

PLAN DE MEJORAMIENTO

No. Plan: **PM-20-00013**

Fecha plan: **2020-06-05 04:37:16 PM**

IDENTIFICACIÓN, PROCESO/DEPENDENCIA Y DETALLE DEL HALLAZGO

Fuente del hallazgo: Auditoría interna
Tipo de plan: Proceso
Proceso/Dependencia: Direccinamiento Estratégico **Responsable:** CELMIRA FRASSER ACEVEDO **Cargo:** Jefe Oficina Asesora
Número de auditoría: AUD-1912

ANÁLISIS DE CAUSAS

Metodología: 5 Por ques? **Anexo análisis- causa:**

FORMULACIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO

Tipo hallazgo: No conformidad

Hallazgo: 1. : El Proceso de Direccinamiento Estratégico presenta desactualización de documentos, del tal como se evidenció en revisión de los siguientes documentos:
 a) Estrategia de Gestión del Conocimiento; b) Matriz de informes de la ARN; c) Plan Estratégico de Tecnologías de la Información 2019–2022; d) Política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión para la Reintegración; e) Sistematización de la Experiencia de Apoyo a Investigadores Externos a la ACR; f) Formato Concepto de Viabilidad de Apoyo a Investigaciones; g) Guía para evaluar propuestas de investigación de personas externas a la Entidad; h) Guía para la presentación de informes; i) Guía para sistematizar buenas prácticas, experiencias e iniciativas de la ARN; j) Instructivo para la formulación de indicadores en el Software Administrador del SIGER; k) Manual del Sistema Integrado de Gestión para la Reintegración; l) Manual para la Gestión de Proyectos; m) Manual de Protección de Datos Personales; n) Procedimiento para el seguimiento a la gestión institucional; ñ) Procedimiento de recolección, identificación y cargue de documentos de Gestión del Conocimiento.

Teniendo en cuenta la información anterior, se observa que el Proceso de Direccinamiento Estratégico incumple con la actualización de los documentos que se tienen registrados en el sistema SIGER con el fin de dar cumplimiento a la Actividad 6 "Elaborar o ajustar los documentos" del Procedimiento Control de Documentos (Código N° GD–P–04 fechado de fecha marzo 18 de 2019 y de Versión N° 1).

| Nro | CAUSA | ACCIÓN | |
|-----|--|---|---|
| 1 | a) La entidad se encuentra en un proceso de actualización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG que es dinámico e incluye la implementación del Sistema Integrado de Gestión. b) Ocasionalmente se omiten algunos criterios que son insumo para la actualización y producción de documentos. c) Debido a la baja frecuencia de la consulta y/o uso de algunos documentos | Revisión, análisis y actualización de los documentos del Proceso de Direccinamiento Estratégico, en cumplimiento de los criterios institucionales definidos. | <p>Tipo de acción: Correctiva</p> <p>Fecha: 2020-04-20 2020-11-30 Inicio Fin</p> <p>Responsable: CARLOS ANDRÉS PÉREZ RINCÓN</p> |
| 2 | a) La entidad se encuentra en un proceso de actualización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG que es dinámico e incluye la implementación del Sistema Integrado de Gestión. b) Ocasionalmente se omiten algunos criterios que son insumo para la actualización y producción de documentos. c) Debido a la baja frecuencia de la consulta y/o uso de algunos documentos | Emitir, aprobar y socializar los lineamientos para la actualización de los documentos y/o métodos de operación de la Entidad, en el marco de la actualización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y la implementación del Sistema Integrado de Gestión | <p>Tipo de acción: Correctiva</p> <p>Fecha: 2020-04-20 2020-08-31 Inicio Fin</p> <p>Responsable: ADRIANA PATRICIA LUQUE LEÓN</p> |

