

MEMORANDO CI 2020-009021

Bogotá D.C., Agosto 05 de 2020.

PARA: **Dr. Andres Alberto Ávila Avila**  
Presidencia SAE.

DE: **Dra. María del Pilar Mayor Varela.**  
Jefe Oficina de Control Interno.

ASUNTO: **Informe semestral de evaluación independiente del estado del sistema de control interno  
1er 2020 y Seguimiento manejo COVID en la SAE.**

Estimado Doctor Ávila,

En cumplimiento de la disposición de la Ley 1474 del 12 de julio de 2011, en su artículo 9, inciso 3, modificado por el Decreto 2106 de 2019 y los lineamientos expedidos por la Función Pública a través de la circular externa No. 100-006 de 2019 y al Plan Anual de Auditoría vigencia 2020 aprobado por Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en diciembre de 2019, la Oficina de Control Interno realizó la Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno, de igual manera, dentro del mismo se incluye el seguimiento y evaluación relacionada con el cumplimiento al Decreto 491 y 666 de 2020, relacionado con la implementación del manejo del covid en la entidad.


**A. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE SEMESTRAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA SAE.**

Adjunto se remite informe ejecutivo del estado del sistema de control interno del 1er semestre de 2020, el cual contiene los resultados de la evaluación, y se informa que el día 30 de julio de 2020 se publicó en la Página web de la Entidad. [https://www.saesas.gov.co/transparencia\\_acceso\\_informaciOn\\_pUblica/7\\_control/7\\_2\\_reportes\\_control\\_interno/a\\_informe\\_pormenorizado\\_estado\\_32994/2020/informe\\_sistema\\_control\\_interno\\_36568](https://www.saesas.gov.co/transparencia_acceso_informaciOn_pUblica/7_control/7_2_reportes_control_interno/a_informe_pormenorizado_estado_32994/2020/informe_sistema_control_interno_36568).

Adicionalmente, teniendo en cuenta la nueva estructura del formato del informe los que se encuentran catalogados en color amarillo ■ y Verde ■ deben realizar Plan de mejoramiento. Se anexa el archivo “análisis de resultados – evaluación SCI”.

En el procedimiento del macroproceso de evaluación y control de la arquitectura de la entidad P-EC2-109- *Para la elaboración y seguimiento de planes de mejoramiento*, se encuentran establecidos los pasos para que las áreas realicen su plan de mejoramiento en el formato F-EC1-177, el cual se debe remitir a la Oficina de Control Interno dentro de los diez (10) hábiles siguientes a la recepción del presente documento.

**METODOLOGÍA**

Para el desarrollo del informe semestral de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, se realizó una solicitud inicial de información a las áreas responsables de acuerdo con los requerimientos del formato establecido. Posteriormente se realizó mesas de trabajo con la oficina de planeación y la coordinación de talento .

humano en la cual se profundizo en algunos temas. Teniendo en cuenta los anterior se solicitaron evidencias de lo informado por el dueño del proceso.

Los resultados del presente informe fueron producto de la información suministrada por las diferentes áreas en virtud del artículo No.2.2.21.4.8 Instrumentos para la actividad de la Auditoría Interna, literal b) carta de representación en la que se establezca la veracidad, calidad y oportunidad de la entrega de la información presentada a la oficina de control interno, análisis de los documentos que se encuentran publicados en la intranet y pagina WEB en cumplimiento de la Ley 1712 de 2011 y producto del análisis de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG de la SAE (políticas y dimensiones), y las funciones y responsabilidades que deben cumplir mediante el Modelo de las tres líneas de defensa establecidas en la entidad teniendo en cuenta lo anterior, se realizó una verificación de la normativa vigente y la ejecución que se está realizando actualmente en la organización.

De acuerdo con la estructura del formato se tienen en cuenta los cinco (5) componentes del MECI (ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación, monitoreo), teniendo en cuenta lo siguiente:

La calificación se divide en dos variables (presente y funcionando), las cuales se deben calificar de acuerdo con las siguientes categorías teniendo en cuenta su cumplimiento.

