

## INFORME EJECUTIVO

### SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL CORTE AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020

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 presenta el seguimiento el plan de mejoramiento institucional, con fecha de corte 30 de septiembre del 2020.

#### Objetivo General

Efectuar seguimiento al estado de avance y/o cumplimiento a las acciones propuestas en el Plan de Mejoramiento por Procesos de la Superintendencia de Notariado y Registro, en lo pertinente a las auditorías y seguimientos llevados a cabo por la Oficina de Control Interno.

#### Alcance

Verificación de soportes que evidencien el cumplimiento de las actividades generadas y que permitan el cierre con eficacia y efectividad de 154 hallazgos que se encuentran con corte al 30 de septiembre de 2020, en estado “PARA CIERRE”, o que ya tienen vencida las fechas de cumplimiento. A continuación, el detalle:

Dependencia y/o Proceso	Total Hallazgos del PM Institucional	Total Acciones del PM	Total de Acciones evaluadas
Administrativa	6	21	17
Atención al Ciudadano	9	23	2
Comunicación	10	10	10
Control Interno	5	14	5
Delegada Notariado	2	4	4
Delegada Registral	5	14	7
Disciplinario	1	6	3
Financiera	20	69	61
Jurídica	4	6	1
Planeación	18	34	27
Técnica Registral	6	20	6
Tecnología	20	45	39
Talento Humano	48	214	184
<b>Totales</b>	<b>154</b>	<b>480</b>	<b>366</b>

Fuente: Reporte plan de mejoramiento por procesos – OCI

El Plan se consolida en una sola herramienta Excel, dejando observaciones y recomendaciones trimestralmente que permitan ser considerados por los líderes de procesos responsables de estos planes de mejora, el cual es remitido a través del correo institucional.

## Desarrollo resultados de la verificación

La SNR cuenta con un Plan de Mejoramiento Institucional consolidado que contienen 154 hallazgos, para lo cual formularon 480 acciones. Como resultado de la evaluación realizada a cada una de las acciones de mejoramiento correctivas, preventivas o de mejora suscritas por esta entidad, para efectos de “determinar que las causas de los hallazgos han desaparecido o se han modificado los supuestos de hecho o de derecho que dieron origen al mismo, la Oficina de Control Interno de Gestión, evaluó 131 hallazgos con 366 acciones, con fecha de terminación o vencimiento al 30 de septiembre de 2020.

**Cuadro No.- 1**  
**Estado de hallazgos por procesos - Planes de mejora**  
**Vigencia 2020, corte 30 septiembre.**

Dependencia	Total Hallazgos del PM Institucional	Total Acciones del PM	Total de Hallazgos evaluados	% Hallazgos evaluados	Hallazgos con efectividad	% Hallazgos con efectividad	Hallazgos Sin efectividad	% Hallazgos sin efectividad
Administrativa	6	21	6	100%	0	0%	6	100%
Atención al Ciudadano	9	23	2	22%	0	0%	2	22%
Comunicación	10	10	10	100%	0	0%	10	100%
Control Interno	5	14	3	60%	0	0%	3	60%
Delegada Notariado	2	4	2	100%	1	50%	1	50%
Delegada Registral	5	14	4	80%	1	25%	3	60%
Disciplinario	1	6	1	100%	0	0%	1	100%
Financiera	20	69	20	100%	0	0%	20	100%
Jurídica	4	6	1	25%	0	0%	1	25%
Planeación	18	34	14	78%	0	0%	14	78%
Técnica Registral	6	20	4	67%	0	0%	4	67%
Tecnología	20	45	20	100%	0	0%	20	100%
Talento Humano	48	214	44	92%	0	0%	44	92%
<b>Totales</b>	<b>154</b>	<b>480</b>	<b>131</b>	<b>85%</b>	<b>2</b>	<b>2%</b>	<b>129</b>	<b>98%</b>

Fuente: Reporte plan de mejoramiento por procesos – OCI

De lo anterior, se evidenció el cumplimiento y efectividad de 2 hallazgos, frente a un total de 131 hallazgos evaluados, no obstante, la efectividad del plan de mejoramiento institucional fue del 2%, es decir, 5 acciones de mejora, que a su juicio subsanaron las deficiencias que fueron objeto de observación por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión. Con respecto al resto de los demás hallazgos evaluados, se encontraron las mismas deficiencias; en cuanto a que las acciones formuladas no fueron suficientes ni eficaces para lograr el cierre de los mismos o presentaban acciones dentro de los términos de ejecución.

**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](mailto:correspondencia@supernotariado.gov.co)

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

## Cierre eficaz de Hallazgos

La Oficina de Control Interno, llevó a cabo el cierre con efectividad a dos (2) hallazgos (5 actividades), teniendo en cuenta el análisis de las causas y actividades propuestas, así como también los soportes enviados por los responsables, los cuales sirvieron como evidencia de cumplimiento.

En el siguiente cuadro se relaciona el detalle:

Hallazgo	Proceso responsable	Número Actividades
2019201	ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL NOTARIAL	2
2019203	ORIENTACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL REGISTRAL	3

La Oficina de Control Interno, viene recomendando la reprogramación y reformulación de las acciones propuestas, toda vez que se hace necesario fortalecer el análisis causa raíz, con la participación de todas las áreas involucradas, a fin de poder cerrar estos hallazgos, en atención a las observaciones de esta Oficina, en reuniones realizadas en lo corrido de este año, con los profesionales de enlace designados para cada Macroproceso.