Tipo hallazgo: No conformidad

Hallazgo: 2. . El Proceso de Direccinamiento Estratégico presenta debilidad en el control de registros frente a los compromisos establecidos en las Actas del Comité de Gestión y Desempeño tal como se evidenció en: a) Acta N° 8 correspondiente al 31 de julio de 2018; b) Acta N° 9 de septiembre 27 de 2018; c) Acta N° 10 de diciembre 10 de 2018; d) Acta N° 1 de Enero 29 de 2019; e) Acta N° 2 de febrero 11 de 2019; f) Acta N° 3 de febrero 25 de 2019; g) Acta N° 4 de fecha 29 de marzo de 2019; h) Acta N° 5 de fecha 6 de mayo de 2019; i) Acta N° 6 de fecha 11 de junio de 2019; j) Acta N° 7 de 2019 de fecha 23 de julio de 2019; y, k) el Acta N° 8 de 2019 de fecha 23 de septiembre de 2019.
 De igual manera en el tema de Proyectos de Inversión no se hace uso del formato "Gestión de Riesgos en Proyectos" (Código N° DE–F–23 fechado en diciembre 29 de 2017 y con Versión N° 1), que se indica en el Manual para la Gestión de Proyectos (Código N° DE–M–05 fechado diciembre 29 de 2017 y de Versión N° 2.
 Teniendo en cuenta lo anterior, se incumple el control de registros adecuado como se indica en la Actividad 2 (Generar los Registros) del Procedimiento Control de Registros (Código N° GD–P–03 fechado en noviembre 26 de 2014 y de Versión N° 03), el cual indica que: "[...]Un registro es un documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades ejecutadas [...]"

| Nro | CAUSA | ACCIÓN | |
|-----|--|--|--|
| 1 | a) Existen debilidades en el seguimiento a los compromisos acordados en las sesiones del comité institucional de gestión y desempeño b) No se registran la totalidad de los compromisos del comité institucional de gestión y desempeño, hasta el cumplimiento de cada uno de ellos. | Dejar registro del seguimiento a los compromisos del comité institucionales de gestión y desempeño, dejando la traza completa de cumplimiento. | <p>Tipo de acción: Correctiva</p> <p>Fecha: 2020-04-20 2020-11-30 Inicio Fin</p> |

"TODA IMPRESIÓN FÍSICA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA DOCUMENTO NO CONTROLADO"

PLAN DE MEJORAMIENTO

No. Plan: PM-20-00013

Fecha plan: 2020-06-05 04:37:16 PM

| Nro | CAUSA | ACCIÓN | Responsable: LAURA ANDREA CLAVIJO MELO |
|-----|--|---|--|
| 2 | a) Debido a la baja frecuencia de la consulta del documento Manual para la Gestión de Proyectos. B) No se estaba realizando el registro al seguimiento a los riesgos identificados para los proyectos c) Complementar el seguimiento actual a los proyectos y Homologarlo con las herramientas existentes en la gestión de proyectos | Definir protocolo de homologación de evidencias y herramientas de gestión para soportar el seguimiento a proyectos de inversión | <p>Tipo de acción: Mejora</p> <p>Fecha: 2020-04-27 2020-07-31 Inicio Fin</p> <p>Responsable: FABIAN ANDRES PORTILLO SALAZAR</p> |
| 3 | a) Debido a la baja frecuencia de la consulta del documento Manual para la Gestión de Proyectos. B) No se estaba realizando el registro al seguimiento a los riesgos identificados para los proyectos c) Complementar el seguimiento actual a los proyectos y Homologarlo con las herramientas existentes en la gestión de proyectos | Aprobar y socializar el protocolo para soportar el seguimiento de proyectos | <p>Tipo de acción: Mejora</p> <p>Fecha: 2020-08-03 2020-09-18 Inicio Fin</p> <p>Responsable: FABIAN ANDRES PORTILLO SALAZAR</p> |
| 4 | a) Debido a la baja frecuencia de la consulta del documento Manual para la Gestión de Proyectos. B) No se estaba realizando el registro al seguimiento a los riesgos identificados para los proyectos c) Complementar el seguimiento actual a los proyectos y Homologarlo con las herramientas existentes en la gestión de proyectos | Implementar el protocolo para soportar el seguimiento de proyectos. | <p>Tipo de acción: Mejora</p> <p>Fecha: 2020-09-21 2020-12-31 Inicio Fin</p> <p>Responsable: FABIAN ANDRES PORTILLO SALAZAR</p> |