➤ **Evaluación "si se encuentra Presente"**

*Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación*

*Indicar el nombre del proceso, manual, política de operación, procedimiento o instructivo en donde se encuentra documentado y su fuente de consulta.*

*De acuerdo con lo identificado como resultado de la evaluación del requerimiento, seleccione de la lista desplegable 1, 2 o 3 de acuerdo con las siguientes definiciones:*

- 1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento.*
- 2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas*
- 3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.*

*Nota: Entiéndase "diseñada" como aquella actividad que cuenta con un responsable(s), periodicidad (cada cuanto se realiza), propósito (objetivo), Como se lleva a cabo (procedimiento), qué pasa con las desviaciones y/o excepciones (producto de su ejecución) y cuenta con evidencia (documentación).*

➤ **Evaluación "si se encuentra Funcionando"**

*Seleccionar 1, 2 o 3 de acuerdo con los siguientes criterios y basado en los resultados reportados por la Oficina de Control Interno así:*

- 1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado)*
- 2 - El control opera como está diseñado, pero con algunas falencias*
- 3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.*



Clasificación	Descripción	Observaciones del Control
<b>Mantenimiento del Control</b>	Quando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 3 (presente) y 3 (funcionando).	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.
<b>Oportunidad de Mejora</b>	Quando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 2 (presente) y 3 (funcionando).	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva
<b>Deficiencia de Control (Diseño o Ejecución)</b>	Quando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 2 (presente) y 2 (funcionando); 3 (presente) y 1 (funcionando); 3 (presente) y 2 (funcionando); 2 (presente) y 1 (funcionando)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.
<b>Deficiencia de Control Mayor (Diseño y Ejecución)</b>	Quando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 1 (presente) y 1 (funcionando); 1 (presente) y 2 (funcionando); 1 (presente) y 3 (funcionando).	No se encuentra presente por lo tanto no está funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha

Fuente: Instructivo Función Pública

## DESARROLLO

Teniendo en cuenta el Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”, se crea un solo Sistema de Gestión y se alinea con el Sistema de Control Interno, hoy todas las entidades públicas requieren actualizar y/o implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, modelo que incorpora el Modelo Estándar de Control Interno MECI a través de la 7a dimensión del mismo. Esta estructura requiere de un análisis articulado frente al desarrollo de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el modelo y su efectividad en relación con la estructura de control, este último, aspecto esencial para garantizar el buen manejo de los recursos, que las metas y objetivos se cumplan y se mejore la prestación del servicio a los usuarios, ejes fundamentales para la generación de valor público.

Conforme a lo anterior y dada la necesidad de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, la función pública estableció un formato el cual busca que las entidades cuenten con una herramienta para evaluar sus Sistemas de Control Interno de manera integral y permitirle al Jefe de Control Interno o quien haga sus veces llevar a cabo el informe de evaluación independiente sobre el mismo para su publicación cada seis (6) meses en el sitio web de la entidad.

## RESULTADOS

Los resultados de la evaluación independiente del estado del sistema de control interno son:

Componente	Nivel de Cumplimiento componente
Ambiente de control	95%
Evaluación de riesgos	100%
Actividades de control	79%
Información y comunicación	79%
Monitoreo	100%

**Fuente:** Resultados del Informe Semestral De Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno I-2020.

**Fortalezas:**

1. La entidad cuenta con un código de ética y buen gobierno el cual contempla los valores de política de integridad,
2. El plan estratégico aprobado ha sido evaluado por la primera y segunda línea de defensa y presentado en las diferentes instancias(comités).
3. Se cuenta con procedimientos relacionados con el manejo de personal los cuales se están implementando acorde a las necesidades de la entidad.
4. Se cuentan con 14 comités decisorios y de asesoramiento, los cuales permiten evaluar las decisiones a tomar.
5. La entidad ha desarrollado mejoras continuas para la administración de riesgos y controles, los cuales cuentan con políticas y procedimientos, las cuales permiten análisis y generan información relevante para la toma de decisiones.
6. Se presento en el comité institucional de control interno el seguimiento a los riesgos corte de abril de 2020, detallando los riesgos materializados y los planes de acción definidos para su mitigación.
7. La oficina de planeación trabaja sincronizadamente con los dueños de proceso en la evaluación, modificación y actualización de las políticas, orientadores estratégicos procesos y procedimientos con el fin de fortalecer la arquitectura de la entidad; los dueños de proceso que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión deben monitorear y evaluar la exposición al riesgo relacionadas con tecnología nueva y emergente.
8. La entidad se encuentra certificada desde el año 2018 en la norma ISO 9001-2015.
9. La entidad realiza monitoreo a los riesgos identificados en la entidad, los cuales son presentados a la alta dirección en el comité institucional de coordinación de control interno
10. La entidad cuenta con canales de comunicación tanto internos como externos, los cuales se encuentran documentados en la arquitectura de la organización.