**Cuadro No.- 2**  
**Estado de acciones por procesos - Planes de mejora**  
**Vigencia 2020, corte 30 septiembre.**

Dependencia	Total Hallazgos del PM Institucional	Total Acciones del PM	Total de Acciones evaluadas	% Acciones evaluadas	Acciones Cumplidas	% Acciones cumplidas	Acciones Incumplidas	% Acciones Incumplidas	Acciones en Términos de ejecución	% Acciones en Términos de ejecución	Acciones con efectividad	% Acciones con efectividad	Acciones sin efectividad	% Acciones sin efectividad
Administrativa	6	21	17	81%	2	12%	15	88%	4	19%	2	100%	15	88%
Atención al Ciudadano	9	23	2	9%	0	0%	2	100%	21	91%	0	0%	2	100%
Comunicación	10	10	10	100%	6	60%	4	40%	0	0%	0	0%	10	100%
Control Interno	5	14	5	36%	5	100%	0	0%	9	64%	0	0%	5	100%
Delegada Notariado	2	4	4	100%	3	75%	1	25%	0	0%	2	67%	2	50%
Delegada Registral	5	14	7	50%	6	86%	1	14%	7	50%	3	50%	4	57%
Disciplinario	1	6	3	50%	0	0%	3	100%	3	50%	0	0%	3	100%
Financiera	20	69	61	88%	6	10%	55	90%	8	12%	0	0%	61	100%
Jurídica	4	6	1	17%	1	100%	0	0%	5	83%	0	0%	1	100%
Planeación	18	34	27	79%	12	44%	15	56%	7	21%	0	0%	27	100%
Técnica Registral	6	20	6	30%	3	50%	3	50%	14	70%	0	0%	6	100%
Tecnología	20	45	39	87%	19	49%	20	51%	6	13%	0	0%	39	100%
Talento Humano	48	214	184	86%	0	0%	184	100%	30	14%	0	0%	184	100%
<b>Totales</b>	<b>154</b>	<b>480</b>	<b>366</b>	<b>76%</b>	<b>63</b>	<b>17%</b>	<b>303</b>	<b>83%</b>	<b>114</b>	<b>24%</b>	<b>7</b>	<b>11%</b>	<b>359</b>	<b>98%</b>

Fuente: Reporte plan de mejoramiento por procesos – OCI

**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>

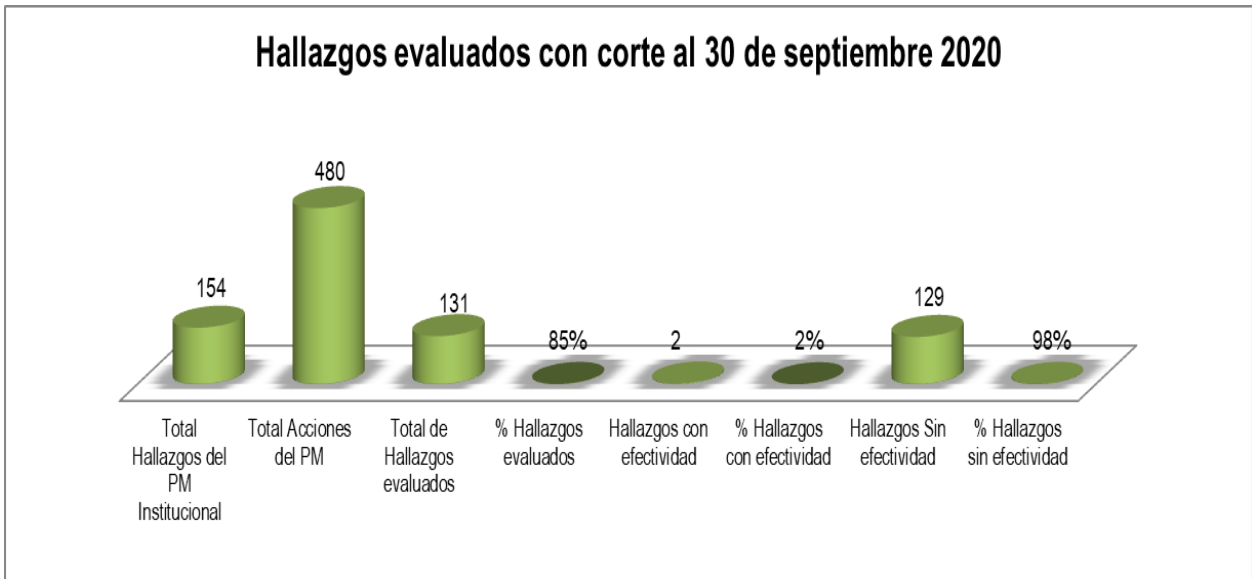
correspondencia@supernotariado.gov.co

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

De lo anterior, se evidenció el cumplimiento y efectividad de 7 acciones de mejora, frente a un total de 366 acciones evaluadas, no obstante, la efectividad de las acciones del plan de mejoramiento institucional fue del 11%, es decir, que a su juicio subsanaron las deficiencias que fueron objeto de observación por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión. Sin embargo; de las 7 acciones, solo 5 dieron lugar al cierre de 2 hallazgos. Con respecto al resto de los demás acciones evaluadas, se encontraron las mismas deficiencias; en cuanto a que las acciones formuladas no fueron suficientes ni eficaces para lograr el cierre de los mismos o presentaban acciones dentro de los términos de ejecución.



Teniendo en cuenta la gráfica lo anterior, el Plan de Mejoramiento Institucional con corte al 30 de septiembre de 2020, arroja una calificación de inefectiva del **98%** frente al total de hallazgos evaluados; es necesario un nuevo análisis de causa raíz en los hallazgos evaluados con pronunciamiento de inefectividad, para efectos de la reformulación y reprogramación de acciones de mejora y actividades, según corresponda, a fin de procurar el cierre de estos hallazgos.

Se hace la salvedad, de 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.