Tipo hallazgo: No conformidad

Hallazgo: 3. La Agencia está utilizando bases de datos no autorizadas, toda vez que se evidencia que se está publicando información a través de una base de datos llamada "MAILCHIMP" por parte de la Oficina Asesora de Comunicaciones; lo anterior incumple con lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 que, en el literal d) del artículo 17. (Deberes de los Responsables del Tratamiento) dice: "[...]Conservar la información bajo las condiciones de seguridad necesarias para impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento; [...]".

| Nro | CAUSA | ACCIÓN | |
|-----|--|---|---|
| 1 | a) Por desconocimiento en la normatividad vigente b) Por desconocimiento en los lineamientos y políticas internas c) Por fallas en el proceso de autorización de tratamiento a titulares en cumplimiento de la normatividad d) Por falta de definición de un proceso interno y responsables del proceso de autorización de titulares y custodia de bases de datos. e) Por fallas en el seguimiento por parte de los responsables en el proceso y jefes de dependencia en la recolección y custodia de información f) No hay apropiación por parte de los directivos ni equipos de trabajo, de la normatividad y manual de protección de datos. | Realizar la validación de bases de datos incorporadas a MAILCHIMP y baja de registros de la plataforma para evitar usos inapropiados y fuera de la normatividad | <p>Tipo de acción: Correctiva</p> <p>Fecha: 2020-04-27 2020-07-31 Inicio Fin</p> <p>Responsable: PAOLA ANDREA OQUENDO GARZÓN</p> |
| 2 | a) Por desconocimiento en la normatividad vigente b) Por desconocimiento en los lineamientos y políticas internas c) Por fallas en el proceso de autorización de tratamiento a titulares en cumplimiento de la normatividad d) Por falta de definición de un proceso interno y responsables del proceso de autorización de titulares y custodia de bases de datos. e) Por fallas en el seguimiento por parte de los responsables en el proceso y jefes de dependencia en la recolección y custodia de información f) No hay apropiación por parte de los directivos ni equipos de trabajo, de la normatividad y manual de protección de datos. | Realizar desactivación y baja de registros de la plataforma MAILCHIMP para evitar usos no autorizados. | <p>Tipo de acción: Correctiva</p> <p>Fecha: 2020-07-01 2020-07-31 Inicio Fin</p> <p>Responsable: PAOLA ANDREA OQUENDO GARZÓN</p> |
| 3 | a) Por desconocimiento en la normatividad vigente b) Por desconocimiento en los lineamientos y políticas internas c) Por fallas en el proceso de autorización de tratamiento a titulares en cumplimiento de la normatividad d) Por falta de definición de un proceso interno y responsables del proceso de autorización de titulares y custodia de bases de datos. e) Por fallas en el seguimiento por parte de los responsables en el proceso y jefes de dependencia en la recolección y custodia de información f) No hay apropiación por parte de los directivos ni equipos de trabajo, de la normatividad y manual de | Definir y realizar socialización asociada a habeas data sobre la normatividad, lineamientos y políticas internas | <p>Tipo de acción: Correctiva</p> <p>Fecha: 2020-04-20 2020-08-31 Inicio Fin</p> <p>Responsable: CARLOS EDUARDO CORDOBA MARTINEZ</p> |

"TODA IMPRESIÓN FÍSICA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA DOCUMENTO NO CONTROLADO"