11. La entidad cuenta con canales de atención al ciudadano los cuales permiten conocer las necesidades de los clientes.
12. La entidad cuenta con un link en la página web que permite a los ciudadanos calificar la atención y respuesta en relación a los requerimientos efectuados.
13. La oficina de control interno realiza la aprobación del PAAI por cada vigencia a través del comité institucional de coordinación de control interno y comité de auditoría de junta directiva.
14. Como tercera línea de defensa la oficina de control interno presenta los resultados de las auditorias y seguimientos ejecutados al líder del proceso y a la alta dirección.
15. La oficina de control interno a corte 30 de junio del 2020 presento los avances de PAAI al comité institucional de coordinación de control interno y al Comité de Auditoria de Junta Directa con corte trimestral.
16. Se realizo seguimiento al plan de mejoramiento (CGR), el cual fue presentado a la alta dirección a través del comité institucional de coordinación de control interno para su aprobación y presentación al ente de control

**Debilidades:**

1. A la fecha se encuentran en plan de mejoramiento las oportunidades de mejora relacionadas con las desactualizaciones en las políticas, orientadores estratégicos, procesos y procedimientos de la oficina de gestión de la información.
2. En la auditoria de actas de hallazgo llevada a cabo en el mes de mayo del 2020, se evidenciaron incumplimientos de procedimiento de desvinculación debido a que no se evidencio la ejecución de las acciones de entrega del cargo.
3. La Gerencia de Talento Humano se encuentra en proceso de construcción de los descriptivos de cargos, de acuerdo con lo informado en el memorando CI2020-008754.
4. De acuerdo con los resultados de la auditoria de gestión - OGI realizada por la oficina de control interno, la entidad se encuentra en proceso de fortalecer sus políticas, orientadores, procesos y procedimientos, los cuales cuenta con plan de mejoramiento con vigencia de finalización 2021.
5. El aplicativo sigma se encuentra en fase de diseño y cuenta con módulos que se encuentran en producción no están documentados.
6. De acuerdo con la revisión del primer semestral de PQRS realizado por OCI se evidencia que los procedimientos relacionados a la atención de PQRS no se encuentran actualizados de acuerdo con la herramienta que se ha implementado (módulo de PQRS).
7. Teniendo en cuenta los resultados del seguimiento semestral de PQRS correspondiente al primer semestre del 2020 realizado por la oficina de control interno, se evidencia que, a la fecha, no son efectivos los canales externos de comunicación debido a que se encontró falencia en el manejo del aplicativo PQRS y las respuestas no se asocian a la solicitud del peticionario.



8. Ejecutar acciones de mejora a partir de los resultados obtenidos a través de los indicadores de uso y apropiación.
9. Precisar mediante variables cuantificables los resultados de la participación de los grupos de valor en la Etapa de formulación de las políticas, programas, proyectos y servicios.
10. La entidad debe llevar a cabo una gestión que le permita ejecutar los controles de acuerdo con su diseño.

### CONCLUSIONES:

1. De acuerdo con la evaluación independiente y sistemática que realiza la oficina de Control Interno, se evidencia que los componentes que no alcanzaron calificación del 100%, requieren acciones para diseñar, documentar y socializar manuales, políticas de operación, procedimientos o instructivos faltantes y posteriormente presentarlos al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

La calificación obtenida por componente es:

1. Ambiente de Control: 95%
2. Evaluación de Riesgos: 100%
3. Actividad de Control: 79%
4. Información y Comunicación: 79%
5. Monitoreo: 100%

La entidad tiene una Arquitectura empresarial, la cual cuenta con macroprocesos políticas, orientadores estratégicos, procesos y procedimientos, que permiten evaluar el ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de monitoreo, información y comunicación y actividades de monitoreo a través de las 3 líneas de defensa, el resultado del **91%** motiva al Gobierno corporativo y equipo de trabajo a continuar trabajando armonizadamente para lograr el cumplimiento de los objetivos estratégicos, sin embargo presentan deficiencias que se deben evaluar para dar cumplimiento a lo requerido dentro de los elementos y componentes del Sistema de Control Interno de la SAE

2. La gran mayoría de los objetivos evaluados son efectivos porque aportan seguridad razonable acerca de que las políticas, procesos, procedimientos, se encuentran funcionando y contribuyen a garantizar la calidad de la información, sin embargo, se requiere una mejora continua y desarrollar planes de acción para fortalecer el sistema de Control Interno de la Sociedad de Activos Especiales.
3. La operatividad de las líneas de defensa en la SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES SAE SAS se está realizando de la siguiente manera:

