

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCEDIMIENTO	DEPENENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE E/EC
1827	JURÍDICA DE RESTITUCIÓN		CORRECCION	AUDITORIA INTERNA	ABRIL 2017	GJ-201701	GJ-201701A	Incumplimiento Términos artículo 18 del Decreto 1716 de 2009.-a. La fecha de conocimiento de la petición de conciliación en la Unidad no es verificable en todos los casos, toda vez que la fecha de radicación de las solicitudes no se puede evidenciar en todos las peticiones de conciliación, lo que genera que no sea posible realizar la revisión del cumplimiento del término de 15 días establecido en el Decreto 1716 de 2009.	Las solicitudes de conciliación son radicadas por diferentes medios: A través del sistema eKOGUI, correo electrónico o en física. (Se recomienda tener un control para estos tiempos)	Al no ser verificable en todos los casos la fecha de radicación de las solicitudes de conciliación, se manifestará la primera fecha que tenga conocimiento el abogado que adelanta el caso, ya sea la de radicación en EKOGUI, la del correo de notificaciones judiciales, la que envía la DT, o cuando la PGN notifica la citación de la audiencia, haciendo claridad dentro de la ficha q que fecha corresponde.	Dentro de la ficha de comité de conciliación, se incluirá la fecha de conocimiento de la solicitud de conciliación, aclarando si fue por EKOGUI, correo de notificaciones, DT, o directamente por 472	fichas diligenciadas con fecha de presentación	100%	1/05/2017	31/12/2017	35	DIRECCIÓN JURÍDICA DE RESTITUCIÓN
1828	JURÍDICA DE RESTITUCIÓN		CORRECCION	AUDITORIA INTERNA	ABRIL 2017	GJ-201701	GJ-201701B	Incumplimiento Términos artículo 18 del Decreto 1716 de 2009.-Algunos casos estudiados, fueron presentados ante el comité de conciliación con menos de dos días anteriores a la celebración de la audiencia de conciliación, situación que puede generar en el evento que se requiera más información por parte del comité, poca capacidad de reacción frente a cambios o estudios en el caso.	Demoras en el envío de los conceptos y recomendaciones de la Dirección Territorial. Dentro del procedimiento devolución a la Dirección Territorial para complementar ficha o mejorar argumentos. Dificultades en la recolección del material probatorio.	La documentación es enviada por las Direcciones Territoriales con muchos días de posterioridad al nivel central. En algunos casos la entidad solo tiene conocimiento de la citación emitida por la Procuraduría.	exigir el cumplimiento de los términos en las territoriales y en caso de incumplimiento poner en conocimiento a la Secretaría General para que tome las medidas necesarias. Adicionalmente, se está en el proceso de contratación de una empresa que realice la función de dependencia judicial.	# casos presentados ante el Comité de Conciliación dentro del término establecido	100%	1/05/2017	31/12/2017	35	DIRECCIÓN JURÍDICA DE RESTITUCIÓN
1829	JURÍDICA DE RESTITUCIÓN		MEJORA	AUDITORIA INTERNA	ABRIL 2017	GJ-201702	GJ-201702A	Diligenciamiento de Fichas de Estudio de las Solicitudes de Conciliación.- 4.3.1. Información diligenciada en la ficha técnica de conciliación: Respecto del campo denominado "fecha de presentación de la solicitud de conciliación", se evidenció que en los casos estudiados fue diligenciado con criterios diferentes por cada apoderado, puesto que en algunas fichas se indicó la fecha de presentación de la solicitud ante la procuraduría y en otras la fecha de presentación ante la entidad. Esta situación impide controlar de manera efectiva los términos para el estudio de los casos ante el Comité de Conciliación. Espacios sin diligenciar en la ficha de estudio: En 3 de los 29 casos estudiados se evidenció que no se diligenciaron todos los espacios requeridos en la ficha de estudio, principalmente aquellos que hacen referencia a la fecha de estudio en el Comité de Conciliación, fecha programada para la conciliación, y la fecha de solicitud de conciliación.	Debilidades respecto de lineamiento para el diligenciamiento de la ficha técnica de conciliación.	se unificará el criterio entre los abogados responsables de los casos, para que al diligenciar la ficha, no se deje espacios en blanco.	se realizará revisión a cada ficha de comité que se pretende presentar, identificando los espacios en blanco para que el abogado responsable del caso lo diligencie	# de fichas sin espacios en blanco	100%	1/05/2017	31/12/2017	35	DIRECCIÓN JURÍDICA DE RESTITUCIÓN
1830	JURÍDICA DE RESTITUCIÓN		MEJORA	AUDITORIA INTERNA	ABRIL 2017	GJ-201703	GJ-201703A	Asistencia a las Audiencias de Conciliación.- En la muestra revisada correspondiente a 13 expedientes de casos estudiados en Comité de Conciliación en el segundo semestre de 2016, se evidenció un caso en el cual se realizó la citación a conciliación ante dos procuradurías diferentes y por dos predios diferentes a nombre del mismo titular, resaltando que las citaciones contenían idéntica información cambiando únicamente el número de resolución y de Procuraduría. De acuerdo a la entrevista sostenida con la abogada del caso, esta situación generó confusión por lo que solo se asistió a una de las diligencias y se presentó excusa extemporánea ante la Procuraduría no siendo posible fijar nueva fecha, no obstante lo anterior la Procuradora en el acto que niega la fijación de nueva fecha evidenció la situación que dio lugar a la confusión por la presentación de las dos solicitudes.	Confusión por el contenido en los documentos de la citación .	se manifiesta el compromiso de presentar estas situaciones en las próximas sesiones, o demás casos de los cuales existan nuevos hechos, así como socializar con las DT las decisiones tomadas por el Comité de Conciliación.	Socializar con la DTs las decisiones tomadas por el Comité, y en el seguimiento con cada una de ellas a los casos que lo requieran.	# de casos de carácter especiales, estudiados en el Comité / # de casos socializados con las DT	1	1/05/2017	31/12/2017	35	DIRECCIÓN JURÍDICA DE RESTITUCIÓN

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEFINICIÓN	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE	
1831	GESTIÓN JURÍDICA DE RESTITUCIÓN	DIRECCIÓN JURÍDICA DE RESTITUCIÓN	MEJORA	AUDITORÍA INTERNA DE CONTROL INTERNO	ABRIL 2017	GI-201704	Funciones del Comité de Conciliación: Debe realizar seguimiento sobre los procesos encomendados a los abogados .	Tiempo limitado para la celebración de los comité de conciliación.	Para los casos que lo ameriten ya sean por recomendaciones por algún miembro del comité de conciliación o por hechos nuevos que se generen en casos ya estudiados, en sesiones posteriores.	De oficio o a solicitud de parte, se realizará el seguimiento a casos ya expuestos en sesiones anteriores o cuando se presenten nuevos hechos.	# de casos expuesto ante el Comité /# de casos expuesto en el Comité de carácter	1	1/05/2017	31/12/2017	35	DIRECCIÓN JURÍDICA DE RESTITUCIÓN	
1832	REGISTRO	DT MAGDALENA - BARRANQUILLA	CORRECTIVA	AUDITORÍA INTERNA DE CONTROL INTERNO	ABRIL 2017		5.1 Hallazgo 1. Posible copia sin autorización de firma digital y/o suplantación de la firma del(a) Director (a) Territorial que suscribe actos administrativos en la etapa administrativa del proceso de restitución de tierras despojadas. 5.1.1. Presuntas inconsistencias en la suscripción de los actos administrativos del tramite de registro.	Deficiencias en el control y seguimiento por parte de las coordinaciones jurídicas, el área de gestión documental y OTI frente a la generación de actos administrativos la aprobación de la resolución por parte del Director(a) Territorial y la generación de actos administrativos firmados digitales y cargados en el SRTDAF.	En razón que las actuaciones y/o evidencias del hallazgo identifican situaciones con posible incidencias disciplinarias, penales y fiscales, en los actos administrativos firmados se requiere adelantar un plan de verificación de los actos administrativos generados en el año 2016 por la oficina de Barraquilla (resoluciones de prelación, inicio formal de estudio, orden de pruebas, no inicio de estudio, inscripción RTDAF, no inscripción RTDAF y desistimiento) y determinar los actos administrativos donde existan firmas digitales.	Revisión por parte del grupo de gestión documental de la oficina de Barraquilla de los expedientes gestionados y con decisión de fondo en el año 2016 para determinar la cantidad de resoluciones que cuenta con forma digital.	Resoluciones revisadas	#####	1/06/2017	31/08/2017	13	DT ATLÁNTICO	
1833	REGISTRO	DT MAGDALENA - BARRANQUILLA	CORRECTIVA	AUDITORÍA INTERNA DE CONTROL INTERNO	ABRIL 2017		5.1 Hallazgo 1. Posible copia sin autorización de firma digital y/o suplantación de la firma del(a) Director (a) Territorial que suscribe actos administrativos en la etapa administrativa del proceso de restitución de tierras despojadas. 5.1.1. Presuntas inconsistencias en la suscripción de los actos administrativos del tramite de registro.	Deficiencias en el control y seguimiento por parte de las coordinaciones jurídicas, el área de gestión documental y OTI frente a la generación de actos administrativos la aprobación de la resolución por parte del Director(a) Territorial y la generación de actos administrativos firmados digitales y cargados en el SRTDAF.	Posterior al plan de verificación de los actos administrativos generados en el año 2016 por la oficina de Barraquilla informar por medio de memorando interno a la Subdirección y la Secretaría General el total de actos que cuenta con este presunta irregularidad para que se inicien las investigaciones disciplinarias y/o administrativas a que haya lugar.	Elaborar memorando con informe de actos administrativos con presuntas irregularidades en la vigencia 2016.	Memorando	100%	1/09/2017	15/09/2017	2	DT ATLÁNTICO	
1834	REGISTRO	DT MAGDALENA - BARRANQUILLA	PREVENTIVA	AUDITORÍA INTERNA DE CONTROL INTERNO	ABRIL 2017		5.1 Hallazgo 1. Posible copia sin autorización de firma digital y/o suplantación de la firma del(a) Director (a) Territorial que suscribe actos administrativos en la etapa administrativa del proceso de restitución de tierras despojadas. 5.1.2. Inexistencia de control preventivo para minimizar el riesgo por inconsistencia en la suscripción de los actos administrativos	Se presenta deficiente y debiles controles al riesgo denominada "tramite inadecuado y/o irregular del proceso de registro" por la presunta irregularidad en las firmas de algunos fondos suscritos en la oficina de Barraquilla.	Fortalecer el control de riesgo señalado por medio de seguimiento de los actos administrativos de revisión, aprobación, digitalización y cargue de resoluciones en la oficina de Barraquilla.	Revisar y ajustar el flujo de transferencia de los actos administrativos proyectados en la oficina de Barraquilla frente a la revisión, aprobación, digitalización y cargue de resoluciones en la oficina de Barraquilla.	Reunión de seguimiento o actos administrativos	100%	1/06/2017	15/06/2017	2	DT ATLÁNTICO	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE E/EC
1835	REGISTRO	DT MAGDALENA - BARRANQUILLA	PREVENTIVA	AUDITORIA INTERNA	ABRIL 2017			5.2 Hallazgo No. 2. Inexistencia de actos administrativos en original firmados en el tramite procesal de los expedientes del proceso de gestión de restitución de tierras etapa de registro-dirección Territorial Atlantico.	Se identifican en el expediente fisico copias de documentos o con una impresión original pero ninguna tiene firma en original, lo cual se debe a falencias en la conformación y actualización del expediente fisico en claro incumplimiento de la Guía para la conformación y organización de los expedientes de restitución de tierras GD-GU-01 .	Implementar un plan de intervención de expedientes en tramite administrativo para actualizar estos expedientes a los lineamientos de la Guía para la conformación y organización de los expedientes de restitución de tierras GD-GU-01 .	Intervenir con actualización de documentos 152 expedientes identificado en fisico que se encuentra en la oficina de barranquilla.	Expedientes actualizados	152	1/06/2017	31/08/2017	13	DT ATLÁNTICO
1836	REGISTRO	DT MAGDALENA - BARRANQUILLA	PREVENTIVA	AUDITORIA INTERNA	ABRIL 2017			5.3 Hallazgo No. 3. Expedientes Fisicos y digitales del tramite administrativo sin los soportes documentales respectivos y consecutivos a las etapa procesales	Se identifican en el expediente fisico copias de documentos o con una impresión original pero ninguna tiene firma en original, lo cual se debe a falencias en la conformación y actualización del expediente fisico en claro incumplimiento de la Guía para la conformación y organización de los expedientes de restitución de tierras GD-GU-01 .	Implementar un plan de intervención de expedientes en tramite administrativo para actualizar estos expedientes a los lineamientos de la Guía para la conformación y organización de los expedientes de restitución de tierras GD-GU-01 .	Intervenir con actualización de documentos 152 expedientes identificado en fisico y digital que se encuentra en la oficina de barranquilla.	Expedientes actualizados en digital	152	1/06/2017	31/08/2017	13	DT ATLÁNTICO
1850	ESTIQUETADO	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	PREVENTIVA	AUDITORIA INTERNA	ABRIL 2017	6	6,1	se evidencia que en algunos casos se ha tenido acceso publico a la herramienta sivo, generando riesgos de integridad y confidencialidad de la informacion alojada en la aplicación	falta de controles y protocolos de seguridad implementados en el uso de la herramienta	realizar un ajuste en la aplicación para que cumpla con los parametros de seguridad que debe tener un acceso en una pagina web publica y se enmascare el codigo fuente de la misma	trazabilidad de acceso al software a través de los mecanismos de control y seguridad para determinar que acceso publico no autorizado se ha dado	informe del analisis realizado por el oficial de seguridad con la implementación de actividad	1	2/05/2017	30/04/2018	52	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
1851	ESTIQUETADO	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	PREVENTIVA	AUDITORIA INTERNA	ABRIL 2017	12	12.1	Debido a la revisión de eficacia actividad N°12 se puede evidenciar que se materializa de nuevo el acceso a sitios no autorizados por lo cual se abre nueva actividad generando nuevas acciones de mejora que sean efectivas respecto a la causa inicial.	no se previo con antelacion la necesidad de renovacion de la plataforma	Incluir la renovacion del contrato en el plan de adquisiciones	activacion del Firewall con los controles correspondientes	plataforma operativa	1	25/04/2017	15/07/2017	12	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE E/EC	
1882	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	PREVENTIVA	AUDITORÍA INTERNA	ABRIL 2017	6,1	Debido a la revisión de eficacia actividad N°12 se puede evidenciar que se materializa de nuevo el acceso a sitios no autorizados por lo cual se abre nueva actividad generando nuevas acciones de mejora que sean efectivas respecto a la causa inicial.	falta de controles y protocolos de seguridad implementados en el uso de la herramienta	realizar un ajuste en la aplicación para que cumpla con los parámetros de seguridad que debe tener un acceso en una pagina web publica y se enmascare el código fuente de la misma	trazabilidad de acceso al software a través de los mecanismos de control y seguridad para determinar que acceso publico no autorizado se ha dado	informe de trazabilidad	1	2/05/2017	30/09/2017	22	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	
1883	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	PREVENTIVA	AUDITORÍA INTERNA	ABRIL 2017	12,1	Debido a la revisión de eficacia actividad N°12 se puede evidenciar que se materializa de nuevo el acceso a sitios no autorizados por lo cual se abre nueva actividad generando nuevas acciones de mejora que sean efectivas respecto a la causa inicial.	no se previo con antelacion la necesidad de renovacion de la plataforma	incluir la renovacion del contrato en el plan de adquisiciones	activacion del Firewall con los correspondientes	plataforma operativa	1	25/04/2017	15/07/2017	12	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	
1894	ETAPAS JURIDICIALES DE RESTITUCIÓN DE TERRITORIOS ÉTNICOS	DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTNICOS	PREVENTIVA	AUDITORÍA INTERNA	MAYO 2017		Observación No. 1. Inadecuada sustentación e incertidumbre en la viabilidad jurídica de las demandas étnicas por ausencia de identificación física y jurídica del territorio a restituir	Falencias en la identificación física del territorio a restitución respecto a la información catastral.	Revisión y actualización de lineamientos para optimizar la identificación de Territorios Étnicos en procesos de restitución de derechos territoriales	Generar formato ITE actualizado para la optimización de la identificación de Territorios Étnicos en procesos de restitución de derechos territoriales, que recoja directrices sobre identificación de territorios étnicos y afectaciones territoriales	Formato ITE Actualizado	1	7/07/2017	30/09/2017	12	DIRECCIÓN CASTRAL Y DE ANÁLISIS TERRITORIAL	
1895	ETAPAS JURIDICIALES DE RESTITUCIÓN DE TERRITORIOS ÉTNICOS	DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTNICOS	PREVENTIVA	AUDITORÍA INTERNA	MAYO 2017		Observación No. 1. Inadecuada sustentación e incertidumbre en la viabilidad jurídica de las demandas étnicas por ausencia de identificación física y jurídica del territorio a restituir	Falencias en la identificación física del territorio a restitución respecto a la información catastral.	Socializar e implementar directrices actualizadas para identificación de territorios étnicos	Socializar e implementar con equipos étnicos y catastrales de las DT la Directriz Conjunta sobre identificación de territorios étnicos y afectaciones territoriales en procesos de restitución	Talleres	3	7/07/2017	30/09/2017	12	DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTNICOS	
1896	CARRERA DE ASUNTOS ÉTNICOS Y REGISTRO	DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTNICOS	PREVENTIVA	AUDITORÍA INTERNA	MAYO 2017		Obsevacón No. 2. Inadecuada organización de los expedientes étnicos en los trámites administrativo y judicial	Ausencia de un criterio unificado para la conformación de expedientes étnicos.	Generar lineamientos específicos para la gestión documental étnica	Elaborar una guía para la adecuada conformación de los expedientes étnicos	Guía	1	7/07/2017	30/10/2017	16	GRUPO DE GESTIÓN DE SEGUIMIENTO Y OPER	
1897	CARRERA DE ASUNTOS ÉTNICOS Y REGISTRO	DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTNICOS	PREVENTIVA	AUDITORÍA INTERNA	MAYO 2017		Obsevacón No. 2. Inadecuada organización de los expedientes étnicos en los trámites administrativo y judicial	Ausencia de un criterio unificado para la conformación de expedientes étnicos.	Socializar los lineamientos de gestión documental étnica	Socialización con equipos de Asuntos Étnicos y de Gestión Documental de las DT, la guía Documental de expedientes étnicos	Talleres	3	30/10/2017	30/11/2017	4	DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTNICOS	
1898	CARRERA DE ASUNTOS ÉTNICOS Y REGISTRO	DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTNICOS	CORRECTIVA	AUDITORÍA INTERNA	MAYO 2017		Obsevacón No. 2. Inadecuada organización de los expedientes étnicos en los trámites administrativo y judicial	Ausencia de un criterio unificado para la conformación de expedientes étnicos.	Revisión y saneamiento de expedientes en su conformación	Trabajo directo sobre los 16 expedientes por parte de los equipos territoriales étnicos	Informe de revisión de expedientes y saneamiento	16	7/07/2017	30/09/2017	12	DT CAUCA	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEFINICIÓN	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE E/EC	
1899	CARACTERIZACIÓN DE ASUNTOS ÉTICOS	DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTICOS	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	MAYO 2017		Observación No. 2. Inadecuada organización de los expedientes étnicos en los trámites administrativo y judicial	Ausencia de un criterio unificado para la conformación de expedientes étnicos.	Revisión y saneamiento de expedientes en su conformación	1. Revisión de los 24 expedientes étnicos de la Dirección Territorial Meta, que se encuentran en diferentes etapas del proceso administrativo y judicial. 2. Sanear el hallazgo relacionado en el Informe Final de Auditoría de Gestión de Restitución de Derechos Territoriales Étnicos (OCI), consistente en dar una adecuada organización a los expedientes revisados aleatoriamente.	Informe de revisión del total de expedientes étnicos (24)	24	7/07/2017	30/09/2017	12	DT META	
1900	CARACTERIZACIÓN DE ASUNTOS ÉTICOS	DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTICOS	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	MAYO 2017		Observación No. 2. Inadecuada organización de los expedientes étnicos en los trámites administrativo y judicial	Ausencia de un criterio unificado para la conformación de expedientes étnicos.	Revisión y saneamiento de expedientes en su conformación	Revisión de expedientes y saneamiento en su conformación	Informe de revisión de expedientes y saneamiento	22	7/07/2017	30/09/2017	12	DT VALLE DEL CAUCA - CALI	
1901	CARACTERIZACIÓN DE ASUNTOS ÉTICOS	DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTICOS	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	MAYO 2017		Observación No. 2. Inadecuada organización de los expedientes étnicos en los trámites administrativo y judicial	Ausencia de un criterio unificado para la conformación de expedientes étnicos.	Revisión y saneamiento de expedientes en su conformación	Revisión de expedientes y saneamiento en su conformación	Informe de revisión de expedientes y saneamiento	100%	7/07/2017	30/09/2017	12	DT CHOCHO	
1902	CARACTERIZACIÓN DE ASUNTOS ÉTICOS	DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTICOS	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	MAYO 2017		Observación No. 3. Debilidad en la calidad de datos de los casos registrados en el Componente Étnico del SRTDAF	Usuarios asignados sin acceso al módulo.	Asignación de usuarios y actualización de casos	Informe de asignación de usuarios y actualización de casos	Informe de escrito	1	7/07/2017	30/09/2017	12	DT CHOCHO	
1903	CARACTERIZACIÓN DE ASUNTOS ÉTICOS	DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTICOS	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	MAYO 2017		Observación No. 3. Debilidad en la calidad de datos de los casos registrados en el Componente Étnico del SRTDAF	No hay anexos cargados de los casos étnicos.	Desarrollo software	Habilitación de opción de cargue de anexos de procesos de restitución étnicos	Lista de desplegables especial para procesos	1	7/07/2017	30/09/2017	12	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	
1904	CARACTERIZACIÓN DE ASUNTOS ÉTICOS	DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTICOS	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	MAYO 2017		Observación No. 3. Debilidad en la calidad de datos de los casos registrados en el Componente Étnico del SRTDAF	No hay anexos cargados de los casos étnicos.	Realizar mejoras al Componente Étnico del SRTDAF a través de desarrollos de software	Promover el cargue de anexos de casos en el Componente Étnico del SRTDAF	Taller	2	30/09/2017	30/12/2017	13	DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTICOS	
1905	CARACTERIZACIÓN DE ASUNTOS ÉTICOS	DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTICOS	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	MAYO 2017		Hallazgo No. 1. Incumplimiento en la implementación de las acciones a desarrollar previstas en el plan de mejoramiento y actualización de mapas de riesgo a partir de la auditoría realizada por OCI en enero y noviembre de 2015	Mapas de riesgo desactualizados.	Actualizar objetivos del proceso y mapas de riesgo	Actualización de objetivos del proceso y mapas de riesgo conjuntamente con OAP	Documento Objetivos de proceso y mapa de Riesgo Actualizado	1	7/07/2017	14/07/2017	1	DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTICOS	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE E/EC
1915	AT EN CIÓN	SECRETARÍA GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JULIO 2017			<p>Calidad de datos registrados presenta deficiencias en la base de datos del CRM que soporta la administración de las PQRS.</p> <p>Luego de revisar los datos relacionados anteriormente en las Tablas 3, 4 y 5, construidas a partir de las tablas e informes suministrados por Atención al Ciudadano, se identifica que existen inconsistencias substanciales de los campos "número de radiado", "tipo", "tema" y "vencimiento de términos". De acuerdo a la arquitectura de T.I. del GEL y en coherencia con los dominios de información y gestión de la información no se cumplen con los criterios mínimos de calidad de datos.</p> <p>Informe PQRS segundo semestre 2016 Hallazgo. Se evidencia inconsistencia de datos cuantitativos reportados a Diciembre 2016, según reportes estadísticos publicados en la Web de la URT, reportando un total de 20.006 PQRS para la respectiva vigencia, y en Noviembre se reporta un acumulado de 18.844 PQRS; la diferencia de Noviembre a Diciembre es de 1.162 PQRS. Sin embargo, en el mes de diciembre según información del reporte de gestión se reportan 1.602 PQRS; en tanto existe una diferencia de 440 PQRS.</p> <p>Informe PQRS primer semestre 2017 Observación. Cambios de tipologías asociadas a las PQRS de un periodo a otro</p>	Se evidencian debilidades en la parametrización de la información a través del CRM que permita un registro adecuado de las PQRS.	Definir controles que permitan establecer la calidad de datos de la información suministrada por el Contact Center	Determinar el estado de la calidad de datos de las PQRS en el Sistema CRM.	Informe de calidad de diagnóstico de la calidad de datos con los necesarios para el aseguramiento de calidad.	1	1/09/2017	30/09/2017	4	SECRETARÍA GENERAL
1916	AT EN CIÓN	SECRETARÍA GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JULIO 2017			<p>Calidad de datos registrados presenta deficiencias en la base de datos del CRM que soporta la administración de las PQRS.</p> <p>Luego de revisar los datos relacionados anteriormente en las Tablas 3, 4 y 5, construidas a partir de las tablas e informes suministrados por Atención al Ciudadano, se identifica que existen inconsistencias substanciales de los campos "número de radiado", "tipo", "tema" y "vencimiento de términos". De acuerdo a la arquitectura de T.I. del GEL y en coherencia con los dominios de información y gestión de la información no se cumplen con los criterios mínimos de calidad de datos.</p> <p>Informe PQRS segundo semestre 2016 Hallazgo. Se evidencia inconsistencia de datos cuantitativos reportados a Diciembre 2016, según reportes estadísticos publicados en la Web de la URT, reportando un total de 20.006 PQRS para la respectiva vigencia, y en Noviembre se reporta un acumulado de 18.844 PQRS; la diferencia de Noviembre a Diciembre es de 1.162 PQRS. Sin embargo, en el mes de diciembre según información del reporte de gestión se reportan 1.602 PQRS; en tanto existe una diferencia de 440 PQRS.</p> <p>Informe PQRS primer semestre 2017 Observación. Cambios de tipologías asociadas a las PQRS de un periodo a otro</p>	Se encontraron fallas en la revisión y verificación de la información suministrada por el Contact Center en lo relacionado con el trámite de las PQRS que efecta en la calidad y análisis de la información presentada a través de informes.	Definir controles que permitan establecer la calidad de datos de la información suministrada por el Contact Center	Desarrollar e implementar el uso controles de digitalización en los campos de captura de los datos aplicados a la gestión del proceso de PQRS	Acta de validación de implementación con los controles requeridos.	1	1/09/2017	30/09/2017	4	SECRETARÍA GENERAL