PLAN DE MEJORAMIENTO

No. Plan: **PM-20-00013**

Fecha plan: **2020-06-05 04:37:16 PM**

| Nro | CAUSA | ACCIÓN | |
|-----|--|---|--|
| | protección de datos. | | |
| 4 | a) Por desconocimiento en la normatividad vigente b) Por desconocimiento en los lineamientos y políticas internas c) Por fallas en el proceso de autorización de tratamiento a titulares en cumplimiento de la normatividad d) Por falta de definición de un proceso interno y responsables del proceso de autorización de titulares y custodia de bases de datos. e) Por fallas en el seguimiento por parte de los responsables en el proceso y jefes de dependencia en la recolección y custodia de información f) No hay apropiación por parte de los directivos ni equipos de trabajo, de la normatividad y manual de protección de datos. | Definir proceso de autorización de tratamiento de datos para titulares | <p>Tipo de acción: Mejora</p> <p>Fecha: 2020-04-20 2020-08-31 Inicio Fin</p> <p>Responsable: CARLOS EDUARDO CORDOBA MARTINEZ</p> |
| 5 | a) Por desconocimiento en la normatividad vigente b) Por desconocimiento en los lineamientos y políticas internas c) Por fallas en el proceso de autorización de tratamiento a titulares en cumplimiento de la normatividad d) Por falta de definición de un proceso interno y responsables del proceso de autorización de titulares y custodia de bases de datos. e) Por fallas en el seguimiento por parte de los responsables en el proceso y jefes de dependencia en la recolección y custodia de información f) No hay apropiación por parte de los directivos ni equipos de trabajo, de la normatividad y manual de protección de datos. | Definir medios de custodia y responsables directos de bases de datos, copias de las bases y soportes de autorización de titulares en cumplimiento de la normatividad vigente. | <p>Tipo de acción: Mejora</p> <p>Fecha: 2020-04-20 2020-07-31 Inicio Fin</p> <p>Responsable: CARLOS EDUARDO CORDOBA MARTINEZ</p> |
| 6 | a) Por desconocimiento en la normatividad vigente b) Por desconocimiento en los lineamientos y políticas internas c) Por fallas en el proceso de autorización de tratamiento a titulares en cumplimiento de la normatividad d) Por falta de definición de un proceso interno y responsables del proceso de autorización de titulares y custodia de bases de datos. e) Por fallas en el seguimiento por parte de los responsables en el proceso y jefes de dependencia en la recolección y custodia de información f) No hay apropiación por parte de los directivos ni equipos de trabajo, de la normatividad y manual de protección de datos. | Realizar capacitación sobre autorización de titulares y manejo de bases de datos a líderes de proceso y delegados de protección de datos personales | <p>Tipo de acción: Correctiva</p> <p>Fecha: 2020-06-22 2020-08-28 Inicio Fin</p> <p>Responsable: CARLOS EDUARDO CORDOBA MARTINEZ</p> |
| 7 | a) Por desconocimiento en la normatividad vigente b) Por desconocimiento en los lineamientos y políticas internas c) Por fallas en el proceso de autorización de tratamiento a titulares en cumplimiento de la normatividad d) Por falta de definición de un proceso interno y responsables del proceso de autorización de titulares y custodia de bases de datos. e) Por fallas en el seguimiento por parte de los responsables en el proceso y jefes de dependencia en la recolección y custodia de información f) No hay apropiación por parte de los directivos ni equipos de trabajo, de la normatividad y manual de protección de datos. | Realizar la definición e implementación de alternativas para el boletín ARN en la página web, que permitan realizar métricas de lectura acceso a los boletines, garantizando las políticas de seguridad de la información. Se debe articular las gestiones entre la Oficina de Tecnologías de Información y la Oficina Asesora de Comunicaciones para garantizar el proceso." | <p>Tipo de acción: Mejora</p> <p>Fecha: 2020-04-20 2020-12-31 Inicio Fin</p> <p>Responsable: PAOLA ANDREA OQUENDO GARZÓN</p> |