Línea estratégica: A cargo de la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y Comité de Auditoría de Junta Directiva se analizan los riesgos y amenazas, tiene la responsabilidad de definir el marco general para la gestión del riesgo (política de administración del riesgo) y garantiza el cumplimiento de los planes de la entidad

Primera línea de defensa: A cargo de los Líderes de proceso quienes son propietarios de los riesgos y los gestionan. También son responsables de la implementación de acciones correctivas y de mejora para hacer





frente a deficiencias de proceso y control. Son responsables de mantener un control interno efectivo y de ejecutar procedimientos de control sobre los riesgos de manera constante en el día a día. Identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos, guiando el desarrollo e implementación de políticas y procedimientos internos que aseguren que las actividades efectuadas son consistentes con el objetivo del proceso.

Segunda línea de defensa: Se encuentra a cargo de la Oficina Asesora de Planeación, por intermedio del Sistema de Gestión de calidad designó varios funcionarios de su área a quien asigna el proceso y se encargará de a) apoyar y acompañar las actividades definidas en el ciclo PHVA del proceso, así como en el monitoreo y reporte de seguimientos solicitados por el SGC; b) apoyar la implementación de mejores prácticas y normatividad aplicable necesarias para el funcionamiento del proceso; y e) brindar entrenamiento en materia del uso y generalidades del SGI y riesgos de los proceso, también se encuentran las áreas y comités

Tercera Línea de defensa: A cargo de la Oficina de Control Interno quienes realizan la función de auditoría interna a través de un enfoque basado en riesgos, proporcionado aseguramiento objetivo e independiente sobre la eficacia de gobierno, gestión de riesgos y control interno a la Alta Dirección de la entidad, incluidas las maneras en que funciona la primera y segunda línea de defensa. La SAE cuenta con diferentes comités decisorias y de asesoramiento, en los cuales están desagregadas las funciones con el fin de cumplir con los objetivos y metas de la entidad. Además, se evidencia el conocimiento de las responsabilidades en lo relacionado al sistema de control interno de acuerdo con lo establecido en las líneas de defensa.

La oficina de control interno en sus presentaciones en el comité institucional de coordinación de control interno y Comité de Auditoría Interna fortalece ante los miembros del comité los responsables y responsabilidades de cada una de las tres líneas de defensa buscando la mejora continua del sistema de control interno.

El sistema de control interno respecto a la evaluación con corte 30 de junio de 2020, presenta un resultado de **91 puntos %**, lo cual es susceptible de mejora, para lo cual se sugiere tener en cuenta las lecciones aprendidas y recomendaciones dadas por esta oficina en cada uno de los informes comunicados al presidente, al dueño de proceso, al comité institucional de coordinación de control interno y al comité de Auditoría de Junta Directiva para la implementación de acciones y toma de decisiones oportunas, las cuales se generan en cumplimiento de los roles que ejerce la oficina de control interno (Liderazgo estratégico, enfoque a la prevención, evaluación de riesgos, evaluación y seguimiento) que permiten prevenir posibles incumplimientos.

Teniendo en cuenta la nueva estructura implementada por la Función Pública, se anexa el archivo formato Excel “Análisis de resultados- evaluación SCI”, en el cual se encuentra un espacio desde la columna “N” a la “S”, para el diligenciamiento de los planes de mejoramiento que se encuentran catalogados en color amarillo  y verde  en la columna “K”, se debe realizar el Plan de mejoramiento por parte de los dueños de proceso, teniendo en cuenta la pregunta indicativa la cual se encuentra en la columna “F” y la recomendación por parte de la OCI la cual se encuentra en la columna “M”.

Es importante que se documente el plan de mejoramiento oportunamente, a fin de que sea objeto de seguimiento y soporte de la mejora continua en la entidad por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, adicionalmente, es importante mencionar que un plan de mejoramiento se lleva a cabo alineando los objetivos estratégicos de la organización los cuales son determinados por los dueños de proceso.





## B. MANEJO DEL COVID-19 EN LA SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES

De acuerdo con los decretos 491, 666 y directivas presidenciales, la Oficina de Control Interno solicito a la Gerencia de Talento Humano nos informaran el manejo que se está realizando al interior de la Entidad a corte 30 de junio de 2020 sobre el Covid 19.

- ✓ **Informar conque frecuencia se está solicitando a los colaboradores de SAE, el estado de Salud. Enviar el soporte de evidencia.**

El reporte individual de condiciones de salud se debe hacer diariamente por parte de los trabajadores de acuerdo con lo establecido en el Protocolo de Bioseguridad, a través de los diferentes canales de comunicación definidos (Correo electrónico, teams, celular, WhatsApp). Adicional se cuenta con el link para al reporte de condiciones de salud QRCovidpass suministrado por ARL Seguros Bolívar el cual brinda la opción de reportar las condiciones de salud durante el trabajo presencial o trabajo en casa. En caso de presentar sintomatología asociada a la enfermedad COVID-19, este enlace cuenta con la opción de comunicarse con la línea de ARL donde se brinda asesoría telefónica.

El protocolo de Bioseguridad hace parte del sistema integrado de gestión de SAE, bajo el número T-GT3-005. Al igual que todos los documentos del sistema que hacen parte del macroproceso de Gestión de Talento Humano son aprobados por el líder del proceso en este caso el Gerente de Talento Humano, es importante resaltar que el documento fue validado por la ARL y presentado dentro de la estrategia denominada ¡De Vuelta! Activos y Seguros en SAE ante el comité de crisis, la Junta Directiva y todos los colaboradores de SAE.

Adicional a lo anterior desde SST diariamente se realiza seguimiento a las condiciones de salud y se brinda orientación a quienes han reportado sintomatología siguiendo el protocolo establecido.

Hasta la fecha se han impartido las siguientes capacitaciones del Protocolo de Bioseguridad a través de Teams:

Fecha	No. asistentes
29 de mayo de 2020	92
12 de junio de 2020	103
26 de junio de 2020	42
22 de julio de 2020	142
23 de julio de 2020	306

Fuente: Información remitida por la Gerencia de Talento Humano.

- ✓ **Relación en Excel de los trabajadores y familiares que tienen el covid-19, y el protocolo que la entidad está adoptando para estos casos.**

Según respuesta dada por la Gerencia de Talento humano la cual indica *"De conformidad con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 la información solicitada respecto de los nombres de los trabajadores de SAE o sus familiares que han sido contagiados con COVID-19 no es posible suministrarla toda vez que los datos relativos a la salud son considerados como información sensible pues la estos afectan la intimidad de su titular."* De acuerdo con lo anterior





esta oficina no puede sustentar ante cualquier ente de control externo el seguimiento sobre esta situación, para lo cual se establece como una limitación al rol de evaluación y seguimiento que realiza la Oficina de Control Interno.

Adicionalmente, teniendo en cuenta lo que establecido en el numeral **4.1. Vigilancia de la salud de los trabajadores en el contexto del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST** del anexo técnico de la Resolución 666 de 2020 “Establecer el canal de información entre el empleador, la EPS, la ARL y el trabajador para que informe cualquier sospecha de síntoma o contacto estrecho con personas confirmadas con COVID-19 y manejarlo de manera confidencial”, no se considera prudente hacer entrega de la información solicitada. De acuerdo con lo anterior, esta oficina no puede sustentar ante cualquier ente de control externo el seguimiento sobre esta situación, para lo cual se establece como una limitación al rol de evaluación y seguimiento que realiza la Oficina de Control Interno.

Sin embargo, para efectos estadísticos se proporciona la relación del número de casos reportados a la fecha, en la cual se vincula casos de trabajadores y de núcleo familiar:

Mes	No. de trabajadores que han reportado que ellos o algún integrante de su núcleo familiar presenta sintomatología asociada a la enfermedad COVID-19			
	Bogotá	Cali	Medellín	Barranquilla
Marzo	20	0	0	3
Abril	6	0	2	1
Mayo	32	5	1	0
Junio	11	6	0	2
Julio	12	10	0	0
<b>Total, casos</b>	<b>81</b>	<b>21</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
<b>Casos cerrados a la fecha</b>	<b>66</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
<b>Casos abiertos a la fecha</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

Fuente: Información remitida por la Gerencia de Talento Humano.

✓ **Protocolo bio seguridad- Constancia radicado, respuesta emitida por las alcaldías donde SAE tiene Sedes.**

Con respecto al Protocolo de Bioseguridad de SAE este fue redactado de conformidad y con sujeción a lo dispuesto en la Resolución 666 del 24 de abril de 2020 y se encuentra publicado en la Arquitectura SAE en el siguiente link:

[http://intranetsae/saein/DocumentosIntranet/NuestraSAE/Arquitectura/GestionProcesos/Trasversales/GT/Bienestar\\_seguridad\\_y\\_salud\\_en\\_el\\_trabajo/T-GT3-005%20Protocolo%20de%20Bioseguridad%20COVID-19.pdf](http://intranetsae/saein/DocumentosIntranet/NuestraSAE/Arquitectura/GestionProcesos/Trasversales/GT/Bienestar_seguridad_y_salud_en_el_trabajo/T-GT3-005%20Protocolo%20de%20Bioseguridad%20COVID-19.pdf)

En lo relacionado con la radicación de este Protocolo en las Alcaldías donde SAE tiene sedes, el Grupo Transversal de Talento Humano del Sector Hacienda y el Departamento Administrativo de Función Pública informaron que para las entidades del sector público del orden nacional no se encuentra determinada la obligación de radicar o inscribir los Protocolos de Seguridad ante las Alcaldías o Secretarías de Salud. Sin embargo, se realizó la consulta a la Secretaría de Salud de Bogotá, el cual a la fecha del presente documento no se ha tenido respuesta.

De acuerdo con la respuesta, con fecha 10 de junio de 2020, se efectuó la consulta ante el Ministerio de Trabajo respecto de la obligatoriedad de la radicación del protocolo de bioseguridad sin que a la fecha se haya obtenido respuesta.



Adicionalmente, la plataforma de la Alcaldía Mayor de Bogotá no permite el ingreso si no para los sectores autorizados, en ese entendido SAE no pertenece a ninguno de estos sectores, toda vez que es una entidad pública de la orden nacional descentralizada.

Así las cosas, nos encontramos a la espera del lineamiento que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Por último, es de señalar que la Circular Externa No. 100- 009 de 2020 de los Ministerios de Trabajo y Salud y Protección Social y el DAFP, no advierte de acción alguna relacionada con el registro de los protocolos en las plataformas implementadas por las autoridades territoriales, que deban las Entidades y Organismos pertenecientes a la administración pública.

✓ **Relación en Excel de los permisos emitidos para que los trabajadores puedan laborar. Remitir modelo.**

Los certificados de circulación se han emitido por cada Decreto que ha expedido el Gobierno Nacional, así.

No. de Decreto	No. de Certificados emitidos por Decreto
Decreto 457 del 22 de marzo de 2020	15
Decreto 531 del 8 de abril de 2020	20
Decreto 593 del 24 de abril de 2020	24
Decreto 636 del 6 de mayo de 2020	38
Decreto 689 del 22 de mayo de 2020	22
Decreto 749 del 28 de mayo de 2020	70
Decreto 878 del 25 de junio de 2020	44

Fuente: Información remitida por la Gerencia de Talento Humano.

Es importante mencionar que, para la evaluación semestral del Sistema de Control Interno de la entidad, no se presentó limitación alguna para realizar esta labor y el equipo de trabajo tuvo acceso a la totalidad de información que soporta nuestra labor; sin embargo, con lo relacionado al tema del seguimiento del Decreto 491 y decreto 666 de 2020 relacionado con el covid 19, se presentó limitación en la información solicitada.

Es importante anotar que, debido a las limitaciones de cualquier estructura de control interno, puede ocurrir errores o irregularidades que no hayan sido detectadas bajo la ejecución de nuestros procedimientos de auditoria, evaluación y seguimiento previamente planeados. La entidad y las áreas que la componen son responsables de establecer y mantener un adecuado Sistema de Control Interno y de prevenir posibles irregularidades de acuerdo con lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y gestión MIPG a través del Modelo de las tres líneas de defensa, así mismo, es responsabilidad de dueño de proceso y supervisores intervinientes de la información suministrada a la oficina de control interno, por cualquier medio, para la realización de esta actividad de manera oportuna, completa, integra y actualizada y la de informar en su momento las posibles situaciones relevantes y/ errores que pudieran haber afectado el resultado final de la evaluación.



Continuación

Página 11 de 11

Agradecemos la atención prestada a todos los colaboradores y esperamos contar con su disposición y la de los líderes de proceso para adelantar las acciones de mejora a que haya lugar para corregir las situaciones presentadas en el informe y prevenir posibles desviaciones y materialización de riesgos.

Cordialmente,



**María del Pilar Mayor Varela.**  
Jefe Oficina de Control Interno.

**Anexo:** análisis de resultados – evaluación SCI

**APROBÓ:** María del Pilar Mayor V.

**ELABORÓ:** Grupo OCI

c.c. Miembros Comité Institucional de Coordinación de Control Interno