### Hallazgos para estado “No procede cierre” por proceso y/o dependencia

Para los siguientes hallazgos, se ha considerado que las actividades desarrolladas, no eliminan por completo la causa raíz del hallazgo, razón por la cual esta Oficina considera registrarlas en el estado “No procede cierre”, con el fin que los responsables de la suscripción de las acciones de mejora, revisen nuevamente la causa que los origina y gestionen las actividades pertinentes de conformidad con los lineamientos emitidos por esta Oficina, en atención a los parámetros legales establecidos para este fin.

❖ **Gestión Administrativa**

Administrativa	Total Hallazgos Administrativa	Total Acciones del PM Administrativa	Total de Acciones evaluadas	Acciones Cumplidas	Acciones Incumplidas	Acciones en Términos de ejecución	Acciones con efectividad	Acciones con efectividad
1. Gestión documental	1	1	1	0	1	0	0	1
2. Inventarios	1	4	4	0	4	0	0	4
3. Infraestructura	1	3	3	0	1	2	0	1
4. PIGA	1	7	7	2	3	2	2	3
5. Austeridad del gasto	1	2	2	0	2	0	0	2
6. Contratación	1	4	4	0	4	0	0	4
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>15</b>

- 1. Gestión Documental:** Hallazgo 2019201 (1 acción) *“Deficiencia en la gestión documental del archivo de Entidad, 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”.*

Frente al seguimiento realizado de la acción de mejora suscrita, no se evidencian soportes en la One-Drive, en la que se permita establecer su cumplimiento. No obstante, a través del correo institucional de fecha 7 de septiembre, se reiteró al Grupo de Gestión Documental, la disposición de la Oficina de Control Interno, en prestar asesoría, orientación y acompañamiento con el fin de verificar el estado de avance de la acción; sobre el particular, el día 23 de septiembre; el Grupo solicitó mediante radicado SNR2020IE013466 la reformulación y reprogramación del plan. En respuesta a dicha solicitud, la Oficina de Control Interno, recomendó revisar las acciones propuestas y considerar ajustes, de conformidad con lo sugerido a través del correo institucional remitido el 28 de septiembre, en aras de fortalecer el ejercicio de análisis causa raíz e implementar acciones orientadas al cierre del hallazgo.

- 2. Control de Inventarios:** Hallazgo 2019205 (4 acciones) *Incumplimiento de la aplicación de la resolución 13581 de 2015 y el procedimiento “Baja de bienes inservibles”, por cuantas algunas actividades o pasos descritos en éste, no se llevaron a cabo”.*

Una vez realizada el seguimiento a la acción, se pudo evidenciar que el soporte cargado en el one-drive, no está relacionado con las actividades formuladas al hallazgo, ya que el archivo que adjuntan corresponde a un pantallazo de un correo institucional remitido el 22 de abril a la Oficina Asesora de Planeación, donde están solicitando la modificación de fechas del Plan Anual de Gestión 2020 de Gestión de Servicios Administrativos, y adjuntan el oficio y el cronograma con los cambios señalados; sin embargo, los archivos que enuncian en el correo, no se encontraron cargados en la one-drive, con el fin de verificar si estos podrían guardar relación con el hallazgo..

- 3. Infraestructura:** Hallazgo 2019206 (3 acciones) *“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 la misma y malas condiciones de trabajo para los funcionarios”.*

La Dirección Administrativa y Financiera y el Grupo de Infraestructura, mediante oficio SNR2020IE0010547, solicitó reprogramación de fechas; mediante oficio SNR2020IE0010929 comunicado en correo electrónico del 26 de junio de 2020; no obstante haberse aprobado la modificación de las fechas; se sigue evidenciando la ineffectividad de las acciones propuestas, por cuanto el hallazgo sigue siendo recurrente ; razón por la cual se recomendó profundizar en el análisis causa raíz haciendo uso de las distintas metodologías dispuestas para ésta, o la metodología combinada que ha venido socializando la Oficina de Control Interno, de tal manera que se puedan formular acciones tendientes a subsanar las causas que están generando los hallazgos.

- 4. PIGA:** Hallazgo 2019207 (7) acciones *“Insuficiente cobertura 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”.*

Seguimiento realizado a 5 de las 7 acciones formuladas con fechas de terminación al 30 de septiembre, así:

Acción 1. Contratar el personal idóneo para la revisión y manejo del plan ambiental - INCUMPLIDA	No se evidencian soportes cargados en la One- Drive que permitan establecer avances sobre el cumplimiento de la acción de mejora propuesta, de tal manera que la acción se encuentra incumplida.
Acción 2. Aprobación plan de acción PIGA 2019 - CUMPLIDA	Se evidencia mediante Acta de comité institucional de gestión y desempeño del 20 de septiembre, presentación y aprobación del documento programa PIGA, punto 5 de PDF de Acta carga en la One-Drive, en cuyo contenido se argumenta por parte de secretario técnico que teniendo en cuenta la transversalidad del tema, sus objetivos y acciones se apliquen a cada una de las regionales. Se evidencio cargue del documento PIGA-2019, Versión 1. La acción se encuentra cumplida.
Acción 3. Realizar una actualización de la información necesaria para alimentar los programas de ahorro y uso eficiente del agua y energía. - INCUMPLIDA	El PIGA 2020, plan está conformado por 5 actividades y 20 acciones formuladas, con fecha de inicio de enero 1 de 2020 y fecha final de 31 de diciembre de 2020, actividades donde se actualizan las buenas prácticas ambientales, ahorro y uso eficiente del agua, energía, manejo de REPEL, aprovechables para fortalecer las buenas prácticas ambientales; sin embargo, no se evidenció soporte de ejecución de las actividades establecidas en el programa, razón por la cual, no fue posible evidenciar el cumplimiento de la misma.
Acción 4. Presentar las Fichas de Diagnóstico Ambiental de Redes y Elementos Hidrosanitaria V2 30-11-2018 y M02 FR01 Evaluación Inspección V1 22-08-2018 con un cubrimiento del 40% de las Orip a nivel nacional – CUMPLIDA.	Se evidenció el cargue de información correspondiente a las Ficha de diagnóstico de Ambiental de Redes y elementos Hidrosanitaria y Ficha de evaluación y/o inspección para el ahorro y uso eficiente de energía, las cuales reportar información de la vigencia 2019, para solo dos (2) regionales (Andina y Caribe); La acción se encuentra cumplida, sin

**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

	embargo, se recomienda ampliar el diagnóstico para todas las Direcciones Regionales para efectos de tener una referencia representativa de la situación real de cada una de Oficinas de Registro del País.
Acción 7. Se desarrollaran jornadas de capacitaciones desde la gestión ambiental para los líderes ambientales en las regionales, con el fin de lograr el cubrimiento en el desarrollo de actividades del PIGA. – INCUMPLIDA.	En atención a la mesa de trabajo realizada por videoconferencia el día 13 de agosto del 2020 con los directores regionales, se definieron compromisos por Parte de los Directores Regionales quienes darán cumplimiento a las actividades propuestas en el cronograma de actividades ambientales 2020 para ser cargadas en las fechas establecidas en la carpeta de One-Drive (cronograma). Sin embargo, no se pudo realizar la verificación de los compromisos adquiridos, ya que no se logró acceder al vínculo de la carpeta compartida (ACTIVIDADES AMBIENTALES REGIONALES 2020).

- 5. Austeridad del gasto** Hallazgo 2019208 (2 acciones) *“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”.*

Tras la aprobación de la solicitud de reprogramar las fechas finales de las acciones para el mes de julio, a la fecha de la presente evaluación, no se evidenció el cargue de los soportes en la One- Drive que permitan establecer el cumplimiento de las acciones formuladas, incumpliendo de esta manera el compromiso de modificar la fecha de la acción en atención a estructura el plan de austeridad, quedando entonces pendiente su verificación para el próximo periodo de seguimiento.

- 6. Contratación** Hallazgo 2019209 (4 acciones) *“Ausencia de controles e inaplicabilidad de los existentes en el Manual de Contratación y Manual de Supervisión, así como en los procedimientos del proceso Gestión Contractual”.*

Se celebró mesa de trabajo el 22 de septiembre entre la Oficina de Control Interno y la Dirección de Contratación, en la que se presentó el diagnóstico de los PM institucional y de la CGR, sin embargo, a la fecha de corte, no se presentó por parte de la Dirección de Contratación, la reformulación de los PM suscritos; ni la formulación del PM relacionado los hallazgos del seguimiento contractual de la vigencia 2019 al cual no se le ha suscrito PM.

❖ **Atención al Ciudadano** *“Incumplimiento de términos para dar respuesta a los ciudadanos”.*

Dependencia	Total Hallazgos del PM Institucional	Total Acciones del PM	Total de Acciones evaluadas	Acciones Cumplidas	Acciones Incumplidas	Acciones en Términos de ejecución	Acciones con efectividad	Acciones sin efectividad
-------------	--------------------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------	----------------------	-----------------------------------	--------------------------	--------------------------



Atención al Ciudadano	9	23	2	0	2	21	0	2
-----------------------	---	----	---	---	---	----	---	---

Se ha evidenciado que los hallazgos que registran en los formatos de suscripción del plan de mejoramiento, guardan relación con hallazgos que ya se encuentran suscritos y hacen parte del consolidado general del Plan de Mejoramiento Institucional de la entidad; que, en los diferentes informes de seguimiento, auditorías internas como en mesas de trabajo realizadas por la Oficina de Control Interno dirigida a líderes de procesos y facilitadores, se ha socializado la importancia de agrupar aquellos hallazgos que guarden relación directa con otros hallazgos con el fin de optimizar el análisis causas raíz y llevar un a cabo un plan de mejora eficiente y efectivo.

De otra parte, es importante informar que la Oficina de Control Interno de Gestión en el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional con corte a 30 de junio de 2020, se pronunció frente a las acciones de mejora formuladas a los hallazgos a cargo de macroproceso Cultura del Servicio y Atención al Ciudadano, considerando que las acciones suscritas son insuficientes para subsanar las causas generadoras de los hallazgos; razón por la cual se ha sugerido la reformulación y reprogramación de las acciones en aras de fortalecer el ejercicio de análisis causa raíz e implementar acciones orientadas al cierre de los hallazgos. Sin embargo, se observa que las observaciones y recomendaciones generadas por esta Oficina mediante el reporte de avance con corte a 30 de junio de la presente vigencia, remitido el 27 de julio a todos los líderes de procesos; no obstante, los documentos que siguen remitiendo, contienen las mismas acciones que están suscritas en el Plan de Mejoramiento anterior, del cual esta Oficina, ya se había pronunciado con ineffectividad.

❖ **Comunicación** “Desactualización de la política, estrategia y el macroproceso de comunicaciones”

Dependencia	Total Hallazgos del PM Institucional	Total Acciones del PM	Total de Acciones evaluadas	Acciones Cumplidas	Acciones Incumplidas	Acciones en Términos de ejecución	Acciones con efectividad	Acciones sin efectividad
Comunicación	10	10	10	6	4	0	0	10

Los hallazgos 2019201, 2019202, 2019203, 2019204, 2019205 y 2019206 se encuentran cumplidas, sin embargo, para verificar la efectividad de las acciones, se realizará en auditorias o seguimientos posteriores. En cuanto a los hallazgos 2019207, 2019208, 2019209 y 2019210, no evidenciaron soportes en el One Drive, por lo que las acciones estarían en estado incumplidas.

❖ **Control Interno** “Oportunidad de mejora en los Procesos y procedimientos de Control Interno, por necesidad de actualización; Desactualización de la matriz de riesgos; Deficiencia en el diseño de los indicadores vigentes”



Dependencia	Total Hallazgos del PM Institucional	Total Acciones del PM	Total de Acciones evaluadas	Acciones Cumplidas	Acciones Incumplidas	Acciones en Términos de ejecución	Acciones con efectividad	Acciones sin efectividad
Control Interno	5	14	5	5	0	9	0	5

Frente al seguimiento efectuado a las acciones de mejora con fecha de terminación al 30 de septiembre, se pudo verificar el cumplimiento del 100%; los cuales son coherentes con las actividades formuladas; sin embargo, solo se podrá establecer la efectividad de éstas, después que se realice el próximo seguimiento cuatrimestral del mapa de riesgo de la entidad, ya que los hallazgos identificados con la siguiente codificación, 2020204 y 2020205 se originaron como resultado del informe de seguimiento a riesgo anterior.

❖ **Delegada para el Notariado – OIVC** “Incumplimiento del numeral 4 de la actividad número 8 del procedimiento de “Visitas generales”

Dependencia	Total Hallazgos del PM Institucional	Total Acciones del PM	Total de Acciones evaluadas	Acciones Cumplidas	Acciones Incumplidas	Acciones en Términos de ejecución	Acciones con efectividad	Acciones sin efectividad
Delegada Notariado	2	4	4	3	1	0	2	2

El hallazgo 2019201 (2 actividades) “Se evidenció que el Delegado para el Notariado ordenó a un funcionario de la Dirección Regional Caribe por medio de los Autos de Visitas Nos. 738, 761, 860 de 2017 y 078 y 0229 de 2018, la realización de visitas a las Notarías de su jurisdicción; situación que desborda la competencia del empleo ubicado en la Dirección Regional, según el Decreto 2723 de 2014 y la Resolución 11682 de 2015”, se pudo llevar a cabo el cierre con efectividad, teniendo en cuenta el análisis de las causas y actividades propuestas, así como también los soportes enviados por los responsables, los cuales sirvieron como evidencia de cumplimiento.

Con respecto al hallazgo 2019202, se evidencia un avance significativo frente a las dos acciones propuestas evidenciado a través del seguimiento que viene realizando la Superintendencia Delegada para el Notariado a los planes de mejoramiento suscritos como resultado de las actas de visitas evaluadas a través de los planes de contingencia (procedimiento “Visitas generales”). Sin embargo, se observa que por existir un número alto de actas pendientes por evaluar, no se ha logrado la intervención del 100% de las mismas. Se ha sugerido la reformulación y reprogramación de ambas acciones en aras de fortalecer el ejercicio de análisis causa raíz y procurar con éste, el cierre definitivo de este hallazgo.

❖ **Delegada para el Registro – OIVC** Insuficiente seguimiento y control en los tres procedimientos adscritos al Proceso de Gestión de Inspección y Vigilancia Registral; inexistencia de 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; incumplimiento a las funciones

**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

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”

Dependencia	Total Hallazgos del PM Institucional	Total Acciones del PM	Total de Acciones evaluadas	Acciones Cumplidas	Acciones Incumplidas	Acciones en Términos de ejecución	Acciones con efectividad	Acciones sin efectividad
Delegada Registral	5	14	7	6	1	7	3	4

El hallazgo 2019203 (3 actividades) “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”; se pudo llevar a cabo el cierre con efectividad de las acciones propuestas, teniendo en cuenta el análisis de las causas y actividades propuestas, así como también los soportes enviados por los responsables, los cuales sirvieron como evidencia de cumplimiento.

Los hallazgos 2019201, 2019202 y 2019204, aunque tienen acciones cumplidas, aun no es posible emitir un pronunciamiento sobre el cierre de los hallazgos, en consideración a que se formularon otras acciones que se encuentran dentro de los plazos para su ejecución, a fin de poder valorar su efectividad.

En cuanto a la acción 1 “Actualizar el formato de seguimiento de las visitas generales, especiales e intervenciones” hallazgo 2019202 “Se evidenció insuficiente seguimiento y control en los tres procedimientos adscritos al Proceso de Gestión de Inspección y Vigilancia Registral”, se ha sugerido la reprogramación de la fecha, toda vez que el cumplimiento de dicha acción depende de otra dependencia.

❖ **Disciplinario** “Inexistencia de controles necesarios para el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros del archivo de los expedientes y demás documentos de la dependencia”

Dependencia	Total Hallazgos del PM Institucional	Total Acciones del PM	Total de Acciones evaluadas	Acciones Cumplidas	Acciones Incumplidas	Acciones en Términos de ejecución	Acciones con efectividad	Acciones sin efectividad
Disciplinario	1	6	3	0	3	3	0	3

En el seguimiento efectuado con corte a 30 de junio de 2020, se informó por parte de esta Oficina, que las acciones se encontraban repetidas; además de existir acciones con cargo a terceros que no van a poder cumplir; razón por la cual se sugirió realizar los ajustes correspondientes conforme al procedimiento establecido y lineamientos de la OCI, así mismo realizar el análisis causa raíz con la participación de las áreas involucradas. De otra parte, el 03 de septiembre se llevó a cabo mesa de trabajo con el líder del

**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

proceso y el facilitador, donde se despejaron dudas surgidas con respecto al pronunciamiento del seguimiento realizado con corte a 30 de junio; sin embargo, no se recibió respuesta por parte del proceso.

- ❖ **Financiera** *“Devoluciones; Ingresos Orip, Propiedad Planta y Equipo, Notas a los Estados Contables, riesgos, Indicadores contables, Traslado Ley 55; Rezago presupuestal, Cuentas por pagar; Legalización caja menor”*

Dependencia	Total Hallazgos del PM Institucional	Total Acciones del PM	Total de Acciones evaluadas	Acciones Cumplidas	Acciones Incumplidas	Acciones en Términos de ejecución	Acciones con efectividad	Acciones sin efectividad
Financiera	20	69	61	6	55	8	0	61

Del seguimiento realizado a los hallazgos del proceso de gestión financiera con acciones de fecha de terminación 30 de septiembre, se han identificado en algunos casos, que las acciones de mejora suscritas son insuficientes para subsanar las causas generadoras de los hallazgos; o no se está realizando el cargue de soportes de las actividades para efectos de valorar su efectividad; en otros casos, se ha identificado cumplimiento parcial de acciones lo que no está permitiendo verificar el cumplimiento y efectividad de las mismas, razón por la cual el pronunciamiento frente a esas acciones es vencidas. El detalle de las observaciones del seguimiento efectuado, fue enviado a los correos institucionales el 16 de octubre de 2020.

Sin embargo, la Oficina de Control Interno de Gestión en el rol de Asesoría y apoyo a las distintas Áreas de la SNR, efectuó un análisis del contexto de los planes de mejoramiento adscrito a este proceso, con el fin de conocer el cumplimiento, la efectividad y necesidad de replanteamiento de algunas de las acciones propuestas en los planes, que puedan eliminar las causas generadoras de los hallazgos y el cierre de los mismos en cada uno de los planes. El documento de diagnóstico fue socializado y entregado al 08 de junio de 2020 a la Dirección Financiera, con el fin de que se tomaran acciones frente a las observaciones identificadas por la OCI.

- ❖ **Jurídica** *“Incumpliendo 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; No se identifican los controles para garantizar la conformidad del producto -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; Incumplimiento del procedimiento de Defensa Judicial en la actividad; Deficiencia en el diseño de los indicadores para el proceso de Representación Jurídica”*

Dependencia	Total Hallazgos del PM Institucional	Total Acciones del PM	Total de Acciones evaluadas	Acciones Cumplidas	Acciones Incumplidas	Acciones en Términos de	Acciones con efectividad	Acciones sin efectividad
-------------	--------------------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------	----------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------

**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

						ejecución		
Jurídica	4	6	1	1	0	5	0	1

Se evidencia el cumplimiento de la actividad programada para el presente seguimiento, sin embargo, el hallazgo sigue abierto toda vez que se formularon otras acciones pendientes por desarrollar. Además, se ha recomendado al proceso en las distintas mesas de trabajo realizadas con éstos, analizar la necesidad de fortalecer el análisis causa del raíz del hallazgo y reformular nuevas acciones, por considerar que las planteadas no serán suficientes para cerrar de manera definitiva los hallazgos, toda vez que las actividades propuestas en el Plan están asociados únicamente a la planeación de los controles.

- ❖ **Planeación** “Deficiencias en el análisis y valoración de los riesgos, así como en la seguimiento de la efectividad de los controles; Desconocimiento y falta de aplicación de los procedimientos “Monitoreo y seguimiento de la gestión institucional”, “Medición de la gestión de los procesos”; 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”; 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”

Dependencia	Total Hallazgos del PM Institucional	Total Acciones del PM	Total de Acciones evaluadas	Acciones Cumplidas	Acciones Incumplidas	Acciones en Términos de ejecución	Acciones con efectividad	Acciones sin efectividad
Planeación	18	34	27	12	15	7	0	27

En algunas de las acciones de mejora evaluadas, no se evidenciaron soportes de información en la One-Drive que permitieran establecer avances sobre el cumplimiento; pese a que el 16 de julio, se realizó reunión de trabajo conjunta con la OAP donde se despejaron dudas sobre el pronunciamiento emitido por esta Oficina, producto del seguimiento efectuado con corte a 30 de junio; el proceso no ha solicitado la reformulación y reprogramación del plan.

Por otra parte, los hallazgos 2019204, 2019267, 2019273 y 2019201 aunque las acciones propuestas fueron cumplidas al 100%, se podrán verificar la efectividad de las mismas, en el siguiente seguimiento cuatrimestral al mapa de riesgo de la entidad. En cuanto a los demás hallazgos y acciones, no es posible emitir un pronunciamiento de efectividad; hasta tanto la totalidad de las acciones formuladas se encuentren cumplidas al 100% y se verifique la efectividad de las mismas.

- ❖ **Técnica Registral** “Incumplimiento de los términos de registro establecido en el artículo 27 Ley 1579 de 2012, Estatuto de Registro; incorrecta liquidación en aplicación de las tarifas registrales;

**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

*deficiencias en la calificación en algunos turnos de registro; no se aplica el procedimiento de actuaciones administrativas de forma adecuada, así como la apertura de actuaciones sin fundamento jurídico conforme a los requisitos y procedimientos establecidos Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo; trámites a racionalizar inscritos en la SUIT”*

Dependencia	Total Hallazgos del PM Institucional	Total Acciones del PM	Total de Acciones evaluadas	Acciones Cumplidas	Acciones Incumplidas	Acciones en Términos de ejecución	Acciones con efectividad	Acciones sin efectividad
Técnica Registral	6	20	6	3	3	14	0	6

Frente a las acciones evaluadas y cumplidas, los hallazgos siguen abiertos teniendo en cuenta que tienen otras acciones dentro de los términos de ejecución. En cuanto al hallazgo 2019201, correspondiente a la auditoría realizada a la Regional Andina, se observa en que las acciones planteadas, no son resorte de la Dirección Técnica de Registro, toda vez que estas acciones ya se encuentran definidas en el proceso de Direccionamiento Estratégico. Por lo tanto, esas acciones se deben enfocar frente al seguimiento que deben realizar las Direcciones Regionales vs Orip, para dar cumplimiento al cargue de evidencias en el one-drive del mapa de riesgo, según el instructivo de la OAP.

Se sugiere revisar la formulación de las acciones. Así mismo, es necesario revisar la posibilidad de reprogramar fechas de terminación de aquellas acciones, donde el cumplimiento dependa de otra dependencia.

- ❖ **Tecnología** “Equipos de cómputo que no cuentan con el software de antivirus instalado; Back up y protección de la información; Base de Datos; registro del Software del aplicativo SISG - Derechos de Autor; política de seguridad y privacidad de la información de la entidad; vulnerabilidades al aplicativo de PQRS”

Dependencia	Total Hallazgos del PM Institucional	Total Acciones del PM	Total de Acciones evaluadas	Acciones Cumplidas	Acciones Incumplidas	Acciones en Términos de ejecución	Acciones con efectividad	Acciones sin efectividad
Tecnología	20	45	39	19	20	6	0	39

Del seguimiento efectuado a seis (6) acciones de mejora suscritas correspondientes a los hallazgos 2019206, 2019210 y 2019212, se pudo verificar el cumplimiento del 100% de los soportes aportados; sin embargo, con el fin de determinar la efectividad de sus acciones y cierre de las mismas, esta se realizará a través de los seguimientos a la política de Gobierno en Línea y Gobierno Digital, Derechos de Autor como al aplicativo PQRS.

Frente a las acciones vencidas, se ha recomendado al proceso analizar la necesidad de fortalecer el análisis causa de raíz de los hallazgos y reformular nuevas acciones del plan.

- ❖ **Talento Humano** “Incumplimiento en las fechas de entrega de las dotaciones; Incumplimiento de la normatividad legal aplicable y la inobservancia de las obligaciones y responsabilidades de la supervisión; Incumplimiento de la normatividad legal aplicable y la inobservancia de las obligaciones y responsabilidades de la supervisión; Plan de Capacitaciones; Plan de Bienestar; SGSST”.

Dependencia	Total Hallazgos del PM Institucional	Total Acciones del PM	Total de Acciones evaluadas	Acciones Cumplidas	Acciones Incumplidas	Acciones en Términos de ejecución	Acciones con efectividad	Acciones sin efectividad
Talento Humano	48	214	184	0	184	30	0	184

**Hallazgo 2019201** (*Incumplimiento en las fechas de entrega de las dotaciones*) En atención a la reformulación del Plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República enviado mediante SNR2020IE011726 el día 8 de julio del 2020, la Oficina de Control observo coherencia en la agrupación realizada para el hallazgo, es importante resaltar que la acción de mejora propuesta al depender de un Ente externo, el cumplimiento de la misma esta estaría supedita al contenido de la respuesta; consecuente con lo anterior, la CGR dio respuesta mediante radicado 2020EE0081928 del 31 de agosto del 2020, a la solicitud realizada por la DTH a través de radicado SNR2020EE010891 del 25 de febrero de 2020, en cuyo contenido manifiesta que la OCIG debe “...hacer seguimiento al Plan de Mejoramiento y verificar que las acciones de mejora propuestas por la Entidad, sean efectivas y hayan subsanado la causa y las deficiencias que dieron origen al hallazgo, lo expuesto sin perjuicio de la verificación que la Contraloría realice a través de cualquier tipo de auditoria o actuación que se adelante.”

Bajo este entendido la DTH solicito mediante radicado SNR2020IE013110 del 14 de septiembre del 2020, la revisión y evaluación por parte de la OCIG para el retirar hallazgos del plan de mejoramiento referente a la Dotación de Labor; sobre el particular el día 17 de septiembre, se dio respuesta que en próximos días la OCIG solicitara información relevante para efectos de establecer la efectividad en la entrega de la dotación según los plazos que define la norma; luego el día 30 de septiembre en aras de cumplir con los instrucción dada por la CGR se solicitó a la DTH mediante correo institucional en aras de establecer la efectividad sobre la entrega de las dotaciones en los plazos exigidos por la norma, soportes de las ordenes de egreso y las ordenes de ingreso a las diferentes dependencias en razón al 20% de los funcionarios que reciben dotación para los periodos previstos para la vigencia 2020, indicando relacionar información de funcionarios ubicados en las Oficinas de Registro, Direcciones Regionales, Nivel Central entre otras.

A la fecha de la presente evaluación, la DTH no ha remitido los soportes requeridos, para efectos de evidenciar efectividad del cumplimiento de la norma; el hallazgo no podrá cerrarse, hasta tanto se realice la revisión correspondiente, una vez se cuente con los soportes de las acciones propuestas.

**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



**Hallazgo 2019202** (*Incumplimiento de la normatividad legal aplicable y la inobservancia de las obligaciones y responsabilidades de la supervisión*) Mediante correo del 13 de julio, se dio respuesta a la solicitud mediante SNR2020IE011726 el día 8 de julio del 2020 de modificación del hallazgo, en cuyo contenido se recomendó revisar su descripción, en atención a identificar las causas priorizadas idóneas, por cuanto si bien es cierto la actualización de los procedimientos involucran los controles necesarios, es importante, contemplar acciones cuyo desarrollo estén orientados a la aplicación de dichos controles, en procura del cumplimiento de las obligaciones y responsabilidades de la supervisión conforme a la normatividad legal aplicable. Así mismo, se recordó que la reprogramación de las fechas no puede superar las 52 semanas para el cumplimiento de las acciones de mejora propuestas. Consecuente con lo anterior, la DTH modificó las acciones de acuerdo a las causas priorizadas y la unidad de producto, así también se ajustó la fecha final quedando a la espera del cargue de los soportes en la One-Drive.

Los 43 hallazgos relacionados con la auditoría realizada por la OCI al SGSST de la entidad en el 2019, mediante Oficio DTH-2076 de radicado SNR2020IE011009 del 3 de junio de 2020, la DTH remitió el Plan formulado, luego la OCIG como resultado de la revisión del Plan, generó unas recomendaciones frente al seguimiento realizado en el mes de junio, encontrando en la mayoría de los casos que tales causas no permiten eliminar el origen del hallazgo por cuanto no son efectivas en su desarrollo, dejando la observación en los casos donde se identificó. En el mes de agosto, se justificó la recomendación frente a la necesidad de agrupación de hallazgos, dada la cantidad de hallazgos que por su naturaleza, alcance y demás referencias podrían ser unificadas; considerándose para tal fin criterios de agrupación que contemple los aspectos tratados por el Capítulo III de la Resolución 0312 de febrero de 2019 Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST – Ministerio de Trabajo. Así como también, tener en cuenta las causas priorizadas, para determinar las acciones con las que se logren eliminar el origen de los hallazgos agrupados, plan que sería nuevo. Posteriormente, el 7 de septiembre, se remitió propuesta del Plan por parte de DHT; el cual se encuentra en revisión por parte de la OCIG y se establece que no hubo mayor cambio, por ende propuso convocar reunión de trabajo para el día 2 de octubre, resultado de ella, y luego de exponer las recomendaciones pertinentes, la DTH decide modificar nuevamente el Plan, definiendo fecha para entrega de la propuesta, para el día 15 de octubre del año en curso.

Los demás hallazgos, las acciones se encuentran dentro de los términos de ejecución o vencidas, para este último, se ha sugerido la reformulación y reprogramación del plan.

## Conclusión

Como resultado de la evaluación realizada a cada una de las acciones de mejoramiento correctivas, preventivas o de mejora suscritas en el Plan de Mejoramiento Institucional por esta entidad, para efectos

de “determinar que las causas de los hallazgos, han sido subsanadas o se han modificado los supuestos de hecho o de derecho que dieron origen al mismo, la Oficina de Control Interno de Gestión, evaluó 131 hallazgos con 366 acciones, con fecha de terminación o vencimiento al 30 de septiembre de 2020.

Se evidenció el cumplimiento y efectividad de 2 hallazgos, frente a un total de 131 hallazgos evaluados, no obstante, la efectividad del plan de mejoramiento institucional fue del **2%**, es decir, de 5 acciones de mejora, que a su juicio subsanaron las deficiencias que fueron objeto de observación por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión. Con respecto a los demás hallazgos evaluados, se encontraron las mismas deficiencias; en cuanto a que las acciones formuladas no fueron suficientes ni eficaces para lograr el cierre de los mismos; en otros casos, se identificaron acciones vencidas o en desarrollo; es decir, dentro del plazo establecido para su cumplimiento.

El Plan de Mejoramiento Institucional con corte al 30 de septiembre de 2020, arroja una calificación de inefectiva del **98%** frente al total de hallazgos evaluados; es necesario un nuevo análisis de causa raíz en los hallazgos evaluados con pronunciamiento de inefectividad, para efectos de la reformulación y reprogramación de acciones de mejora y actividades, según corresponda, a fin de procurar el cierre de estos hallazgos.

Se hace la salvedad, de 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.

## Recomendaciones

Persisten las recomendaciones planteadas en anteriores informes, en relación con los siguientes aspectos:

Es oportuno y necesario que por parte de cada uno de los líderes de procesos, se revise el contenido de todo el Informe, conforme al rol y responsabilidad de cada uno de éstos, acorde con el requerimiento donde fue identificada la desviación, para efectos de realizar el ejercicio de análisis causa raíz y documentar e implementar las mejoras orientadas a fortalecer el Sistema de Control Interno en la Entidad.

La Oficina Asesora de Planeación, como segunda línea de defensa, debe realizar seguimiento a las acciones formuladas en los planes de mejoramiento existentes en la entidad, con el fin de orientar y asesorar a los procesos en la identificación de las causas raíces de los problemas que están generando la materialización de riesgo.

Formular acciones de mejora efectivas por parte de los líderes de los procesos para prevenir la materialización de los riesgos más críticos que se presentan en los Procesos de la entidad, de acuerdo con los reportes que realiza la Tercera Línea de Defensa, en procura de la mejora continua.

Asegurar un equipo de trabajo para determinar la atención del hallazgo, liderado por los líderes de procesos, como responsables de tomar decisiones y realizar ajustes dentro de su proceso, de tal manera que las acciones planteadas eliminen las causas identificadas, logrando así una mejora absoluta y cerrar el ciclo con un “Resultado exitoso” y “mejora de la gestión” de la Entidad, mitigando los riesgos evidenciados.

Nuevamente, se recuerda la importancia de revisar las observaciones y recomendaciones que se vienen dejando en los diferentes seguimientos realizados por la OCI, considerados por los líderes responsables del plan de mejora, como los líderes de proceso, para asegurar la eficacia, efectividad y oportunidad de las acciones.

Revisar de manera proactiva y con compromiso, cada una de las debilidades identificadas, lo que permitirá definir controles o mejorar actividades, para fortalecer la gestión y evitar o mitigar la presencia de riesgos que se materializaron, al realizar las auditorias.

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.

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

**Nota:** El detalle de las observaciones, se encuentra en el archivo adjunto denominado “Consolidado Plan de Mejoramiento Institucional corte 30 de septiembre 2020.xlsx”



**RITA CECILIA COTES COTES**  
Jefe Oficina de Control Interno

Anexo: Archivo denominado “Consolidado Plan de Mejoramiento Institucional corte 30 de septiembre 2020.xlsx”. Se remitirá a través del correo institucional.

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](mailto:correspondencia@supernotariado.gov.co)