1917	AT EN CIÓN	SECRETARÍA GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JULIO 2017			<p>Calidad de datos registrados presenta deficiencias en la base de datos del CRM que soporta la administración de las PQRS.</p> <p>Luego de revisar los datos relacionados anteriormente en las Tablas 3, 4 y 5, construidas a partir de las tablas e informes suministrados por Atención al Ciudadano, se identifica que existen inconsistencias substanciales de los campos "número de radiado", "tipo", "tema" y "vencimiento de términos". De acuerdo a la arquitectura de T.I. del GEL y en coherencia con los dominios de información y gestión de la información no se cumplen con los criterios mínimos de calidad de datos.</p> <p>Informe PQRS segundo semestre 2016 Hallazgo. Se evidencia inconsistencia de datos cuantitativos reportados a Diciembre 2016, según reportes estadísticos publicados en la Web de la URT, reportando un total de 20.006 PQRS para la respectiva vigencia, y en Noviembre se reporta un acumulado de 18.844 PQRS; la diferencia de Noviembre a Diciembre es de 1.162 PQRS. Sin embargo, en el mes de diciembre según información del reporte de gestión se reportan 1.602 PQRS; en tanto existe una diferencia de 440 PQRS.</p> <p>Informe PQRS primer semestre 2017 Observación. Cambios de tipologías asociadas a las PQRS de un periodo a otro</p>	Se encontraron fallas en la revisión y verificación de la información suministrada por el Contact Center en lo relacionado con el trámite de las PQRS que efecta en la calidad y análisis de la información presentada a través de informes.	Definir controles que permitan establecer la calidad de datos de la información suministrada por el Contact Center	Revisar y el análisis de los datos que suministren a la entidad a través del aplicativo CRM con el fin de garantizar la confiabilidad de la información generada.	Informe de verificación de la calidad de datos de la información reportada a través del aplicativo CRM con los controles implementados.	4	1/09/2017	31/12/2017	17	SECRETARÍA GENERAL
1918	AT EN CIÓN	SECRETARÍA GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JULIO 2017			<p>Calidad de datos registrados presenta deficiencias en la base de datos del CRM que soporta la administración de las PQRS.</p> <p>Luego de revisar los datos relacionados anteriormente en las Tablas 3, 4 y 5, construidas a partir de las tablas e informes suministrados por Atención al Ciudadano, se identifica que existen inconsistencias substanciales de los campos "número de radiado", "tipo", "tema" y "vencimiento de términos". De acuerdo a la arquitectura de T.I. del GEL y en coherencia con los dominios de información y gestión de la información no se cumplen con los criterios mínimos de calidad de datos.</p> <p>Informe PQRS segundo semestre 2016 Hallazgo. Se evidencia inconsistencia de datos cuantitativos reportados a Diciembre 2016, según reportes estadísticos publicados en la Web de la URT, reportando un total de 20.006 PQRS para la respectiva vigencia, y en Noviembre se reporta un acumulado de 18.844 PQRS; la diferencia de Noviembre a Diciembre es de 1.162 PQRS. Sin embargo, en el mes de diciembre según información del reporte de gestión se reportan 1.602 PQRS; en tanto existe una diferencia de 440 PQRS.</p> <p>Informe PQRS primer semestre 2017 Observación. Cambios de tipologías asociadas a las PQRS de un periodo a otro</p>	Se encontraron fallas en la revisión y verificación de la información suministrada por el Contact Center en lo relacionado con el trámite de las PQRS que efecta en la calidad y análisis de la información presentada a través de informes.	Definir controles que permitan establecer la calidad de datos de la información suministrada por el Contact Center	Verificar previa publicación de información la coincidencia de los reportes con las cifras oficiales.	Lista de chequeo de controles establecidos	4	1/09/2017	31/12/2017	17	SECRETARÍA GENERAL

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEFINICIÓN	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE
1919	ATENCIÓN	SECRETARÍA GENERAL ADONIA	CORRECTIVA	AUDIENCIA INTERNA	JULIO 2017			<p>Calidad de datos registrados presenta deficiencias en la base de datos del CRM que soporta la administración de las PQRS.</p> <p>Luego de revisar los datos relacionados anteriormente en las Tablas 3, 4 y 5, construidas a partir de las tablas e informes suministrados por Atención al Ciudadano, se identifica que existen inconsistencias substanciales de los campos "número de radicado", "tipo", "tema" y "vencimiento de términos". De acuerdo a la arquitectura de T.I. del GEL y en coherencia con los dominios de información y gestión de la información no se cumplen con los criterios mínimos de calidad de datos.</p> <p>Informe PQRS segundo semestre 2016 Hallazgo. Se evidencia inconsistencia de datos cuantitativos reportados a Diciembre 2016, según reportes estadísticos publicados en la Web de la URT, reportando un total de 20.006 PQRS para la respectiva vigencia, y en Noviembre se reporta un acumulado de 18.844 PQRS; la diferencia de Noviembre a Diciembre es de 1.162 PQRS. Sin embargo, en el mes de diciembre según información del reporte de gestión se reportan 1.602 PQRS; en tanto existe una diferencia de 440 PQRS.</p> <p>Informe PQRS primer semestre 2017 Observacion. Cambios de tipologías asociadas a las PQRS de un periodo a otro</p>	Se encontraron fallas en la revisión y verificación de la información suministrada por el Contact Center en lo relacionado con el trámite de las PQRS que afecta en la calidad y análisis de la información presentada a través de informes.	Definir controles que permitan establecer la calidad de datos de la información suministrada por el Contact Center	Realizar capacitación para los agentes al servicio de la Unidad (procedimiento para el trámite, clasificación de las PQRS, entre otros), con las actividades realizadas de acuerdo a lo estipulado en el contrato.	Plan de Trabajo con cronograma de Capacitación	1	1/09/2017	31/12/2017	17	SECRETARÍA GENERAL
1920	ATENCIÓN	SECRETARÍA GENERAL ADONIA	CORRECTIVA	AUDIENCIA INTERNA	JULIO 2017			<p>Incumplimiento legal en respuesta a las peticiones que ingresan a la Unidad.</p> <p>En atención al análisis de las PQRS recibidas del 20 de Diciembre de 2016 al 30 de Marzo de 2017 y en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 14 de la Ley 1755 de 2015 en "donde se definen los términos para resolver las distintas modalidades de peticiones", se encuentra que de las 5.326:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.155 PQRS, dieron respuesta en términos de ley, lo cual equivale a un 40.46%. • 3.171 PQRS están fuera de los términos establecidos, equivalente a un 59.54% desagregados de la siguiente manera: 2.460 PQRS cuentan con respuesta fuera de términos. 711 PQRS están sin fecha de radicado para cierre y se encuentran fuera de término para dar respuesta. <p>A pesar que el Proceso define en el mapa de riesgos, como control la aplicación del Procedimiento "AC-PR-01 Respuesta a PQRS y Denuncias", "GJ-PT-01 Atención y Gestión de Peticiones ante la UAEGRT y Acciones de Tutela Instauradas contra la Unidad", además del uso del CRM como herramienta de gestión; se evidencia que el seguimiento al cumplimiento de respuesta de las PQRS asignadas a Orden Nacional y territorial no es eficaz</p> <p>Informe PQRS segundo semestre 2016 Hallazgo. Se presentan 6.520 respuestas a PQRS fuera de los términos establecido en el Artículo 14 de la Ley 1755 de 2015 en donde se definen los términos para resolver las distintas modalidades de peticiones y el procedimiento interno AC-PR-01 respuesta a PQRS y denuncias.</p> <p>Informe PQRS primer semestre 2017 Se reitera la materialización del riesgo "Incumplimiento en la respuesta de PQRS y denuncias" equivalente a un 54,81%</p>	Falta de control por parte de las dependencias responsables de realizar la contestación de las PQRS en cumplimiento de la ley 1755 de 2015.	Crear y fortalecer los controles del proceso con el fin de hacer un monitoreo y seguimiento efectivo a la respuesta de las PQRS a las dependencias de la Unidad de acuerdo a la normatividad vigente.	Presentar en el Comité de Desarrollo Administrativo cifras de la gestión de las PQRS con el respectivo cumplimiento de términos de respuesta para la toma de decisiones.	Acta Comité de Desarrollo Administrativo	4	1/09/2017	31/12/2017	17	SECRETARÍA GENERAL
1921	ATENCIÓN	SECRETARÍA GENERAL ADONIA	CORRECTIVA	AUDIENCIA INTERNA	JULIO 2017			<p>Incumplimiento legal en respuesta a las peticiones que ingresan a la Unidad.</p> <p>En atención al análisis de las PQRS recibidas del 20 de Diciembre de 2016 al 30 de Marzo de 2017 y en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 14 de la Ley 1755 de 2015 en "donde se definen los términos para resolver las distintas modalidades de peticiones", se encuentra que de las 5.326:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.155 PQRS, dieron respuesta en términos de ley, lo cual equivale a un 40.46%. • 3.171 PQRS están fuera de los términos establecidos, equivalente a un 59.54% desagregados de la siguiente manera: 2.460 PQRS cuentan con respuesta fuera de términos. 711 PQRS están sin fecha de radicado para cierre y se encuentran fuera de término para dar respuesta. <p>A pesar que el Proceso define en el mapa de riesgos, como control la aplicación del Procedimiento "AC-PR-01 Respuesta a PQRS y Denuncias", "GJ-PT-01 Atención y Gestión de Peticiones ante la UAEGRT y Acciones de Tutela Instauradas contra la Unidad", además del uso del CRM como herramienta de gestión; se evidencia que el seguimiento al cumplimiento de respuesta de las PQRS asignadas a Orden Nacional y territorial no es eficaz</p> <p>Informe PQRS segundo semestre 2016 Hallazgo. Se presentan 6.520 respuestas a PQRS fuera de los términos establecido en el Artículo 14 de la Ley 1755 de 2015 en donde se definen los términos para resolver las distintas modalidades de peticiones y el procedimiento interno AC-PR-01 respuesta a PQRS y denuncias.</p> <p>Informe PQRS primer semestre 2017 Se reitera la materialización del riesgo "Incumplimiento en la respuesta de PQRS y denuncias" equivalente a un 54,81%</p>	Falta de control por parte de las dependencias responsables de realizar la contestación de las PQRS en cumplimiento de la ley 1755 de 2015.	Fortalecer los controles del proceso con el fin de hacer un monitoreo y seguimiento efectivo a la respuesta de las PQRS a las dependencias de la Unidad de acuerdo a la normatividad vigente.	Enviar comunicado del estado de la gestión de las PQRS a nivel central y territorial con copia a la Subdirección General, Dirección General y Secretaría General que permita la toma de decisiones correspondiente en la gestión de las áreas involucradas.	Comunicados internos (Físico o correo electrónico)	4	1/09/2017	31/12/2017	17	SECRETARÍA GENERAL
1922	ATENCIÓN	SECRETARÍA GENERAL ADONIA	CORRECTIVA	AUDIENCIA INTERNA	JULIO 2017			<p>Incumplimiento legal en respuesta a las peticiones que ingresan a la Unidad.</p> <p>En atención al análisis de las PQRS recibidas del 20 de Diciembre de 2016 al 30 de Marzo de 2017 y en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 14 de la Ley 1755 de 2015 en "donde se definen los términos para resolver las distintas modalidades de peticiones", se encuentra que de las 5.326:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.155 PQRS, dieron respuesta en términos de ley, lo cual equivale a un 40.46%. • 3.171 PQRS están fuera de los términos establecidos, equivalente a un 59.54% desagregados de la siguiente manera: 2.460 PQRS cuentan con respuesta fuera de términos. 711 PQRS están sin fecha de radicado para cierre y se encuentran fuera de término para dar respuesta. <p>A pesar que el Proceso define en el mapa de riesgos, como control la aplicación del Procedimiento "AC-PR-01 Respuesta a PQRS y Denuncias", "GJ-PT-01 Atención y Gestión de Peticiones ante la UAEGRT y Acciones de Tutela Instauradas contra la Unidad", además del uso del CRM como herramienta de gestión; se evidencia que el seguimiento al cumplimiento de respuesta de las PQRS asignadas a Orden Nacional y territorial no es eficaz</p> <p>Informe PQRS segundo semestre 2016 Hallazgo. Se presentan 6.520 respuestas a PQRS fuera de los términos establecido en el Artículo 14 de la Ley 1755 de 2015 en donde se definen los términos para resolver las distintas modalidades de peticiones y el procedimiento interno AC-PR-01 respuesta a PQRS y denuncias.</p> <p>Informe PQRS primer semestre 2017 Se reitera la materialización del riesgo "Incumplimiento en la respuesta de PQRS y denuncias" equivalente a un 54,81%</p>	Falta de seguimiento a los términos de respuesta de las PQRS; así como falta de control por parte de las dependencias responsables de realizar la contestación en cumplimiento en la respuesta en términos de la ley 1755 de 2015.	Fortalecer los controles del proceso con el fin de hacer un monitoreo y seguimiento efectivo a la respuesta de las PQRS a las dependencias de la Unidad de acuerdo a la normatividad vigente.	Formular e implementar plan de choque con las dependencias que presentan alta criticidad en la gestión de las PQRS.	Plan de Choque e Implementado	1	1/09/2017	30/11/2017	13	SECRETARÍA GENERAL

ÍTEM	1. IDENTIFICACIÓN						DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	3. PLAN DE ACCIÓN					PLAZO SE	RESPONSABLE E/EC
	PR OC ES O	DEP EN CI A	TIPO DE ACCI ON	FU EN TE	FEC HA	CÓ DI GO					CÓDI GO DE ACTIVIDA D	UNID AD DE MEDI DA	CANT IDAD DE UNID ADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACI ON		
1923	AT EN CI ON	SECRETARÍA GENERAL AD AN IA	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JULIO 2017		<p>Incumplimiento legal en respuesta a las peticiones que ingresan a la Unidad.</p> <p>En atención al análisis de las PQRS recibidas del 20 de Diciembre de 2016 al 30 de Marzo de 2017 y en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 14 de la Ley 1755 de 2015 en "donde se definen los términos para resolver las distintas modalidades de peticiones", se encuentra que de las 5.326 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.155 PQRS, dieron respuesta en términos de ley, lo cual equivale a un 40.46%. • 3.171 PQRS están fuera de los términos establecidos, equivalente a un 59.54% desagregados de la siguiente manera: 2.460 PQRS cuentan con respuesta fuera de términos. 711 PQRS están sin fecha de radicado para cierre y se encuentran fuera de término para dar respuesta. <p>A pesar que el Proceso define en el mapa de riesgos, como control la aplicación del Procedimiento "AC-PR-01 Respuesta a PQRS y Denuncias", "GJ-PT-01 Atención y Gestión de Peticiones ante la UAEGRT y Acciones de Tutela Instauradas contra la Unidad", además del uso del CRM como herramienta de gestión; se evidencia que el seguimiento al cumplimiento de respuesta de las PQRS asignadas a Orden Nacional y territorial no es eficaz</p> <p>Informe PQRS segundo semestre 2016 Hallazgo. Se presentan 6.520 respuestas a PQRS fuera de los términos establecido en el Artículo 14 de la Ley 1755 de 2015 en donde se definen los términos para resolver las distintas modalidades de peticiones y el procedimiento interno AC-PR-01 respuesta a PQRS y denuncias.</p> <p>Informe PQRS primer semestre 2017 Se reitera la materialización del riesgo "Incumplimiento en la respuesta de PQRS y denuncias" equivalente a un 54,81%</p>	Falta de seguimiento a los términos de respuesta de las PQRS; así como falta de control por parte de las dependencias responsables de realizar la constatación en cumplimiento en la respuesta en términos de la ley 1755 de 2015.	Fortalecer los controles del proceso con el fin de hacer un monitoreo y seguimiento efectivo a la respuesta de las PQRS a las dependencias de la Unidad de acuerdo a la normatividad vigente.	Actualizar controles asociados al riesgo, dada su materialización.	Mapa de Riesgos Actualizado	1	1/09/2017	30/09/2017	4	SECRETARÍA GENERAL	
1924	AT EN CI ON	SECRETARÍA GENERAL AD AN IA	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JULIO 2017		<p>No hay homogeneidad en criterios técnicos sobre el tratamiento de una PQRS asociado a un expediente de Restitución de Tierras</p> <p>Una vez revisados los lineamientos aplicables al tratamiento de las PQRS asociados a un expediente del Proceso de Atención al Ciudadano y el Proceso de Gestión Documental, se encontró:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memorando GSOA N° 2003 del 28 de diciembre de 2016, se indica que se entrega copia de la respuesta • Procedimiento "AC-PR-01 Procedimiento Respuesta a PQRS y denuncias" en la Actividad N°28 archivar el original de la respuesta de la PQRS y/o denuncia en el respectivo expediente de restitución. <p>Se tomó una muestra de las PQRS llegadas a la unidad contenidas en la base de PQRS del 1 de Julio a 24 de Diciembre de 2016 en las Direcciones Territoriales de Bogotá, en Santander y Magdalena Medio –Barrancabermeja- y en Norte de Santander – Cúcuta.-De la tipología seleccionada filtrando por el campo "Información", y los temas a. Solicitudes de estado actual del trámite de inscripción y b. Solicitudes de Restitución de tierras; fueron utilizados con el fin de obtener evidencia de "Archivar el original de la respuesta a la PQRS y/o denuncia en el respectivo expediente de restitución".</p>	Falta de criterios claros dentro del procedimiento AC-PR-01 que permitan el archivo de las PQRS de manera correcta.	Actualizar Lineamientos de la Administración de las PQRS en coherencia con los del Proceso de Gestión Documental, asociados al expediente de Restitución de Tierras.	Detallar en el Procedimiento AC-PR-01, en el expediente de Restitución de Tierras debe existir la PQRS de entrada (original) y salida (copia).	Procedimiento Actualizado	1	1/09/2017	30/09/2017	4	SECRETARÍA GENERAL	
1925	AT EN CI ON	SECRETARÍA GENERAL AD AN IA	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JULIO 2017		<p>No hay homogeneidad en criterios técnicos sobre el tratamiento de una PQRS asociado a un expediente de Restitución de Tierras</p> <p>Una vez revisados los lineamientos aplicables al tratamiento de las PQRS asociados a un expediente del Proceso de Atención al Ciudadano y el Proceso de Gestión Documental, se encontró:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memorando GSOA N° 2003 del 28 de diciembre de 2016, se indica que se entrega copia de la respuesta • Procedimiento "AC-PR-01 Procedimiento Respuesta a PQRS y denuncias" en la Actividad N°28 archivar el original de la respuesta de la PQRS y/o denuncia en el respectivo expediente de restitución. <p>Se tomó una muestra de las PQRS llegadas a la unidad contenidas en la base de PQRS del 1 de Julio a 24 de Diciembre de 2016 en las Direcciones Territoriales de Bogotá, en Santander y Magdalena Medio –Barrancabermeja- y en Norte de Santander – Cúcuta.-De la tipología seleccionada filtrando por el campo "Información", y los temas a. Solicitudes de estado actual del trámite de inscripción y b. Solicitudes de Restitución de tierras; fueron utilizados con el fin de obtener evidencia de "Archivar el original de la respuesta a la PQRS y/o denuncia en el respectivo expediente de restitución".</p>	Falta de criterios claros dentro del procedimiento AC-PR-01 que permitan el archivo de las PQRS de manera correcta.	Actualizar Lineamientos de la Administración de las PQRS en coherencia con los del Proceso de Gestión Documental, asociados al expediente de Restitución de Tierras.	Socializar el procedimiento AC-PR-01 actualizado	Cronograma de Socialización	Implementado	1	1/10/2017	31/10/2017	4	SECRETARÍA GENERAL
1926	AT EN CI ON	SECRETARÍA GENERAL AD AN IA	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JULIO 2017		<p>No se deja constancia de las peticiones presentadas por los solicitantes verbalmente llegadas a la URT.</p> <p>En entrevista realizada en las Direcciones Territoriales de Bogotá, Santander y Magdalena Medio –Barrancabermeja- y Norte de Santander – Cúcuta-, se evidencia que los colaboradores de Atención al Ciudadano desconocen los lineamientos internos, los mecanismos e instrumentos que permitan dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 2.2.3.12.3. Presentación y radicación de peticiones verbales Decreto 1166 de 2016.</p> <p>La Unidad, en la Resolución N° 475 del 20 de Mayo de 2013 establece el reglamento para el trámite interno de las PQRS, sin embargo con la entrada en vigencia del Decreto 1166 de 2016 y el término de implementación o adecuación de reglamentos internos para la actualización implementación debió darse a más tardar el 30 de enero de 2017</p>	Falta de conocimiento de los cambios normativos asociados a la administración de las PQRS, especialmente los relacionados con la recepción de peticiones verbales con base en el Decreto 1166 de 2016.	Actualizar y socializar los documentos del SIG asociados a la gestión PQRS.	Realizar la actualización de documentos del SIG asociados al procedimiento de PQRS; así como el normograma del proceso	Procedimiento Actualizado	Normograma Actualizado	1	1/09/2017	30/09/2017	4	SECRETARÍA GENERAL

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE	
1927	ATENCIONES	SECRETARÍA GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JULIO 2017		<p>No se deja constancia de las peticiones presentadas por los solicitantes verbalmente llegadas a la URT.</p> <p>En entrevista realizada en las Direcciones Territoriales de Bogotá, Santander y Magdalena Medio –Barrancabermeja- y Norte de Santander – Cúcuta-, se evidencia que los colaboradores de Atención al Ciudadano desconocen los lineamientos internos, los mecanismos e instrumentos que permitan dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 2.2.3.12.3. Presentación y radicación de peticiones verbales Decreto 1166 de 2016.</p> <p>La Unidad, en la Resolución N° 475 del 20 de Mayo de 2013 establece el reglamento para el trámite interno de las PQRS, sin embargo con la entrada en vigencia del Decreto 1166 de 2016 y el término de implementación o adecuación de reglamentos internos para la actualización e implementación debió darse a más tardar el 30 de enero de 2017</p>	Falta de conocimiento de los cambios normativos asociados a la administración de las PQRS, especialmente los relacionados con la recepción de peticiones verbales con base en el Decreto 1166 de 2016.	Actualizar y socializar los documentos del SIG asociados a la gestión PQRS.	Socializar de la documentación actualizada en el SIG	Cronograma de Socialización	1	1/10/2017	31/10/2017	4	SECRETARÍA GENERAL	
1928	ATENCIONES	SECRETARÍA GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JULIO 2017		<p>Incumplimiento Especificaciones Técnicas de Perfiles de los Agentes.</p> <p>De acuerdo a la relación de agentes y descripción del cargo y hojas de vida entregadas por el proveedor se evidencia incumplimiento de requisitos de Educación de los agentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un Perfil de Agente Especializado con N° Identificación 80832652 • Un Agente Técnico con N° Identificación 1032463183 	Falta de validación de los requisitos determinados en el Acuerdo Marco de Precios suscrito con el Contact Center (Orden de Compra 12916 de 2016), en lo relacionado con el personal requerido, que permita la adecuada operación de los canales de atención.	Fortalecer el ejercicio de supervisor del contrato asociados a la Administración de las PQRS	Realizar en el marco de las MAS mesas de seguimiento a la ejecución de la Orden de Compra 12916 de 2016.	Actas de Reunión enfor mes de ejecución	2	1/09/2017	31/12/2017	17	SECRETARÍA GENERAL	
1929	ATENCIONES	SECRETARÍA GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JULIO 2017		<p>Incumplimiento al derecho de acceso a la información pública (Registro público de derechos de petición), seguimiento y trazabilidad de las solicitudes de un ciudadano.</p> <p>La unidad no dispone de un registro público organizado de los derechos de petición en atención a una información mínima relacionada que le permita al ciudadano hacer consulta y seguimiento soportado en el Numeral 3 de la Circular Externa N° 001 del 2011 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional.</p> <p>El ciudadano que ingresa a consultar la petición a través de la página web no logra acceder al Sistema de Peticiones, quejas, reclamos y denuncias, dado que al hacer clic no encuentra la URL en el servidor relacionado; la URL https://www.restituciondeltierras.gov.co/es/web/guest/pqrsd, en el desplegable de Atención al Ciudadano, existe un botón "Consulte su petición" que está truncado y direcciona al operador anterior en la dirección www.millennium.com.co Port 80 y que no tiene relación contractual desde el 24 de diciembre de 2016.</p>	Falta de seguimiento y articulación interna que permita el adecuado funcionamiento de las herramientas tecnológicas dispuestas para la consulta de las PQRS por parte de los ciudadanos.	Revisar constantemente los Links asociados al micrositio de atención al Ciudadano en la WEB	Construir Informe de verificación en donde se evidencie el adecuado funcionamiento del micrositio de atención al ciudadano en la Web.	Informe de Habilitación	1	1/09/2017	30/09/2017	4	SECRETARÍA GENERAL	
1930	ATENCIONES	SECRETARÍA GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JULIO 2017		<p>Incumplimiento Habeas Data</p> <p>Actualmente se recolecta en procesadores de palabra (Word, notepad) de los equipos de escritorio de las territoriales como procedimiento intermedio de captura de datos y se almacena información personal por fuera del sistema de dispuesto para el tratamiento de la misma. Esos datos quedan almacenados en los equipos de los profesionales de atención al ciudadano sin la debida autorización y la seguridad apropiada para dichas acciones. Se presenta incumplimiento de la Ley 1581 de 2012 (Habeas Data), la cual indica que no se debe almacenar y procesar información personal sin autorización directa del ciudadano. También en el marco del aseguramiento de la información, tanto en el flujo como en su almacenamiento, se evidencia que no existen los medios de almacenamiento, ni los controles que permitan asegurar que esa información es almacenada en medios permanentes. A pesar que el registro de los datos es en una plataforma web, se debe tener backup del sistema para asegurar la trazabilidad de la operación y gestión. Debido a esto se pueden presentar demandas civiles y penales en contra de la unidad si se hace evidente que esa información está almacenada sin la debida autorización del ciudadano y sin el aseguramiento de la misma cumpliendo con los estándares mínimos requeridos por la ley.</p>	Fallas en el funcionamiento del aplicativo CRM que permita el adecuado registro y control de las PQRS; así como el aseguramiento de la información.	Fortalecer el proceso de monitoreo al funcionamiento del aplicativo CRM que permita garantizar el trámite de las PQRS a nivel nacional.	Realizar monitoreos periódicos en acompañamiento de la Oficina de Tecnologías de la Información al funcionamiento del CRM que permita evidenciar de manera temprana las posibles fallas que impidan el adecuado funcionamiento de la plataforma.	Informe de Monitoreo	4	1/09/2017	31/12/2017	17	SECRETARÍA GENERAL	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEFINICIÓN	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE
1931	ATENCIÓN AL CIUDADANO	SECRETARÍA GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JULIO 2017			<p>Incumplimiento Habeas Data</p> <p>Actualmente se recolecta en procesadores de palabra (Word, notepad) de los equipos de escritorio de las territoriales como procedimiento intermedio de captura de datos y se almacena información personal por fuera del sistema de dispuesto para el tratamiento de la misma. Esos datos quedan almacenados en los equipos de los profesionales de atención al ciudadano sin la debida autorización y la seguridad apropiada para dichas acciones. Se presenta incumplimiento de la Ley 1581 de 2012 (Habeas Data), la cual indica que no se debe almacenar y procesar información personal sin autorización directa del ciudadano. También en el marco del aseguramiento de la información, tanto en el flujo como en su almacenamiento, se evidencia que no existen los medios de almacenamiento, ni los controles que permitan asegurar que esa información es almacenada en medios permanentes. A pesar que el registro de los datos es en una plataforma web, se debe tener backup del sistema para asegurar la trazabilidad de la operación y gestión. Debido a esto se pueden presentar demandas civiles y penales en contra de la unidad si se hace evidente que esa información está almacenada sin la debida autorización del ciudadano y sin el aseguramiento de la misma cumpliendo con los estándares mínimos requeridos por la ley.</p>	Fallas en el funcionamiento del aplicativo CRM que permita el adecuado registro y control de las PQRS; así como el aseguramiento de la información.	Fortalecer a los colaboradores en el manejo de la plataforma de gestión de PQRS que permita el correcto trámite por medio del sistema.	Socializar el manejo de la plataforma para la gestión de PQRS.	Cronograma de Socialización	1	1/09/2017	30/09/2017	4	SECRETARÍA GENERAL
1932	ATENCIÓN AL CIUDADANO	SECRETARÍA GENERAL	PREVENTIVA	AUDITORIA INTERNA	JULIO 2017			<p>Oportunidad en las Capacitaciones a los agentes vinculados a la operación de la URT.</p> <p>La unidad como entidad contratante del servicio de centro de contacto y con el fin de garantizar la oportunidad en la entrega de información a los agentes que soportan la operación, se hace preciso que las acciones programadas por el proveedor se ejecuten al inicio de la ejecución del mismo. Dicha capacitación debe permitir obtener evidencia suficiente de los temas y resultados de la apropiación del contenido. Algunos de los riesgos que puedan presentarse son: Afectación en la credibilidad e imagen institucional, deficientes políticas de operación, pérdida económica, llamados de atención, insatisfacción del usuario, entre otros.</p>	Falta de registro documental de los procesos de capacitaciones y evaluación realizadas a los agentes vinculados a la operación del Contact Center.	Solicitar al Contact Center la estrategia de capacitación que se efectúe desde la ejecución del acuerdo marco que contemple el cumplimiento del plan.	Verificar el cumplimiento de la estrategia de Capacitación de acuerdo a lo establecido en las obligaciones del proveedor dentro del alcance del contrato	Informe de seguimiento o resultados	1	1/09/2017	30/11/2017	13	SECRETARÍA GENERAL
1933	ATENCIÓN AL CIUDADANO	SECRETARÍA GENERAL	PREVENTIVA	AUDITORIA INTERNA	JULIO 2017			<p>Mejoras en la aplicación de los criterios del marco de interoperabilidad de la arquitectura de TI.</p> <p>En la actualidad existe una serie de políticas y principios descritos por MINTIC que hacen referencia a la arquitectura de TI en función del intercambio eficiente y seguro de la información, además de un conjunto de recomendaciones, protocolos, estándares y guías metodológicas necesarias para que las entidades compartan información a través de servicios de intercambio de información, estas con el propósito de facilitar la prestación de sus servicios a los ciudadanos, empresas y otras entidades públicas, lo descrito anteriormente no es evidente al interior de los sistemas de información que están involucrados en el proceso de Atención al Ciudadano (DOCMA, CRM), como el manejo de identificadores únicos, ejemplo el número de la cédula o registro catastral entre otros. "Es necesario que cada entidad publique sus servicios de intercambio de información en un directorio común de servicios. Este directorio, al actuar como mecanismo agrupador de la especificación de los servicios de intercambio de información en las entidades, permitirá que sus usuarios encuentren rápidamente la información que ofrecen las demás entidades, de manera que puedan consumirla cuando ésta sea requerida y de la forma que haya especificado cada entidad"</p>	Falta de articulación interna que permita el cumplimiento de los criterios de interoperabilidad establecidos por el Ministerio de Tecnologías de la Información (Mintic), además de una inadecuada planeación y gestión de los Sistemas de Información (misional, de apoyo, estratégico) de la Unidad.	Unificación de criterios que permitan la correcta interoperabilidad entre el aplicativo DOCMA y el CRM suministrado a través del Contact Center.	Estabilización del sistema DOCMA que permita el correcto trámite y seguimiento a las PQRS.	Sistema Estabilizado	1	1/09/2017	31/12/2017	17	SECRETARÍA GENERAL
1934	ATENCIÓN AL CIUDADANO	SECRETARÍA GENERAL	PREVENTIVA	AUDITORIA INTERNA	JULIO 2017			<p>Políticas Internas de desarrollo seguro y medidas de protección de datos.</p> <p>En la verificación realizada en la red y los equipos que operan los usuarios de atención al ciudadano, se pudo evidenciar que en ellos no estaban habilitados los parámetros mínimos de protección perimetral, debido a la pérdida de vigencia del servicio de firewall de la Unidad, esta situación no tendría coherencia con la definición y lo estipulado en las Políticas complementarias de seguridad y privacidad publicadas y aprobadas en la URT; lo anterior, impacta directamente a la operación del proceso, la integridad y disponibilidad de la información prioritaria para el cumplimiento de los objetivos del proceso de Atención al Ciudadano y a los objetivos misionales de la Unidad. Por lo anterior se debe asegurar la operación de los sistemas de información, también se debe asegurar la información y el código fuente que permite procesar los datos con métodos como el ofuscamiento. Si la unidad no es segura hacia el interior como se evidencia en la falta de licencia del firewall (Servicio sin renovar de FORTINET), es muy difícil dar esa percepción de seguridad al ciudadano. La información que se utiliza en el proceso puede ser capturada, copiada, eliminada y modificada sin tener ninguna restricción y no es posible tener mucho menos evidencia de las acciones irregulares que se puedan materializar. Cualquier información puede ser llevada a servicios en la nube o al correo personal sin ninguna restricción. De esta manera no estarían cumpliendo con las definiciones de la arquitectura de sistemas de información en su componente de seguridad; esta situación tendría responsabilidad compartida con el administrador de acceso lógico o el oficial de seguridad.</p> <p>En la arquitectura de TI se indica lo siguiente: "Es fundamental transmitirle a los ciudadanos un sentimiento de seguridad, cada vez que interactúan con el Estado, percibiendo que se velará por sus intereses y se cuidará su información privada y confidencial, evitando el uso no autorizado de la misma y garantizando su integridad, disponibilidad y resguardo. Los usuarios de los servicios deben poder proporcionar la información que requiera la entidad con la certeza de que la información será utilizada de acuerdo con la legislación existente. Aquellos datos que pertenezcan a ciudadanos y cuya pérdida y/o alteración pueda significar un riesgo de incumplimiento con el Estado, deberán ser respaldados y protegidos".</p>	Falta de actualización de herramientas tecnológicas que permitan la correcta protección de la información almacenada en la red y en los equipos de acuerdo con las políticas de seguridad y privacidad de la información.	Articular con la Oficina de Tecnologías de la Información para que permita el cumplimiento de las políticas internas de seguridad de la información	Realizar reunión(es) con la Oficina de Tecnologías de la Información que permita la articulación interna en el manejo de políticas de seguridad de la información	Acta(s) de Reunión y reporte de ejecución o ejecución de actividades de actualización de	1	1/09/2017	30/09/2017	4	SECRETARÍA GENERAL

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN									
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN		CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE			
	IA			INTERNOS				ningún tipo de incumplimiento para ellos con el Estado, deberán ser especialmente protegidos. Estos tendrán el derecho a conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recogido en bancos de datos, así como demás derechos, libertades o garantías relacionadas con la recolección, tratamiento y circulación de datos personales” Se debe realizar seguimiento sobre el cumplimiento de los lineamientos internos como lo son las políticas y lineamientos de servicio, además de las políticas complementarias de seguridad de la Información. La OTI debe renovar el contrato de servicios para activación de firewall y todas sus funcionalidades, además de asegurar el aprovisionamiento en el plan anual de adquisiciones, los recursos presupuestales, para garantizar la renovación a tiempo de los servicios asociados al aseguramiento de la información. Además debe propender por la disponibilidad de las herramientas tecnológicas que contribuyen con el mantenimiento de la seguridad de la información de la Unidad. Atención al ciudadano a pesar de no ser el responsable directo, si debe validar que los servicios de apoyo a su proceso estén completamente cubiertos en lo operativo y lo tecnológico. Se recomienda escalar con el proceso responsable del aprovisionamiento de los recursos en el PAA, debido a que impacta directamente el funcionamiento del proceso de Atención al Ciudadano.													
1948	REGISTRARIO	DT ATLANTICO	CORRECTIVA	INTERNOS	MARZO 2017			5.1 Hallazgo 1. Posible copia sin autorización de firma digital y/o suplantación de la firma del(a) Director (a) Territorial que suscribe actos administrativos en la etapa administrativa del proceso de restitución de tierras despojadas. 5.1.1. Presuntas inconsistencias en la suscripción de los actos administrativos del tramite de registro.		Deficiencias en la control y seguimiento por parte de las coordinación jurídica, el area de gestión documental y OTI frente a la generación de actos administrativos, la aprobación de la resolución por parte del Director(a) Territorial y la generación de actos administrativos firmas digitales y cargados en el SRTDAF.	En razon que las actuaciones y/o evidencias del hallazgo identifican situaciones con posible incidencias disciplinarias, penales y fiscales, en los actos administrativos firmados se requiere adelantar un plan de verificación de los actos administrativos generados en el año 2016 por la oficina de Barraquilla (resoluciones de prelación, inicio formal de estudio, orden de pruebas, no inicio de estudio, inscripción RTDAF, no inscripción) y determinar los actos administrativos donde existan firmas digitales.	Revisión por parte del grupo de gestion documental de la oficina de Barraquilla de los expedientes gestionados y con decision de fondo en el año 2016 para determinar la cantidad de resoluciones que cuenta con forma digital.	Resoluciones	279	1/06/2017	31/08/2017	13	DT ATLANTICO			
1949	REGISTRARIO	DT ATLANTICO	CORRECTIVA	INTERNOS	MARZO 2017			5.1 Hallazgo 1. Posible copia sin autorización de firma digital y/o suplantación de la firma del(a) Director (a) Territorial que suscribe actos administrativos en la etapa administrativa del proceso de restitución de tierras despojadas. 5.1.1. Presuntas inconsistencias en la suscripción de los actos administrativos del tramite de registro.		Deficiencias en la control y seguimiento por parte de las coordinación jurídica, el area de gestión documental y OTI frente a la generación de actos administrativos, la aprobación de la resolución por parte del Director(a) Territorial y la generación de actos administrativos firmas digitales y cargados en el SRTDAF.	Posterior al plan de verificación de los actos administrativos generados en el año 2016 por la oficina de Barraquilla informar por medio de memorando interno a la Subdirección y la Secretaria General el total de actos que cuenta con este presunta irregularidad para que se inicien las investigaciones disciplinarias y/o administrativas a que haya lugar.	Elaborar memorando con informe de actos administrativos con presuntas irregularidades en la vigencia 2016.	Memorando	1	1/09/2017	15/09/2017	2	DT ATLANTICO			
1950	REGISTRARIO	DT ATLANTICO	CORRECTIVA	INTERNOS	MARZO 2017			5.1 Hallazgo 1. Posible copia sin autorización de firma digital y/o suplantación de la firma del(a) Director (a) Territorial que suscribe actos administrativos en la etapa administrativa del proceso de restitución de tierras despojadas. 5.1.2. Inexistencia de control preventivo para minimizar el riesgo por inconsistencia en la suscripción de los actos administrativos		Se presenta deficiente y debiles controles al riesgo denominada "tramite inadecuado y/o irregular del proceso de registro" por la presunta irregularidad en las firmas de algunos actos administrativos en la oficina de Barraquilla.	Fortalecer el control de riesgo señalado por medio de seguimiento de los actos administrativos de fondo suscritos en la oficina de Barraquilla.	Revisar y ajustar el flujo de transferencia de los actos administrativos proyectados en la oficina de Barraquilla frente a la revisión, aprobación, digitalización y cargue de resoluciones en la oficina de Barraquilla.	Reunion de seguimiento o actos administrativos	1	1/06/2017	15/06/2017	2	DT ATLANTICO			

1. IDENTIFICACIÓN							2. ANÁLISIS DE CAUSA	3. PLAN DE ACCIÓN								
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE E/EC
1951	REGISTRO	DT ATLANTICO	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	MARZO 2017		5.2 Hallazgo No. 2. Inexistencia de actos administrativos en original firmados en el tramite procesal de los expedientes del proceso de gestión de restitución de tierras etapa de registro-dirección Territorial Atlantico.	Se identifican en el expediente fisico copias de documentos o con una impresión original pero ninguna tiene firma en original, lo cual se debe a falencias en la conformación y actualización del expediente fisico en claro incumplimiento de la Guía para la conformación y organización de los expedientes de restitución de tierras GD-GU-01 .	Implementar un plan de intervención de expedientes en tramite administrativo para actualizar estos expedientes a los lineamientos de la Guía para la conformación y organización de los expedientes de restitución de tierras GD-GU-01 .	Intervenir con actualización de documentos 152 expedientes identificado en fisico que se encuentra en la oficina de barranquilla.	Expedientes actualizados	152	1/06/2017	31/08/2017	13	DT ATLANTICO
1952	REGISTRO	DT ATLANTICO	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	MARZO 2017		5.3 Hallazgo No. 3. Expedientes Fisicos y digitales del tramite administrativo sin los soportes documentales respectivos y consecutivos a las etapa procesales	Se identifican en el expediente fisico copias de documentos o con una impresión original pero ninguna tiene firma en original, lo cual se debe a falencias en la conformación y actualización del expediente fisico en claro incumplimiento de la Guía para la conformación y organización de los expedientes de restitución de tierras GD-GU-01 .	Implementar un plan de intervención de expedientes en tramite administrativo para actualizar estos expedientes a los lineamientos de la Guía para la conformación y organización de los expedientes de restitución de tierras GD-GU-01 .	Intervenir con actualización de documentos 152 expedientes identificado en fisico y digital que se encuentra en la oficina de barranquilla.	Expedientes actualizados en digital	152	1/06/2017	31/08/2017	13	DT ATLANTICO
1953	GESTION TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	PREVENTIVA	AUDITORIA INTERNA	AGOSTO 2017			El proceso de nómina es realizado con apoyo del aplicativo STONE, conforme a lo establecido en el procedimiento TH-PR-02 actividades 4, 5, 9, 12 y 23 es necesario realizar un control adicional con la validación de los datos en una hoja de Excel denominada "validador hoja de cálculo de nómina en Excel".	Si bien el aplicativo STONE se encuentra en produccion, el desarrollador ha tenido que realizar diversos ajustes y actualizaciones al software	Generar controles adicionales al software para garantizar la nomina de la Unidad.	Se establecera un validador de nomina externo al software en una hoja de calculo y a su vez se implementaran unos indicadores de confiabilidad del software	Hoja de calculo indicador	1	5/01/2017	30/06/2017	25	GRUPO DE GESTION DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO
1954	GESTION TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	PREVENTIVA	AUDITORIA INTERNA	AGOSTO 2017			Entrega de dotación extemporánea: En el artículo 2 del Decreto 1978 de 1989, se estableció como fecha de suministro de zapato y vestido de trabajo el 30 de abril, 30 de agosto y 30 de diciembre de cada anualidad. De acuerdo a la información remitida por el proceso, se evidencia que en la segunda y tercera entrega de dotación del año 2015 fue extemporánea a los términos establecidos en el Decreto 1978, así como la primera entrega del año 2016.	Se genero una dilatación en la entrega de la dotación debido al cambio de la forma de contratación, la cual paso a realizarse por colombia compra eficiente lo cual genero una curva de aprendizaje	Establecer un cronograma de actividades y tareas para la contratación de la dotación por medio de colombia compraeficiente	Crer un cronograma de tareas y actividades para controlar los tiempos y actividades para la contratación de la dotación de la Unidad	Cronograma	1	5/01/2017	31/03/2017	12	GRUPO DE GESTION DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCEDIMIENTO	DEPENENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE	
1955	GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	GRUPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	PREVENTIVA	AUDITORIA INTERNA	AGO STO 2017		Lugar de redención del bono de dotación: El tiempo promedio que tarda en trasladarse de la Dirección Territorial a la tienda en vehículo oscila de 12 a 15 minutos en vehículo, lo que significa que las distancias son moderadas, no obstante, esto se encontró un caso en el cual la distancia a la tienda más cercana es de 2 horas y 18 minutos.	las condiciones de contratación se encuentran establecidas por colombia compra eficiente para el suministro de la dotación según lo establecido en el acuerdo marco de precios vigente.	Se enviaran las observaciones pertinentes sobre la distancia de los puntos para que sean mas cortas y facilite la entrega de la dotación.	Se establecera una comunicación formal con colombia compra eficiente para buscar soluciones a las distancia de redención de los bonos de dotación de la unidad.	Comunicación	1	5/01/2017	30/06/2017	25	GRUPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	
1956	GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	GRUPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	PREVENTIVA	AUDITORIA INTERNA	AGO STO 2017		El Plan Anual de Vacantes de la Entidad debe cumplir con la totalidad de los requisitos y formalidades establecidos en los diferentes lineamientos impartidos para el caso, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 17 de la Ley 909 de 2004	Se construyo el plan anual de vacantes sin contemplar la normatividad vigente	Construir el plan anual de vacantes tomadno la totalidad de requisitos y lineamientos establecidos por la ley 909 de 2004	Construcción del plan anual de vacantes con los lineamientos de la normatividad vigente.	Plan	1	5/01/2017	31/03/2017	12	GRUPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	
1957	GESTIÓN DE PROSALTO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA	AGO STO 2017	25-1	Calidad de los materiales, elementos y construcción de las viviendas	Los materiales instalados en las viviendas y sus respectivas obras presentan deficiencias y son de baja calidad.	Generar una ruta para redireccionar PQR's de los beneficiarios del programa de vivienda.	Generar una ruta para redireccionar las PQR de los beneficiarios del programa de vivienda, relacionada con la calidad de los materiales, elementos y construcción de las viviendas.	Actividad incluida en el procedimiento de vivienda	1	20/09/2017	31/12/2017	15	SUBDIRECCIÓN GENERAL - POSFALTO SNARIV	
1958	GESTIÓN DE PROSALTO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA	AGO STO 2017	26-1	Derecho de la población a acceder a vivienda digna; Seguridad Jurídica.	Viviendas construidas a beneficiarios en predios que no se encuentran legalizados ante las Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos, son un riesgo de ser despojados injustamente de los derechos que tienen sobre ésta.	Proponer una ruta de cumplimiento para la atención de las ordenes relacionadas con el Registro ante la ORIP de la propiedad.	Proponer una ruta de cumplimiento para la atención de las ordenes relacionadas con el Registro ante la ORIP de la propiedad.	Documento con la propuesta de ruta de cumplimiento	1	20/09/2017	31/12/2017	15	SUBDIRECCIÓN GENERAL - POSFALTO SNARIV	
1959	GESTIÓN DE PROSALTO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA	AGO STO 2017	27-1	Ejecución y terminación de obras de construcción de vivienda rural Observación: Mediante oficio 2017EE011863 del 15 de septiembre de 2017, referente al punto 27 del informe, da alcance en el sentido que dicho hallazgo no tiene incidencia Fiscal.	Proyectos de vivienda rural no han sido terminados oportunamente y presentan fallas técnicas y de calidad en los elementos que componen las viviendas. (ver hallazgo 25, 26), por parte de la entidad asignada como administradora de recursos y ejecutor del proyecto.	Generar una ruta para redireccionar PQR's de los beneficiarios del programa de vivienda.	Generar una ruta para redireccionar las PQR de los beneficiarios del programa de vivienda, relacionada con las demoras en la entrega de los proyectos de vivienda.	Actividad incluida en el procedimiento de vivienda	1	20/09/2017	31/12/2017	15	SUBDIRECCIÓN GENERAL - POSFALTO SNARIV	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DESENCUADO	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE E/EC	
1960	GESTIÓN	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	AGO 2017	31	Entrega de viviendas y atención a reclamaciones pos entrega de los proyectos de vivienda rural	Las deficiencias técnicas encontradas que, en algunos casos, no permite habitabilidad de las viviendas, así como la información suministrada por los beneficiarios durante las visitas realizadas por la CGR a los proyectos, evidencian la falta de atención a las reclamaciones, situación que no cumple con la definición de una vivienda de interés social rural del Decreto 1071 de 2015	Solicitar a la Gerencia de Vivienda del Banco Agrario, que se incluya en la socialización de los proyectos la ruta o mecanismos de atención a las reclamaciones de los beneficiarios.	Solicitar a la Gerencia de Vivienda del Banco Agrario, que se incluya en la socialización de los proyectos la ruta o mecanismos de atención a las reclamaciones de los beneficiarios.	Oficio al Banco Agrario	1	20/09/2017	31/12/2017	15	SUBDIRECCIÓN GENERAL - POSFALLO SNARIV	
1961	GESTIÓN	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	AGO 2017	39	Control a la ejecución de los proyectos de vivienda; interventoría; supervisión; seguimiento; coordinación interinstitucional.	El Banco Agrario, como entidad otorgante con funciones de supervisión, no ha ejercido control sobre las entidades que adelantan la interventoría y/o supervisión de las obras de viviendas de interés rural.	Remitir semestralmente al Banco Agrario y al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, una solicitud sobre el balance de las respuestas dadas a los PQR remitidos por la Unidad de Restitución de Tierras.	Remitir semestralmente al Banco Agrario y al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, una solicitud sobre el balance de las respuestas dadas a los PQR remitidos por la Unidad de Restitución de Tierras.	Oficio al Banco Agrario	1	20/09/2017	31/12/2017	15	SUBDIRECCIÓN GENERAL - POSFALLO SNARIV	
1964	PLANEAÇÃO	OFICINA ASesoría de Planeación	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		Hallazgo N° 1 -2017: Aunque los objetivos institucionales de la Unidad se han establecido en los procesos y niveles pertinentes mediante el Plan Estratégico (2015-2018), no se pudo evidenciar la medición y monitoreo para cada uno de ellos, situación que dificulta adelantar el seguimiento y evaluación al cumplimiento de los mismos por parte de la Oficina de Control Interno. Incumpliendo lo establecido en la caracterización del proceso "Planeación Estratégica" código PE-CA versión 1 aprobado el 28 de febrero de 2014 "Informes de seguimiento y monitoreo" y "seguimiento al plan estratégico institucional y el Decreto 2145 de 1999 artículo 15. Cierre no efectivo del hallazgo ítem 548: Aunque los objetivos institucionales de la Unidad se han establecido en los procesos y niveles pertinentes, no se pudo evidenciar la medición de cada uno de los objetivos Institucionales de manera explícita a través de indicadores de gestión y herramientas específicas, que permitan un adecuado control y seguimiento a los mismos.	La Unidad se encuentra en proceso de consolidación, superando la etapa de creación y alistamiento, donde se han invertido esfuerzos significativos con el fin de mantener y garantizar la cobertura necesaria que demandan las víctimas solicitantes de restitución de tierras. Sus derroteros actuales demandan esfuerzos importantes para fortalecer sus procesos estratégicos que permitan evidenciar de manera explícita la articulación y alineación interna que existe entre las herramientas de planeación de mediano y largo plazo. Adicionalmente, la entidad ha estructurado sus planes, programas y proyectos de manera articulada con los lineamientos y herramientas de planeación de orden sectorial y nacional. Internamente la estructuración de los planes, programas y proyectos de cada vigencia guardan una articulación implícita con el plan estratégico institucional.	Crear una herramienta que permita establecer el avance en el logro de los objetivos estratégicos de la Entidad	Diseñar una herramienta que integre con criterios de articulación y alineación los mecanismos de seguimiento y control con que cuenta la entidad actualmente, de esta manera poder establecer el avance en el logro de sus objetivos estratégicos.	Herramienta creada	1	1/09/2017	30/12/2017	17	OFICINA ASesoría de Planeación	
1965	PLANEAÇÃO	OFICINA ASesoría de Planeación	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		Hallazgo N° 1 -2017: Aunque los objetivos institucionales de la Unidad se han establecido en los procesos y niveles pertinentes mediante el Plan Estratégico (2015-2018), no se pudo evidenciar la medición y monitoreo para cada uno de ellos, situación que dificulta adelantar el seguimiento y evaluación al cumplimiento de los mismos por parte de la Oficina de Control Interno. Incumpliendo lo establecido en la caracterización del proceso "Planeación Estratégica" código PE-CA versión 1 aprobado el 28 de febrero de 2014 "Informes de seguimiento y monitoreo" y "seguimiento al plan estratégico institucional y el Decreto 2145 de 1999 artículo 15. Cierre no efectivo del hallazgo ítem 548: Aunque los objetivos institucionales de la Unidad se han establecido en los procesos y niveles pertinentes, no se pudo evidenciar la medición de cada uno de los objetivos Institucionales de manera explícita a través de indicadores de gestión y herramientas específicas, que permitan un adecuado control y seguimiento a los mismos.	La Unidad se encuentra en proceso de consolidación, superando la etapa de creación y alistamiento, donde se han invertido esfuerzos significativos con el fin de mantener y garantizar la cobertura necesaria que demandan las víctimas solicitantes de restitución de tierras. Sus derroteros actuales demandan esfuerzos importantes para fortalecer sus procesos estratégicos que permitan evidenciar de manera explícita la articulación y alineación interna que existe entre las herramientas de planeación de mediano y largo plazo. Adicionalmente, la entidad ha estructurado sus planes, programas y proyectos de manera articulada con los lineamientos y herramientas de planeación de orden sectorial y nacional. Internamente la estructuración de los planes, programas y proyectos de cada vigencia guardan una articulación implícita con el plan estratégico institucional.	Implementar la herramienta que permitirá establecer el avance en el logro de los objetivos estratégicos de la Entidad	Implementar la herramienta que integrará con criterios de articulación y alineación los mecanismos de seguimiento y control con que cuenta la entidad actualmente para establecer el avance en el logro de sus objetivos estratégicos.	Herramienta implementada	2	1/01/2018	28/02/2018	8	OFICINA ASesoría de Planeación	

1. IDENTIFICACIÓN							2. ANÁLISIS DE CAUSA	3. PLAN DE ACCIÓN								
ÍTEM	PROCESO	DEFINICIÓN	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE E/EC
1966	PLANEA CIÓN	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		Hallazgo N° 2 -2017: Se evidenció que no todos los niveles y áreas de la Unidad se efectúa evaluación de los avances de sus planes de acción, con relación al análisis de logros y dificultades del plan de acción con sus respectivos soportes y su reporte de manera oportuna a la Oficina Asesora de Planeación, con el propósito de que ésta consolide y presente la información al nivel directivo, incumpliendo el Decreto 2145 de 1999, artículo 15 Evaluación y procedimiento "Seguimiento al plan de acción" Código PE-PR- 02 versión 1	Débil apropiación de los líderes, cogestores y colaboradores para el diligenciamiento con calidad de la totalidad de los campos en el aplicativo del plan de acción, de acuerdo a los lineamientos dados por la Oficina Asesora de Planeación. La Oficina asesora de Planeación ha venido realizado acciones para recordar a las áreas de manera periódica las fechas de reporte en el aplicativo del plan de acción y la importancia de registrar con soportes los avances, así como de evidenciar los logros y dificultades, de tal manera que se puedan identificar aspectos a mejorar.	Sensibilización a los líderes y cogestores de proceso y enlaces de planeación sobre el reporte en el plan de acción y el establecimiento de acciones preventivas, correctivas y de mejora.	Realizar sensibilización a los líderes y cogestores de procesos y enlaces de planeación sobre el reporte en el plan de acción, la importancia de evidenciar con soporte el cumplimiento de las actividades, convalidar las acciones conformes a los lineamientos de la OAP y establecer en los casos que se requieran acciones preventivas, correctivas y de mejora, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento	Sensibilización	1	1/09/2017	28/02/2018	26	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN
1967	PLANEA CIÓN	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		Hallazgo N° 2 -2017: Se evidenció que no todos los niveles y áreas de la Unidad se efectúa evaluación de los avances de sus planes de acción, con relación al análisis de logros y dificultades del plan de acción con sus respectivos soportes y su reporte de manera oportuna a la Oficina Asesora de Planeación, con el propósito de que ésta consolide y presente la información al nivel directivo, incumpliendo el Decreto 2145 de 1999, artículo 15 Evaluación y procedimiento "Seguimiento al plan de acción" Código PE-PR- 02 versión 1	Débil apropiación de los líderes, cogestores y colaboradores para el diligenciamiento con calidad de la totalidad de los campos en el aplicativo del plan de acción, de acuerdo a los lineamientos dados por la Oficina Asesora de Planeación. La Oficina asesora de Planeación ha venido realizado acciones para recordar a las áreas de manera periódica las fechas de reporte en el aplicativo del plan de acción y la importancia de registrar con soportes los avances, así como de evidenciar los logros y dificultades, de tal manera que se puedan identificar aspectos a mejorar.	Informe trimestral de reporte al Plan de acción	Presentar un informe trimestral del estado del avance contra las metas del plan de acción en el Comité de Desarrollo Administrativo	Acta de Comité de Desarrollo Administrativo	1	1/11/2017	28/02/2018	17	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN
1968	PLANEA CIÓN	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	PREVENTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		Hallazgo N° 3-2017 No se evidencia la implementación de los lineamientos establecidos en el PE-MA-01 Manual para la gestión de la Cooperación Internacional en la UAEGRTD versión 1 de febrero de 2014 ... Cierre no efectivo del hallazgo 551 y 552: No existen controles para la gestión de los recursos de cooperación internacional que llegan directamente a las direcciones territoriales, situación que evidencia debilidades en el proceso de Planeación Estratégica, liderado por la Oficina Asesora de Planeación en función de su capacidad de autoevaluación que le permita medir la efectividad de sus controles, los resultados de su gestión en tiempo real, así como la capacidad para cumplir las metas a su cargo (MECI 2014.2.1 Componente de autoevaluación institucional), de igual manera contraviniendo con una de las funciones asignadas en esta materia, tal como lo establece el Decreto 4801 de 2011 "Por el cual se establece la estructura interna de la UAEGRTD.". Por ejemplo, el caso de la Dirección Territorial Norte de Santander que recibió apoyo del Consejo Noruego para Refugiados, a través de asistencia técnica en temas catastrales. Situación que no fue informada en su debido momento a la Oficina Asesora de Planeación para asegurar el respectivo control. Cierre no efectivo del hallazgo 557 y 558: Se presenta un incumplimiento en las actividades de seguimiento establecidas en el "Manual para la Gestión de la Cooperación Internacional en la UAEGRTD" PE-MA-01.V1, relacionadas con el punto 6.5.3 Monitoreo, en el que se indica que la Oficina Asesora de Planeación "es responsable de recopilar y analizar la información de los distintos supervisores/gerentes, a través de la elaboración de informes periódicos de cooperación internacional", situación sobre la cual no se encontraron los correspondientes informes de cooperación internacional, que de acuerdo con el Manual son necesarios para la toma de decisión frente a la planeación estratégica de la UAEGRTD.	La Entidad cuenta con un procedimiento y manual para la gestión de la cooperación, que se enmarcan dentro del sistema integrado de gestión de la calidad, de tal manera que todas las acciones que se realicen en el marco de la cooperación sean canalizadas por la Oficina Asesora de Planeación; sin embargo se observan acciones de incumplimiento de los lineamientos adoptados y de las responsabilidades que sobre el tema tienen las dependencias del nivel central y las direcciones territoriales.	Socializar el procedimiento y la nueva versión del Manual para la Gestión de la Cooperación Internacional de la UAEGRTD, haciendo énfasis en las responsabilidades de los involucrados	Socialización	2	1/06/2017	30/08/2017	13	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	
1969	PLANEA CIÓN	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		Hallazgo N° 3-2017 No se evidencia la implementación de los lineamientos establecidos en el PE-MA-01 Manual para la gestión de la Cooperación Internacional en la UAEGRTD versión 1 de febrero de 2014 ... Cierre no efectivo del hallazgo 551 y 552: No existen controles para la gestión de los recursos de cooperación internacional que llegan directamente a las direcciones territoriales, situación que evidencia debilidades en el proceso de Planeación Estratégica, liderado por la Oficina Asesora de Planeación en función de su capacidad de autoevaluación que le permita medir la efectividad de sus controles, los resultados de su gestión en tiempo real, así como la capacidad para cumplir las metas a su cargo (MECI 2014.2.1 Componente de autoevaluación institucional), de igual manera contraviniendo con una de las funciones asignadas en esta materia, tal como lo establece el Decreto 4801 de 2011 "Por el cual se establece la estructura interna de la UAEGRTD.". Por ejemplo, el caso de la Dirección Territorial Norte de Santander que recibió apoyo del Consejo Noruego para Refugiados, a través de asistencia técnica en temas catastrales. Situación que no fue informada en su debido momento a la Oficina Asesora de Planeación para asegurar el respectivo control. Cierre no efectivo del hallazgo 557 y 558: Se presenta un incumplimiento en las actividades de seguimiento establecidas en el "Manual para la Gestión de la Cooperación Internacional en la UAEGRTD" PE-MA-01.V1, relacionadas con el punto 6.5.3 Monitoreo, en el que se indica que la Oficina Asesora de Planeación "es responsable de recopilar y analizar la información de los distintos supervisores/gerentes, a través de la elaboración de informes periódicos de cooperación internacional", situación sobre la cual no se encontraron los correspondientes informes de cooperación internacional, que de acuerdo con el Manual son necesarios para la toma de decisión frente a la planeación estratégica de la UAEGRTD.	La Entidad cuenta con un procedimiento y manual para la gestión de la cooperación, que se enmarcan dentro del sistema integrado de gestión de la calidad, de tal manera que todas las acciones que se realicen en el marco de la cooperación sean canalizadas por la Oficina Asesora de Planeación; sin embargo se observan acciones de incumplimiento de los lineamientos adoptados y de las responsabilidades que sobre el tema tienen las dependencias del nivel central y las direcciones territoriales.	Crear una herramienta para el monitoreo y seguimiento a los proyectos de cooperación	Crear una herramienta que permita a la OAP realizar de manera detallada el seguimiento a los proyectos de cooperación, de tal forma que se evidencie el cumplimiento de los lineamientos del manual para la gestión de la cooperación	Herramienta	1	15/09/2017	15/12/2017	13	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPARTAMENTO	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE E/EC	
1970	PLANEA CIÓN	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	PREVENTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		Hallazgo N°4-2017. Se evidencia que el mapa de riesgos del proceso de Planeación Estratégica versión 3 disponible en la intranet no cumple con los lineamientos dados en la "Guía para la Administración del Riesgo" versión 4 con fecha de aprobación de agosto de 2016. Se observa que la identificación y valoración del riesgo de corrupción "Adaptación subjetiva de las normas" no cumple con los lineamientos dados para este tipo de riesgo, es decir para los riesgos de corrupción, lineamientos establecidos tanto en la guía de la Unidad como en el Decreto 124 de 2016. Adicionalmente, la Oficina Asesora de Planeación estableció en abril de 2016 la siguiente acción correctiva: "La Publicación de mapa de riesgos realizada el día 31 de marzo de 2016 no se ajusta a los lineamientos contenidos en el decreto 124 de 2016 que en su artículo 2.1.4.2. Señala como metodología para diseñar y hacer seguimiento al Mapa de Riesgo de Corrupción de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la establecida en el documento "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción" publicada por la función pública en diciembre de 2015" cuya fecha de terminación se contempló el 31 de agosto de 2016; expuesto lo anterior, no se cumplió con dicha acción.	No se tuvieron en cuenta los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción para la versión 3 del Mapa de Riesgos con la oportunidad necesaria para la actualización correspondiente del mapa de riesgos.	Actualizar el mapa de riesgos del proceso de planeación estratégica	Analizar la pertinencia de la actualización del mapa de riesgos de acuerdo con la Guía para la Gestión del Riesgos vigente	Mapa de riesgos actualizado	1	15/11/2017	15/12/2017	4		OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN
1971	PLANEA CIÓN	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		Hallazgo N° 5 -2017 Las acciones correctivas formuladas dentro del Plan de mejoramiento de la Unidad para el proceso de Planeación Estratégica no fueron implementadas en las fechas establecidas de terminación, así mismo no se evidencia el respectivo seguimiento a las actividades del plan de mejoramiento dentro de los cinco (5) días hábiles de cada mes por parte del proceso, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento MC-PR-06 Procedimiento Acciones Correctivas, preventivas y de mejora — Plan de Mejoramiento versión 2 con fecha de aprobación del 15 de junio de 2016 y la NTCGP 1000:2009, Numeral 8.5.2 literales d y e.	Si bien la OAP realiza los reportes del avance de las acciones del plan de mejoramiento, no se realiza un control interno que permita evidenciar que el reporte sea oportuno y las acciones se cumplan dentro de las fechas establecidas, dada la dimensión de la matriz en excel y la periodicidad continua de los reportes provenientes de las diferentes fuentes de los hallazgos.	Seguimiento y monitoreo interno al plan de mejoramiento	A través de notificaciones desde el correo de la OAP se recordará mensualmente el reporte oportuno del plan de mejoramiento y la fechas de terminación de las actividades establecidas, de tal forma que se de cumplimiento a los lineamientos establecidos en el procedimiento MC-PR-06 "Acciones preventivas, correctivas y de mejora- plan de mejoramiento	Correo Electrónico	3	15/10/2017	15/01/2018	13	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	
1972	PLANEA CIÓN	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		Hallazgo N° 5 -2017 Las acciones correctivas formuladas dentro del Plan de mejoramiento de la Unidad para el proceso de Planeación Estratégica no fueron implementadas en las fechas establecidas de terminación, así mismo no se evidencia el respectivo seguimiento a las actividades del plan de mejoramiento dentro de los cinco (5) días hábiles de cada mes por parte del proceso, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento MC-PR-06 Procedimiento Acciones Correctivas, preventivas y de mejora — Plan de Mejoramiento versión 2 con fecha de aprobación del 15 de junio de 2016 y la NTCGP 1000:2009, Numeral 8.5.2 literales d y e.	Si bien la OAP realiza los reportes del avance de las acciones del plan de mejoramiento, no se realiza un control interno que permita evidenciar que el reporte sea oportuno y las acciones se cumplan dentro de las fechas establecidas, dada la dimensión de la matriz en excel y la periodicidad continua de los reportes provenientes de las diferentes fuentes de los hallazgos.	Seguimiento y monitoreo interno al plan de mejoramiento	Realizar reuniones de seguimiento cuando haya lugar para revisar el avance de las acciones establecidas en el plan de mejoramiento	Reuniones	1	15/10/2017	30/12/2017	11	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	
1973	PLANEA CIÓN	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		Cierre no efectivo de los hallazgos ítem 553 y 554: No se encontraron registros del formato Evaluación y percepción de proyectos de cooperación PE-FO-03, pese a que las diferentes unidades funcionales han tenido recursos provenientes de cooperación internacional; incumpliendo la actividad "6.6.1 Evaluación de proyectos" enmarcada en el numeral 6.6 de Evaluación, que se encuentra definido en el Manual para la Gestión de la Cooperación Internacional en la UAEGRTD. PE-MA-01.V1 Cierre no efectivo de los hallazgos ítem 555 y 556: Se evidenció que el seguimiento de los proyectos de cooperación internacional se están realizando a través del formato "Informe de Supervisión" GC-FO-16, el cual pertenece al proceso de Gestión Contractual y no en el formato "Informe de Seguimiento de proyectos de cooperación" PE-FO-07 que se indica en el punto 6.5.2 Seguimiento del "Manual para la Gestión de la Cooperación Internacional en la UAEGRTD" PE-MA-01.V1.	Existen diferentes formatos de seguimiento como de evaluación, razón por lo cual no siempre se utilizan los formatos establecidos en el Sistema Integrado de Gestión y a la vez éstos no se encuentran articulados con otros formatos del sistema integrado y con requerimientos de cooperantes.	Socializar los formatos para evaluación y seguimiento de proyectos de cooperación internacional	Socializar la nueva versión de los formatos de seguimiento y evaluación de cooperación internacional en el marco del procedimiento de identificación, formulación, ejecución y seguimiento a los proyectos de cooperación en la UAEGRTD	Medios de divulgación utilizados	2	1/08/2017	30/12/2017	22	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPARTAMENTO	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE	
1974	PLANEA CIÓN	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		<p>Cierre no efectivo de los hallazgos ítem 553 y 554: No se encontraron registros del formato Evaluación y percepción de proyectos de cooperación PE-FO-03, pese a que las diferentes unidades funcionales han tenido recursos provenientes de cooperación internacional; incumpliendo la actividad "6.6.1 Evaluación de proyectos" enmarcada en el numeral 6.6 de Evaluación, que se encuentra definido en el Manual para la Gestión de la Cooperación Internacional en la UAEGRTD. PE-MA-01.V1</p> <p>Cierre no efectivo de los hallazgos ítem 555 y 556: Se evidenció que el seguimiento de los proyectos de cooperación internacional se están realizando a través del formato "Informe de Supervisión" GC-FO-16, el cual pertenece al proceso de Gestión Contractual y no en el formato "Informe de Seguimiento de proyectos de cooperación" PE-FO-07 que se indica en el punto 6.5.2 Seguimiento del "Manual para la Gestión de la Cooperación Internacional en la UAEGRTD" PE-MA-01.V1.</p>	<p>Existen diferentes formatos de seguimiento como de evaluación, razón por lo cual no siempre se utilizan los formatos establecidos en el Sistema Integrado de Gestión y a la vez éstos no se encuentran articulados con otros formatos del sistema integrado y con requerimientos de cooperantes.</p>	Herramienta para el monitoreo y seguimiento a los proyectos de cooperación	Crear una herramienta que permita a la OAP realizar de manera detallada el seguimiento a los proyectos de cooperación, de tal forma que se evidencie el cumplimiento de los lineamientos del manual para la gestión de la cooperación	Herramienta	1	15/10/2017	15/01/2018	13	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	
1975	PLANEA CIÓN	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		<p>Cierre no efectivo del hallazgo 547. No es consistente el objetivo y ciclo de gestión del proceso de Planeación Estratégica en relación con la "formulación de la política y estrategia de la Unidad para orientar el logro de sus objetivos", toda vez que se observa, que aspectos relacionados en esta materia están considerados dentro del alcance del proceso de Mejoramiento Continuo, específicamente en la etapa "P. Definir la política, objetivos y plan de implementación y sostenibilidad del sistema, alineado con las estrategias institucionales", la cual tiene como salidas "Política del Sistema Integrado de Gestión y Objetivos del Sistema Integrado de Gestión", resultados propios del proceso de Planeación Estratégica, los cuales deben "armonizar y articular" con otras estrategias, políticas y planes orientados al cumplimiento de la misión y prioridades de Gobierno, de conformidad con el Decreto 2482 de 2012.</p>	<p>En la caracterización de los procesos de Mejoramiento continuo y Planeación Estratégica se concibió que el primero suministraba como insumos la "Política del Sistema Integrado de Gestión y los Objetivos del Sistema Integrado de Gestión.</p>	Ajustar la caracterización proceso de planeación estratégica, de acuerdo a sus objetivos y alcances	Ajustar la caracterización proceso de planeación estratégica, de acuerdo a sus objetivos y alcances	Caracterización actualizada	1	1/08/2017	20/12/2017	20	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	
1976	PLANEA CIÓN	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		<p>Cierre no efectivo del hallazgo ítem 561: Al realizarse seguimiento y medición al avance y cumplimiento del plan de acción no se evidencia que se lleven a cabo correcciones, acciones preventivas y/o correctivas, cuando los indicadores no cumplen con las metas establecidas y que pueda llegar impactar en la gestión de la Unidad, de acuerdo a lo establecido en la NTC GP 1000:2009 Requisito 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos y MECI</p>	<p>La Oficina asesora de Planeación ha venido realizando acciones para recordar a las áreas de manera periódica las fechas de reporte en el aplicativo del plan de acción y la importancia de registrar con soportes los avances, así como de evidenciar los logros y dificultades, de tal manera que se puedan identificar aspectos a mejorar.</p> <p>No obstante, se sigue observando dificultad y algunas veces desconocimiento en el manejo del aplicativo de reporte del plan de acción por parte de los colaboradores designados para esta actividad. Adicionalmente existe un bajo nivel de apropiación para lograr el diligenciamiento con calidad de la totalidad de los campos en el aplicativo del plan de acción, de acuerdo a los lineamientos dados por la Oficina Asesora de Planeación.</p>	Sensibilización a los líderes y cogestores de planeación sobre el reporte en el plan de acción y el establecimiento de acciones preventivas, correctivas y de mejora.	Realizar sensibilización a los líderes y cogestores de procesos y enlaces de planeación sobre el reporte en el plan de acción, la importancia de evidenciar el cumplimiento de las actividades, convalidar las acciones conformes a los lineamientos de la OAP y establecer en los casos que se requieran acciones preventivas, correctivas y de mejora, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento.	Sensibilización	1	1/08/2017	28/02/2018	30	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	
1977	PLANEA CIÓN	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		<p>Hallazgo N° 2 -2017: Se evidenció que no todos los niveles y áreas de la Unidad se efectúa evaluación de los avances de sus planes de acción, con relación al análisis de logros y dificultades del plan de acción con sus respectivos soportes y su reporte de manera oportuna a la Oficina Asesora de Planeación, con el propósito de que ésta consolide y presente la información al nivel directivo, incumpliendo el Decreto 2145 de 1999, artículo 15 Evaluación y procedimiento "Seguimiento al plan de acción" Código PE-PR- 02 versión 1</p>	<p>Débil apropiación de los líderes, cogestores y colaboradores para el diligenciamiento con calidad de la totalidad de los campos en el aplicativo del plan de acción, de acuerdo a los lineamientos dados por la Oficina Asesora de Planeación.</p> <p>La Oficina asesora de Planeación ha venido realizado acciones para recordar a las áreas de manera periódica las fechas de reporte en el aplicativo del plan de acción y la importancia de registrar con soportes los avances, así como de evidenciar los logros y dificultades, de tal manera que se puedan identificar aspectos a mejorar.</p>	Informe trimestral de reporte al Plan de acción	Presentar un informe trimestral del reporte y el avance contra las metas del plan de acción en el comité de desarrollo administrativo	Acta de Comité de Desarrollo Administrativo	1	1/11/2017	28/02/2018	17	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPARTAMENTO	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE E/EC	
1978	GESTIÓN DE LOS SERVICIOS	OFICINA ASESORA DE PLANIFICACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		Hallazgo N° 1 2017 No implementación y registro de las acciones tomadas en el plan de mejoramiento consolidado para el proceso de Gestión del Conocimiento e Información. a) "Las acciones correctivas formuladas dentro del Plan de mejoramiento de la Unidad para el proceso de Gestión del Conocimiento no fueron implementadas en las fechas establecidas de terminación, así mismo no se evidencia el respectivo seguimiento a las actividades del plan de mejoramiento dentro de los cinco (5) días hábiles de cada mes por parte del proceso, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento MC-PR-06 Procedimiento Acciones Correctivas, preventivas y de mejora - Plan de Mejoramiento versión 2 con fecha de aprobación del 15 de junio de 2016 y la NTCGP 1000:2009, Numeral 8.5.2 literales d y e. Tales fueron los casos de los hallazgos N5 318,319 320 y 416 del Plan de Mejoramiento Consolidado.	Si bien la OAP realiza los reportes del avance de las acciones del plan de mejoramiento, no se realiza un control interno que permita evidenciar que el reporte sea oportuno y las acciones se cumplan dentro de las fechas establecidas, dada la dimensión de la matriz en excel y la periodicidad continua de los reportes provenientes de las diferentes fuentes de los hallazgos.	Seguimiento y monitoreo interno al plan de mejoramiento	A través de notificaciones desde el correo de la OAP se recordará mensualmente el reporte oportuno del plan de mejoramiento y la fechas de terminación de las actividades establecidas, de tal forma que se de cumplimiento a los lineamientos establecidos en el procedimiento MC-PR-06 "Acciones preventivas, correctivas y de mejora- plan de mejoramiento	Correo Electrónico	3	15/10/2017	15/01/2018	13	OFICINA ASESORA DE PLANIFICACIÓN	
