, se logró la reunión de asesoría el día 27 de abril de 2020, cumpliendo con esta acción. Dado que existe una acción incumplida para este hallazgo, no se puede evaluar su efectividad.
2019211	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	No se evidencian avances de cumplimiento en relación con algunos productos, exigidos como requisitos necesarios conforme a lo establecido a través del Conpes de Seguridad Digital; se observan productos que requieren mejoras a fin de cumplir con todos los requisitos exigidos, falta de aprobación, socialización e implementación en la Entidad. Igualmente, se evidenció la falta seguimiento periódico frente al cumplimiento y efectividad de los mismos.	Se espera contar con una consultoría para implementar y avanzar en la Política de Seguridad Digital. Aunque existen evidencias de los avances alcanzados, aún no han sido aprobados y no se cuenta con las diferentes evidencias descritas en las acciones a implementar, a la fecha del seguimiento. LA acción está incumplida. Dado que existen cuatro acciones incumplidas para este hallazgo, no se puede evaluar su efectividad.
2019201	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	Se observó que conforme a la información suministrada por la Oficina de Control Interno Disciplinario, en las vigencias 2017 y 2018, se iniciaron ocho (8) procesos disciplinarios, por presuntas faltas relacionadas con Manipulación, utilización y adulteración del aplicativo misional SIR; sin embargo estas conductas no han sido identificadas como causas o riesgos de posibles actos de corrupción y/o procesos.	Se recomienda realizar reunión con la Oficina de Control Interno Disciplinario y la Dirección Técnica Registral, aprovechando los espacios de análisis a vulnerabilidades de los aplicativos. LA acción está incumplida. Dado que existe una acción incumplida para este hallazgo, no se puede evaluar su efectividad.
2019201	TECNICA REGISTRAL	Se evidencia, en algunos turnos de registro, incumplimiento de los términos de registro establecido en el artículo 27 Ley 1579 de 2012, Estatuto de Registro.	A 30 /06/2021 se evidencia cumplimiento de la actividad propuesta. Consultado en el SISG módulo de PQRS se observó un aumento de las mismas en relación a la quejas de los usuarios por el incumplimiento de los términos de registro, razón por la cual el hallazgo persiste y la acción de mejora es INEFECTIVA.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2019203	TECNICA REGISTRAL	Se evidencia deficiencias en la calificación en algunos turnos de registro, generándose con esto, la inaplicación del procedimiento "Registro de documentos", y el incumplimiento del Capítulo V de la Ley 1579 de 2012, Estatuto de Registro. Como resultado de la revisión realizada a las muestras seleccionadas de los radicados sobre "Correcciones", en auditorías de gestión a las ORIP, se evidenció que se presenta una gran cantidad de solicitudes de corrección, conforme al art. 14 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y el incumplimiento del Capítulo V de la Ley 1579 de 2012, Estatuto de Registro.	A 30/06/2021 se evidencia incumplimiento de la actividad propuesta. La OCI por causa de la pandemia considera un periodo de madurez de 6 meses para poder establecer si las causas de este hallazgo se subsanaron definitivamente. El hallazgo presenta acciones incumplidas, razón por la cual se considera INCUMPLIDO el mismo.
2019205	TECNICA REGISTRAL	No se evidencian avances en relación con los trámites a racionalizar inscritos en la SUIT, desde la vigencia 2016 y 2017 y a la fecha, no han sido aprobados por el Departamento Administrativo de Función Pública, en cumplimiento a la Ley 965 de 2005, Decreto Ley 019 de 2012 y Ley 1474 de 2011, específicamente en su artículo 75.	Se evidencia un avance significativo en la gestión adelanta frente a la actualización de los tramites de consultas y expedición de certificados; sin embargo, se observa que en la plataforma SUIT, que el trámite de Registro de Documentos se encuentra aún desactualizado con fecha última del 25/enero/2017.La acción de mejora se considera incumplida.
2019201	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Incumplimiento en las fechas de entrega de las dotaciones, ya que los procesos adoptados por la SNR, en búsqueda del deber legal que le asiste en cuanto al suministro de dotación, han sido ampliamente extemporáneos, lo que se evidencia en la colocación de las órdenes de compra, la redención y la entrega efectiva de la dotación a los beneficiarios, (...) (Hallazgo CGR).	Verificada la información, se evidencio que persiste el incumplimiento frente a lo establecido en la Ley 70 de 1978 y Decreto 1978 de 1989, en atención a que la entrega de la dotación a los funcionarios a los que les asiste este derecho, no se está realizando en la fecha establecida, teniendo en cuenta los soportes verificados conforme a la muestra analizada; En auditoría financiera realizada por la CGR, evidencio que la actividad propuesta (Realizar seguimiento al oficio enviado a la CGR, solicitando el retiro del hallazgo, basados en el concepto que emitió la Oficina Asesora Jurídica de la Entidad) se cumplió, pero dicha acción no subsana la causa del hallazgo, razón por la cual es INEFECTIVA
2019202	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Supervisión órdenes de compra para adquirir dotaciones al amparo del AMP CCE-456-1-AMP-2016. Incumplimiento de la normatividad legal aplicable y la inobservancia de las obligaciones y responsabilidades de la supervisión, lo que conlleva a fallas en el seguimiento y control, así como la falta de controles efectivos (...). (Hallazgo CGR)	Verificado los soportes, se evidencio que el documento corresponde a un proyecto del procedimiento ADQUISICIÓN Y SUMINISTRO DE VESTIDO Y CALZADO DE LABOR, fecha del 20 de noviembre de 2020, formato que todavía no ha sido revisado y aprobado por la OAP, por ende su publicación y socialización no se realizó; En la auditoría financiera realizada por la CGR, verifíco que la acción relacionada con la actualización del procedimiento de adquisición suministro de vestido y calzado de labor elaborado el 07/05/2019 a corte de 31/12/2020 existe un proyecto de actualización de procedimiento y se encuentra pendiente su aprobación por la OAP. Aunque se tiene el soporte la acción de mejor se considera INEFECTIVA dado que no ha sido aprobada, ni socializada.
2019203	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	El plan de bienestar social, incentivos, estímulos y capacitación, diseñados e implementados en la Entidad, no mantienen los niveles adecuados de calidad de vida laboral de la totalidad de los servidores públicos vinculados en ésta, inobservándose con esto, el artículo 75 del decreto 1227 de 2005 y demás normas vigentes que rigen sobre la materia.	Verificada la información, se evidencio la actualización del procedimiento de Plan de Bienestar e incentivos, sin embargo el formato corresponde a un preliminar, por cuanto aunque tiene la firma de OAP, no contempla firma de la DTH, así como carecer de versión, código y fecha de aprobación. En este orden, no es posible pronunciarse frente a la efectividad de las acciones propuestas. INCUMPLIDA

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2019204	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Se evidencia recurrencia frente al incumplimiento de la actualización, vinculación y aprobación de las hojas de vida de los servidores públicos, así como el registro y actualización de la declaración de Bienes y Rentas en el Sistema de Información de Gestión de Empleo Público, situación que puede conllevar al riesgo de mantener unas bases de datos con información de los servidores y contratistas de la SNR, poco confiable, incumpliendo lo establecido en el Artículo 2.2.17.7, Decreto 1083 de 2015, Artículo 11, Decreto 2842 de 2010.	De conformidad con el INFORME DE SEGUIMIENTO Al SIGEP, 2020, realizado por la oci y remitido con SNR2021IE007718 de 23-06-2021, Verificadas las evidencias, que soportan estas acciones, se observa cumplimiento, sin embargo, esta acción no fue efectiva, situación que se evidencia en la verificación realizada, en la que se observa que 146 Servidores no registraron actualización de la Hoja de Vida y 144 aún registran declaración de Bienes y Rentas en otras vigencias diferente a 2021, razón por la cual las acciones fueron inefectivas y en consecuencia el hallazgo continúa.
2019205	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1. Actualmente el profesional asignado al cargo no cumple con el perfil que la ley establece. *La persona delegada por el empleador y/o que responde por el sistema de gestión es la jefe de RRHH a través de Res SNR No 2429/2017 9 Marzo 2017.- Este profesional no cuenta con formación académica en SST, especialización y o licencia, tampoco cuenta con el curso de 50 Hr.	Verificada la información reportada (Fuera de carpeta, se incumple la acción de mejora propuesta, por cuanto no se evidencia el acta de nombramiento, en este orden no es posible establecer su efectividad.
2019206	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2. Existe una Resolución Interna de la SNR con número 2429/2017, pero este profesional no cumple con el perfil que la ley demanda. * Se evidencia que en los perfiles de los cargos de todos los trabajadores de la SNR, no cuentan con las funciones y delegaciones de cumplimiento que cada trabajador tiene con respecto al cumplimiento de lineamientos SG-SST; esta delegación de funciones actualmente solo existe para el cargo de la persona encargada del SG SST.	Verificada la información reportada (Fuera de carpeta y en desorden), se incumple la acción de mejora propuesta, por cuanto no se evidencia la actualización del Manual de Funciones, así como la divulgación del mismo. En este orden, no es posible establecer su efectividad.
