



MEMORANDO CI2021-001168

Bogotá D.C., febrero 05 de 2021.

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 II-2020.**

Estimado Doctor Ávila,

De acuerdo con 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.

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

Adjunto se remite informe ejecutivo del estado del sistema de control interno del II semestre de 2020, el cual contiene los resultados de la evaluación, y se encuentra publicado el día 29 de enero de 2021 en la Página web de la Entidad, en el siguiente link.

https://www.saesas.gov.co/transparencia_acceso_informaciOn_pUblica/7_control/7_2_reportes_control_interno/a_2_informe_evaluacion_40939.

Teniendo en cuenta la estructura del formato del informe Evaluación independiente del Sistema de Control Interno los que se encuentran catalogados en color amarillo  y Verde  deben realizar Plan de mejoramiento. Se anexa el archivo “análisis de resultados – evaluación SCI”.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo del informe semestral de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, se realizó una evaluación independiente, teniendo en cuenta los cinco (5) roles que ejerce la Oficina de Control Interno, posteriormente se realizó mesas de trabajo con la oficina de planeación y la Gerencia de talento humano en la cual se profundizo en algunos temas. Teniendo en cuenta los anterior se solicitaron evidencias de lo informado al 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 cuento 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 |
|---|---|---|
| Mantenimiento del Control | Cuando 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. |
| Oportunidad de Mejora | Cuando 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 |
| Deficiencia de Control (Diseño o Ejecución) | Cuando 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. |
| Deficiencia de Control Mayor (Diseño y Ejecución) | Cuando 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.

ALCANCE

De acuerdo con 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.

El presente informe es del periodo del 1 de julio al 31 de diciembre de 2020.



RESULTADOS

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

| COMPONENTE | NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL COMPONENTE |
|----------------------------|--------------------------------------|
| Ambiente de Control | 83% |
| Evaluación de Riesgos | 74% |
| Actividades de Control | 73% |
| Información y Comunicación | 86% |
| Monitoreo | 93% |

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

Fortalezas:

1. La entidad cuenta con un código de ética y buen gobierno el cual contempla los valores de política de integridad.
2. La Entidad realizo la actualización del reglamento interno de Trabajo.
3. El plan estratégico aprobado ha sido evaluado por la primera y segunda línea de defensa y presentado en las diferentes instancias(comités).
4. Se cuenta con procedimientos relacionados con el manejo de personal los cuales se están implementando acorde a las necesidades de la entidad.
5. Se cuentan con 14 comités decisores y de asesoramiento, los cuales permiten evaluar las decisiones a tomar.
6. 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.
7. La entidad ha desarrollado mejoras continuas para la administración de riesgos y controles, los cuales cuentan con políticas y procedimientos, así mismo permiten análisis y generan información relevante para la toma de decisiones.
8. 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.



9. La entidad ha desarrollado mejoras continuas para la administración de riesgos y controles, los cuales cuentan con políticas y procedimientos, así mismo permiten análisis y generan información relevante para la toma de decisiones.
10. 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.
11. 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.
12. En el comité institucional de coordinación de control interno n°2 presencial virtual, se presentó el avance y resultados de evaluaciones y seguimientos del PAAI a corte del 30 de noviembre del 2020 y los riesgos de mayor impacto.
13. Al comité de auditoría de junta directiva No. 10 del 25 de agosto del 2020 se le presentó:
 - Evaluación Sistema de Control Interno – FURAG 31-12-2019.
 - Avance Plan Anual de Auditoria Interna al 30-06-2020.
 - Resultados Auditoria de Cumplimiento CGR.
14. Se realizo seguimiento al plan de mejoramiento (CGR) e interno, el cual fue presentado a la alta dirección a través del comité institucional de coordinación de control interno para su aprobación.
15. Se presento los informes de plan anticorrupción y atención al ciudadano, Mapa de riesgos de corrupción el cual se encuentra publicado en la página web.
16. La Sociedad de Activos Especiales SAE SAS, cumple con los requerido en el art 76 de la ley 1474 de 2011 al poseer una dependencia encargada.

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. De la evaluación realizada a los controles establecidos por la entidad para mitigar los riesgos operativos, de corrupción y de Seguridad Digital, se concluye que los criterios para un adecuado diseño de controles establecidos por la Metodología de Gestión de Riesgos de SAE y la Guía del DAEP no han sido debidamente aplicados, toda vez que existen debilidades en las actividades de socialización, asesoría y revisión para su correcta documentación.
3. El objeto primordial de la evaluación de la gestión por medio del Comité Directivo es la toma de decisiones oportunas sobre las desviaciones que se presenten en las mediciones trimestrales. No obstante, resultado de la presente evaluación se evidencian errores significativos en la formulación.



del Plan de Acción y presentación de la gestión de las áreas a través de sus indicadores en dicho comité. Por lo cual, no se cuenta con una herramienta confiable, clara y útil para la toma de decisiones, así como de la evaluación de grupos de interés por medio de la información publicada en la página WEB de SAE.

4. En cuanto a las actividades de seguimiento a los riesgos de Seguridad Digital, no se evidencia que la organización o las áreas relacionadas lo estén realizando de manera periódica (trimestral). Como tampoco se observó que se encuentre documentado dicho seguimiento como lo establece la Guía del DAFP. Dicha situación puede conllevar a que se generen hallazgos por entes externos.
5. Con respecto a la evidencia de la materialización del riesgo (caso carpetas con información extraviada) es evidente que la gestión de materialización se realiza de acuerdo con el proceso que está documentado G-DE2-001 – Metodología de Identificación de Riesgos en su punto 6 donde se indican los documentos necesarios para realizar un reporte de materialización de riesgos se están registrando. Pero también se evidencia que los tiempos para el reporte de la materialización son subjetivos y está atada a la disposición del área responsable del riesgo de materializarlo.
6. Resultado de la presente auditoria, se concluye que existen debilidades en las actividades de asesoría y monitoreo por parte de la Oficina Asesora de Planeación teniendo en cuenta que no se tienen incluyen las solicitudes de cambios realizadas por las diferentes áreas, con el fin de ser ajustadas y retroalimentadas con los resultados aprobados.
7. Finalmente es importante recordar que la toma de acciones correctivas y preventivas se constituye en un objetivo del proceso de mejora continua, y, por lo tanto, integra la decisión estratégica sobre cuáles son los cambios que deben incorporarse a los diferentes procesos de la Sociedad de Activos Especiales - SAE, para que sean traducidos en mejoras en los servicios prestados y en las operaciones internas.
8. La Gerencia de Talento Humano se encuentra en proceso de construcción de los descriptivos de cargos.
9. 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.
10. El aplicativo sigma se encuentra en fase de diseño y cuenta con módulos que se encuentran en producción no están documentados.
11. Los procesos documentados en la arquitectura de SAE SAS no se encuentran actualizados en relación con el sistema de información utilizado a la fecha de esta evaluación. Se refiere al sistema Zeus, pero en el momento se está trabajando con el módulo PQR en web.



12. En revisión de los resultados de la encuesta de satisfacción, se informó por parte de la oficina de comunicaciones y atención al ciudadano que se realizaron encuestas en el II semestre del 2020; sin embargo, según el documento adjuntado en correo electrónico a la Oficina de Control Interno; solo se evidencia una sola encuesta, lo que conlleva a no contar con insumos externos para poder determinar e implementar mejoras en la atención teniendo en cuenta que no existe información de opinión por parte de la ciudadanía que ha solicitado algún tipo de requerimiento a la SAE.
13. Se validó que cualquier usuario conociendo el código HASH puede desistir cualquier solicitud sin existir algún tipo de control adicional que valide que tenga relación directa con el registro inicial. Esto puede derivar a un riesgo de seguridad de la información correlacionado con el riesgo identificado con el código 091 en la matriz de riesgos de seguridad digital “Puede ocurrir que se presente fuga o pérdida de información”.
14. No son claras las razones por las cuales se presenta extemporaneidad en los casos que las áreas responsables cuentan con la información para emitir una respuesta según lo evidenciado en el módulo de PQR. No se refleja una complejidad particular que requiera de comunicación con otros procedimientos o entidades para responder a satisfacción.
15. Revisada la trazabilidad que está registrada en el sistema; se evidencian diferencias entre las fechas de respuesta y radicación al peticionario y las fechas de cierre definitivo a la solicitud. Esto debido a que el sistema no cuenta con un campo específico donde se pueda registrar una fecha de radicación de respuesta. Solo cuenta con fecha de creación; fecha de actualización y fecha de cierre.
16. A la fecha del seguimiento se observa que la entidad aún se encuentra desarrollando y mejorando herramientas para mejorar los tiempos de respuesta a los requerimientos de los ciudadanos. Sin embargo, aún se encuentra un porcentaje amplio de los requerimientos con respuesta extemporánea o sin respuesta que conllevan a una materialización de un riesgo operativo.
17. Existen diferencias en los datos (números de documento o teléfonos con valor “111111” o datos en blanco en respuestas o sin solicitud original) esto implica que la información no cumpla con las características de integridad y confiabilidad y por lo tanto el sistema no permite una verificación posterior efectiva que pueda ser solicitada por entes de control o algún otro agente.
18. Al corte del 31 de diciembre de 2020, la Oficina de Control Interno no ha recibido el Plan de Mejoramiento del primer semestre de 2020.



CONCLUSIONES:

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: 83%
2. Evaluación de Riesgos: 74%
3. Actividad de Control: 73%
4. Información y Comunicación: 86%
5. Monitoreo: 93%

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, a través de las 3 líneas de defensa, el resultado del **82%** motiva al Gobierno corporativo y equipo de trabajo a continuar trabajando mancomunadamente para lograr el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

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 del proceso, también se encuentran las áreas y comités



Tercera Línea de defensa: A cargo de la Oficina de Control Interno tanto para SAE como FRISCO y proyectos especiales 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 decisoria 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.

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.

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”.

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.

Cordialmente,

Maria del Pilar Mayo

Jefe Oficina de Control Interno.

Anexo: análisis de resultados.

Copia: Dr. Jaime Leon Gomez S- Jefe de la Oficina de Planeación.
APROBÓ: M. José L. P. - M. V.

APROBO: María del Pilar Mayor V.

ELABORÓ: Carolina Palacios Niño