Tipo hallazgo: No conformidad

Hallazgo: 4. El proceso de Direccionamiento Estratégico, presenta debilidades en las evidencias que soportan las acciones que registradas en SISCONPES por la Agencia, de acuerdo en revisión de los indicadores: a) Indicador N° 5 "Porcentaje de avance logrado en el fortalecimiento del Sistema de Información 2019"; b) Indicador 25 "Reportes de la gestión realizada con MinAmbiente para la socialización de consideraciones ambientales 2019"; c) Indicador 27 "Porcentaje de implementación de la estrategia que impulse la autonomía económica de las mujeres garantizado su acceso, control y administración de recursos 2019" d) Indicador 50 "Porcentaje de exintegrantes FARC-EP mayores de 60 años acompañados para fortalecer sus capacidades y fomentar su participación en los componentes del programa de reincorporación 2019"; f) Indicador 51 "Porcentaje avance en la construcción e implementación del programa especial de armonización para la reintegración y reincorporación social y económica con enfoque diferencial étnico y de género, de manera conjunta y participativa con las organizaciones y autoridades de los pueblos y grupos étnicos.2019". Adicionalmente, al verificar las evidencias correspondientes al Proyecto "PREVENCIÓN RIESGOS DE VICTIMIZACIÓN Y REINCIDENCIA EN POBLACIÓN EN PROCESO DE REINTEGRACIÓN Y EN REINCORPORACIÓN NACIONAL", se evidencia que: a) en las carpetas compartidas correspondientes a los meses de enero a septiembre no se encuentra evidencia alguna que dé cuenta del avance en el cumplimiento del proyecto; b) en la carpeta correspondiente al mes de octubre se encuentra una (1) carpeta denominada "Soportes Proyecto APAZ" que contiene los archivos: listados de asistencia sin todo su diligenciamiento, archivos que carecen de logo, quien elaboró y quien revisó, y registros fotográficos que no cumplen los lineamientos respectivos. Las anteriores evidencias incumplen con los lineamientos establecidos en el numeral 5.4 (Gestión de Evidencias), literal i (Evidencias propias de la ARN) del Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional (Código N° DE-M-03 fechado en septiembre 10 de 2019 y de Versión N° 7) que indica: [...] Los documentos en Word y Excel deben contener: logo de la entidad, título, fecha de elaboración, nombre de quien elaboró el documento, nombre de quien revisó el documento. En caso de elaborar un documento borrador colocar marca de agua y versión del documento. - Las bases de datos, matrices, entre otros, deben tener encabezado que contenga con el nombre de la Entidad, título del documento, nombre de quien lo elaboró, nombre de quien revisó el documento y fecha de elaboración en la parte inferior del archivo. - En el caso de imágenes como pantallazos, entre otros, deben ser copiados en archivo Word, evidenciando la fecha y relación con la actividad que pretende evidenciar, que puede ser a partir de un título o una descripción sucinta y deben acompañar la lista de asistencia y/o acta de la reunión o actividad en la que se utilizó [...]

| Nro | CAUSA | ACCIÓN |
|-----|-------|--------|
|-----|-------|--------|

"TODA IMPRESIÓN FÍSICA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA DOCUMENTO NO CONTROLADO"

PLAN DE MEJORAMIENTO

No. Plan: **PM-20-00013**

Fecha plan: **2020-06-05 04:37:16 PM**

| | | | |
|------------|--|---|---|
| 1 | a) Debilidad en la validación de los registros y en los soportes cargados de Plan CONPES b) Falta de apropiación de los lineamientos Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional | Definir el procedimiento sobre la validación de evidencias de las acciones CONPES 3931 asignadas a la Subdirección territorial. | <p>Tipo de acción: Correctiva</p> <p>Fecha: 2020-04-20 2020-08-14 <small>Inicio Fin</small></p> <p>Responsable: JENNYFFER DEL PILAR PABON MEDINA</p> |
| Nro | CAUSA | ACCIÓN | |
| 2 | a) Debilidad en la validación de los registros y en los soportes cargados de Plan CONPES b) Falta de apropiación de los lineamientos Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional | Efectuar entrenamientos con apoyo de la Oficina Asesora de Planeación a los responsables de garantizar el cumplimiento del procedimiento definido con apoyo de la Oficina Asesora de Planeación | <p>Tipo de acción: Correctiva</p> <p>Fecha: 2020-04-20 2020-08-14 <small>Inicio Fin</small></p> <p>Responsable: JENNYFFER DEL PILAR PABON MEDINA</p> |
| Nro | CAUSA | ACCIÓN | |
| 3 | a) Debilidad en la validación de los registros y en los soportes cargados de Plan CONPES b) Falta de apropiación de los lineamientos del Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional por parte de los responsables del registro. | Realizar seguimiento y evaluar las actividades realizadas. | <p>Tipo de acción: Correctiva</p> <p>Fecha: 2020-04-20 2020-12-31 <small>Inicio Fin</small></p> <p>Responsable: JENNYFFER DEL PILAR PABON MEDINA</p> |

Anexos:

ACTAS ASOCIADAS

Número(s) de acta:

Elaborado por: