



MEMORANDO 20231400070463

Bogotá, 03 de agosto del 2023

PARA: **Dr. Jose Daniel Medellin Rojas**  
Presidencia SAEDE: **María del Pilar Mayor Varela**  
Jefe Oficina de Control InternoASUNTO: **Informe semestral de evaluación independiente del Estado del Sistema de Control Interno I-2023.**

Estimado Jose Daniel,

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, decreto 403 de 2021 y al Plan Anual de Auditoría vigencia 2023 aprobado por Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en diciembre de 2022, la Oficina de Control Interno realizó la Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno.

Teniendo en cuenta lo anterior, se remite el informe ejecutivo de la Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno del I semestre del 2023, para su conocimiento y fines pertinentes.

Los resultados fueron comunicados mediante mesas de trabajo y se remitió correo electrónico, previamente a la publicación en la página web, a los líderes del proceso para su conocimiento y observaciones pertinentes.

Los resultados del informe Independiente del Sistema de Control Interno del primer semestre del 2023, se encuentra publicado en la pagina web en el siguiente link

[https://www.saesas.gov.co/transparencia\\_acceso\\_informaciOn\\_pUblica/7\\_control/7\\_2\\_reportes\\_control\\_interno/a\\_2\\_informe\\_ev aluacion\\_40939/2023/informe\\_evaluacion\\_independiente\\_123862&ne](https://www.saesas.gov.co/transparencia_acceso_informaciOn_pUblica/7_control/7_2_reportes_control_interno/a_2_informe_ev aluacion_40939/2023/informe_evaluacion_independiente_123862&ne)

De acuerdo a 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 (Calificación de 50%) se debe realizar el Plan de mejoramiento entre la Oficina Asesora de planeación y los dueños de proceso (se debe analizar los resultados de anteriores auditorias y planes de mejoramiento en curso), 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".

Conforme al resultado obtenido en el primer semestre de 2023, 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 establecido por la Función Pública, 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,


  
**María del Pilar Mayor Varela.**  
Jefe Oficina de Control Interno.**Anexo:** Análisis de resultados y conclusiones del Informe del I semestre del 2023**Copia:** Eloísa Vargas Moreno- Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Juan Felipe Garcia Perez - Gerente de riesgos Ética, cumplimiento**APROBÓ:** María del Pilar Mayor V.**ELABORÓ:** Paola Blandon/Carolina Palacios Niño

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

I SEMESTRE DEL 2023.

Bogotá D.C. agosto 2023

## TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO (Norma desempeño 2210).....	4
2. ALCANCE (Norma desempeño 2220). ....	4
3. METODOLOGIA (Norma desempeño 2310).....	4
4. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO (Norma desempeño 2300). ....	6
5. SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO.....	10
6. CONCLUSIONES (Atributo desempeño 2400).....	18 

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

### 1. OBJETIVO (Norma desempeño 2210).

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.

### 2. ALCANCE (Norma desempeño 2220).

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019 y Decreto 403 del 2020, 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 enero al 30 de junio de 2023.

### 3. METODOLOGIA (Norma desempeño 2310).

Para el desarrollo del informe semestral de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, se realizó una evaluación independiente, teniendo en cuenta las funciones de la oficina de control interno establecida dentro de los roles que se ejerce la Oficina de Control Interno, posteriormente se realizó mesas de trabajo con la oficina de planeación, la Gerencia de talento humano, la Oficina de Gestión de la Información, y la Gerencia de Riesgos, Ética y Cumplimiento; en las cuales se profundizó en algunos temas. Teniendo en cuenta los anterior se solicitaron evidencias de lo informado a los dueños de los procesos.

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 MECl (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:*

*frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo. 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*

Clasificación	Descripción	Observaciones del Control
<b>Mantenimiento del Control</b>	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.
<b>Oportunidad de Mejora</b>	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
<b>Deficiencia de Control (Diseño o Ejecución)</b>	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.
<b>Deficiencia de Control Mayor (Diseño y Ejecución)</b>	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 esta funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha

Fuente: Instructivo Función Pública

#### 4. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO (Norma desempeño 2300).

El informe ejecutivo del estado del sistema de control interno del I semestre de 2023, el cual contiene los resultados de la evaluación, y se encuentra publicado el día 31 de julio de 2023 en la Página web de la Entidad, en el siguiente link <http://www.saesas.gov.co/?idcategoria=121650>

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”.

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

Componente	Resultados del I semestre 2023
<b>Ambiente de control</b>	<b>73%</b>
<b>Evaluación de riesgos</b>	<b>85%</b>
<b>Actividades de control</b>	<b>63%</b>
<b>Información y comunicación</b>	<b>68%</b>
<b>Monitoreo</b>	<b>86%</b>

Fuente: Resultados del Informe Semestral De Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno I-2023.

##### 4.1 Fortalezas:

1. La Entidad cuenta con el código de ética y buen gobierno, en el que se incluyeron los componentes de integridad y ética para realizar la transición al Código de Integridad, Transparencia y Buen Gobierno.
2. Todos los colaboradores al momento de suscribir el contrato de trabajo deben leer el Código de integridad el código de ética y buen gobierno y acto seguido suscribir el documento “Carta de conocimiento y aceptación del Código de Ética y Buen Gobierno”.
3. El código de ética versión 30/12/2022 implementó la línea ética en la página WEB, correo y línea nacional para la denuncia de posibles situaciones de corrupción, fraude o irregularidades.





4. Dentro el reglamento interno de trabajo se evidencia que contempla los temas de convivencia laboral, temas disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad.
5. El personal nuevo de SAE debe realizar el curso virtual, integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.
6. Mediante comunicado interno del 17 abril de 2023, la Gerencia de Talento Humano, solicita la actualización periódica juramentada de bienes y rentas de todos los trabajadores de SAE.
7. La Entidad cuenta con la Estrategia de Conflicto de Interés publicada el 5 de enero de 2023, aunado a esto y en desarrollo de esta se creó el plan estratégico de conflicto de interés – PECl- y los procedimientos para la detección y declaración de conflicto de interés, estos documentos se encuentran en fase de revisión y aprobación por la Oficina Asesora de Planeación.
8. El proceso de Gestión Documental tiene por objetivo organizar, conservar y administrar la documentación recibida y producida por la Sociedad de Activos Especiales S.A.S. desde su origen hasta su disposición final cumpliendo con la normatividad vigente aplicable, facilitando su trámite, utilización y consulta tanto para el cliente interno como externo.
9. La oficina de Asesora de planeación presentó el resultado del seguimiento a la materialización de riesgos en comité directivo, sesiones 7,11 de 2023.
10. La entidad realizó la actualización de la Metodología de Gestión de la Estrategia.
11. La Entidad cuenta con el Plan de Acción Institucional Vigencia 2023. Define los indicadores asociados a los objetivos estratégicos de la entidad. Definidos en un periodo de un (1) año.
12. Se realiza seguimiento al cumplimiento de los objetivos mediante la medición de los indicadores del plan de acción institucional y del Plan de Desarrollo Institucional.
13. En sesión No.1-2023 del Comité Directivo se presentó la Planeación Estratégica (2023-2026), en sesión No.2-2023 del Comité Directivo se aprobó el Plan de Acción Vig.2023 y en comité Directivo Acta No.8- 17/05/2023 Se presentó seguimientos del Plan de Acción Institucional del primer trimestre T1 2023.
14. En el primer semestre de 2023, la entidad actualizó la Matriz de Riesgos de corrupción versión 1 y 2 publicada en la página WEB de SAE y se reporta la materialización de siete (7) Riesgos Operativos, uno de ellos generado en la actual vigencia y los demás de anteriores. de Cuatro (4) riesgos reportados en el 2022 se encuentran en proceso tres (3) con planes de acción vigentes.
15. Se establecieron en el formato FBSI 054 Versión 3 del 11/07/2022 los riesgos contractuales identificados en los estudios previos o términos de referencia, para la contratación de servicios de terceros.
16. La oficina de control interno realiza los informes de seguimiento a mapas de corrupción y al plan anticorrupción y atención al ciudadano, del primer cuatrimestre de 2023 <https://www.saesas.gov.co/?idcategoria=122905>.
17. La entidad está realizando levantamiento de cargas laborales de la Entidad, a fin de identificar las necesidades de personal para cumplir los objetivos institucionales.
18. En el primer semestre del 2023 se está adelantando Reingeniería para la reformulación de la plataforma Estratégica de la entidad.
19. La SAE integra de manera adecuada en su estructura de control los lineamientos pertinentes de los estándares internacionales como la ISO, a través de su Sistema Integrado de Gestión, en el cual se incluye la implementación y adaptación de las normas asociadas al Sistema de Gestión de Calidad.
20. En materia de riesgos se tiene como base la ISO 31000, la cual se adopta e integra en la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas.
21. En el primer semestre de 2023, se realizaron auditorías internas del en el marco del Sistema Integrado de Gestión (Gestión de Calidad, Gestión Ambiental, Gestión de Seguridad de la información y Seguridad y Salud en el Trabajo)



22. La entidad cuenta con 38 colaboradores certificados como auditores internos de calidad bajo la norma ISO 9001-2015, NTC ISO 140021-2015, SGSST decreto 372 del 2015 y NTC ISO 27001- 2015.
23. La entidad cuenta con una segregación de funciones relacionada con la arquitectura de la organización (Gestión de infraestructura tecnología, mantenimiento y soporte de aplicaciones y seguridad de la Información)
24. Se actualizó el Manual Política de seguridad M-TE4-038 y Privacidad de la Información Se publicó en la intranet con fecha 13/10/2022 y el Procedimiento Mantenimiento de Aplicaciones P-TE3-150 V3 de la fecha 16/11/2022 y se encuentra publicado en la intranet.
25. La OGI cuenta con monitoreo 7/24 por 365 días por parte de ITELCA recibiendo la información del comportamiento de los equipos monitoreados a través del SIEM de Fortinet – FORTISEM.
26. La oficina de control interno como evaluador independiente realiza las evaluación programadas en el PAAI basado en Riesgos y son presentadas al líder del proceso y al presidente de la entidad, a corte del 30/06/2023 la OCI lleva un 65 % de avance del 100% de las actividades propuestas y aprobadas.
27. A corte de junio 2023 los desarrollos de los módulos de Sigma SAE 2.0 se encuentran en 85%, evidencia reporte de fábrica de software INDRA con el avance y estado de cada módulo.
28. De acuerdo al proceso que se adelantó para la licencia del MIPG ( Daruma) informan que van en un avance del 55% a corte 30/06/2023.
29. A corte de junio 2023, TEMIS se encuentra publicado en producción y se ha creado varios usuarios, se adjunta Acta del comité de cambios Acta N. 2022-021.pdf, URL: <https://temis.saesas.gov.co/Autenticacion/Login>, pantallazo con los usuarios activos usuarios TEMIS.png y Usuarios Temis.xlsx, está al 100%
30. A corte de junio 2023, se tiene 46 firmas digitales, de las cuales hay 29 asignadas y 17 disponibles, se adjunta imagen del portal de GSE Firmas digitales GSE 2023.png, y archivo con la asignación a funcionarios de SAE.
31. La Entidad cuenta con 8 canales de comunicación que se encuentra establecidos.
32. Se cuenta con el Plan de Comunicaciones de SAE, este Plan se define anualmente para el desarrollo de la estrategia de divulgación de comunicación interna
33. La oficina de control interno presenta anualmente la propuesta del PAAI basado en riesgos, para el análisis y aprobación del comité institucional de control interno, en sesión No.2 14/12/2022 la OCI presentó para aprobación del CICC
34. Plan Anual de Auditoría Interna basado en Riesgos 2023.
35. La oficina de control interno presenta el informe de resultados al líder del proceso. Adicionalmente se le remite un informe ejecutivo a la alta dirección y todos los informes que realiza la Oficina de control Interno son publicados en la Página web de la entidad.
36. A junio de 2023 la Oficina de Control Interno en desarrollo del PAAI basado en riesgos 2023 ha ejecutado nueve (9) actividades en el rol de evaluación y seguimiento: Seguimiento a los negocios de comités Regionales de Occidente, Norte, Auditoría Interna de gestión de semovientes, seis (6) arqueos de caja menor (Sociedades, vicepresidencia administrativa y financiera, Oficina de comunicaciones, Gerencia de proyectos especiales, Proyecto Paz, Vicepresidencia de bienes muebles e inmuebles y evaluación a la asignación al sistema de Depositarios.
37. En sesión No.2- 22/06/2023 Presencial del CICC la OCI presentó los resultados de la Gestión y Avance Plan Anual de Auditoría Interna basado en Riesgos 2023- Gestión Oficina de Control Interno al 31 de mayo de 2023 que incluye los resultados consolidados de las auditorias de la Contraloría y A corte del 30/06/2023 la Oficina de control interno lleva un 65% de ejecución del 100% aprobado.



38. Como segunda línea de Defensa la OAP En sesión Comité Directivo No.6-13/04/2023 presenta ajustes del PI-2023 V.2, en sesión No. 8 -17/05/2023 presenta ajustes del PI-2023 V.3 y en sesión No.11-28/06/2023 presenta ajustes del PI-2023 V.4 aprobados y publicados en la página WEB de SAE.

#### 4.2 Debilidades:

1. A pesar que la OCI en su generación de valor dentro del informe de austeridad del gasto al corte de 31/12/2022, presentado en el mes de marzo de 2023 estableció oportunidad de mejora relacionada con incumplimiento del Código de ética Capítulo 6- PROHIBICIONES Y RESTRICCIONES. Numeral C-17, al corte 30 de junio de 2023 en su proceso de evaluador independiente no evidencia avance o sanción según direccionamiento de parte del representante legal en el CICCI No. 2.
2. Se cuenta con un plan de mejoramiento en ejecución, producto de la Auditoria de gestión de Procedimiento Disciplinario Laboral de la vigencia 2022.
3. En anterior evaluación se observa falta de registro en la versión del código de ética aprobado por junta directiva en sesión del 29 de diciembre de 2022, al corte del 30 de junio del 2023, no es claro en el documento los cambios realizados.
4. El seguimiento del plan de acción debe ser presentado dentro de las cuatro semanas siguientes al corte (Procedimiento Revisión por la Dirección P-DE2-099 Versión 6 - 22/07/2020). Sin embargo, se observan demoras.
5. Revisadas las actas del comité directivo se evidencio, que, en primer semestre del 2023, no se presentaron temas relacionados con desempeño institucional, ya que fue unificado en la vigencia 2019.
6. La publicación de la política de Riesgos Versión 2 se encuentra desactualizada en la página WEB de SAE.
7. Se encuentra en proceso de validar la pertinencia de actualización el orientador estratégico de administración de riesgos y la metodología de riesgos.
8. Se presentan demoras en la consolidación y presentación del monitoreo de riesgos al comité directivo el cual debe ser trimestral.
9. Se encuentra pendiente la construcción e implementación del Manual de Funciones.
10. A la fecha de la evaluación, la Matriz de Riesgos de Seguridad de la Información versión 2 publicada en la página WEB de SAE el 30/06/2023 está pendiente de ser aprobada por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
11. En el I semestre del 2023, la OCI presento informe de derechos de autor de la vigencia 2022, donde se dejó 7 Oportunidades de Mejora, a la fecha. Se cuenta con Plan de Mejoramiento.
12. En la actualidad la Oficina de Gestión de la Información cuentan con planes de mejoramiento activos internos y externos CGR.
13. Se observa que la información contenida en la intranet no ha sido actualizada en su totalidad, teniendo en cuenta el nuevo enfoque de la estrategia de la entidad se hace relevante la actualización de la caracterización.
14. No se evidencia la difusión de la planeación estratégica y del plan interno por medio de los canales internos establecidos.
15. En Auditoría de Gestión a Sociedades realizada por la oficina de control interno, se evidenciaron posibles situaciones de corrupción y faltas éticas las cuales fueron comunicadas a la Actual Gerencia de Cumplimiento y que se encuentra en ejecución del Plan de Mejoramiento Interno.
16. De los resultados obtenidos de la vigencia 2022 de la información reportado en el Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión (FURAG), que es el instrumento empleado para recolectar la información para el MFCIP

- Medición del Desempeño Institucional, no se evidencio la elaboración de un plan de trabajo para subsanar los aspectos con menor puntaje y dé a conocer ante el comité para su aprobación, adicionalmente, de manera trimestral mostrar el grado avance y estado de implementación.
17. Se evidencia a corte 30 de junio del 2023, falta de compromiso por las áreas que continúan que los PQRS se presenten de manera extemporánea y falta de contestación de fondo, de igual manera al ser un incumplimiento de ley, se requiere que la gerencia de talento humano inicie las labores disciplinarias a que haya lugar.
  18. En comparación con la vigencia 2022 se evidencia incremento de tutelas en un 7%, con 479 tutelas por lo que la entidad ha materializado riesgos de daño reputacional a la marca SAE, o posibilidad de afectación económica y reputacional.
  19. Dentro de la evaluación de la Auditoria de administración de semovientes realizada en el primer semestre del 2023 por la OCI, se evidenciaron falencias a los contratos evaluados como se observa en la OM 2. situación se evidencia una posible materialización del siguiente Riesgo "Posibilidad de Afectación Económica y Reputacional por inadecuada supervisión o interventoría de contratos debido a desconocimiento de los lineamientos y herramientas de la supervisión".
  20. En el organigrama publicado en página web y comunicado a organismos de control, se evidencia que aún falta por incluir la Gerencia de Riesgos Ética y Cumplimiento - GREC, la cual fue aprobada en junta directiva en el mes de junio de 2022 y sus funciones el 22 de diciembre de 2022.
  21. A la fecha de la evaluación, la entidad tiene pendiente la formulación del Plan de Mejoramiento resultados del informe Independiente del Sistema de Control Interno del primer y segundo semestre de 2022.

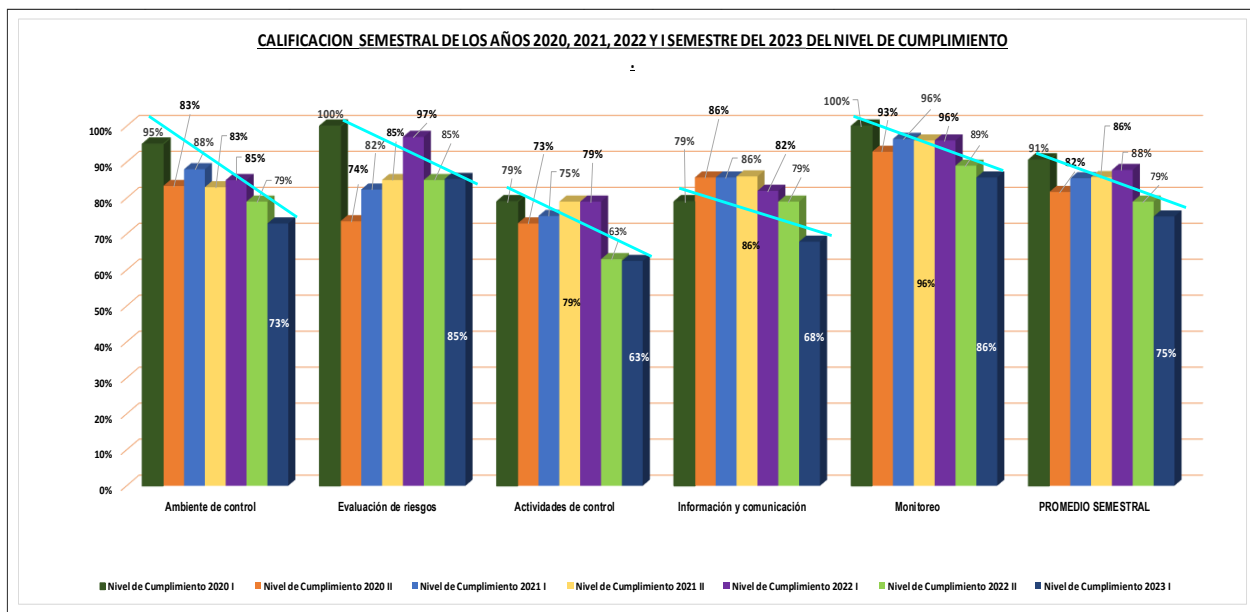
## 5. SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO.

Al corte del 30 de junio del 2023, la entidad tiene pendiente la formulación del Plan de Mejoramiento resultados del informe Independiente del Sistema de Control Interno del primer y segundo semestre de 2022, situación que la Oficina de Control Interno no pudo realizar seguimiento.

## 6. CONCLUSIONES (Atributo desempeño 2400).

De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación independiente del Sistema de Control Interno del primer semestre del 2023 que realiza la Oficina de Control Interno, a los cinco (5) componentes evaluados y que no alcanzaron calificación del 100%, requieren acciones para diseñar, analizar, documentar y socializar manuales, políticas de operación, procedimientos o instructivos faltantes.

A continuación, se presenta un comparativo de las calificaciones obtenidas



Fuente: Informe Independiente del Sistema de Control Interno I semestre 2023

Teniendo en cuenta a los resultados obtenidos, se puede observar que 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 en promedio es del **75%** motiva a la entidad y al equipo de trabajo 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

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 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.

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.

Conforme al resultado obtenido en el primer semestre de 2023, 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 establecido por la Función Pública, 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



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

**Anexo:**

\*Análisis de resultados y conclusiones del primer semestre 2023

**Copia:** Eloísa Vargas - Jefe de la Oficina Asesora de Planeación.

Juan Felipe García – Gerente de riesgos Ética, cumplimiento

**APROBÓ:** María del Pilar Mayor V.

**ELABORÓ:** Paola Blandon/ Carolina Palacios Niño