2019207	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3. Se evidencia que en el punto de elaboración y ejecución de un programa de capacitación anual en promoción y prevención, que incluye los peligros/riesgos prioritarios, extensivo a todos los niveles de la organización y este se ejecute *Se evidencia que no tienen alcance todas las sedes nivel nacional y que muchas veces ni siquiera las actividades programadas para la regional Bogotá fueron ejecutadas ya que no es posible verificar los registros de ejecución de dichas actividades; estas no tienen alcance que la ley exige según los mencionados en las recomendaciones a continuación.	Verificada la información reportada (Fuera de carpeta y en desorden), se evidencia en versión preliminar sin aprobación con fecha del 20 de enero del 2020 PROGRAMA DE CAPACITACION DE PROMOCION Y PREVENCION P&P SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. En este orden, dado el incumplimiento detectado, no es posible establecer su efectividad.
2019208	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	4. Se evidencia que este punto solo es aplicado a el personal de planta/ y o funcionarios públicos directos SNR, pero al personal contratista no se puede evidenciar dicha inducción, según Dec. 1072 /2015 art. 2.2.4.6.11 parágrafo 2 debe ser a todos los niveles y a todo tipo de trabajador. *Se evidencia que no hay registro para hacer la verificación de inducción o reintroducción de contratistas.	Verificada la información reportada(Fuera de carpeta y en desorden), se evidencia los registro de asistencia de inducción y re inducción de 912 de los funcionarios en provisionalidad, no obstante, no hay registro para hacer la verificación de inducción o re inducción de contratistas, frente aspectos generales y específicos de las actividades o funciones a realizar que incluya entre otros, la identificación de peligros y control de los riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de laborales y enfermedades laborales, como establece Dec. 1072 /2015 art. 2.2.4.6.11 parágrafo 2 debe ser a todos los niveles y a todo tipo de trabajador. En este orden, dado el incumplimiento detectado, no es posible establecer su efectividad.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2019209	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	5. El responsable del sistema de gestión SST no ha realizado el curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas en SST definido por el ministerio de trabajo.	Verificado la información (Fuera de carpeta y en desorden), si bien es cierto se evidenció certificado de capacitación SG-SST con fecha del 6 de febrero de 2020, este pertenece a un profesional abogado que estuvo encargado de la jefatura de talento humano, el cual transitorio, considerando además que el responsable de tener la formación académica en SST, especialización y/o licencia. En este orden, se incumple la acción de mejora propuesta, lo que imposibilita establecer la efectividad.
2019210	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	6. La entidad estableció por escrito la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo y esta fue comunicada al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo – COPPASST. *La política es fechada y firmada por el representante legal, expresa el compromiso de la alta dirección, el alcance sobre todos los centros de trabajo y todos sus trabajadores independientemente de su forma de vinculación y/o contratación. *Pero esta no es comunicada a todos los niveles dando alcance a los exigidos por la ley; tampoco es revisada, como mínimo una vez al año. Si hace parte de las políticas de gestión de la empresa, se encuentra difundida y accesible pero no a todos los niveles de la organización. Incluye como mínimo el compromiso con: - La identificación de los peligros, evaluación y valoración de los riesgos y establece los respectivos controles. - Proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores, mediante la mejora continua. - El cumplimiento de la normativa vigente aplicable en materia de riesgos laborales.	Verificada la información (Fuera de carpeta y en desorden), se incumple la acción de mejora propuesta, por cuanto no se evidencia un procedimiento aprobado y socializado por la OAP, el documento corresponde a una versión preliminar de enero del 2020. En este orden, se incumple la acción de mejora propuesta, lo que imposibilita establecer la efectividad.
2019211	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	7. Se deben definir los objetivos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo- Se evidencian que éstos fueron definidos; sin embargo no fue posible identificar que se hayan formulado con base en las necesidades detectadas según autoevaluación de estándares mínimos realizada. Estos objetivos deben ser claros, medibles, cuantificables, trazando metas- No existen metas definidas para cada uno de estos objetivos, coherentes con el plan de trabajo anual- Los objetivos no están incluidos dentro del plan de trabajo anual de manera que tenga relación directa con dichas actividades; son compatibles con la normativa vigente, se encuentran documentados, No hay evidencia de su comunicación a los trabajadores; no existe evidencia de su revisión y evaluación mínimo una vez al año; tampoco existen evidencias de haber sido actualizados de ser necesario; los objetivos definidos no son acordes a las prioridades definidas en la autoevaluación y no se encuentran firmados por el empleador.	Verificada la información (Fuera de carpeta y en desorden), se identificó la presentación de la Matriz de Objetivos metas e indicadores, así como el plan de trabajo propuesto para la vigencia 2020, así como la fecha técnica de los indicadores, sin embargo, no se evidenció soporte de documenten la gestión realizada, así como soportes de la comunicación a los funcionarios y contratistas en la inducción y reinducción, de igual forma no se identificó que estos se encuentren firmados por el empleador y el responsable del Sistema de Gestión de SST. En este orden, se incumple la acción de mejora propuesta, lo que imposibilita establecer la efectividad.
2019212	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	8. Se diseña y define un plan de trabajo anual para el cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, en el cual no se incluye la identificación de los objetivos (este se hace aparte en otro formato que no tienen metas uno a uno y no están firmados por ninguno de los que la ley establece), ni metas dentro de este plan; existen responsabilidades asignadas, pero los recursos no son claros, ni asignados de manera específica a través de un documento que evidencie el recurso programado para la vigencia anual ítem x ítem para poder ejecutarlo; se evidencia un cronograma de actividades 2018, pero este no está firmado por el empleador, solo por el responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Verificada la información reportada (Fuera de carpeta y en desorden), se identificó la presentación del documento Matriz de Objetivos metas e indicadores, así como el plan de trabajo propuesto para la vigencia 2020, así como la fecha técnica de los indicadores, sin embargo, no se evidenció soporte de documenten la gestión realizada, así como soportes de la comunicación a los funcionarios y contratistas en la inducción y reinducción, de igual forma no se identificó que estos se encuentren firmados por el empleador y el responsable del Sistema de Gestión de SST. En este orden, se incumple la acción de mejora propuesta, lo que imposibilita establecer la efectividad.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2019213	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	9. No se ha realizado anualmente, la rendición de cuentas del desarrollo del sistema de gestión de SST, que incluya a todos los niveles de la empresa.	Verificada la información (Fuera de carpeta y en desorden), se identificó el informe de gestión de la Rendición de Cuentas del desarrollo del Sistema de Gestión de SST, correspondiente a la vigencia 2020, no obstante no se dermina en los soportes la socialización del contenido del mismo, que incluya a todos los niveles de la entidad. En este orden, no se puede establecer la efectividad de la actividad.
2019214	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	10. Se evidencia que no existe, ni se ha definido la matriz legal actualizada que contemple las normas del Sistema General de Riesgos Laborales aplicables a la SNR.	Verificada la información (Fuera de carpeta y en desorden), se identifica la elaboración de la MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES SST Y OTROS, no obstante, este documento está en construcción en su parte de seguimiento; así mismo, no se observa articulación de dicho compendio, con el procedimiento de control documental del SGSST . En este orden, no se puede establecer la efectividad de la actividad.
2019215	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	11. La ley establece que se deben disponer de mecanismos eficaces para recibir y responder las comunicaciones internas y externas relativas a la Seguridad y Salud en el Trabajo, como por ejemplo autor reporte de condiciones de trabajo y de salud por condiciones de trabajo y salud por parte de los trabajadores o contratistas. Se evidencia un procedimiento de comunicación participativa y consulta que no se ha divulgado adecuadamente, los trabajadores no conocen la manera en la cual deben reportar ni ante quien lo hacen para que estos reportes sean atendidos (esto fue posible evidenciarlo en las visitas a los centros de trabajo oficinas y Orip Bogotá); algunos procedimientos descritos en dicho procedimiento, no son implementados como circulares a contratistas y visitantes sobre información de riesgos a los cuales estarán expuestos.	Verificada la información (Fuera de carpeta y en desorden), se identificó el proyecto de procedimiento de COMUNICACIONES PARTICIPACION Y CONSULTA, el cual sirve para recibir y responder las comunicaciones internas y externas relativas a la Seguridad y Salud en el Trabajo, por parte de los funcionarios y/o contratistas. Sin embargo, este documento que no se encuentra codificado y aprobado aun por la OAP. En este orden, no se puede establecer la efectividad.
2019216	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	12. La ley contempla un procedimiento para la identificación y evaluación de las especificaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo, de las compras y adquisición de productos y servicios. Aunque en la SNR, existe el procedimiento de adquisición de bienes y servicio; este no contempla aspectos de SST o un requisito que determine consulta ante el representante de SST para poder cumplir con lo que la ley determina en el art. 2.2.4.6.27, ni para bienes ni para servicios. *Actualmente las compras y adquisiciones se consultan con ARL y adquisiciones se consultan con ARL y personal SST, sin embargo, el procedimiento de compras no está actualizado con base a esta buena práctica que se ajusta al Decreto 1072.	Verificada la información (Fuera de carpeta y en desorden), no se evidenció la actualización del procedimiento de adquisición de bienes, servicio y evaluación de proveedores, teniendo en cuenta los criterios de SGSST y la necesidad del mismo; no obstante, en su lugar se identificó el proyecto de procedimiento de PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN USO Y MANTENIMIENTO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP). Sin embargo, este documento que no se encuentra codificado y aprobado aun por la OAP. En este orden, no se puede establecer la efectividad.
2019217	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	13. la ley establece que es necesario establecer los aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo en la evaluación y selección de proveedores y contratistas, se evidencia que la matriz general de desempeño y selección de contratistas se encuentra desactualizada, está documentada pero no hacer parte del proceso del área de contrataciones y evaluación de proveedores. *Se evidencia en el contrato de prestación de servicios de exámenes médicos ocupacionales, se tuvo en cuenta los aspectos SST para evaluar al proveedor, pero este aspecto no se encuentra articulado con el procedimiento de adquisiciones y servicios.	Verificada la información (Fuera de carpeta y en desorden), no se evidenció soportes que permitieran establecer cumplimiento de la acción de mejora propuesta. En este orden, no se puede establecer la efectividad.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2019218	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	<p>14. La ley establece que es necesario disponer de un procedimiento para evaluar el impacto sobre la Seguridad y Salud en el Trabajo que se pueda generar cambios internos o externos, en este sentido la SNR realiza los cambios a través de la Coordinación del grupo de infraestructura, los cuales son los encargados de hacer cambios y modificaciones de mobiliario y cambios solicitados de los trabajadores, en la revisión y en entrevista con los responsables, dan testimonio de que desconocen absolutamente el formato de evaluación de riesgos para el manejo del cambio donde existen consideraciones de SG SST, ambientales.</p> <p>*Ellos solo cumplen con el manual de espacios saludables, pero este manual ha sido codificado y no se sabe a que proceso a SG pertenecen ya que no tienen código, ni versión solo fecha: 12 Nov 2013, 37 pags.</p>	<p>Verificada la información(Fuera de carpeta y en desorden), no se evidencio soportes que permitieran establecer cumplimiento de la accion de mejora propuesta. En este orden, no se puede establecer la efectividad.</p>
2019219	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	<p>15. La ley establece que es necesario recolectar la siguiente información y que ésta debe permanecer actualizada de todos los trabajadores, del último año: la descripción socio demográfica de los trabajadores (edad, sexo, escolaridad, estado civil), la caracterización de sus condiciones de salud, la evaluación y análisis de las estadísticas sobre la salud de los trabajadores tanto de origen laboral como común, y los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales- Esta información levantada por la SNR carece de la caracterización de las condiciones de salud, evaluación y análisis estadísticos sobre la salud de los trabajadores, y el alcance de lo que se puede evidenciar es solo a nivel de personal directos, no incluye los contratistas.</p>	<p>Verificada la información reportada, no se evidencio soportes que permitieran establecer cumplimiento de la accion de mejora propuesta. En este orden, no se puede establecer la efectividad.</p>
2019220	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	<p>16. La ley establece que las empresas deben desarrollar las actividades de medicina del trabajo, prevención, de conformidad con las prioridades que se identificaron en el diagnóstico de las condiciones de salud de los trabajadores y los peligros/riesgos de intervención prioritarios</p> <p>*Al momento de la verificación, solo se han practicado exámenes ocupacionales a la población directa de Bogotá, no tienen alcance de contratistas, y los diagnósticos de salud no han sido entregados, por lo que es imposible determinar cuáles son las actividades de promoción y prevención según las prioridades de la población.</p>	<p>Verificada la información (Fuera de carpeta y en desorden), se evidencio el desarrollo de actividades relacionadas con el medicina del trabajo, prevención y promoción de la salud y programas de vigilancia epidemiológica requeridos, documentos como: matriz de SEGUIMIENTO PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DE RIESGO PSICOSOCIAL 2021, el informe de PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA LA PREVENCIÓNDE LOS DESÓRDENES MÚSCULO ESQUELÉTICOS de febrero del 2020, no obstante, se observó el MANUAL SISTEMADE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, documento que no está codificado y aprobado por la OAP, consecuente con lo anterior, su efectividad se establecerá una vez se realice la auditoria interna frente a la implementación del SST-SG, por cuanto existen todavia aspectos por desarrollar y verificar dado la necesidad de actualización.</p>

2019221	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	17. La ley establece que es necesario realizar las evaluaciones medicas de acuerdo con la normativa y los peligros a los cuales se encuentre expuesto el trabajador_ La SNR solo lo ha hecho con la población de Bogotá, y al personal directo; así mismo se debe definir la frecuencia de las evaluaciones medicas ocupacionales periódicas según tipo, magnitud, frecuencia de exposición a cada peligro; el estado de salud del trabajador, las recomendaciones de los sistemas de vigilancia epidemiológica y la legislación vigente_ Este aún no ha sido implementado por la SNR. *Los resultados de las evaluaciones médicas ocupaciones serán comunicados por escrito al trabajador y constataran en su historia médica - De las evaluaciones médicas practicadas a la fecha aún no se han comunicado por escrito a cada trabajador.	Verificada la informacion (Fuera de carpeta y en desorden), no se evidencio soportes que permitieran establecer cumplimiento de la accion de mejora propuesta, de acuerdo a la unidad de producto. En este orden, no se puede establecer la efectividad.
2019222	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	18. La ley establece que todas las empresas deben investigar los accidentes e incidentes de trabajo y las enfermedades cuando sean diagnosticadas como laborales, con la participación del COPAST determinando las causas básicas e inmediatas y la posibilidad de que se presenten nuevos casos- Este ítem no ha sido documentado ni ejecutado conforme la ley lo establece. Aunque existe una carpeta de investigación de incidentes, las que fueron revisadas al azar, éstas no contenían las conclusiones o planes de acción tendientes a eliminar o evitar la materialización del riesgo involucrado en los eventos, de tal manera que puedan ser lecciones aprendidas y prácticas seguras para los trabajadores expuestos al mismo riesgo.	Verificada la informacion (Fuera de carpeta y en desorden), se identifico el proyecto de procedimiento de REPORTE E INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES LABORALES con fecha de febrero de 2020. Sin embargo, este documento que no se encuentra codificado y aprobado aun por la OAP, por tal motivo no se ha divulgado. En este orden, no se puede establecer la efectividad.
2019223	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	19. La ley establece que todas las empresas deben llevar un registro estadístico de los de los accidentes de trabajo, así como de las enfermedades laborales que ocurren- La SNR no lleva estos registro estadístico, no fue posible verificar el manejo de este tipo de datos; lo que han hecho son caracterizaciones de accidentes, pero no se lleva ninguno de los índices asociados como IF, IS, ILI. *Una vez se analiza este registro y las conclusiones derivadas del estudio, son usadas para el mejoramiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo- Este insumo tan importante no ha sido alimentado, ni analizado en la SNR.	Verificada la informacion (Fuera de carpeta y en desorden), se identifico la presentacion de la Matriz de Objetivos metas e indicadores, sin embargo, el documento donde se contemplo los registros estadísticos de los de los accidentes de trabajo, de acuerdo con los índices asociados como IF, IS, ILI. consecuente con lo anterior, su efectividad se establecera una vez se realice la auditoria interna frente a la implementacion del SST-SG, para efectos de verificar su efectividad.
2019224	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	20. La ley establece que todas las empresas deben llevar un registro de la medición de la frecuencia de los accidentes de trabajo como mínimo una vez al mes y realiza la clasificación del origen del peligro/riesgo que los genero (fisicos, de químicos, biológicos, seguridad, públicos, psicosociales, entre otros.)-La SNR no está llevando estos registros estadísticos, están mencionados pero nadie hace alimentación, análisis y seguimiento, tampoco son insumos revisados en las revisiones anuales para la generación de plan anual de actividades.	Verificada la informacion (Fuera de carpeta y en desorden), no se evidencio soportes que permitieran establecer cumplimiento de la accion de mejora propuesta. En este orden, no se puede establecer la efectividad.
2019225	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	21. a ley establece que todas las empresas deben llevar un registro de la medición de la severidad de los accidentes de trabajo como mínimo una vez al mes y realiza la clasificación del origen del peligro/riesgo que los genero (fisicos, químicos, biológicos, de seguridad, públicos, psicosociales, entre otros.)	Verificada la informacion (Fuera de carpeta y en desorden), se identifico la matriz de registro estadístico de los índices de Severidad que se presentan y analisis registro, consecuente con lo anterior, su efectividad se establecera una vez se realice la auditoria interna frente a la implementacion del SST-SG, para efectos de verificar su efectividad.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2019226	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	22. La ley establece que todas las empresas deben llevar un registro de medición de la mortalidad por accidentes de trabajo como mínimo una vez al mes y realiza la clasificación del origen del peligro/riesgo que los generó (físicos, químicos, biológicos, de seguridad, públicos, psicosociales, entre otros).	Verificada la información (Fuera de carpeta y en desorden), se identificó la matriz de registro estadístico de los índices de morbilidad que se presentan y análisis registro, consecuente con lo anterior, su efectividad se estableció una vez se realice la auditoría interna frente a la implementación del SST-SG, para efectos de verificar su efectividad.
2019227	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	23. La ley establece que todas las empresas deben llevar un registro de la medición de la prevalencia de la enfermedad laboral como mínimo una vez al año y realiza la clasificación del origen del peligro/riesgo que la genera (físico, químico, biológico, ergonómico o biomecánicos, psicosocial, entre otros.)	Verificada la información (Fuera de carpeta y en desorden), se identificó la matriz de registro estadístico de prevalencia de EL que se presentan y análisis registro, consecuente con lo anterior, su efectividad se estableció una vez se realice la auditoría interna frente a la implementación del SST-SG, para efectos de verificar su efectividad.
2019228	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	24. La ley establece que todas las empresas deben llevar un registro de la medición de la incidencia de la enfermedad laboral como mínimo una vez al año y realiza la clasificación del origen del peligro/riesgo que la genera (físicos, químicos, biológicos, ergonómicos o biomecánicos, psicosocial, entre otros.)	Verificada la información (Fuera de carpeta y en desorden), se identificó la matriz de registro estadístico de incidencia de EL que se presentan y análisis registro, consecuente con lo anterior, su efectividad se estableció una vez se realice la auditoría interna frente a la implementación del SST-SG, para efectos de verificar su efectividad.
2019229	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	25. La ley establece que todas las empresas deben llevar un registro de la medición del ausentismo por incapacidad de origen laboral y común, como mínimo una vez al año y realiza la clasificación del origen del peligro/riesgo que la genera (físicos, ergonómicos o biomecánicos, químicos, de seguridad, públicos, psicosociales, entre otros.)	Verificada la información (Fuera de carpeta y en desorden), se identificó la matriz de registro estadístico de ausentismo que se presentan y análisis registro, consecuente con lo anterior, su efectividad se estableció una vez se realice la auditoría interna frente a la implementación del SST-SG, para efectos de verificar su efectividad.
2019230	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	26. La ley establece que todas las empresas deben definir y aplicar una metodología para la identificación de peligros y evaluación y valoración de los riesgos de origen físico, ergonómico o biomecánico, biológico, químico, de seguridad, público, psicosocial, entre otros-La SNR tienen documentado el procedimiento de identificación de peligros, pero su alcance no abarca procesos como mantenimientos locativos o de infraestructura, ni mantenimientos de ascensores, no tienen en cuenta todos los riesgos asociados a actividades como vigilancia y servicios generales, y estos deberían ser con alcance sobre todos los procesos, actividades rutinarias y no rutinarias, maquinaria y equipos en todos los centros de trabajo y en todos los trabajadores independientemente de su forma de vinculación y/o contratación- Al revisar las Matrices de identificación de peligros no hay muchas actividades diferentes a las de oficina que pueden estar ejecutando los contratistas en las diferentes sedes a nivel nacional. * Identificar con base en la valoración de los riesgos, aquellos que son prioritarios.	Verificada la información (Fuera de carpeta y en desorden), se identificó el proyecto de procedimiento de PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACION DE PELIGROS VALORACION DE RIESGOS Y DETERMINACION DE CONTROLES con fecha de febrero de 2020. Sin embargo, este documento que no se encuentra codificado y aprobado aun por la OAP, por tal motivo no se ha divulgado, de otra parte, se evidenció MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y CONTROL DE RIESGOS. En este orden, no se puede establecer la efectividad.

2019231	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	27. La ley establece que todas las empresas deben realizar La identificación de peligros, evaluación y valoración del riesgos con la participación de los trabajadores de todos los niveles de la empresa, en este aspecto se evidencia que en la SNR se realizan ATS para id de peligros con participación de los trabajadores; adicionalmente a esto las matrices deben ser actualizadas como mínimo una (1) vez al año- se puede evidenciar en la carpeta magnética de matrices de todas las sedes que no todas están en la carpeta correspondiente y que muchas de ellas están desactualizadas desde el año 2016; adicionalmente a esto la ley dice que éstas también deberán actualizarse cada vez que ocurra un accidente de trabajo mortal o un evento catastrófico en la empresa o cuando se presenten cambios en los procesos, en las instalaciones, o maquinaria o equipos.	Se observa procedimiento de identificación de peligros valoración de riesgos y determinación de controles con fecha de aprobación febrero de 2020, sin embargo no cuenta con el código de versión de cambios, actividad realizada fuera de las fechas establecidas. Se recomienda organizar las evidencias en una sola carpeta para cada uno de los hallazgos.
2019232	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	28. La ley determina que las empresas deberán realizar mediciones ambientales que los riesgos prioritarios, provenientes de peligros químicos, físicos y/o biológicos. *En la SRN no es posible evidenciar registro de análisis de peligros más altos o no tolerables identificados en la matriz donde hicieron la id de peligros de cada una de las actividades de la SNR; en análisis de estos resultados de ID de peligros son el insumo para poder saber cuáles son las mediciones ambientales a realizar, las mediciones de las que existe evidencia son por solicitud del Min. De trabajo y no fueron producto de la id de peligros, son de caso particulares en las siguientes sedes: Bucaramanga, El Bordo.	Verificada la one drive donde reposan las evidencias no se observa informe análisis estado como sustento de la acción planeada. Se recomienda organizar la información con el fin de ubicar las evidencias y poder identificar su cumplimiento.
2019233	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	29. Toda empresa deberá ejecutar las medidas de prevención y control con base en el resultado de la identificación de peligros, la evaluación y valoración de los riesgos (físicos, ergonómicos, biológicos, químicos, de seguridad, públicos, psicosociales, entre otros), incluidos los prioritarios y éstas se ejecutan acorde con el esquema de jerarquización, de ser factible priorizar la intervención en la fuente y en el medio-En la SNR no se han analizado a fondo o de manera adecuada cada una de las actividades- esto se evidencia en el cargo de servicios generales no hay riesgos completos por ej: los riesgos asociados a manipulación de productos químicos no tienen un cuadro como efectos por inhalación, contacto directo ingestión y sus respectivos controles (matriz oficina central). Adicionalmente, éste no cuenta con actividades en un Plan Anual de Trabajo asociadas a los riesgos identificados como altos, con el fin de mitigarlos.	En la one drive no se observa la matriz de riesgos actualizada. Se recomienda organizar la información con el fin de ubicar las evidencias y poder identificar su cumplimiento.
2019234	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	30. Al querer verificar la aplicación por parte de los trabajadores de las medidas de prevención y control de los peligros riesgos (físicos, ergonómicos, biológicos, químicos, de seguridad, públicos, psicosociales, entre otros.), se evidencio que no todos cuentan con los Elementos de Protección Personal (EPP), asociados a los controles; además, los trabajadores encargados de este tema, no han sido capacitados en el uso de estos elementos ni en los protocolos de emergencia, entre otros.	Se observa acta de fecha 19 de diciembre de 2019 sin firma que avale la información contenida en esta. Por lo que se cumple con la unidad de medida para esta oportunidad. Se recomienda organizar la información con el fin de ubicar las evidencias y poder identificar su cumplimiento.

2019235	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	31. La ley establece que todas las empresas deben elaborar procedimientos, instructivos y fichas técnicas de seguridad y salud en el trabajo cuando se requiera y entregarlos a los trabajadores- En la SNR hay muchos documentos que no tienen establecido el código para poder identificar el proceso del Sistema de Gestión al cual pertenece, y la mayoría de éstos no han sido divulgados, no existen registro de divulgación que se puedan evidenciar según la ley lo determina. Este asunto también guarda relación con las obligaciones que deben cumplirse en la Norma ISO 9001:2015.	No se observa en la one drive acta de asistencia relacionada con el tema. Se recomienda organizar la información con el fin de ubicar las evidencias y poder identificar su cumplimiento.
2019236	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	32. La ley determina que se deben elaborar formatos de registro para la realización de las visitas de inspección. *Realizar las visitas de inspección sistemáticas a las instalaciones, maquinaria o equipos, incluidos los relacionados con la prevención y atención de emergencias; con la participación del Comité Paritario o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo- En la SNR no es posible evidenciar programa de inspecciones. En el plan anual 2018, existen algunas inspecciones mencionadas y las sedes donde se van a realizar, pero de estas se solicitaron algunas al azar con el fin de verificar la ejecución de la programación; sin embargo, se evidencia, como se muestra a continuación, que algunas no fueron cumplidas. -Inspección de seguridad a Apartadó- no hay evidencia de esta inspección, -Florencia hay un informe de inspección realizado por la ARL pero no hay un formato institucionalizado SNR para las mismas. -Inspección ergonómica a puestos de trabajo en: Ramiriquí ok existe evidencia; en Salamina- no es posible evidenciar registro de elaboración de la inspección; en Santuario no es posible evidenciar registro. -Inspecciones realizadas por el Copasst a puestos de trabajo pero en la firma dice Copasst -no está el nombre de quien la realiza; Ronald el líder de brigada ha hecho varias inspecciones y esas son presentadas pero aparte del no es posible verificar si otro integrante ha realizado dichas inspecciones como gestión de Copasst.	No se observa en la one drive plan de capacitación relacionado con el tema. Se recomienda organizar la información con el fin de ubicar las evidencias y poder identificar su cumplimiento.
2019237	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	33. La ley determina que se deben realizar el mantenimientos periódicos de las instalaciones, equipos, maquinaria y herramientas, de acuerdo con los informes de visitas de inspección o reportes de condiciones inseguras y los manuales y/o las fichas técnicas de los mismos- En la SNR no es posible identificar un programa de mantenimiento preventivo, los mantenimientos realizados son debido a fallas o a solicitudes directas de las áreas que presentan quejas.	Se observa procedimiento de selección uso y mantenimiento de elementos de protección personal EPP de fecha enero de 2020, por lo que se cumple con la unidad de medida. Actividad realizada fuera de las fechas establecidas. Se recomienda organizar la información con el fin de ubicar las evidencias y poder identificar su cumplimiento.

2019238	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	<p>34. La ley determina que se debe suministrar a los trabajadores que lo requieran los Elementos de Protección Personal, estos se les reponen oportunamente conforme al desgaste y condiciones de uso de los mismos.- Este control se hace pero no se deja evidencia soporte de entrega específica de los Elementos de Protección Personal (EPP), cantidad y condiciones (No hay formato de entrega y reposición de EPP), muchas veces se firma en formato de acta como lista de asistencia pero no se evidencian observaciones con respecto a esa entrega.</p> <p>*Se verifica que los contratistas y subcontratistas que tengan trabajadores realizando actividades en la empresa, en su proceso de producción o de prestación de servicios se les entrega los Elementos de Protección Personal y se hace reposición oportunamente conforme al desgaste y condiciones de uso de los mismos.- A este ítem, no se le hace seguimiento a nivel contratistas.</p> <p>*Realizar capacitación para el uso de los Elementos de Protección Personal – En la SNR No es posible verificar registros de dichas capacitaciones.</p>	<p>Verificada las evidencias se observa una matriz EPP, por lo que se cumple con la entrega de la unidad de medida, sin embargo no se tiene la competencia para evaluar la efectividad. Se recomienda organizar la información con el fin de ubicar las evidencias y poder identificar su cumplimiento.</p>
2019239	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	<p>35. En cuanto al de plan de respuesta ante emergencias, la ley determina que éstos deben contener como mínimo: Documentar el un plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias que identifica las amenazas, evalúa y analiza la vulnerabilidad-En la SNR se evidencia que este documento se encuentra.</p> <p>*Como mínimo debe incluir planos de las instalaciones que identifican áreas y salidas de emergencia, así como la señalización debida, simulacros como mínimo una vez al año- El documento de la SNR no incluye los planos.</p> <p>*El plan debe tener en cuenta todas las jornadas de trabajo en todos los centros de trabajo y debe ser divulgado- Se evidencia en la SNR que este documento tienen alcance a todas sus sedes, pero no se han divulgado a todos los niveles los protocolos de emergencia, esto se evidenció en las visitas a las oficinas y 7 sedes revisadas en campo.</p>	<p>Se observa procedimiento de selección uso y mantenimiento de elementos de protección personal EPP de fecha enero de 2020, por lo que se cumple con la unidad de medida. Actividad realizada fuera de las fechas establecidas. Se recomienda organizar la información con el fin de ubicar las evidencias y poder identificar su cumplimiento.</p>
2019240	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	<p>36. La ley determina que las brigadas de respuesta ante emergencias debe estar: Conformada, capacitada y dotada la brigada de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, (primeros auxilios, contra incendios, evacuación, etc.), organizada según las necesidades y el tamaño de la empresa-EN la SNR se evidencia que este requerimiento existe pero no tienen alcance a todas las sedes a nivel nacional.</p>	<p>Verificada la one drive donde reposan las evidencias no se observa matriz epps, como sustento de la acción planeada. Se recomienda organizar la información con el fin de ubicar las evidencias y poder identificar su cumplimiento.</p>
2019240	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	<p>36. La ley determina que las brigadas de respuesta ante emergencias debe estar: Conformada, capacitada y dotada la brigada de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, (primeros auxilios, contra incendios, evacuación, etc.), organizada según las necesidades y el tamaño de la empresa-EN la SNR se evidencia que este requerimiento existe pero no tienen alcance a todas las sedes a nivel nacional.</p>	<p>Verificada la one drive donde reposan las evidencias no se observa cronograma de inspecciones, como sustento de la acción planeada. Se recomienda organizar la información con el fin de ubicar las evidencias y poder identificar su cumplimiento.</p>

2019241	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	37. La ley determina que se deben definir indicadores que permitan evaluar el sistema de gestión de SST de acuerdo con las condiciones de la empresa, teniendo en cuenta los indicadores mínimos señalizados en el capítulo IV de la resolución 0312 de 2019-en la SNR existen indicadores propuestos pero no se hace ni alimentación de estas estadísticas ni análisis de las mismas. *Tener disponibles los resultados de la evaluación del sistema de gestión de SST, de acuerdo con los indicadores mínimos de SST definidos en la Resolución 0312 de 2019-en la SNR no es posible evidenciar este requerimiento.	Verificada la one drive donde reposan las evidencias no se observa cronograma de capacitaciones, como sustento de la acción planeada. Se recomienda organizar la información con el fin de ubicar las evidencias y poder identificar su cumplimiento.
2019242	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	38. La ley determina que se debe revisar como mínimo una vez al año el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo; sus resultados son comunicados al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo y al responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo-En la SNR es posible evidenciar que existe un documento de registro de la reunión realizada por a alta dirección. *Se revisa punto a punto evidenciando que aunque era claro qué se debía hacer por que mencionan los ítems del criterio o que la ley establece, pero no se analizaron en su totalidad las falencias en las que se estaban incurriendo, así como tampoco hay plan de mejora de cada punto (solo para algunos aspectos, no en su totalidad); incluso aun esos planes planteados no dan alcance y solución según la ley lo determina.	Verificada la one drive donde reposan las evidencias no se observa planes de emergencias, como sustento de la acción planeada. Se recomienda organizar la información con el fin de ubicar las evidencias y poder identificar su cumplimiento.
2019243	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	39. La ley determina que se debe definir e implementar las acciones preventivas y/o correctivas necesarias con base en los resultados de la supervisión, inspecciones, la medición de los indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo entre otros, y las recomendaciones del COPASST-En la SNR no es posible evidenciar la definición e implementación de estas acciones a las que hace referencia el ítem.	Se observa acta de conformación de brigadas de emergencia de 21 ORIP año 2019, fecha que está fuera del rango de cumplimiento de esta acción. Se recomienda organizar la información con el fin de ubicar las evidencias y poder identificar su cumplimiento.
2019244	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	40. Cuando después de la revisión por la Alta Dirección del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, se evidencia que las medidas de prevención y control relativas a los peligros y riesgos en Seguridad y Salud en el Trabajo son inadecuadas o pueden dejar de ser eficaces, la empresa toma las medidas correctivas, preventivas y/o de mejora para subsanar lo detectado-En la SNR no es posible verificar evidencias de este ejercicio posterior ala revisión por la gerencia.	Verificada la one drive no se observa cronograma de capacitaciones. Se recomienda organizar la información con el fin de ubicar las evidencias y poder identificar su cumplimiento.
2019245	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	41. Se debe definir e implementar las acciones preventivas, correctivas y de mejora que se plantean como resultados de la investigación de los accidentes y los incidentes y la determinación de las causas básicas e inmediatas de las enfermedades laborales. Conforme a lo identificado en el Numeral 3.2.2, en la Entidad no se ha dado cumplimiento a este otro Numeral 7.1.3.	Verificadas las evidencias se observa una matriz objetivos e indicadores sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, por lo que se da cumplimiento a la entrega de la unidad de medida. sin embargo, no se realiza evaluación por carecer de competencia. Se recomienda organizar la información con el fin de ubicar las evidencias y poder identificar su cumplimiento.
2019245	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	41. Se debe definir e implementar las acciones preventivas, correctivas y de mejora que se plantean como resultados de la investigación de los accidentes y los incidentes y la determinación de las causas básicas e inmediatas de las enfermedades laborales. Conforme a lo identificado en el Numeral 3.2.2, en la Entidad no se ha dado cumplimiento a este otro Numeral 7.1.3.	Se observa un informe de gestión del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo revisión por la alta dirección y rendición de cuentas 2020, por lo que cumple con la unidad de medida, sin embargo no es posible evaluar la efectividad por falta de competencia. Se recomienda organizar la información con el fin de ubicar las evidencias y poder identificar su cumplimiento.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2019246	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	42. La ley determina que se deben implementar las medidas y acciones correctivas producto de requerimientos o recomendaciones de autoridades administrativas, así como de las Administradoras de Riesgos Laborales. En la revisión a los centros de trabajo se evidencia un hallazgo de una visita del Min. Salud a la sede ORIP Sur donde se realiza visita desde el 15 de Enero 2019 y a la fecha de inspección no se han generado acciones a los incumplimientos de los hallazgos generados en la visita.	Se observa informe gestión, Grupos de apoyo del Equipo de Seguridad y Salud en el trabajo SGSST 2020- por lo que se cumple con la unidad de medida, sin embargo no es posible evaluar la efectividad.
2019247	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	43. Se verifica que en el presupuesto para el año 2019, tienen asignaciones presupuestales como : Cod. 93141808 Contratación de promoción y prevención del SST y análisis de puestos de trabajo para nivel nacional \$500.000.000; Cod. 42171500 Contratación de estudio para identificación de rutas de evacuación, señalización, análisis de vulnerabilidad, plan de emergencias, conformación de brigadas, de todas las sedes a nivel nacional \$ 200.000.000; Cod. : 80111601 Contratar un profesional de trabajo social o afines, con título profesional de 12 m experiencia para apoyar con conocimiento en trabajo social al grupo de bienestar social y en las implementación del SST de la SNR. \$30.567.680. * El auditado informa que existen algunos ítems como presupuesto para el año 2019 y varios CDP de donde pueden disponer para hacer gastos de SST; sin embargo, el auditor no evidenció un documento que defina actividad por actividad y de dónde o cuál es el código del recurso para esa asignación, o de que forma van a sacar el dinero para ejecutar la actividad programada- "documento de presupuesto SG-SST no existe".	Se observa un informe de gestión del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo revisión por la alta dirección y rendición de cuentas 2020, por lo que cumple con la unidad de medida, sin embargo no es posible evaluar la efectividad por falta de competencia.
2019201	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	Se observó que el cuarto de cómputo no cuenta con control de temperaturas y no se tiene la certeza si el detector de humo funciona o no; con respecto a la red de datos está sin identificación en el rack de alojamiento como se observa en la foto del anexo No.1. Igualmente, se encontraron cajas de cartón almacenadas en este sitio. Esta situación, podría conllevar a la materialización del riesgo de incendio por el recalentamiento de los equipos; lo que tendría como consecuencia la suspensión del servicio y/o pérdida de información. La situación anterior podría dar lugar al incumplimiento del numeral 7.1.3, que establece que la organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.	Se avanzó para este seguimiento en la elaboración de un cronograma para realizar el peinado a los Rack de varias ORIP en la vigencia 2021. Así mismo, el procedimiento de buenas prácticas está para ser entregado a planeación en el mes de agosto de 2021; sin embargo, las acciones propuestas están incumplidas para este hallazgo, y no se puede evaluar su efectividad.
2019203	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	Se encontraron diferencias en la información reportada para consolidar el reporte exigido por la Dirección Nacional de Derechos de Autor -DNDA, sobre el número de equipos tecnológicos existentes en la Oficina de Registro, de acuerdo con el inventario físico de los mismos, puesto que no fueron reportados los dos servidores existentes, en el archivo enviado a la Oficina de Control Interno (insumo de control para el informe Derechos de Autor) por la Dirección Regional. Esta situación conlleva a determinar una No Conformidad en atención al riesgo de generar información no verídica en la rendición del informe a la DNDA. Así mismo, genera incumplimiento al Numeral 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio - ISO 9001:2015.	Se observa que no se ha dado cumplimiento a esta acción, de acuerdo con los soportes presentados a la fecha del seguimiento y Dado que existen dos acciones incumplidas para este hallazgo, no se puede evaluar su efectividad.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2019204	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	De acuerdo con los datos registrados en las Tablas Nos.13 y 14 del presente informe, se encuentran diferencias entre la información suministrada por el nivel central y la suministrada en la Oficina de Registro, con relación a la cantidad de turnos pendientes de corrección. Esta situación podría generar la materialización del riesgo de "Inexactitud en la información estadística contenida en las bases de datos de los aplicativos misionales", el cual no se encuentra identificado. Por lo anterior, se observan diferencias entre la información suministrada por el nivel central y la suministrada en la Oficina de Registro, con relación a la cantidad de turnos clasificados como "Correcciones", situación que podría generar la materialización del riesgo de "Inexactitud en la información estadística contenida en las bases de datos de los aplicativos misionales" el cual no se encuentra identificado en el proceso.	Se observa que para subsanar el hallazgo y con el fin de tener exactitud en la información estadística de la Base de Datos, implementan en el menú de Folio, la Opción 43 "SEGUIMIENTO PROCESO DE CORRECCIONES", que permite generar un reporte completo del estado de los turnos de corrección, como el total de radicados, pendientes en trámite, desanotados, devueltos al público y entregados entre otros. Entregan informe de análisis, por lo que se da por cumplida la acción. Pendiente realizar una acción por lo tanto no se puede evaluar la efectividad.
2019201	CULTURA DEL SERVICIO Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Deficiente administración, seguimiento y control de las PQRS generadas por el incumplimiento de la normatividad vigente (Ley 190/95, Art. 54; Decreto 2232/95, Art.9; Decreto 1081/15, Art.2.1.1.6.2, numerales 2-3 y 4)	De conformidad con el INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS PQRS, II SEMESTRE DE 2020, elaborado por la OCI y remitido con SNR2020IE002402 de 24-02-2021, se evaluó el cumplimiento y efectividad de las acciones, por las razones expuestas en éste, no es posible el cierre del hallazgo.
2019202	CULTURA DEL SERVICIO Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Se encontró que la SNR no está dando cumplimiento a lo establecido en el Art. 9 y 12 de la Ley 1581 de 2012- "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y los Art.4 y 5 del Decreto 1377 de 2013, en lo relacionado con la autorización para la recolección de los datos personales y las finalidades del tratamiento para las cuales se obtiene el consentimiento. (Se identificó en el modulo PQRS)	De conformidad con el INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS PQRS, II SEMESTRE DE 2020, elaborado por la OCI y remitido con SNR2020IE002402 de 24-02-2021, se evaluó el cumplimiento y efectividad de las acciones, por las razones expuestas en éste, el hallazgo continúa en los términos que fue identificado.
2019201	ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL REGISTRAL	Se identifica como una observación, por incumplimiento del numeral 8.1 de la NTC 9001:2015 y de las funciones 13 y 14 del artículo 23 del Decreto 2723 de 2014, ya que no fue posible evidenciar información documentada para efectos de dar cumplimiento a las funciones No. 13 y 14 del artículo 23 del Decreto 2723 de 2014, las cuales son consideradas de alta importancia para fortalecer la labor misional de inspección, vigilancia y control en el ejercicio de sus funciones a fin de propender por la mejora en la prestación del servicio registral, mitigar sus riesgos y evitar su materialización.	Se evidencia como soportes listado de asistencia de los funcionarios de la SDR de fecha 13/05 y archivo de la socialización realizada al personal. Se observa cumplimiento de la actividad establecida, sin embargo, el hallazgo no se cierra, ya que tiene otras actividades pendientes por ejecutar.
2019201	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	Se observan macroprocesos que no han formulado planes de mejoramiento con resultado de las evaluaciones anteriores tales como direccionamiento estratégico, talento humano, tecnologías de la información, gestión financiera, gestión administrativa. Lo anterior incumple lo dispuesto en NTC ISO 9001:2015 numeral 10.2.1 literal a. Esta no conformidad es recurrente. (Riesgo materializado sobre el DRP- plan de recuperación de desastres)	Se observa el plan anual de adquisiciones, dando cumplimiento a la acción propuesta. Sin embargo, la efectividad no puede evaluarse, toda vez que existen dos acciones incumplidas para este hallazgo.
2019201	GESTIÓN FINANCIERA	La información reflejada en los Auxiliares SIIF, de algunas Oficinas de Registro, entre estas Bogotá Centro, Bogotá Sur, Medellín norte, Medellín sur entre otras, no refleja el registro contable real de los ingresos, de acuerdo al origen del recaudo; toda vez que no se registra la totalidad de los ingresos generados por los aplicativos SIR y Folio; éste se hace sobre lo que se recauda a través de las cuentas producto; lo anterior incumple lo descrito en la Circular Nro.3544 del 5 de julio de 2018 y para armonizar con el artículo 1 de la Resolución 2854 de 2018.	Se verificó al 30/06/2021 los soportes de la actividad propuesta reportando el cumplimiento de parcial de las acciones de mejora propuestas en el plan de mejoramiento, generando un avance en la ejecución pero que ocasiona que la acción de se considere INEFECTIVA, el hallazgo sigue abierto se debe reformular el plan.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2019202	GESTIÓN FINANCIERA	Se evidenció en el procedimiento de "pago", el incumplimiento de las funciones asignadas a los supervisores de los contratos; establecidas en el "Manual de Supervisión de los Contratos Estatales del Proceso Gestión Control y Seguimiento Contractual", debido a que se observaron los siguientes comprobantes y orden de pago sin los documentos que soportan las actividades o el servicio prestado, conforme a las cláusulas contractuales. Comprobantes :33140,18086 y 23336 cuenta por pagar 158318	Se verificó al 30/06/2021 los soportes de la actividad propuesta reportando INCUMPLIMIENTO de las acciones de mejora propuestas en el pan de mejoramiento, por lo tanto la acción de mejora es INEFECTIVA, el hallazgo sigue abierto se debe reformular el plan.
2019204	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 SIF; 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".	Se verificó al 30/06/2021 los soportes de la actividad propuesta reportando el cumplimiento parcial acciones de mejora propuestas en el pan de mejoramiento, generando un avance en la ejecución pero que ocasiona que la acción de se considere INEFECTIVA, el hallazgo sigue abierto se debe reformular el plan.
2019205	GESTIÓN FINANCIERA	Inoportunidad en el giro de las transferencias de ley 55/85, toda vez que a 30 de junio de 2018 se evidenció que no se ha girado el saldo que se constituyó como cuentas por pagar a 31/12/2017; además, los ingresos a transferir, se están liquidando por encima del valor real recaudado conforme a los servicios prestados y registrados en los aplicativos misionales	Se verificó al 30/06/2021 los soportes de la actividad propuesta reportando el cumplimiento. Adicionalmente, en auditoría financiera CGR 2020, se identificó nuevamente este hallazgo (Hallazgo No. 02), así como en el seguimiento al presupuesto del segundo semestre de la vigencia 2020, se evidencio esta misma situación, por lo cual la acción de mejora se considera INEFECTIVA
2019206	GESTIÓN FINANCIERA	No existe un formato estandarizado para la elaboración de los boletines diarios y el resumen de ingresos mensuales, conforme a la tipología de los conceptos de información que generan los aplicativos misionales; esta situación no permite hacer una interpretación unificada de los diferentes conceptos de ingresos.	Se verificó al 30/06/2021 el cumplimiento de las actividades propuestas. Sin embargo, en auditoría financiera CGR 2020 evidenciaron que persiste la misma situación, se considera que la acción de mejora es INEFECTIVA.
2019207	GESTIÓN FINANCIERA	En los documentos de conciliación bancaria, se observó que no se registra de manera clara las diferencias existentes, tampoco contiene la justificación que las originan, lo anterior 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".	Se verificó al 30/06/2021 los soportes de la actividad propuesta reportando incumplimiento. Sin embargo, en el informe interno de control interno contable, enviado el 06 de abril de 2021 mediante OCI 039 radicado SNR2021IE002725 se deja el hallazgo N°3, por esta misma razón, por lo tanto, la acción de mejora se considera INEFECTIVA
2019208	GESTIÓN FINANCIERA	Se observaron diferencias entre la información contenida en los aplicativos misionales y la registrada presupuestalmente en el SIF; en relación al 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.	Se verificó al 30/06/2021 los soportes de la actividad propuesta reportando el cumplimiento. Sin embargo en la auditoría financiera realizada por la CGR V-2020, consideró que las acciones de mejora propuestas siguen siendo INEFECTIVAS, por lo tanto el hallazgo sigue abierto se debe reformular el plan.
2019209	GESTIÓN FINANCIERA	Existe una alta probabilidad de materialización del riesgo "Generar información contable incompleta que no revele la totalidad de los hechos económicos y financieros de la Superintendencia", por cuanto se evidenciaron diferencias en la información de los ingresos registrada en los aplicativos misionales y los cuadros de resumen mensuales generadas por las oficinas de registro, conforme a la muestra seleccionada.	Se verificó al 30/06/2021 los soportes de la actividad propuesta reportando el cumplimiento. Sin embargo en la información de ingresos continua presentando diferencias, el avance en la acciones es importante, pero las acciones de mejora propuestas siguen siendo INEFECTIVAS, por lo tanto el hallazgo sigue abierto se debe reformular el plan.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2019205	CULTURA DEL SERVICIO Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Por distintas causas relacionadas en el presente informe, se identifica una vez más, la materialización del riesgo "Incumplimiento a los tiempos de respuestas a las PQRS de los ciudadanos", por parte de los responsables de los procesos involucrados", identificado en el Macroproceso Cultura de Servicio y Atención al Ciudadano- Proceso - Desarrollo y Fortalecimiento Institucional para el Servicio al Ciudadano, incumpléndose con éste, el Art.14 de la Ley 1755 de 2015; se observó además, deficiencias en el diseño y ejecución de los controles; las causas relacionadas en la matriz de riesgos de este Proceso, no son suficientes para garantizar la efectividad de los controles. NC	Aun cuando se cumplió con la unidad de medida, se realizará evaluación en el informe a presentar el mes de agosto de 2021 con el fin de verificar la efectividad.
2019206	CULTURA DEL SERVICIO Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Las acciones propuestas en el Plan de Mejoramiento suscrito por el Macroproceso de Atención al Ciudadano; no obstante, se cumplieron durante los plazos establecidos; éstas, no fueron suficientes y efectivas para subsanar la causa de los hallazgos identificados por la Contraloría General de la Nación, toda vez que el riesgo "Incumplimiento a los Términos de Respuesta", se sigue materializando. Adicionalmente, con respecto al Plan de Mejoramiento Integral formulado por el Proceso Desarrollo y Fortalecimiento Institucional para el Servicio al Ciudadano, la Oficina de Control Interno de Gestión, no pudo emitir pronunciamiento de efectividad del mismo, toda vez que los plazos establecidos en las acciones o metas formuladas en éste, vencen el 31 de diciembre del 2020; tampoco se presentaron avances de cumplimiento de dichas acciones; sin embargo, conforme a lo evidenciado en el presente informe, las acciones implementadas, no han sido suficientes para garantizar el cierre definitivo de estos hallazgos y evitar que el riesgo de incumplimiento a los términos de respuesta, se siga materializando. Con lo anterior, se presenta inobservancia a lo establecido en los lineamientos del MIPG (Modelo Integrado de Planeación y Gestión).	No se cumple con la unidad de medida, por cuanto la matriz de riesgos observada en la one drive tiene fecha de aprobación 31 de agosto de 2020, fuera del tiempo establecido para cumplimiento.
2019265	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Revisar los objetivos de los siguientes procesos y estudiar la posibilidad de identificar nuevos riesgos a fin de evitar su materialización por falta de gestión: Proceso Gestión Recursos de Tecnología, e identificar riesgos relacionados con la utilización de información privilegiada e identificar un riesgo institucional relacionado con la integralidad de la información."	Se encuentra pendiente la actualización y aprobación de los riesgos de la OTI - SGSI, se considera incumplida la acción. No se puede evaluar la efectividad por incumplimiento a la acción propuesta.
2020102	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	A partir de los mapas de riesgo de corrupción verificados a los procesos, se observó en la Tabla No.4; que no se cuenta con el establecimiento de actividades de control para las 28 causas identificadas en esta Tabla. Como se puede observar, existen causas no controladas, por lo tanto se considera que los controles existentes y propuestos en los mapas de riesgos y de corrupción presentan debilidades en su diseño, toda vez que no cumplen los criterios establecidos por el DAFP en la "Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas"- versión 4, en la cual se determinan aspectos prioritarios que deben contener dichos controles para su definición como son: Responsable, Periodicidad, Propósito, Actividad a realizar, Manejo de observaciones y/o desviaciones, Evidencias de ejecución. Estas debilidades presentadas, pueden llegar a generar que se materialicen los riesgos, conllevando a incumplimiento en los objetivos estratégicos de la entidad, así como posibles observaciones por parte de los órganos de control.	Las evidencias reportadas, no permiten determinar el cumplimiento dado a esta acción propuesta, en la fecha del seguimiento. La acción está incumplida por lo cual no se puede evaluar su efectividad.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2020104	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Teniendo en cuenta los informes de monitoreo de riesgos se encuentra la materialización de los riesgos evidenciados por los líderes de los Macroprocesos: Orientación, Inspección, Vigilancia y Control Notarial; Gestión Para La Protección, Restitución y Formalización de la Propiedad; Gestión de Talento Humano; Gestión Financiera y Administrativa	Se evidencio acta de reunion virtual del 4 de agosto con la DTH en razon al plan de mejoramiento riesgos nomina frente al documento "Informe III 2019 y Contraloría, con el fin de ajustar algunas actividades, e Informe I cuatrimestre 2020", quedando pendiente unos compromisos a cumplir con la DTH (Unificar el P.M. de la OCI y el de Contraloría en el formato de la SNR, Suscribir formato Plan de Mejoramiento a laOCI y cargarlo nuevamente ala One Drive, Enviar formato análisis de causa raíz adjunto con el P.M., y Dar respuesta en Oficio a la OCI sobre el estado de avance de la observación realizada en el Informe del I cuatrimestre del 2020), consecuente con lo anterior, continua abierta el hallazgo, no obstante, se advierte que la accion se encuentra vencida desde el 30 de noviembre del 2020, por lo cual no es posible evaluar la efectividad.
2020105	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Con base en la ubicación de los riesgos dentro de la zona de riesgo inherente y residual de la matriz de valoración, se encuentra desactualización de la escala de criticidad, teniendo en cuenta la probabilidad e impacto determinado, versus la calificación dada en la zona de riesgo tanto inherente como residual. Por lo anterior, se encuentra que ésta no ha sido actualizada. Al respecto la Oficina Asesora de Planeación manifiesta que este resultado es debido a la actualización que vienen realizando los diferentes procesos de la entidad, en cuanto a temas relacionados con el objetivo del proceso, los controles identificados, la actualización de procedimientos e indicadores, en desarrollo de la reingeniería que se adelanta al interior de la Superintendencia. Lo anterior en el entendido que todo riesgo de corrupción requiere de establecer controles o acciones inmediatas para generar una variación significativa en el número de riesgos en zona de riesgo extrema, de conformidad con la Guía para la administración del riesgo y el Diseño de Controles en Entidad Publica.V.4	Se evidencio el envio de correos enviados a 12 de los 45 procesos identificados en el mapa de proceso, actividad propuesta en atencion a orientar a los líderes de proceso sobre la metodologia de riesgos, asi como identificarse la solicitudes de correccion de algunos aspectos de acuerdo al proceso de reingeniería. No obstante, es relevante para la OAP recordar que la fecha del cumplimiento de la accion se encuentra vencida desde el 30 de noviembre del 2020, situacion por la cual continua abierto el hallazgo Y no se puede evaluar la efectividad.
2020203	CONTROL INTERNO DE GESTION	Se evidencia debilidades en la implementación del sistema de gestión documental ya que los documentos aportados en la auditoria no cumplen con lo exigido en la normatividad archivística frente a la foliación y manejo del archivo, lo que ocasiona un incumplimiento del numeral 4.2.2 de la ISO9001:2015 - NTCGP 1000:2009 numeral 4.	Se presento el plan de trabajo propuesto a la jefatura el 5 de febrero de 2021 a través de la plataforma TEAM para su aprobación y desarrollo en la vigencia 2021. Sin mebargo, la accion de mejora se considera cumplida de acuerdo con la unidad de medida propuesta, pero es INEFECTIVA toda vez que el plan propuesto se encuentra incumplido.
2020201	CULTURA DEL SERVICIO Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	La Superintendencia Delegada para el Notariado ha presentado avances en el desarrollo del procedimiento "Tratamiento de las PQRS en relación con la vigilancia de la Prestación del Servicio Notarial"; sin embargo, durante el periodo auditado se volvió a identificar la materialización del riesgo "Demora en la respuesta al ciudadano, como se encuentra demostrado en los diferentes informes mensuales y semestrales generados por esta misma Delegada; generándose con éste, el incumplimiento al numeral 6.1. ISO 9001:2015; en cuanto al seguimiento y cumplimiento de controles establecidos para mitigar el riesgo identificado. Así como lo determinado en el Decreto No.1499/2017: MIPG – 4ta Dimensión, numeral 4.2.1 – Seguimiento y evaluación del desempeño institucional, en lo relacionado con Evaluar la Gestión del Riesgo de la Entidad.	De conformidad con el INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS PQRS, II SEMESTRE DE 2020, elaborado por la OCI y remitido con SNR2020IE002402 de 24-02-2021, Verificadas las acciones implementadas por el líder del proceso, se observó en el one drive, el documento en Word, del Manual de Servicio al Ciudadano versión 1. La actividad aunque se evidencia cumplida, para la fecha del presente seguimiento no se observó el documento aprobado, por lo que el hallazgo sigue abierto.

Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

PBX 57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

2020102	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Conforme a la muestra de Orips seleccionadas, se evidenció que a la fecha de la presente evaluación solo existen datos estadísticos correspondientes a los meses de enero y febrero del 2020, así mismo, no se identificó cargue de información relevante a los análisis cuantitativos y cualitativos que permitieran medir la gestión adelantada por dichas Oficinas para el primer trimestre de la vigencia 2020, situación que contraviene lo establecido la actividad No. 5 del procedimiento de "Medición de la gestión de los procesos; por cuanto se dejó de medir a través de la herramienta de indicadores de manera oportuna la gestión de los proceso que se desarrollan en las Orips seleccionadas.	Verificada la información, se evidencio el envío del correo las 5 Direcciones Regionales el día 8 de febrero el 2021, con los datos estadísticos correspondientes, con corte 31 de diciembre del 2020, con el fin de que sean replicados a cada una de las oficinas de la regional para el respectivo reporte y análisis de indicadores. En este orden, en desarrollo del informe de seguimiento y proceso auditor relacionado con los indicadores de gestión, se verificara su efectividad.
2020101	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	Se encontró que al interior de la Superintendencia no se han realizado campañas para sensibilizar a los funcionarios sobre el cumplimiento a la normatividad existente respecto a los derechos de autor y los derechos conexos en materia de programas de computador. Esta situación contraviene lo establecido en la Directiva Presidencial No.002 de 2002, numerales 1 y 4; así como lo establecido en el Manual de Gobierno Digital.	Se observa que se realizó una capacitación el 5 de marzo 2021, a través de Teams, sobre los derechos conexos a todos los funcionarios de la SNR; sin embargo, existe una acción del hallazgo en estado vencida, motivo por el cual no se puede evaluar la efectividad de sus acciones.
2020102	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	Se encontró que no se cuenta con el inventario total del software, ni de las licencias existentes en la entidad, igualmente, no existe un control que permita determinar su ubicación a nivel nacional, aunado a la falta de control en el inventario de los equipos de cómputo existentes, situaciones que no permiten evidenciar que el software instalado en todos los equipos esté debidamente. Generando así el incumplimiento a la pregunta formulada por la Dirección Nacional de Derechos de Autor, en concordancia a lo establecido en la Circular No. 12 de 2 de febrero de 2007, relacionada con que no todo el software existente en la entidad está debidamente licenciado.	Se observa que no se ha dado cumplimiento a esta acción, a la fecha del seguimiento; y dado que existen acciones del hallazgo se encuentran incumplidas, no se puede evaluar la efectividad.
2020103	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	Se encontró que no hay procedimiento, instructivo o lineamiento para la baja del software y licenciamientos que permitan determinar el destino final que se debe dar a los mismos, en concordancia con lo establecido en la Circular No. 12 de 2 de febrero de 2007.	Se observa que no se ha dado cumplimiento a esta acción, a la fecha del seguimiento; y dado que existen acciones del hallazgo se encuentran incumplidas, no se puede evaluar la efectividad.
2020104	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	Se observó incumplimiento a los términos establecidos para implementar las correcciones inmediatas y/o las acciones correctivas suscritas en el Plan de Mejoramiento institucional, para los hallazgos No.(94-95-96) 2019201; (101-102-103) 2019204; y (361-362) 2019203; generando inobservancia a lo determinado en el MIPG, en lo relacionado con el seguimiento a las acciones correctivas planteadas.	Se observa que no se ha dado cumplimiento a esta acción, a la fecha del seguimiento; y dado que existen acciones del hallazgo se encuentran incumplidas, no se puede evaluar la efectividad.