1979	PLANIFICACIÓN	OFICINA ASESORA DE PLANIFICACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		Hallazgo N° 5 -2017 Las acciones correctivas formuladas dentro del Plan de mejoramiento de la Unidad para el proceso de Planeación Estratégica no fueron implementadas en las fechas establecidas de terminación, así mismo no se evidencia el respectivo seguimiento a las actividades del plan de mejoramiento dentro de los cinco (5) días hábiles de cada mes por parte del proceso, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento MC-PR-06 Procedimiento Acciones Correctivas, preventivas y de mejora — Plan de Mejoramiento versión 2 con fecha de aprobación del 15 de junio de 2016 y la NTCGP 1000:2009, Numeral 8.5.2 literales d y e.	Si bien la OAP realiza los reportes del avance de las acciones del plan de mejoramiento, no se realiza un control interno que permita evidenciar que el reporte sea oportuno y las acciones se cumplan dentro de las fechas establecidas, dada la dimensión de la matriz en excel y la periodicidad continua de los reportes provenientes de las diferentes fuentes de los hallazgos.	Seguimiento y monitoreo interno al plan de mejoramiento	Realizar reuniones de seguimiento cuando haya lugar para revisar el avance de las acciones establecidas en el plan de mejoramiento	Reuniones	1	15/10/2017	30/12/2017	11	OFICINA ASESORA DE PLANIFICACIÓN	
1980	GESTIÓN DE LOS SERVICIOS	OFICINA ASESORA DE PLANIFICACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		Hallazgo N° 2-2017 No se evidenció la implementación del modelo de Gestión del Conocimiento de acuerdo a las actividades establecidas en el plan de acción 2016: - Las dependencias Dirección social, Dirección Catastral y Análisis territorial, Dirección Jurídica de Restitución y Oficina de Tecnologías de la Información, reportaron en el plan de acción 2016 un avance del 0% sobre el avance en el proceso de Gestión del Conocimiento 2016, adicionalmente no se evidencia la convalidación de estas actividades por parte de la Oficina Asesora de Planeación como Líder del Proceso. - En cuanto al reporte de la Oficina Asesora de Planeación, con relación a la actividad táctica "Formular e implementar un modelo de gestión de conocimiento para la URT" se reportó como resultado del indicador" para un cumplimiento del 100%, sin embargo dentro de las evidencias que soportan dicha meta se encuentra el Modelo de Gestión del Conocimiento 2015 y la caracterización del proceso; no incluye las evidencias que soporten su implementación. - La Subdirección reporta en el plan de acción 2016 un avance del 0% sobre el cumplimiento de las actividades del proceso Gestión del Conocimiento 2016, especificando dentro de la observación del reporte en el aplicativo de planeación "...No obstante que se ha participado en los avances, el modelo aún no está en operación..."	Si bien existe desde el año 2015 un proceso y un modelo de gestión del conocimiento dentro del SIG; al interior de la URT no hay claridad sobre la concepción del término de gestión del conocimiento y las acciones que se enmarcan al interior de éste. Adicionalmente, no se han documentado las acciones adelantadas dentro de la implementación del modelo de Gestión del conocimiento, puesto que las áreas no tienen claro sobre el reporte que deben realizar, así como no se han registrado en el aplicativo de planeación a pesar de haber sido ejecutadas. En otros casos, los líderes de otros procesos reportan acciones de transferencia de conocimiento en sus respectivos procesos, que no son incluidos en el proceso de Gestión del Conocimiento.	Realizar mesas de trabajo, seguimiento y monitoreo al cumplimiento de los compromisos adquiridos en la implementación del modelo de Gestión del Conocimiento	Mesas de trabajo	8	1/09/2017	30/12/2017	17	OFICINA ASESORA DE PLANIFICACIÓN		
1981	GESTIÓN DE LOS SERVICIOS	OFICINA ASESORA DE PLANIFICACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		Hallazgo N° 2-2017 No se evidenció la implementación del modelo de Gestión del Conocimiento de acuerdo a las actividades establecidas en el plan de acción 2016: - Las dependencias Dirección social, Dirección Catastral y Análisis territorial, Dirección Jurídica de Restitución y Oficina de Tecnologías de la Información, reportaron en el plan de acción 2016 un avance del 0% sobre el avance en el proceso de Gestión del Conocimiento 2016, adicionalmente no se evidencia la convalidación de estas actividades por parte de la Oficina Asesora de Planeación como Líder del Proceso. - En cuanto al reporte de la Oficina Asesora de Planeación, con relación a la actividad táctica "Formular e implementar un modelo de gestión de conocimiento para la URT" se reportó como resultado del indicador" para un cumplimiento del 100%, sin embargo dentro de las evidencias que soportan dicha meta se encuentra el Modelo de Gestión del Conocimiento 2015 y la caracterización del proceso; no incluye las evidencias que soporten su implementación. - La Subdirección reporta en el plan de acción 2016 un avance del 0% sobre el cumplimiento de las actividades del proceso Gestión del Conocimiento 2016, especificando dentro de la observación del reporte en el aplicativo de planeación "...No obstante que se ha participado en los avances, el modelo aún no está en operación..."	Si bien existe desde el año 2015 un proceso y un modelo de gestión del conocimiento dentro del SIG; al interior de la URT no hay claridad sobre la concepción del término de gestión del conocimiento y las acciones que se enmarcan al interior de éste. Adicionalmente, no se han documentado las acciones adelantadas dentro de la implementación del modelo de Gestión del conocimiento, puesto que las áreas no tienen claro sobre el reporte que deben realizar, así como no se han registrado en el aplicativo de planeación a pesar de haber sido ejecutadas. En otros casos, los líderes de otros procesos reportan acciones de transferencia de conocimiento en sus respectivos procesos, que no son incluidos en el proceso de Gestión del Conocimiento.	Sensibilización a los líderes y cogestores de planeación sobre el reporte en el plan de acción y el establecimiento de acciones preventivas, correctivas y de mejora.	Sensibilización	1	1/08/2017	28/02/2018	30	OFICINA ASESORA DE PLANIFICACIÓN		

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE	
1982	GESTIÓN DE LOS ASSESORAMIENTOS	OFICINA ASSESORAMIENTOS	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		Hallazgo N° 2-2017 No se evidenció la implementación del modelo de Gestión del Conocimiento de acuerdo a las actividades establecidas en el plan de acción 2016: - Las dependencias Dirección social, Dirección Catastral y Análisis territorial, Dirección Jurídica de Restitución y Oficina de Tecnologías de la Información, reportaron en el plan de acción 2016 un avance del 0% sobre el avance en el proceso de Gestión del Conocimiento 2016, adicionalmente no se evidencia la convalidación de estas actividades por parte de la Oficina Asesora de Planeación como Líder del Proceso. - En cuanto al reporte de la Oficina Asesora de Planeación, con relación a la actividad táctica "Formular e implementar un modelo de gestión de conocimiento para la URT" se reportó como resultado del indicador" para un cumplimiento del 100%, sin embargo dentro de las evidencias que soportan dicha meta se encuentra el Modelo de Gestión del Conocimiento 2015 y la caracterización del proceso; no incluye las evidencias que soporten su implementación. - La Subdirección reporta en el plan de acción 2016 un avance del 0% sobre el cumplimiento de las actividades del proceso Gestión del Conocimiento 2016, especificando dentro de la observación del reporte en el aplicativo de planeación "...No obstante que se ha participado en los avances, el modelo aún no está en operación..."	Si bien existe desde el año 2015 un proceso y un modelo de gestión del conocimiento dentro del SIG; al interior de la URT no hay claridad sobre la concepción del término de gestión del conocimiento y las acciones que se enmarcan al interior de éste. Adicionalmente, no se han documentado las acciones adelantadas dentro de la implementación del modelo de Gestión del conocimiento, puesto que las áreas no tienen claro sobre el reporte que deben realizar; así como no se han registrado en el aplicativo de planeación a pesar de haber sido ejecutadas. En otros casos, los líderes de otros procesos reportan acciones de transferencia de conocimiento en sus respectivos procesos, que no son incluidos en el proceso de Gestión del Conocimiento.	Socializar a líderes y colaboradores de la URT el modelo de gestión del conocimiento aprobado	Socializar el modelo de gestión del conocimiento a los líderes de proceso y colaboradores con el fin de que las dependencias tengan claridad sobre su participación en las actividades enmarcadas en el proceso de gestión del conocimiento	Socialización del modelo de conocimiento	2	1/10/2017	30/12/2017	13	OFICINA ASSESORAMIENTOS	
1983	GESTIÓN DE LOS ASSESORAMIENTOS	OFICINA ASSESORAMIENTOS	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	JUNIO 2017		Cierre no efectivo del Hallazgo ítem 319 y 320 : El Objetivo y alcance del proceso es limitado frente a las responsabilidades y alcances que tiene un proceso de tipo estratégico dentro de la Entidad, los cuales contempla actividades relacionadas con el establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la dirección, según definición dada en la NTCGP1000:2009, desconociéndose otras acciones como son la administración, transformación, aprovechamiento y transferencia de la información, con el fin de mejorar y cumplir con los objetivos de la Unidad y para contribuir con la construcción de la memoria histórica del estado de conformidad con el Art 3 de decreto 2244 de 2011 y enmarcado en la ley 1448 de 2011 según el artículo 143 relacionado con el deber de memoria del Estado	No existe claridad sobre el alcance del proceso y su definición como proceso estratégico o modelo al interior de la URT	Elaborar documento que evidencie el nuevo enfoque al modelo de gestión del conocimiento de acuerdo con los lineamientos del gobierno nacional	Elaborar un documento que establezca los lineamientos	Acta de Comité de Desarrollo Administrativo	1	1/08/2017	30/08/2017	4	OFICINA ASSESORAMIENTOS	
1984	SUBDIRECCIÓN GENERAL	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	EXTERNA	SEPTIEMBRE 2017	1-3	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	Información de los ID corregida	149	1/10/2017	30/03/2018	26	DT BOGOTÁ	
1985	SUBDIRECCIÓN GENERAL	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	EXTERNA	SEPTIEMBRE 2017	1-4	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	Información de los ID corregida	276	1/10/2017	28/02/2018	21	DT BOLÍVAR - CARMEN DE BOLÍVAR	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE	
1986	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-5	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso restitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	información de los ID corregida	26	1/10/2017	28/02/2018	21	DT BOLÍVAR - CARTAGENA	
1987	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-6	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso restitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	información de los ID corregida	6	1/10/2017	30/11/2017	9	DT CAUCA	
1988	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-7	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso restitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	información de los ID corregida	110	1/10/2017	28/02/2018	21	DT CESAR	
1989	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-8	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso restitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	información de los ID corregida	9	1/10/2017	30/11/2017	9	DT CORDOBA - CAUCA	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE	
1990	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-9	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	información de los ID corregida	40	1/10/2017	31/12/2017	13	DT CORDOBA - MONTERIA	
1991	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-10	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	información de los ID corregida	124	1/10/2017	31/01/2018	17	DT CORDOBA - SINCELEJO	
1992	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-11	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	información de los ID corregida	8	1/10/2017	28/02/2018	21	DT MAGDALENA - BARRANQUILLA	
1993	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-12	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	información de los ID corregida	186	1/10/2017	28/02/2018	21	DT MAGDALENA - SANTA MARTA	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN						
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJEC		
1994	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-13	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	Información de los ID corregida	63	1/10/2017	28/02/2018	21	DT MAGDALENA - PLATO		
1995	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-14	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	Información de los ID corregida	21	1/10/2017	30/11/2017	9	DT MAGDALENA MEDIO - BARRANCA BERMÉJIA		
1996	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-15	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	Información de los ID corregida	24	1/10/2017	30/11/2017	9	DT MAGDALENA MEDIO - AGUACHICA		
1997	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-16	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	Información de los ID corregida	27	1/10/2017	30/11/2017	9	DT MAGDALENA MEDIO - BUCA RAMANGA		

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN						
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE		
1998	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-17	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	Información de los ID corregida	240	1/10/2017	6/04/2018	27	DT META - VILLA VICENCIO		
1999	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-18	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	Información de los ID corregida	54	1/10/2017	31/12/2017	13	DT NARIÑO - PASTO		
2000	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-19	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	Información de los ID corregida	223	1/10/2017	28/02/2018	21	DT NORT E DE SANT ANDER		
2001	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-20	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	Información de los ID corregida	19	1/10/2017	30/11/2017	9	DT PUTU MAYO		

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE	
2002	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-21	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	Información de los ID corregida	174	1/10/2017	31/01/2018	17	DT TOLIMABAGUE	
2003	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-22	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	Información de los ID corregida	43	1/10/2017	28/02/2018	21	DT APARTADO	
2004	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-23	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	Información de los ID corregida	75	1/10/2017	28/02/2018	21	DT VALLE DEL CAUCA - CALI	
2005	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-24	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	Información de los ID corregida	33	1/10/2017	28/02/2018	21	DT VALLE DEL CAUCA - EJE CAFETERO	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE	
2006	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-25	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	información de los ID corregida	48	1/10/2017	28/02/2018	21	DIRECCIÓN JURÍDICA DE RESTITUCIÓN	
2007	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-26	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema mencionado, no se tuvieron previstas algunas variables que pudieran afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Actualizar la información del diagnóstico de las inconsistencias identificadas, con el fin de hacer seguimiento al avance del mismo	Diagnóstico actualizado de las tipologías de inconsistencias identificadas en la SRTDAF	1	1/12/2017	31/01/2018	9	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	
2008	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-27	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Hacer seguimiento mensual, al avance de las correcciones asignadas a cada dirección territorial	Seguimiento o al avance en las correcciones	3	1/10/2017	30/04/2018	30	SUBDIRECCIÓN GENERAL	
2009	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1-28	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema del mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar que los controles en el SRTDAF prevengan la ocurrencia de las inconsistencias identificadas	Realizar un ejercicio de validación en la versión 2 del SRTDAF, respecto a la eficiencia de los controles implementados para prevenir la ocurrencia de las tipologías de inconsistencias identificadas	Informe de validación de controles	1	1/10/2017	31/01/2018	17	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE	
2023	RUPTA	DIRECCIÓN JURÍDICA DE RESTITUCIÓN	CORRECTIVA	AUDITORÍA INTERNA	AGO STO 2017	RUPTA - HAL-01	1-1 Existe disparidad en las operaciones adelantadas en las Direcciones Territoriales	Cambios en la normatividad relacionada al RUPTA y falta de socialización e implementación de la Resolución 306 de 2017, que no ha generado apropiación de los procedimientos en las Direcciones Territoriales.	Emisión lineamientos y seguimiento a los procesos	Proferir lineamientos que orienten la administración de solicitudes de protección o cancelación de las medidas de protección de predios	Circular, procedimientos	3	1/07/2017	31/12/2017	26	DIRECCIÓN JURÍDICA DE RESTITUCIÓN	
2024	RUPTA	DIRECCIÓN JURÍDICA DE RESTITUCIÓN	CORRECTIVA	AUDITORÍA INTERNA	AGO STO 2017	RUPTA - HAL-01	1-2 Existe disparidad en las operaciones adelantadas en las Direcciones Territoriales	Cambios en la normatividad relacionada al RUPTA y falta de socialización e implementación de la Resolución 306 de 2017 que no ha generado apropiación de los procedimientos en las Direcciones Territoriales.	Emisión lineamientos y seguimiento a los procesos	Realizar socializaciones de los lineamientos a las Direcciones Territoriales	Direcciones Territoriales socializadas	17	1/06/2017	31/12/2017	30	DIRECCIÓN JURÍDICA DE RESTITUCIÓN	
2025	RUPTA	DIRECCIÓN JURÍDICA DE RESTITUCIÓN	CORRECTIVA	AUDITORÍA INTERNA	AGO STO 2017	RUPTA - HAL-01	1-3 Existe disparidad en las operaciones adelantadas en las Direcciones Territoriales	Cambios en la normatividad relacionada al RUPTA y falta de socialización e implementación de la Resolución 306 de 2017 que no ha generado apropiación de los procedimientos en las Direcciones Territoriales.	Emisión lineamientos y seguimiento a los procesos	Realizar seguimiento a la implementación del proceso del RUPTA en las Direcciones Territoriales	Informe de seguimiento	1	1/06/2017	31/12/2017	30	DIRECCIÓN JURÍDICA DE RESTITUCIÓN	
2026	RUPTA	DIRECCIÓN JURÍDICA DE RESTITUCIÓN	CORRECTIVA	AUDITORÍA INTERNA	AGO STO 2017	RUPTA - HAL-01	1-4 Existe disparidad en las operaciones adelantadas en las Direcciones Territoriales	Cambios en la normatividad relacionada al RUPTA y falta de socialización e implementación de la Resolución 306 de 2017 que no ha generado apropiación de los procedimientos en las Direcciones Territoriales.	Emisión lineamientos y seguimiento a los procesos	Realizar auditoría interna al proceso RUPTA para verificar su implementación conforme a los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión	Informe Auditoría Interna	1	1/03/2018	31/05/2018	13	OFICINA ASesoría de PLANeación	
2027	RUPTA	DIRECCIÓN JURÍDICA DE RESTITUCIÓN	CORRECTIVA	AUDITORÍA INTERNA	AGO STO 2017	RUPTA - HAL-02	2-1 Falta de directriz en la organización, conservación y transferencia de documentos relacionados con las solicitudes RUPTA	Los lineamientos respecto al manejo de los expedientes de solicitudes de protección predial se encontraban en construcción y no se había realizado socialización de los mismos.	Realizar socializaciones para afianzar los conocimientos sobre el manejo documental de RUPTA	Emitir lineamiento que oriente el manejo que se debe dar a los expedientes de RUPTA	Circular emitida	1	2/11/2017	30/06/2018	34	GRUPO DE GESTIÓN DE SEGUIMIENTO Y OPERACIÓN ADMINISTRATIVA - GESTIÓN DOCUMENTAL	
2028	RUPTA	DIRECCIÓN JURÍDICA DE RESTITUCIÓN	CORRECTIVA	AUDITORÍA INTERNA	AGO STO 2017	RUPTA - HAL-02	2-2 Falta de directriz en la organización, conservación y transferencia de documentos relacionados con las solicitudes RUPTA	Los lineamientos respecto al manejo de los expedientes de solicitudes de protección predial se encontraban en construcción y no se había realizado socialización de los mismos.	Realizar socializaciones para afianzar los conocimientos sobre el manejo documental de RUPTA	Socializar circular respecto al manejo de los documentos RUPTA	Direcciones Territoriales socializadas	17	2/11/2017	30/06/2018	34	GRUPO DE GESTIÓN DE SEGUIMIENTO Y OPERACIÓN ADMINISTRATIVA - GESTIÓN DOCUMENTAL	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN				
ÍTEM	PROCESO	DEFINICIÓN	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJEC
2029	RUPTA	SECRETARÍA GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	AGO 2017	3	Incumplimiento en tiempos de respuesta a las solicitudes RUPTA catalogadas como PQRS.	Falta de información completa respecto a las solicitudes de protección o cancelación de las medidas de protección, remitidas por el INCODER a la URT y los lineamientos para la atención de las mismas estaban en construcción.	Fortalecer los controles del proceso con el fin de hacer un monitoreo y seguimiento efectivo a la respuesta de las PQRS a las dependencias de la Unidad de acuerdo a la normatividad vigente.	Enviar informes de estado de la gestión de las PQRS a nivel central y territorial con copia a la Subdirección General, Dirección General y Secretaría General que permita la toma de decisiones correspondiente en la gestión de las áreas involucradas.	informe	4	1/09/2017	31/12/2017	17	SECRETARÍA GENERAL
2030	RUPTA	SECRETARÍA GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	AGO 2017	4	Actualización de los documentos del Sistema Integrado de Gestión relacionado con el Proceso Atención al Ciudadano-están desactualizados	Los lineamientos respecto a la respuesta de PQRS de solicitudes de protección predial se encontraban en construcción y no se había realizado socialización de los mismos.	Actualizar los lineamientos respecto a la respuesta de PQRS de solicitudes de protección predial	Revisar y actualizar el Procedimiento de PQRS	Procedimiento	2	1/09/2017	15/11/2017	11	SECRETARÍA GENERAL
2035	MEJORAMIENTO	OFICINA ASesoría de Planeación	CORRECCIÓN	AUDITORIA EXTERNA	DICIEMBRE 2017	2017-1-1	En la planificación de los objetivos de la calidad, no se evidencia que se defina: a) qué recursos se requerirán b) cuándo se finalizará c) Cómo se evaluarán los resultados	Se había definido que con algunos indicadores de procesos articulados con el sistema de gestión se contaba con la medición de los objetivos de calidad; sin embargo, no se especificaron cuáles, su ponderación y los recursos requeridos	Realizar mesa de calidad con los profesionales especializados del equipo del Sistema Integrado de Gestión, con el fin de realizar la medición de los objetivos de calidad, para la vigencia 2017.	Realizar mesa de calidad con los profesionales especializados del equipo del Sistema Integrado de Gestión, con el fin de realizar la medición de los objetivos de calidad, para la vigencia 2017.	Matriz de planificación de objetivos de calidad	1	1/01/2018	31/01/2018	4	OFICINA ASesoría de Planeación
2036	MEJORAMIENTO	OFICINA ASesoría de Planeación	CORRECCIÓN	AUDITORIA EXTERNA	DICIEMBRE 2017	2017-1-2	En la planificación de los objetivos de la calidad, no se evidencia que se defina: a) qué recursos se requerirán b) cuándo se finalizará c) Cómo se evaluarán los resultados	Se había definido que con algunos indicadores de procesos articulados con el sistema de gestión se contaba con la medición de los objetivos de calidad; sin embargo, no se especificaron cuáles, su ponderación y los recursos requeridos	Definir con el líder de proceso y representante de la dirección para el SIG, los recursos, indicadores, periodo de medición y meta, para cada objetivo de calidad establecido	Definir con el líder de proceso y representante de la dirección para el SIG, los recursos, indicadores, periodo de medición y meta, para cada objetivo de calidad establecido	Matriz de planificación de objetivos de calidad	1	1/01/2018	31/01/2018	4	OFICINA ASesoría de Planeación
2037	MEJORAMIENTO	OFICINA ASesoría de Planeación	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA	DICIEMBRE 2017	2017-1-3	En la planificación de los objetivos de la calidad, no se evidencia que se defina: a) qué recursos se requerirán b) cuándo se finalizará c) Cómo se evaluarán los resultados	Se había definido que con algunos indicadores de procesos articulados con el sistema de gestión se contaba con la medición de los objetivos de calidad; sin embargo, no se especificaron cuáles, su ponderación y los recursos requeridos	Aprobar la planificación de los objetivos de calidad actualizados para el 2018, la medición de los mismos para garantizar su logro, la meta y los recursos requeridos por parte del Líder del proceso	Aprobar la planificación de los objetivos de calidad actualizados para el 2018, la medición de los mismos para garantizar su logro, la meta y los recursos requeridos por parte del Líder del proceso	Matriz de planificación de objetivos de calidad	1	1/01/2018	31/01/2018	4	OFICINA ASesoría de Planeación
2038	MEJORAMIENTO	OFICINA ASesoría de Planeación	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA	DICIEMBRE 2017	2017-1-4	En la planificación de los objetivos de la calidad, no se evidencia que se defina: a) qué recursos se requerirán b) cuándo se finalizará c) Cómo se evaluarán los resultados	Se había definido que con algunos indicadores de procesos articulados con el sistema de gestión se contaba con la medición de los objetivos de calidad; sin embargo, no se especificaron cuáles, su ponderación y los recursos requeridos	Realizar la actualización del MC-MA-01 Manual del Sistema Integrado de Gestión incorporando la planificación de los objetivos de calidad para el 2018	Realizar la actualización del MC-MA-01 Manual del Sistema Integrado de Gestión incorporando la planificación de los objetivos de calidad para el 2018	MC-MA-01 Manual del Sistema Integrado de Gestión	1	1/02/2018	5/03/2018	5	OFICINA ASesoría de Planeación

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPARTAMENTO	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE
2039	MEJORAMIENTO DE PLANIFICACIÓN	OFICINA ASISTENTE DE PLANIFICACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE CONTROL	DICIEMBRE 2017	2017-1-5		En la planificación de los objetivos de la calidad, no se evidencia que se defina: a) qué recursos se requerirán b) cuándo se finalizará c) Cómo se evaluarán los resultados	Se había definido que con algunos indicadores de procesos articulados con el sistema de gestión se contaba con la medición de los objetivos de calidad; sin embargo, no se especificaron cuáles, su ponderación y los recursos requeridos	Socializar al interior de la Entidad la Planificación de los objetivos de calidad para el 2018	Socializar al interior de la Entidad la Planificación de los objetivos de calidad para el 2018	Listados de Asistencia y evaluación de socialización	1	5/03/2018	30/03/2018	4	OFICINA ASISTENTE DE PLANIFICACIÓN
2040	MEJORAMIENTO DE PLANIFICACIÓN	OFICINA ASISTENTE DE PLANIFICACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE CONTROL	DICIEMBRE 2017	2017-2-1		No se evidencia que las acciones correctivas (planes de mejoramiento) aseguren que se eliminen las causas de las no conformidades, con el fin de que no vuelvan a ocurrir	No se cuenta con una metodología documentada para orientar la identificación y análisis de causas	De las acciones que se encuentran en ejecución, identificar para cuáles no se realizó un análisis adecuado de causas o que las acciones definidas no atacan la causa raíz del problema	De las acciones que se encuentran en ejecución, identificar para cuáles no se realizó un análisis adecuado de causas o que las acciones definidas no atacan la causa raíz del problema	Identificación de inconsistencias en la formulación de los planes de mejoramiento que	1	1/01/2018	28/02/2018	8	OFICINA ASISTENTE DE PLANIFICACIÓN
2041	MEJORAMIENTO DE PLANIFICACIÓN	OFICINA ASISTENTE DE PLANIFICACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE CONTROL	DICIEMBRE 2017	2017-2-2		No se evidencia que las acciones correctivas (planes de mejoramiento) aseguren que se eliminen las causas de las no conformidades, con el fin de que no vuelvan a ocurrir	No se cuenta con una metodología documentada para orientar la identificación y análisis de causas	Dar un alcance a los planes de mejoramiento que se hayan identificado con inconsistencias, a fin de complementar el análisis de causas o las acciones propuestas	Dar un alcance a los planes de mejoramiento que se hayan identificado con inconsistencias, a fin de complementar el análisis de causas o las acciones propuestas	Planes de mejoramiento ajustados	1	28/02/2018	31/03/2018	4	OFICINA ASISTENTE DE PLANIFICACIÓN
2042	MEJORAMIENTO DE PLANIFICACIÓN	OFICINA ASISTENTE DE PLANIFICACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE CONTROL	DICIEMBRE 2017	2017-2-3		No se evidencia que las acciones correctivas (planes de mejoramiento) aseguren que se eliminen las causas de las no conformidades, con el fin de que no vuelvan a ocurrir	No se cuenta con una metodología documentada para orientar la identificación y análisis de causas	Documentar una guía metodológica para la identificación y análisis de causas	Documentar una guía metodológica para la identificación y análisis de causas	Guía para la identificación y análisis de causas aprobada	1	1/01/2018	31/01/2018	4	OFICINA ASISTENTE DE PLANIFICACIÓN
2043	MEJORAMIENTO DE PLANIFICACIÓN	OFICINA ASISTENTE DE PLANIFICACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE CONTROL	DICIEMBRE 2017	2017-2-4		No se evidencia que las acciones correctivas (planes de mejoramiento) aseguren que se eliminen las causas de las no conformidades, con el fin de que no vuelvan a ocurrir	No se cuenta con una metodología documentada para orientar la identificación y análisis de causas	Socializar a guía metodológica para la identificación y análisis de causas, a los profesionales de planeación de las direcciones territoriales y a los gestores de cada proceso	Socializar a guía metodológica para la identificación y análisis de causas, a los profesionales de planeación de las direcciones territoriales y a los gestores de cada proceso	Listas de asistencia y socialización realizadas	1	1/02/2018	31/03/2018	8	OFICINA ASISTENTE DE PLANIFICACIÓN
2044	MEJORAMIENTO DE PLANIFICACIÓN	OFICINA ASISTENTE DE PLANIFICACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE CONTROL	DICIEMBRE 2017	2017-2-5		No se evidencia que las acciones correctivas (planes de mejoramiento) aseguren que se eliminen las causas de las no conformidades, con el fin de que no vuelvan a ocurrir	No se cuenta con una metodología documentada para orientar la identificación y análisis de causas	Implementar el módulo de Mejora del Sistema de Información de STRATEGOS, para la formulación, gestión y seguimiento de planes de mejoramiento de la URT. Dicha herramienta dispone de los formularios para orientar la identificación y análisis de causas a través de las siguientes metodologías: • Lluvia de ideas • Cinco por qué • Espina de pescado • Pareto	Implementar el módulo de Mejora del Sistema de Información de STRATEGOS, para la formulación, gestión y seguimiento de planes de mejoramiento de la URT. Dicha herramienta dispone de los formularios para orientar la identificación y análisis de causas a través de las siguientes metodologías: • Lluvia de ideas • Cinco por qué • Espina de pescado • Pareto	Módulo de Mejora de STRATEGOS implementado	1	1/01/2018	31/03/2018	13	OFICINA ASISTENTE DE PLANIFICACIÓN

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE E/EC	
2045	MEJORAMIENTO	OFICINA ASESORA DE CONTROL PLANIFICACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE TERCER A PARTE	DICIEMBRE 2017	2017-2-6	No se evidencia que las acciones correctivas (planes de mejoramiento) aseguren que se eliminen las causas de las no conformidades, con el fin de que no vuelvan a ocurrir	No se cuenta con una metodología documentada para orientar la identificación y análisis de causas	Acompañar desde la Oficina Asesora de Planeación la formulación de los planes de mejoramiento	Acompañar desde la Oficina Asesora de Planeación la formulación de los planes de mejoramiento	Plan de mejoramiento formulado	1	1/01/2018	30/06/2018	26	OFICINA ASESORA DE PLANIFICACIÓN	
2046	GESTIÓN	OFICINA ASESORA DE PLANIFICACIÓN	CORRECCION	AUDITORIA EXTERNA DE TERCER A PARTE	DICIEMBRE 2017	2017-3-1	La organización en la planificación del diseño y formulación de proyectos productivos familiares, no considera: a) Duración de las actividades del diseño b) Las responsabilidades y autoridades para la revisión	A pesar de tener un diagnóstico para establecer el impacto de las modificaciones de la norma sobre el procedimiento de implementación de proyectos productivos familiares, en cuanto a diseño y desarrollo, no se armonizó el plan de actualización documental del proceso, frente a los tiempos y recursos de la auditoría de certificación del SGC bajo la norma ISO 9001 versión 2015	Realizar mesas técnicas para identificar los ajustes necesarios al procedimiento PF-CS-PR-01 y la Guía PF-CS-GU-01 frente a los requerimientos de la Norma ISO 9001/2015	Realizar mesas técnicas para identificar los ajustes necesarios al procedimiento PF-CS-PR-01 y la Guía PF-CS-GU-01 frente a los requerimientos de la Norma ISO 9001/2015	Registros de asistencia a las mesas técnicas	1	1/01/2018	20/02/2018	7	SUBDIRECCIÓN GENERAL- PROYECTOS PRODUCTIVOS FAMILIARES	
2047	GESTIÓN	OFICINA ASESORA DE PLANIFICACIÓN	CORRECCION	AUDITORIA EXTERNA DE TERCER A PARTE	DICIEMBRE 2017	2017-3-2	La organización en la planificación del diseño y formulación de proyectos productivos familiares, no considera: a) Duración de las actividades del diseño b) Las responsabilidades y autoridades para la revisión	A pesar de tener un diagnóstico para establecer el impacto de las modificaciones de la norma sobre el procedimiento de implementación de proyectos productivos familiares, en cuanto a diseño y desarrollo, no se armonizó el plan de actualización documental del proceso, frente a los tiempos y recursos de la auditoría de certificación del SGC bajo la norma ISO 9001 versión 2015	Realizar la actualización documental de PF-CS-PR-01 y de la Guía PF-CS-GU-01 frente a los requerimientos de la Norma ISO 9001 / 2015	Realizar la actualización documental de PF-CS-PR-01 y de la Guía PF-CS-GU-01 frente a los requerimientos de la Norma ISO 9001 / 2015	Procedimiento y Guía actualizados	2	20/02/2018	31/03/2018	6	SUBDIRECCIÓN GENERAL- PROYECTOS PRODUCTIVOS FAMILIARES	
2048	GESTIÓN	OFICINA ASESORA DE PLANIFICACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE TERCER A PARTE	DICIEMBRE 2017	2017-3-3	La organización en la planificación del diseño y formulación de proyectos productivos familiares, no considera: a) Duración de las actividades del diseño b) Las responsabilidades y autoridades para la revisión	A pesar de tener un diagnóstico para establecer el impacto de las modificaciones de la norma sobre el procedimiento de implementación de proyectos productivos familiares, en cuanto a diseño y desarrollo, no se armonizó el plan de actualización documental del proceso, frente a los tiempos y recursos de la auditoría de certificación del SGC bajo la norma ISO 9001 versión 2015	Establecer una metodología para identificar los cambios normativos que afecten los requisitos necesarios para el diseño y desarrollo del proceso	Establecer una metodología para identificar los cambios normativos que afecten los requisitos necesarios para el diseño y desarrollo del proceso	Metodología para la identificación y tratamiento de cambios	1	1/03/2018	30/06/2018	17	OFICINA ASESORA DE PLANIFICACIÓN	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJEC	
2049	GESTIÓN ASesoría de Planeación	OFICINA ASesoría de Planeación	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERA PARTE	DICIEMBRE 2017	2017-3-4	La organización en la planificación del diseño y formulación de proyectos productivos familiares, no considera: a) Duración de las actividades del diseño b) Las responsabilidades y autoridades para la revisión	A pesar de tener un diagnóstico para establecer el impacto de las modificaciones de la norma sobre el procedimiento de implementación de proyectos productivos familiares, en cuanto a diseño y desarrollo, no se armonizó el plan de actualización documental del proceso, frente a los tiempos y recursos de la auditoría de certificación del SGC bajo la norma ISO 9001 versión 2015	Socializar la metodología de identificación de cambios	Socializar la metodología de identificación de cambios	Registro de socializaciones	1	30/06/2018	30/07/2018	4	OFICINA ASesoría de Planeación	
2050	GESTIÓN ASesoría de Planeación	OFICINA ASesoría de Planeación	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERA PARTE	DICIEMBRE 2017	2017-3-5	La organización en la planificación del diseño y formulación de proyectos productivos familiares, no considera: a) Duración de las actividades del diseño b) Las responsabilidades y autoridades para la revisión	A pesar de tener un diagnóstico para establecer el impacto de las modificaciones de la norma sobre el procedimiento de implementación de proyectos productivos familiares, en cuanto a diseño y desarrollo, no se armonizó el plan de actualización documental del proceso, frente a los tiempos y recursos de la auditoría de certificación del SGC bajo la norma ISO 9001 versión 2015	Realizar socializaciones de la actualización del PF-CS-PR-01 y la Guía PF-CS-GU-01 a nivel de los equipos de trabajo territoriales	Realizar socializaciones de la actualización del PF-CS-PR-01 y la Guía PF-CS-GU-01 a nivel de los equipos de trabajo territoriales	Registro de asistencia a socializaciones	1	30/04/2018	31/05/2018	4	SUBDIRECCIÓN GENERAL - PROYECTO 5 PRODUCTIVOS FAMILIARES	
2051	GESTIÓN ASesoría de Planeación	OFICINA ASesoría de Planeación	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERA PARTE	DICIEMBRE 2017	2017-3-6	La organización en la planificación del diseño y formulación de proyectos productivos familiares, no considera: a) Duración de las actividades del diseño b) Las responsabilidades y autoridades para la revisión	A pesar de tener un diagnóstico para establecer el impacto de las modificaciones de la norma sobre el procedimiento de implementación de proyectos productivos familiares, en cuanto a diseño y desarrollo, no se armonizó el plan de actualización documental del proceso, frente a los tiempos y recursos de la auditoría de certificación del SGC bajo la norma ISO 9001 versión 2015	Verificar la implementación de los cambios efectuados en el procedimiento PF-CS-PR-01 y la Guía PF-CS-GU-01 frente a los requerimientos de la Norma ISO 9001: 2015	Verificar la implementación de los cambios efectuados en el procedimiento PF-CS-PR-01 y la Guía PF-CS-GU-01 frente a los requerimientos de la Norma ISO 9001: 2015	Informe de verificación	1	1/06/2018	30/06/2018	4	SUBDIRECCIÓN GENERAL - PROYECTO 5 PRODUCTIVOS FAMILIARES	
2052	GESTIÓN MAGDALENA - SANTARUCIA	OFICINA ASesoría de Planeación	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERA PARTE	DICIEMBRE 2017	2017-4-1	No se evidencia el cargue de información digitalizada en la representación judicial de los casos asignados (180 casos) en el convenio 1671 de 2015 por parte del proveedor Corporación Jurídica Yira Castro. Así mismo se evidencia que el último informe de supervisión es de fecha de agosto de 2016	Debilidades por parte del supervisor en el seguimiento de la ejecución, así como la toma de medidas oportunas que permitieran el cumplimiento de todas las actividades por parte del contratista, de igual manera la falta de claridad en la conformación de expedientes contractuales	Requerir al contratista para que realice el cargue de la documentación digital al Sistema de Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas, de los casos que fueron representados judicialmente por la Corporación Jurídica Yira castro	Requerir al contratista para que realice el cargue de la documentación digital al Sistema de Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas, de los casos que fueron representados judicialmente por la Corporación Jurídica Yira castro	Requerimiento al contratista	1	1/01/2018	31/07/2018	30	DT MAGDALENA - SANTARUCIA	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE E/EC	
2053	GESTIÓN DOCUMENTAL	DT MAGDALENA - SANTA MARTA	CORRECCION	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERAS PARTES	DICIEMBRE 2017	2017-4-2	No se evidencia el cargue de información digitalizada en la representación judicial de los casos asignados (180 casos) en el convenio 1671 de 2015 por parte del proveedor Corporación Jurídica Yira Castro. Así mismo se evidencia que el último informe de supervisión es de fecha de agosto de 2016	Debilidades por parte del supervisor en el seguimiento de la ejecución, así como la toma de medidas oportunas que permitan el cumplimiento de todas las actividades por parte del contratista, de igual manera la falta de claridad en la conformación de expedientes contractuales	Teniendo en cuenta que el expediente que fue exhibido al auditor fue una copia incompleta del original que reposa en el nivel central, se debe realizar la centralización de los expedientes del convenio No. 1671 de 2015 y surtir el procedimiento de la eliminación documental correspondiente	Teniendo en cuenta que el expediente que fue exhibido al auditor fue una copia incompleta del original que reposa en el nivel central, se debe realizar la centralización de los expedientes del convenio No. 1671 de 2015 y surtir el procedimiento de la eliminación documental correspondiente	Formato de traslado documental	1	1/01/2018	31/03/2018	13	DT MAGDALENA - SANTA MARTA	
2054	GESTIÓN DOCUMENTAL	DT MAGDALENA - SANTA MARTA	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERAS PARTES	DICIEMBRE 2017	2017-4-3	No se evidencia el cargue de información digitalizada en la representación judicial de los casos asignados (180 casos) en el convenio 1671 de 2015 por parte del proveedor Corporación Jurídica Yira Castro. Así mismo se evidencia que el último informe de supervisión es de fecha de agosto de 2016	Debilidades por parte del supervisor en el seguimiento de la ejecución, así como la toma de medidas oportunas que permitan el cumplimiento de todas las actividades por parte del contratista, de igual manera la falta de claridad en la conformación de expedientes contractuales	Fortalecer las capacidades de los supervisores de contratos y colaboradores de apoyo en las direcciones territoriales, mediante la socialización del Manual de Contratación y Supervisión, que le permitan tener lineamientos claros a tener en cuenta al momento de verificar el cumplimiento de las actividades establecidas en el convenio.	Fortalecer las capacidades de los supervisores de contratos y colaboradores de apoyo en las direcciones territoriales, mediante la socialización del Manual de Contratación y Supervisión, que le permitan tener lineamientos claros a tener en cuenta al momento de verificar el cumplimiento de las actividades establecidas en el convenio.	Listado de asistencia y actas con el material suministrado a las direcciones territoriales	1	1/01/2018	31/07/2018	30	GRUPO DE GESTIÓN EN CONTRATACIÓN E INGENCERIA DE MERCADO	
2055	GESTIÓN DOCUMENTAL	DT MAGDALENA - SANTA MARTA	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERAS PARTES	DICIEMBRE 2017	2017-4-4	No se evidencia el cargue de información digitalizada en la representación judicial de los casos asignados (180 casos) en el convenio 1671 de 2015 por parte del proveedor Corporación Jurídica Yira Castro. Así mismo se evidencia que el último informe de supervisión es de fecha de agosto de 2016	Debilidades por parte del supervisor en el seguimiento de la ejecución, así como la toma de medidas oportunas que permitan el cumplimiento de todas las actividades por parte del contratista, de igual manera la falta de claridad en la conformación de expedientes contractuales	Apoyo en la revisión de los informes de supervisión, en el cual se verifique la evidencia del cumplimiento de las actividades definidas en los contratos y convenios estratégicos.	Apoyo en la revisión de los informes de supervisión, en el cual se verifique la evidencia del cumplimiento de las actividades definidas en los contratos y convenios estratégicos.	Matriz de seguimiento a la ejecución contractual	1	1/01/2018	31/03/2018	13	GRUPO DE GESTIÓN EN CONTRATACIÓN E INGENCERIA DE MERCADO	
2056	GESTIÓN DOCUMENTAL	DT MAGDALENA - SANTA MARTA	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERAS PARTES	DICIEMBRE 2017	2017-4-5	No se evidencia el cargue de información digitalizada en la representación judicial de los casos asignados (180 casos) en el convenio 1671 de 2015 por parte del proveedor Corporación Jurídica Yira Castro. Así mismo se evidencia que el último informe de supervisión es de fecha de agosto de 2016	Debilidades por parte del supervisor en el seguimiento de la ejecución, así como la toma de medidas oportunas que permitan el cumplimiento de todas las actividades por parte del contratista, de igual manera la falta de claridad en la conformación de expedientes contractuales	Actualizar la guía de expedientes contractuales en el cual se fijen lineamientos claros respecto a la conformación de los mismos	Actualizar la guía de expedientes contractuales en el cual se fijen lineamientos claros respecto a la conformación de los mismos	Guía de organización de expedientes contractuales	1	1/01/2018	31/03/2018	13	GRUPO DE GESTIÓN DE SEGUIMIENTO Y OPERACIÓN ADMINISTRATIVA	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE	
2057	GESTIÓN DOCUMENTAL	DT MAGDALENA - SANTAMARÍA	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERAS PARTES	DICIEMBRE 2017	2017-4-6	No se evidencia el cargue de información digitalizada en la representación judicial de los casos asignados (180 casos) en el convenio 1671 de 2015 por parte del proveedor Corporación Jurídica Yira Castro. Así mismo se evidencia que el último informe de supervisión es de fecha de agosto de 2016	Debilidades por parte del supervisor en el seguimiento de la ejecución, así como la toma de medidas oportunas que permitieran el cumplimiento de todas las actividades por parte del contratista, de igual manera la falta de claridad en la conformación de expedientes contractuales	Visitar a las diferentes dependencias con el fin de verificar el cumplimiento a la instrucción de la no conformación de expedientes en copia	Visitar a las diferentes dependencias con el fin de verificar el cumplimiento a la instrucción de la no conformación de expedientes en copia	Actas de visitas	18	1/01/2018	31/03/2018	13	GRUPO DE GESTIÓN DE SEGUIMIENTO Y OPERACIÓN ADMINISTRATIVA	
2058	GESTIÓN DOCUMENTAL	DT MAGDALENA - SANTAMARÍA	CORRECCION	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERAS PARTES	DICIEMBRE 2017	2017-5-1	La organización no se asegura de que los recursos proporcionados para controlar las condiciones de temperatura del archivo de la Dirección Territorial Magdalena se mantiene para asegurar la idoneidad continua para su proposito	Desconfiguración del software y equipos de medición de temperatura de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Acuerdo 49 de 2000 Art. 4, con el fin de dar las alertas correspondientes	Validar la configuración de los parámetros establecidos en el software con los rangos establecidos en acuerdo 49 de 2000 art. 4	Validar la configuración de los parámetros establecidos en el software con los rangos establecidos en acuerdo 49 de 2000 art. 4	Base de datos de comparación	1	1/01/2018	31/01/2018	4	GRUPO DE GESTIÓN DE SEGUIMIENTO Y OPERACIÓN ADMINISTRATIVA	
2059	GESTIÓN DOCUMENTAL	DT MAGDALENA - SANTAMARÍA	CORRECCION	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERAS PARTES	DICIEMBRE 2017	2017-5-2	La organización no se asegura de que los recursos proporcionados para controlar las condiciones de temperatura del archivo de la Dirección Territorial Magdalena se mantiene para asegurar la idoneidad continua para su proposito	Desconfiguración del software y equipos de medición de temperatura de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Acuerdo 49 de 2000 Art. 4, con el fin de dar las alertas correspondientes	Identificar y validar los archivos que se encuentran marcando las condiciones de temperatura establecidas en el acuerdo 49 de 2000 art. 4, donde se establece el rango de temperatura adecuada (15 a 20°C)	Identificar y validar los archivos que se encuentran marcando las condiciones de temperatura establecidas en el acuerdo 49 de 2000 art. 4, donde se establece el rango de temperatura adecuada (15 a 20°C)	Listado de chequeo por archivo y su ubicación	1	1/01/2018	31/01/2018	4	GRUPO DE GESTIÓN DE SEGUIMIENTO Y OPERACIÓN ADMINISTRATIVA	
2060	GESTIÓN DOCUMENTAL	DT MAGDALENA - SANTAMARÍA	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERAS PARTES	DICIEMBRE 2017	2017-5-3	La organización no se asegura de que los recursos proporcionados para controlar las condiciones de temperatura del archivo de la Dirección Territorial Magdalena se mantiene para asegurar la idoneidad continua para su proposito	Desconfiguración del software y equipos de medición de temperatura de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Acuerdo 49 de 2000 Art. 4, con el fin de dar las alertas correspondientes	Contemplar en el plan anual de adquisiciones para la vigencia 2018 recursos para el mantenimiento preventivo y correctivo de los medidores de humedad	Contemplar en el plan anual de adquisiciones para la vigencia 2018 recursos para el mantenimiento preventivo y correctivo de los medidores de humedad	Plan Anual de Adquisiciones	1	1/01/2018	31/01/2018	4	GRUPO DE GESTIÓN DE SEGUIMIENTO Y OPERACIÓN ADMINISTRATIVA	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE	
2061	GESTIÓN DOCUMENTAL	DIR. MAGDALENA-SANTAMARÍA	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERAS PARTES	DICIEMBRE 2017	2017-5-4	La organización no se asegura de que los recursos proporcionados para controlar las condiciones de temperatura del archivo de la Dirección Territorial Magdalena se mantiene para asegurar la idoneidad continua para su propósito	Desconfiguración del software y equipos de medición de temperatura de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Acuerdo 49 de 2000 Art. 4, con el fin de dar las alertas correspondientes	Ajustar y aprobar el documento del Sistema Integrado de Conservación con un capítulo especial referente a la configuración y seguimiento de las condiciones de temperatura en el archivo de la Unidad	Ajustar y aprobar el documento del Sistema Integrado de Conservación con un capítulo especial referente a la configuración y seguimiento de las condiciones de temperatura en el archivo de la Unidad	Acta del Comité de Desarrollo Administrativo	1	1/01/2018	20/02/2018	7	GRUPO DE GESTIÓN DE SEGUIMIENTO Y OPERACIÓN ADMINISTRATIVA	
2062	GESTIÓN DOCUMENTAL	DIR. MAGDALENA-SANTAMARÍA	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERAS PARTES	DICIEMBRE 2017	2017-5-5	La organización no se asegura de que los recursos proporcionados para controlar las condiciones de temperatura del archivo de la Dirección Territorial Magdalena se mantiene para asegurar la idoneidad continua para su propósito	Desconfiguración del software y equipos de medición de temperatura de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Acuerdo 49 de 2000 Art. 4, con el fin de dar las alertas correspondientes	Socializar el Sistema Integrado de Conservación al personal de Gestión Documental	Socializar el Sistema Integrado de Conservación al personal de Gestión Documental	Lista de asistentes y videoconferencias	1	20/02/2018	15/03/2018	3	GRUPO DE GESTIÓN DE SEGUIMIENTO Y OPERACIÓN ADMINISTRATIVA	
2063	DIR. EC. CI. ON AMIEN TO EST. RA TÉ. GIC. O.	DIR. MAGDALENA-SANTAMARÍA	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERAS PARTES	DICIEMBRE 2017	2017-6-1	No se evidencia que se hayan compartido los resultados de la medición, análisis y evaluación, así como los resultados de la evaluación de los riesgos por parte de la Dirección Central hacia las territoriales	Los mecanismos de retroalimentación del nivel central con el territorial no contemplan en su totalidad la comunicación de los resultados de medición, análisis y evaluación	Socializar a las Direcciones Territoriales los resultados de la medición, análisis y evaluación, así como los resultados de la evaluación de los riesgos, de la vigencia 2017	Socializar a las Direcciones Territoriales los resultados de la medición, análisis y evaluación, así como los resultados de la evaluación de los riesgos, de la vigencia 2017	Lista de asistencia / correo y videos presentados	1	1/01/2018	31/01/2018	4	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	
2064	DIR. EC. CI. ON AMIEN TO EST. RA TÉ. GIC. O.	DIR. MAGDALENA-SANTAMARÍA	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERAS PARTES	DICIEMBRE 2017	2017-6-2	No se evidencia que se hayan compartido los resultados de la medición, análisis y evaluación, así como los resultados de la evaluación de los riesgos por parte de la Dirección Central hacia las territoriales	Los mecanismos de retroalimentación del nivel central con el territorial no contemplan en su totalidad la comunicación de los resultados de medición, análisis y evaluación	Definir, formalizar y socializar lineamientos para la transferencia de análisis y resultados de medición y de la gestión de riesgos en territorio	Definir, formalizar y socializar lineamientos para la transferencia de análisis y resultados de medición y de la gestión de riesgos en territorio	Guía de indicadores ajustada Guía de administración del riesgo Matriz de comunicaciones	3	1/01/2018	15/02/2018	6	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	
2065	DIR. EC. CI. ON AMIEN TO EST. RA TÉ. GIC. O.	DIR. MAGDALENA-SANTAMARÍA	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERAS PARTES	DICIEMBRE 2017	2017-6-3	No se evidencia que se hayan compartido los resultados de la medición, análisis y evaluación, así como los resultados de la evaluación de los riesgos por parte de la Dirección Central hacia las territoriales	Los mecanismos de retroalimentación del nivel central con el territorial no contemplan en su totalidad la comunicación de los resultados de medición, análisis y evaluación	Diseñar e implementar estrategia de divulgación y apropiación de la importancia de la medición y gestión de riesgos en los territorios	Diseñar e implementar estrategia de divulgación y apropiación de la importancia de la medición y gestión de riesgos en los territorios	Estrategia definida y documentada	1	1/01/2018	28/02/2018	8	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPARTAMENTO	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE E/EC
2066	DIR EC CI ON AM IEN TO EST RA MAR TÉ GIC O	DT MAG DALE NA - SANT EST RA MAR TÉ GIC O	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERA PARTE	DICIEMBRE 2017	2017-6	2017-6-4	No se evidencia que se hayan compartido los resultados de la medición, análisis y evaluación, así como los resultados de la evaluación de los riesgos por parte de la Dirección Central hacia las territoriales	Los mecanismos de retroalimentación del nivel central con el territorial no contemplan en su totalidad la comunicación de los resultados de medición, análisis y evaluación	Implementar lineamientos definidos para la transferencia de análisis y resultados de medición y de la gestión de riesgos en territorio	Implementar lineamientos definidos para la transferencia de análisis y resultados de medición y de la gestión de riesgos en territorio	Correos e informes de envío de información / Retroalimentación recibida de territorios	1	1/03/2018	30/06/2018	17	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN
2067	DIR EC CI ON AM IEN TO EST RA MAR TÉ GIC O	DT MAG DALE NA - SANT EST RA MAR TÉ GIC O	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA DE TERCERA PARTE	DICIEMBRE 2017	2017-6	2017-6-5	No se evidencia que se hayan compartido los resultados de la medición, análisis y evaluación, así como los resultados de la evaluación de los riesgos por parte de la Dirección Central hacia las territoriales	Los mecanismos de retroalimentación del nivel central con el territorial no contemplan en su totalidad la comunicación de los resultados de medición, análisis y evaluación	Realizar seguimiento del primer semestre de implementación en los lineamientos y en la estrategia y realizar ajustes si aplica	Realizar seguimiento del primer semestre de implementación en los lineamientos y en la estrategia y realizar ajustes si aplica	Informe de seguimiento o a los lineamientos definidos, incluyendo aportes de los territorios	1	1/07/2018	31/07/2018	4	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN
2071	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA DE CONTROL INTERNO	NOVIEMBRE 2017	1	1-1	<p>Evalúo el diagrama del proceso gestión de TI se evidencia que la documentación se encuentra desactualizada, al revisar el "Cronograma actualización proceso Gestión de TI (Estratégico)" se observa que en el momento de elaborar el presente informe ya deberían estar actualizados varios documentos, como el caso de la caracterización del proceso que según este documento debería estar listo para la cuarta semana de noviembre o la Definición y Actualización de procedimientos para la primera de diciembre. Lo anterior incumple lo establecido en la norma NTC ISO 9001 en su literal 7.5.2.</p> <p>En la validación del Hallazgo con el proceso, se mencionó que la OTI debido a falta de personal, reprogramaría la actualización documental del proceso, para el primer semestre de 2018; al validar con la Oficina asesora de Planeación se observó un acta de reunión de 28 de Noviembre pasado, en la cual se mencionaban estos aspectos, debido a que para esta fecha ya se había adelantado la revisión que de acuerdo al plan de auditoría estaba para 1 al 3 de Noviembre, el Hallazgo se mantiene y las actividades acordadas en la reunión se establecen como acciones de mejora de la situación evidenciada.</p>	falta actualización de la caracterización atendiendo a lo estratégico del proceso así como la documentación asociada a la gestión	realizar la actualización de la nueva caracterización del proceso como estratégico	documentar y formalizar la nueva caracterización de Gestión de TI	caracterización formalizada	1	1/12/2017	31/12/2017		OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
2072	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA DE CONTROL INTERNO	NOVIEMBRE 2017	1	1-2	<p>Evalúo el diagrama del proceso gestión de TI se evidencia que la documentación se encuentra desactualizada, al revisar el "Cronograma actualización proceso Gestión de TI (Estratégico)" se observa que en el momento de elaborar el presente informe ya deberían estar actualizados varios documentos, como el caso de la caracterización del proceso que según este documento debería estar listo para la cuarta semana de noviembre o la Definición y Actualización de procedimientos para la primera de diciembre. Lo anterior incumple lo establecido en la norma NTC ISO 9001 en su literal 7.5.2.</p> <p>En la validación del Hallazgo con el proceso, se mencionó que la OTI debido a falta de personal, reprogramaría la actualización documental del proceso, para el primer semestre de 2018; al validar con la Oficina asesora de Planeación se observó un acta de reunión de 28 de Noviembre pasado, en la cual se mencionaban estos aspectos, debido a que para esta fecha ya se había adelantado la revisión que de acuerdo al plan de auditoría estaba para 1 al 3 de Noviembre, el Hallazgo se mantiene y las actividades acordadas en la reunión se establecen como acciones de mejora de la situación evidenciada.</p>	falta actualización de la caracterización atendiendo a lo estratégico del proceso así como la documentación asociada a la gestión	definir y ejecutar el cronograma de actualización documental del proceso Gestión de TI	realizar la actualización de la documentación del proceso de acuerdo a la nueva caracterización y establecimiento en el mapa de procesos	cronograma de actualización documental (documento s actualizados)	1	15/01/2018	30/11/2018		OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE E/EC
2073	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	2	2	En la revisión de eficacia de actividades del plan de mejoramiento del proceso, se evidenció que "...se dispone de un procedimiento de antivirus el mismo no establece responsable de la revisión de hallazgos detectados por el antivirus ni generación y/o almacenamiento de evidencia de ejecución del procedimiento" y se deben generar nuevas acciones de mejora orientadas a tratar las causas correspondientes; las actividades deben estar orientadas al tratamiento que se debe hacer sobre los incidentes asociados a la plataforma de antivirus e identificar los responsables; lo anterior teniendo en cuenta lo establecido en la Norma ISO 9001 en su numeral 10.2 "No conformidad y acción correctiva".	falta de un procedimiento definido donde se establezcan responsables de la revisión y/o almacenamiento de evidencia de ejecución del procedimiento. Adicionalmente no fue posible adelantar la actividad por falta de personal experto en la materia	Se actualizará y formalizará el procedimiento con responsabilidades y la generación de reportes asociados a la plataforma de antivirus	Documentar y formalizar el procedimiento de antivirus y generar periódicamente los reportes asociados a la plataforma	procedimiento de antivirus reportes de la plataforma	2	15/01/2018	30/04/2018		OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
2074	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	3	3	En la revisión de eficacia de actividades del plan de mejoramiento del proceso, se evidenció que "La Oficina de Tecnologías de la Información no mantiene un registro de los incidentes que se han presentado durante el año en curso" y se deben generar nuevas acciones de mejora orientadas a tratar las causas correspondientes, debido a que son incidentes de seguridad de la información, lo anterior teniendo en cuenta lo establecido en la Norma ISO 9001 en su numeral 10.2 "No conformidad y acción correctiva". La OTI solicitó unificar este Hallazgo con el # 2, pero al revisar la naturaleza de cada uno de ellos, se decidió dejarlos como fueron planteados inicialmente, debido a que no necesariamente un incidente de Seguridad de la Información puede estar tipificado e identificado en el procedimiento del Antivirus.	no se cuenta con una política para la gestión de incidentes así como el registro de los incidentes de seguridad de la información que se presentan	con la puesta en operación del modulo de seguridad de la información en el Sistema Strategos se incorpora una funcionalidad que permitirá realizar la gestión frente a los incidentes que se presenten	Documentar y formalizar la política para la gestión de incidentes y hacer el respectivo registro y seguimiento de los incidentes en el modulo de seguridad de la información	política de gestión de incidentes	1	15/01/2018	31/07/2018		OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
2075	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	3	3-1	En la revisión de eficacia de actividades del plan de mejoramiento del proceso, se evidenció que "La Oficina de Tecnologías de la Información no mantiene un registro de los incidentes de mejora orientados a tratar las causas correspondientes, debido a que son incidentes de seguridad de la información, lo anterior teniendo en cuenta lo establecido en la Norma ISO 9001 en su numeral 10.2 "No conformidad y acción correctiva". La OTI solicitó unificar este Hallazgo con el # 2, pero al revisar la naturaleza de cada uno de ellos, se decidió dejarlos como fueron planteados inicialmente, debido a que no necesariamente un incidente de Seguridad de la Información puede estar tipificado e identificado en el procedimiento del Antivirus.	no se cuenta con una política para la gestión de incidentes así como el registro de los incidentes de seguridad de la información que se presentan	con la puesta en operación del modulo de seguridad de la información en el Sistema Strategos se incorpora una funcionalidad que permitirá realizar la gestión frente a los incidentes que se presenten	Registro de incidentes en el modulo de seguridad de la información (strategos)	registro de incidentes en el modulo de seguridad de la información (strategos)	1	15/01/2018	30/06/2018		OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
2076	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	4	4-1	En la revisión de eficacia de actividades del plan de mejoramiento del proceso, se evidenció que respecto a la actividad que menciona lo siguiente: "...los ingenieros de la OTI no hacen un seguimiento en el ambiente de producción, del cambio implementado para identificar fallas que se presenten y se puedan solucionar oportunamente garantizando la acreditación del paso a producción. Los inconvenientes son identificados por los usuarios funcionales" se deben generar nuevas acciones de mejora orientadas a tratar las causas correspondientes, como generar la documentación correspondiente, lo anterior teniendo en cuenta lo establecido en la Norma ISO 9001 en su numeral 10.2 "No conformidad y acción correctiva". En la validación del Hallazgo con el proceso gestión de TI, el líder presentó una herramienta denominada "Trello", la cual no se conoció en el desarrollo de la Auditoria, en este sentido las actividades que se establezcan deberían estar asociadas con la implementación de esta herramienta.	no se encuentran documentadas y con seguimiento las actividades que deben realizar para generar un paso a producción	a partir de la división de la OTI por dominios, Servicios Tecnológicos debe generar la directriz de despliegue de una aplicación en los diferentes dominios	Generar la directriz de despliegue de aplicaciones	lineamiento despliegues	1	15/01/2018	31/01/2018		OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN						
ÍTEM	PROCESO	DEPARTAMENTO	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE	
2077	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	4	4-2	<p>En la revisión de eficacia de actividades del plan de mejoramiento del proceso, se evidenció que respecto a la actividad que menciona lo siguiente: "...los ingenieros de la OTI no hacen un seguimiento en el ambiente de producción, del cambio implementado para identificar fallas que se presenten y se puedan solucionar oportunamente garantizando la acreditación del paso a producción. Los inconvenientes son identificados por los usuarios funcionales" se deben generar nuevas acciones de mejora orientadas a tratar las causas correspondientes, como generar la documentación correspondiente, lo anterior teniendo en cuenta lo establecido en la Norma ISO 9001 en su numeral 10.2 "No conformidad y acción correctiva".</p> <p>En la validación del Hallazgo con el proceso gestión de TI, el líder presentó una herramienta denominada "Trello", la cual no se conoció en el desarrollo de la Auditoría, en este sentido las actividades que se establezcan deberían estar asociadas con la implementación de esta herramienta.</p>	no se encuentran documentadas y con seguimiento las actividades que deben realizar para generar un paso a producción	a partir de la herramienta Trello se realizará el seguimiento a las actividades y requerimientos sobre las necesidades de análisis, desarrollo y puesta en producción de una aplicación	Implementar la herramienta Trello donde se identifique el estado de los requerimientos de desarrollo de una aplicación	herramienta en uso	1	15/12/2017	30/03/2018			OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
2078	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	5	5-1	<p>En la revisión de eficacia de actividades del plan de mejoramiento del proceso, se evidenció que "la revisión del control de acceso de las aplicaciones Sívico y Registro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 usuarios activos en el Sistema de Registro correspondientes a personal retirado • 3 usuarios activos en la aplicación SIVICO correspondientes a personal retirado" <p>Se deben generar nuevas acciones de mejora orientadas a tratar las causas correspondientes, dado que de acuerdo con la verificación hecha se observó que existen usuarios activos los cuales aparecen como retirados; lo anterior teniendo en cuenta lo establecido en la Norma ISO 9001 en su numeral 10.2 "No conformidad y acción correctiva".</p>	no se realiza la desactivación de usuarios en los sistemas de información de manera periódica	definir y formalizar el procedimiento para la desactivación de usuarios en los servicios tecnológicos y los sistemas de información	definir y formalizar el procedimiento para la desactivación de usuarios en los servicios tecnológicos y los sistemas de información	procedimiento para la administración (desactivación) de usuarios	1	15/01/2018	30/11/2018			OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
2079	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	6		<p>En la revisión de eficacia de actividades del plan de mejoramiento del proceso, se evidenció que respecto a la actividad que menciona lo siguiente: "...OTI no realiza informes sobre el uso de los recursos ni proyecciones de capacidad futura"; se deben generar nuevas acciones de mejora orientadas a tratar las causas correspondientes, como lo son documentar y formalizar procedimiento de seguimiento sobre la capacidad de los servicios tecnológicos en términos de capacidad y conectividad, esta situación queda en evidencia al verificar la efectividad de las acciones tomadas, en donde se realizan seguimientos periódicos por parte del Dominio de Servicios Tecnológicos, pero no se tiene documentado y formalizado dicho instrumento, razón por lo cual se abre nuevo Hallazgo; lo anterior teniendo en cuenta lo establecido en la ISO 9001 en su numeral 10.2 "No conformidad y acción correctiva"</p>	No se evidencia efectividad en las acciones tomadas, teniendo en cuenta que no encuentra documentado los informes de capacidad de la infraestructura	elaborar el tablero de control de capacidad de la infraestructura tecnológica	elaborar el tablero de control de capacidad de la infraestructura tecnológica	tablero de control de capacidad de la infraestructura de TI	1	15/01/2018	30/04/2018			OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
2080	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	7	7-1	<p>En la validación realizada a los auto seguimientos de la matriz de riesgos, se evidenció que no se están realizando los auto seguimientos periódicos o que se tenga una periodicidad establecida al interior del proceso por cada control para evaluar la efectividad de los mismos y así poder asegurar la eficiencia en la administración de los riesgos del proceso, con el agravante que se identificó la posible materialización de un riesgo de corrupción en territorio y sobre esta caso, no hubo una acción de fortalecimiento de los controles o auto seguimiento efectivo, además en la versión del mapa de riesgos publicada y aprobada en el SIG se deben realizar las actualizaciones respectivas teniendo en cuenta las observaciones realizadas por la OCI y OAP anteriormente, lo anterior incumple lo indicado en la Política Administración del Riesgo de la Unidad que indica lo siguiente "...se compromete a gestionar de manera efectiva los riesgos de los procesos estratégicos, misionales, apoyo y evaluación a través de la definición del contexto organizacional, la identificación, análisis, evaluación y auto seguimiento de los riesgos e implementación de acciones para su mitigación; con el fin de contar con un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos." Para tal fin, la unidad aplica lo indicado en la "guía para la administración del riesgo MC-GU-02", la cual menciona sobre el monitoreo de los riesgos que "Para la Unidad esta actividad es de gran importancia y está a cargo de los líderes de los procesos en conjunto con sus equipos..."; además de establecer que se deben realizar la siguiente actividad:</p> <p>Por tal razón, es necesario que desde el proceso se generen las acciones de mejora correspondientes, con el fin de mejorar la administración del mapa de riesgos actual.</p> <p>Adicional a lo anterior, en la Observación #14 de la auditoría de diciembre de 2016 al proceso, se mencionaba que "Teniendo en cuenta que ya se han materializado riesgos sobre pérdida de información en equipos portátiles y el impacto que puede tener esta fuga de información en casos en que es reservada o clasificada, se deben fortalecer los controles orientados en el cifrado no solo de medios removibles", por lo cual se hace necesario establecer acciones de mejora para tratar este tema.</p>	no se están realizando los auto seguimientos periódicos o que se tenga una periodicidad establecida al interior del proceso por cada control para evaluar la efectividad de los mismos y así poder asegurar la eficiencia en la administración de los riesgos del proceso y no se evidencian acciones de fortalecimiento de los controles o autoseguimiento efectivo, generando un incumplimiento de la política de administración de riesgos de la Unidad.	Actualizar la matriz de riesgos del proceso gestión de TI de acuerdo a la nueva caracterización teniendo en cuenta el fortalecimiento de los controles y realizar los monitoreos de la misma	actualizar la versión del mapa de riesgos del proceso de acuerdo a lo definido como Gestión de TI - proceso estratégico	matriz de riesgos actualizada	1	15/01/2018	28/02/2018			OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN						
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE		
2081	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	7-2	<p>En la validación realizada a los auto seguimientos de la matriz de riesgos, se evidenció que no se están realizando los auto seguimientos periódicos o que se tenga una periodicidad establecida al interior del proceso por cada control para evaluar la efectividad de los mismos y así poder asegurar la eficiencia en la administración de los riesgos del proceso, con el agravante que se identificó la posible materialización de un riesgo de corrupción en territorio y sobre esta caso, no hubo una acción de fortalecimiento de los controles o auto seguimiento efectivo, además en la versión del mapa de riesgos publicada y aprobada en el SIG se deben realizar las actualizaciones respectivas teniendo en cuenta las observaciones realizadas por la OGI y OAP anteriormente, lo anterior incumple lo indicado en la Política Administración del Riesgo de la Unidad que indica lo siguiente "...se compromete a gestionar de manera efectiva los riesgos de los procesos estratégicos, misionales, apoyo y evaluación a través de la definición del contexto organizacional, la identificación, análisis, evaluación y auto seguimiento de los riesgos e implementación de acciones para su mitigación; con el fin de contar con un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos." Para tal fin, la unidad aplica lo indicado en la "guía para la administración del riesgo MC-GU-Q2", la cual menciona sobre el monitoreo de los riesgos que "Para la Unidad esta actividad es de gran importancia y está a cargo de los líderes de los procesos en conjunto con sus equipos..."; además de establecer que se deben realizar la siguiente actividad:</p> <p>Por tal razón, es necesario que desde el proceso se generen las acciones de mejora correspondientes, con el fin de mejorar la administración del mapa de riesgos actual.</p> <p>Adicional a lo anterior, en la Observación #14 de la auditoría de diciembre de 2016 al proceso, se mencionaba que "Teniendo en cuenta que ya se han materializado riesgos sobre pérdida de información en equipos portátiles y el impacto que puede tener esta fuga de información en casos en que es reservada o clasificada, se deben fortalecer los controles orientados en el ofrado no solo de medios removibles", por lo cual se hace necesario establecer acciones de mejora para tratar este tema.</p>	no se están realizando los auto seguimientos periódicos o que se tenga una periodicidad establecida al interior del proceso por cada control para evaluar la efectividad de los mismos y así poder asegurar la eficiencia en la administración de los riesgos del proceso y no se evidencian acciones de fortalecimiento de los controles o autoseguimiento efectivo, generando un incumplimiento de la política de administración de riesgos de la Unidad.	Actualizar la matriz de riesgos del proceso gestión de TI de acuerdo a la nueva caracterización y realizar los monitoreos de la misma	autoseguimientos	2	15/01/2018	15/09/2018		OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN			
2082	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	8	<p>En el marco del contrato 1624 de 2017 se tiene como objetivo "Contratar el servicio de mantenimiento preventivo, correctivo y adecuaciones tecnológicas para los diferentes equipos tecnológicos y de cableado estructurado de la Unidad Administrativa Especial de Restitución de Tierras Despojadas con el fin de garantizar su correcto funcionamiento", el mantenimiento preventivo es la ejecución de un sistema de inspecciones periódicas programadas sobre el activo fijo, actividad que se está realizando, pero que no cumple con un debido informe o resumen donde se evidencie de manera clara, precisa y detallada el trabajo realizado, de igual manera como se menciona en "Planes de mantenimiento - LI.ST.10" en sus lineamientos de servicios tecnológicos hace referencia: "un plan de mantenimiento preventivo y evolutivo sobre toda la infraestructura y demás Servicios Tecnológicos de la institución" por cuanto en la información suministrada no se evidencia descripciones más precisas como por ejemplo: cuanto tiempo duro el mantenimiento, si se realizó el cambio de una parte y no se tiene asociados los seriales de las partes cambiadas. Ya que con una información detallada de estos mantenimientos se puede realizar un análisis profundo sobre la vida útil de cada dispositivo, el costo por reparación, y un inventario más detallado de los activos tecnológicos que se encuentran en cada una de las oficinas territoriales y nivel central de la URT, de igual manera es importante mencionar que este punto se había mencionado en la auditoría correspondiente al año 2016, en la observación no.7 "...se realizan contratos con el objetivo de realizar mantenimientos, como soporte de estas acciones, los responsables dentro del proceso cuentan con los correos electrónicos y documentos de resultados de los mantenimientos preventivos y correctivos realizados, pero se evidencia que no se tienen documentados los procedimientos asociados a los planes de mantenimiento, lo anterior incumpliría con lo establecido en la GP1000 sección 4.2.1, que en su literal D indica que se deben documentar los documentos, incluidos los registros, requeridos por la entidad para el cumplimiento de sus funciones y que le permitan asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos".</p> <p>Además, para realizar los mantenimientos preventivos y correctivos se debe tener presente que es necesario tener un procedimiento, manual o guía establecido, el cual se tendría como referencia al momento de ejecutar la actividad, esto con el fin de mitigar cualquier tipo de falla que pueda afectar la prestación del servicio; dentro de los mantenimientos que se vienen adelantando a la fecha no se evidencia que exista un documento o manual formal por el cual la persona encargados de realizar el mantenimiento se pueda registrar.</p> <p>En la validación del Hallazgo con el proceso, la OTI manifestó que, para los nuevos contratos de mantenimiento, solicitará mayor nivel de detalle en los informes, los cuales se validarán cuidadosamente con el fin de establecer y conocer que trabajos exactamente se adelantaron en los mantenimientos preventivos de cada equipo.</p>	En el marco de los contratos de mantenimiento preventivo y correctivo no se cumple con un informe donde se evidencie de manera detallada cada una de las actividades realizadas en el proceso	definir y formalizar el plan de mantenimiento donde se anexe una lista de chequeo	definir y formalizar el plan de mantenimiento donde se anexe una lista de chequeo (adjunto a la HV equipo)	plan de mantenimiento	1	1/02/2018	31/07/2018		OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN						
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN		CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJEC
2083	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	9	9-1	<p>En el transcurso de la auditoria se solicitaron Logs de conectividad a internet con cada uno de los ISP que a la fecha se tiene contratos activos para los servicios de voz, datos y video, de varias de las oficinas territoriales, por lo cual desde la OTI para tener acceso a estos Logs, realiza el escalamiento correspondiente con los ISP para ser atendida la solicitud, y la respuesta que se tiene es la siguiente "... Atendiendo su requerimiento informo que con la configuración actual no es posible extraer log's de conexiones a Internet, esto se puede hacer con NetFlow con IP Accounting, pero no están habilitados en ninguna de las territoriales, solo se habilitan a solicitud; cabe aclarar que lo anterior se realizó a solicitud de la Oficina de Control Interno</p> <p>De igual manera, para el caso de NetFlow, este protocolo segmenta por: Protocolos, IP's, Aplicaciones, Dominios, etc, pero no por ISP".</p> <p>Actualmente se evidencio una falla con el servicio de internet y la intranet para los días 16/11/2017 sobre las 17:16, se observa caída total del servicio de internet, del mismo modo se presentó la falla el día 22/11/2017 desde las 14:40 y siendo las 17:35 del mismo día la falla aún continuaba. Por lo cual es preciso mencionar que se debe tener un constante control y manejo de cada una de las herramientas mencionadas, para poder escalar estos casos y los que correspondan a los ISP, de igual forma es importante solicitar un análisis detallado de la causa raíz que está generando esta situación y así mismo iniciar la corrección de manera radical, esto con el fin de evitar mayores inconvenientes en la normal operación de la Unidad. También en cada uno de estos casos revisar los ANS, que se tienen con el ISP y revisar los descuentos correspondientes a la facturación, lo anterior teniendo en cuenta lo indicado en la Arquitectura Empresarial en su lineamiento "Acuerdos de Nivel de Servicios - LI.ST.08"</p> <p>Dentro del marco referencial Base de Conocimiento que se tiene en la página WEB del ministerio de las tecnologías de la información y comunicaciones MINTIC y específicamente en uno de sus lineamientos "Servicios Tecnológicos", hace referencia a lo siguiente: "que la infraestructura y demás recursos tecnológicos de la institución cuenten con mecanismos de monitoreo para generar alertas tempranas ligadas a los umbrales de operación que tenga definidos", por lo tanto según se manifiesta en los correos y en las situaciones evidenciadas, no se tiene un monitoreo por parte de los IPS y de la Unidad, con lo cual se evidencia que se está incumpliendo con este lineamiento para garantizar y brindar una buena calidad del servicio.</p> <p>A continuación, las pruebas de ping a la intranet (192.168.150.22) y pin g a (8.8.8.8) sin respuesta.</p> <p>Adicional a las situaciones anteriores, es importante mencionar que dentro de los informes suministrados por el ISP Media Commerce a la URT, en su plan de mejora hace mención a un monitoreo del canal después la falla o cambios realizados, sin embargo de este monitoreo no se tiene ningún reporte o análisis del mismo, de igual manera si en la OTI se tuviera una herramienta de monitoreo que sea administrada por los integrantes de la Oficina de Tecnologías de la Información, se podría llegar a prevenir este y diferentes tipos de incidentes. De la misma manera es indispensable solicitar al ISP un informe análisis detallado de la causa raíz de las fallas más repetitivas, realizar el correspondiente seguimiento ya que se evidencia en varios informes que las fallas se presentan en temas de configuración, fallas de energía, fallas de conexiones físicas los cuales se pueden prevenir y así brindar un mejor servicio.</p> <p>Del mismo modo se debe tener en cuenta que los "informes técnicos de los meses de junio, julio y agosto" que están enviando por parte del ISP se está mencionando interrupciones en los enlaces de Datos e Internet de manera repetitiva en diferentes territoriales entre otros se tiene Apartado y Guaviare, con lo cual se evidencia que no se están tomando medidas de control con respecto a la calidad del servicio que se está brindando por parte de Media Commerce. A continuación, se presenta unos apartes de los informes mencionados.</p> <p>A pesar de las aclaraciones realizadas por la OTI sobre el Hallazgo, se mantiene teniendo en cuenta la evidencia de las interrupciones en los servicios, lo anterior más allá de lo manifestado por la OTI y sus diferentes mecanismos de monitoreo, dado que, según las situaciones descritas, se evidencia que es necesario fortalecer los controles establecidos con el fin de mitigar el impacto que generan las caídas de los servicios evidenciados.</p>	es necesario fortalecer los controles establecidos con el fin de mitigar el impacto que generan las caídas de los servicios	Ampliar la periodicidad de monitoreo de los canales de comunicación en las herramientas entregadas por el proveedor (Solar Wind) . Adicionalmente implementar el monitoreo de los canales en la herramienta de propiedad de la Unidad.	herramienta en uso	1	15/01/2018	31/07/2018		OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
								<p>En el transcurso de la auditoria se solicitaron Logs de conectividad a internet con cada uno de los ISP que a la fecha se tiene contratos activos para los servicios de voz, datos y video, de varias de las oficinas territoriales, por lo cual desde la OTI para tener acceso a estos Logs, realiza el escalamiento correspondiente con los ISP para ser atendida la solicitud, y la respuesta que se tiene es la siguiente "... Atendiendo su requerimiento informo que con la configuración actual no es posible extraer log's de conexiones a Internet, esto se puede hacer con NetFlow con IP Accounting, pero no están habilitados en ninguna de las territoriales, solo se habilitan a solicitud; cabe aclarar que lo anterior se realizó a solicitud de la Oficina de Control Interno</p> <p>De igual manera, para el caso de NetFlow, este protocolo segmenta por: Protocolos, IP's, Aplicaciones, Dominios, etc, pero no por ISP".</p> <p>Actualmente se evidencio una falla con el servicio de internet y la intranet para los días 16/11/2017 sobre las 17:16, se observa caída total del servicio de internet, del mismo modo se presentó la falla el día 22/11/2017 desde las 14:40 y siendo las 17:35 del mismo día la falla aún continuaba. Por lo cual es preciso mencionar que se debe tener un constante control y manejo de cada una de las herramientas mencionadas, para poder escalar estos casos y los que correspondan a los ISP, de igual forma es importante solicitar un análisis detallado de la causa raíz que está generando esta situación y así mismo iniciar la corrección de manera radical, esto con el fin de evitar mayores inconvenientes en la normal operación de la Unidad. También en cada uno de estos casos revisar los ANS, que se tienen con el ISP y revisar los descuentos correspondientes a la facturación, lo anterior teniendo en cuenta lo indicado en la Arquitectura Empresarial en su lineamiento "Acuerdos de Nivel de Servicios - LI.ST.08"</p> <p>Dentro del marco referencial Base de Conocimiento que se tiene en la página WEB del ministerio de las tecnologías de la información y comunicaciones MINTIC y específicamente en uno de sus lineamientos "Servicios Tecnológicos", hace referencia a lo siguiente: "que la infraestructura y demás recursos tecnológicos de la institución cuenten con mecanismos de monitoreo para generar alertas tempranas ligadas a los umbrales de operación que tenga definidos", por lo tanto según se manifiesta en los correos y en las situaciones evidenciadas, no se tiene un monitoreo por parte de los IPS y de la Unidad, con lo cual se evidencia que se está incumpliendo con este lineamiento para garantizar y brindar una buena calidad del servicio.</p> <p>A continuación, las pruebas de ping a la intranet (192.168.150.22) y pin g a (8.8.8.8) sin respuesta.</p> <p>Adicional a las situaciones anteriores, es importante mencionar que dentro de los informes suministrados por el ISP Media Commerce a la URT, en su plan de mejora hace mención a un monitoreo del canal después la falla o cambios realizados, sin embargo de este monitoreo no se tiene ningún reporte o análisis del mismo, de igual manera si en la OTI se tuviera una herramienta de monitoreo que sea administrada por los integrantes de la Oficina de Tecnologías de la Información, se podría llegar a prevenir este y diferentes tipos de incidentes. De la misma manera es indispensable solicitar al ISP un informe análisis detallado de la causa raíz de las fallas más repetitivas, realizar el correspondiente seguimiento ya que se evidencia en varios informes que las fallas se presentan en temas de configuración, fallas de energía, fallas de conexiones físicas los cuales se pueden prevenir y así brindar un mejor servicio.</p> <p>Del mismo modo se debe tener en cuenta que los "informes técnicos de los meses de junio, julio y agosto" que están enviando por parte del ISP se está mencionando interrupciones en los enlaces de Datos e Internet de manera repetitiva en diferentes territoriales entre otros se tiene Apartado y Guaviare, con lo cual se evidencia que no se están tomando medidas de control con respecto a la calidad del servicio que se está brindando por parte de Media Commerce. A continuación, se presenta unos apartes de los informes mencionados.</p> <p>A pesar de las aclaraciones realizadas por la OTI sobre el Hallazgo, se mantiene teniendo en cuenta la evidencia de las interrupciones en los servicios, lo anterior más allá de lo</p>	se realizara ampliación de los informes indicando las causas y gestión a realizar para mejorar el servicio	suscribir actas con los proveedores sobre las causas y gestión a realizar para mejorar el servicio	actas	2	1/01/2018	31/07/2018		OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN						
ÍTEM	PROCESO	DEPARTAMENTO	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN		CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE
2085	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	10	10-1	<p>En la Auditoría anterior (2016) se generó la siguiente observación: La Oficina de Tecnologías de la Información, internamente tiene un procedimiento para escalar las incidencias, aunque no se tiene documentado el procedimiento, actualmente se encuentran adelantado la documentación respectiva por medio de una consultoría sobre la implementación de un Sistema de gestión de seguridad de la Información en la Unidad, adicional en las Oficinas territoriales, se generan videoconferencias y circulares, en las que se replican las indicaciones de la mesa de ayuda. Se debe hacer seguimiento para garantizar que la documentación cumpla con lo establecido en el lineamiento "Mesa de servicio" - LI.ST.09 del Marco de Referencia de arquitectura empresarial, el cual indica que "La dirección de Tecnologías y Sistemas de la Información o quien haga sus veces debe definir e implementar el procedimiento para atender los requerimientos de soporte de primer, segundo y tercer nivel, para sus servicios de TI, a través de una Mesa de Servicio", al verificar el estado actual se evidencia que se sigue presentado esta situación y no se han adelantado actividades para solucionar el tema de la documentación relacionada, por lo cual se hace necesario establecer acciones de mejora que busquen el tratamiento efectivo sobre las causas que generan esta situación.</p> <p>De igual manera sucede con la observación # 4 de la auditoría de 2016, en donde se mencionaba que "...la herramienta usada por la mesa de ayuda para gestionar las incidencias, "GLPI" se manejan listas desplegables para tipificar cada uno de los requerimientos bien sea incidentes o solicitudes, estas listas deberían estar más alineadas con lo indicado en el proceso "Gestión TIC", incluyendo la definición del tipo de requerimiento, es decir los cinco (5) tipos de requerimientos, soporte técnico, credenciales, solicitud de software, solicitud de recursos tecnológicos e intercambio de información con otras entidades, de esta manera agrupar los requerimientos; además se debería modificar la identificación de las categorías, esto es con el fin de facilitar la selección conforme con la necesidad de cada usuario de la Unidad, lo anterior ayudaría a la gestión de la mesa de ayuda como también la experiencia de los usuarios con la herramienta, dado que puede ocurrir que se tipifiquen mal los requerimientos, generando los respectivos reprocesos para</p>	no se encuentra definido y documentado el modelo de operación de la mesa de servicios así como los servicios y ANS de los mismos. parametrizar en la herramienta para la gestión de la mesa de servicios	Definir y documentar el modelo operativo de mesa de servicios definido en el Plan Estratégico de TI de acuerdo con el lineamiento de la AE, que incorpore los ANS de cada servicio	Definir y documentar el modelo operativo de mesa de servicios definido en el Plan Estratégico de TI de acuerdo con el lineamiento de la AE, que incorpore los ANS de cada servicio	documento	1	15/01/2018	31/07/2018			OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
2086	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	10	10-2	<p>En la Auditoría anterior (2016) se generó la siguiente observación: La Oficina de Tecnologías de la Información, internamente tiene un procedimiento para escalar las incidencias, aunque no se tiene documentado el procedimiento, actualmente se encuentran adelantado la documentación respectiva por medio de una consultoría sobre la implementación de un Sistema de gestión de seguridad de la Información en la Unidad, adicional en las Oficinas territoriales, se generan videoconferencias y circulares, en las que se replican las indicaciones de la mesa de ayuda. Se debe hacer seguimiento para garantizar que la documentación cumpla con lo establecido en el lineamiento "Mesa de servicio" - LI.ST.09 del Marco de Referencia de arquitectura empresarial, el cual indica que "La dirección de Tecnologías y Sistemas de la Información o quien haga sus veces debe definir e implementar el procedimiento para atender los requerimientos de soporte de primer, segundo y tercer nivel, para sus servicios de TI, a través de una Mesa de Servicio", al verificar el estado actual se evidencia que se sigue presentado esta situación y no se han adelantado actividades para solucionar el tema de la documentación relacionada, por lo cual se hace necesario establecer acciones de mejora que busquen el tratamiento efectivo sobre las causas que generan esta situación.</p> <p>De igual manera sucede con la observación # 4 de la auditoría de 2016, en donde se mencionaba que "...la herramienta usada por la mesa de ayuda para gestionar las incidencias, "GLPI" se manejan listas desplegables para tipificar cada uno de los requerimientos bien sea incidentes o solicitudes, estas listas deberían estar más alineadas con lo indicado en el proceso "Gestión TIC", incluyendo la definición del tipo de requerimiento, es decir los cinco (5) tipos de requerimientos, soporte técnico, credenciales, solicitud de software, solicitud de recursos tecnológicos e intercambio de información con otras entidades, de esta manera agrupar los requerimientos; además se debería modificar la identificación de las categorías, esto es con el fin de facilitar la selección conforme con la necesidad de cada usuario de la Unidad, lo anterior ayudaría a la gestión de la mesa de ayuda como también la experiencia de los usuarios con la herramienta, dado que puede ocurrir que se tipifiquen mal los requerimientos, generando los respectivos reprocesos para las dos partes..."; se encontró que aún falta realizar los ajustes necesarios con el fin que la herramienta sea más amigable para los usuarios y se logre un mejor uso de los recursos de la Unidad.</p> <p>También se tenía una observación que indicaba lo siguiente: "No se evidencia un documento que contenga el acuerdo de nivel de servicios, asociado al procedimiento "Mesa de ayuda en servicios Tecnológicos GT-PR-10", en el cual se acuerde con los usuarios clientes del proceso por ejemplo los tiempos de respuesta de acuerdo al requerimiento presentado, lo anterior se validó en la documentación publicada en el Sitio, además de indagar con usuarios clientes del proceso; por lo que se recomienda generar la documentación correspondiente y socializarla con los usuarios cliente de proceso." Sin embargo, al realizar nuevamente la auditoría correspondiente al año en curso a la OTI se evidencia que esta observación permanece de la misma manera, por lo cual se solicita un plan por parte de la OTI para dar solución a este inconveniente que se está presentando, lo anterior teniendo en cuenta el lineamiento "Acuerdos de Nivel de Servicios - LI.ST.08", específicamente mencionando "La dirección de Tecnologías y Sistemas de la Información o quien haga sus veces debe velar por el cumplimiento de los Acuerdos de Nivel de Servicio (ANS) establecidos para los Servicios Tecnológicos".</p>	no se encuentra definido y documentado el modelo de operación de la mesa de servicios, así como los servicios y ANS de los mismos. parametrizar en la herramienta para la gestión de la mesa de servicios	actualizar los procedimientos de atención de la mesa de servicios	actualizar los procedimientos de atención de la mesa de servicios	procedimiento	1	15/01/2018	31/07/2018			OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
2087	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	10	10-3	<p>En la Auditoría anterior (2016) se generó la siguiente observación: La Oficina de Tecnologías de la Información, internamente tiene un procedimiento para escalar las incidencias, aunque no se tiene documentado el procedimiento, actualmente se encuentran adelantado la documentación respectiva por medio de una consultoría sobre la implementación de un Sistema de gestión de seguridad de la Información en la Unidad, adicional en las Oficinas territoriales, se generan videoconferencias y circulares, en las que se replican las indicaciones de la mesa de ayuda. Se debe hacer seguimiento para garantizar que la documentación cumpla con lo establecido en el lineamiento "Mesa de servicio" - LI.ST.09 del Marco de Referencia de arquitectura empresarial, el cual indica que "La dirección de Tecnologías y Sistemas de la Información o quien haga sus veces debe definir e implementar el procedimiento para atender los requerimientos de soporte de primer, segundo y tercer nivel, para sus servicios de TI, a través de una Mesa de Servicio", al verificar el estado actual se evidencia que se sigue presentado esta situación y no se han adelantado actividades para solucionar el tema de la documentación relacionada, por lo cual se hace necesario establecer acciones de mejora que busquen el tratamiento efectivo sobre las causas que generan esta situación.</p> <p>De igual manera sucede con la observación # 4 de la auditoría de 2016, en donde se mencionaba que "...la herramienta usada por la mesa de ayuda para gestionar las incidencias, "GLPI" se manejan listas desplegables para tipificar cada uno de los requerimientos bien sea incidentes o solicitudes, estas listas deberían estar más alineadas con lo indicado en el proceso "Gestión TIC", incluyendo la definición del tipo de requerimiento, es decir los cinco (5) tipos de requerimientos, soporte técnico, credenciales, solicitud de software, solicitud de recursos tecnológicos e intercambio de información con otras entidades, de esta manera agrupar los requerimientos; además se debería modificar la identificación de las categorías, esto es con el fin de facilitar la selección conforme con la necesidad de cada usuario de la Unidad, lo anterior ayudaría a la gestión de la mesa de ayuda como también la experiencia de los usuarios con la herramienta, dado que puede ocurrir que se tipifiquen mal los requerimientos, generando los respectivos reprocesos para</p>	no se encuentra definido y documentado el modelo de operación de la mesa de servicios, así como los servicios y ANS de los mismos. parametrizar en la herramienta para la gestión de la mesa de servicios	actualizar los servicios y ANS en la herramienta GLPI	vicios y ANS en la herramienta GLPI	herramienta GLPI actualizada con los ANS	1	30/04/2018	30/11/2018			OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN						
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE		
							<p>las dos partes..."; se encontró que aún falta realizar los ajustes necesarios con el fin que la herramienta sea más amigable para los usuarios y se logre un mejor uso de los recursos de la Unidad.</p> <p>También se tenía una observación que indicaba lo siguiente: "No se evidencia un documento que contenga el acuerdo de nivel de servicios, asociado al procedimiento "Mesa de ayuda en servicios Tecnológicos GT-PR-10", en el cual se acuerde con los usuarios clientes del proceso por ejemplo los tiempos de respuesta de acuerdo al requerimiento presentado, lo anterior se validó en la documentación publicada en el Sitio, además de indagar con usuarios clientes del proceso; por lo que se recomienda generar la documentación correspondiente y socializarla con los usuarios cliente de proceso." Sin embargo, al realizar nuevamente la auditoría correspondiente al año en curso a la OTI se evidencia que esta observación permanece de la misma manera, por lo cual se solicita un plan por parte de la OTI para dar solución a este inconveniente que se está presentando, lo anterior teniendo en cuenta el lineamiento "Acuerdos de Nivel de Servicios - LI.ST.08", específicamente mencionando "La dirección de Tecnologías y Sistemas de la Información o quien haga sus veces debe velar por el cumplimiento de los Acuerdos de Nivel de Servicio (ANS) establecidos para los Servicios Tecnológicos".</p>											
2088	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	11-1	<p>Al evaluar nuevamente la observación # 1 de la auditoría correspondiente al año 2016, y dentro del ejercicio de la auditoría que se está ejecutando en el año en curso (2017), se logra evidenciar con usuarios de la Unidad tomados de forma aleatoria, que en la mayoría de los casos no se conoce y comprende el documento "GT-MA-04 Compendio de Políticas del SGSI" versión 1, evidenciando que el mismo no ha sido sensibilizado y comunicado efectivamente al interior de la Unidad, lo anterior sin desconocer que se han adelantado actividades de socialización. Por las características de y el alcance de este documento y lo indicado en la ISO 27001, es necesario fortalecer la comunicación y sensibilización de las mismas.</p> <p>Se observa que en el plan de mejoramiento del proceso hay varias actividades orientadas a la implementación de las Políticas de seguridad en la entidad, pero al validar dichas actividades, el presenta hallazgo tiene otra connotación, por lo cual se mantiene.</p>	no se han realizado suficientes acciones de sensibilización en la Unidad frente a los dispuesto en el compendio de políticas del SGSI	generar la nueva versión del compendio de políticas de seguridad de la información	Compendio de políticas de seguridad V2	documento	1	15/01/2018	31/07/2018		OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
2089	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	11-2	<p>Al evaluar nuevamente la observación # 1 de la auditoría correspondiente al año 2016, y dentro del ejercicio de la auditoría que se está ejecutando en el año en curso (2017), se logra evidenciar con usuarios de la Unidad tomados de forma aleatoria, que en la mayoría de los casos no se conoce y comprende el documento "GT-MA-04 Compendio de Políticas del SGSI" versión 1, evidenciando que el mismo no ha sido sensibilizado y comunicado efectivamente al interior de la Unidad, lo anterior sin desconocer que se han adelantado actividades de socialización. Por las características de y el alcance de este documento y lo indicado en la ISO 27001, es necesario fortalecer la comunicación y sensibilización de las mismas.</p> <p>Se observa que en el plan de mejoramiento del proceso hay varias actividades orientadas a la implementación de las Políticas de seguridad en la entidad, pero al validar dichas actividades, el presenta hallazgo tiene otra connotación, por lo cual se mantiene.</p>	no se han realizado suficientes acciones de sensibilización en la Unidad frente a los dispuesto en el compendio de políticas del SGSI	actualizar el plan de sensibilización de la vigencia	Actualizar el plan de sensibilización de seguridad de la información para la vigencia	documento	1	15/01/2018	31/07/2018		OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
2090	GESTIÓN DE TI	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	11-3	<p>Al evaluar nuevamente la observación # 1 de la auditoría correspondiente al año 2016, y dentro del ejercicio de la auditoría que se está ejecutando en el año en curso (2017), se logra evidenciar con usuarios de la Unidad tomados de forma aleatoria, que en la mayoría de los casos no se conoce y comprende el documento "GT-MA-04 Compendio de Políticas del SGSI" versión 1, evidenciando que el mismo no ha sido sensibilizado y comunicado efectivamente al interior de la Unidad, lo anterior sin desconocer que se han adelantado actividades de socialización. Por las características de y el alcance de este documento y lo indicado en la ISO 27001, es necesario fortalecer la comunicación y sensibilización de las mismas.</p> <p>Se observa que en el plan de mejoramiento del proceso hay varias actividades orientadas a la implementación de las Políticas de seguridad en la entidad, pero al validar dichas actividades, el presenta hallazgo tiene otra connotación, por lo cual se mantiene.</p>	no se han realizado suficientes acciones de sensibilización en la Unidad frente a los dispuesto en el compendio de políticas del SGSI	realizar las actividades encaminadas a la sensibilización y divulgación de las políticas	realizar actividades de sensibilización y divulgación de las políticas de seguridad de la información	actividades de sensibilización y divulgación	1	15/01/2018	31/07/2018		OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
2091	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	GRUPPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO	MEJORA	AUDITORIA INTERNA	DICIEMBRE 2017		Debilidades en el Mapa de Riesgo asociado a la Seguridad y Salud en el Trabajo	Falta de actualización del riesgo asociado al subsistema de seguridad y salud en el trabajo	Actualizar el mapa de riesgos del proceso de talento humano de acuerdo a la situación actual	realizar la identificación y actualización de los riesgos a los cuales están expuesto el proceso de Talento Humano	mapa	1	22/01/2018	30/06/2018	23	GRUPPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO		

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN				
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SEM	RESPONSABLE EJE
2092	GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	GRUPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	MEJORA	AUDITORÍA INTERNA	DICIEMBRE 2017		Suministro de calzado y vestido de labor para los funcionarios fuera de los tiempos establecidos por la Ley 70 de 1998 y el Decreto Reglamentario 1978 de 1989 e inapropiado para la clase de labores que se desempeñan.	La mala formulación del acuerdo marco de precios que rige la compra de dotación por Colombia compra eficiente la cual va en contravía de los tiempos establecidos por la ley para la entrega de dotación	Establecer un procedimiento de dotación que facilite y el cumplimiento del acuerdo marco y de la ley sin afectar los tiempos de entrega de la dotación de la unidad, por medio de estrategias que permitan acortar tiempos en la compra y entrega de la dotación	procedimiento	1	22/01/2018	30/04/2018	13	GRUPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	
2093	GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	GRUPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	CORRECTIVA	AUDITORÍA INTERNA	DICIEMBRE 2017		Incumplimiento de cronogramas y No atención de incidencias respecto del aplicativo SIVICO	Falta de gestión por parte del proceso de Gestión TIC en resolver y dar trámite a las incidencias presentadas	Plan de trabajo y cronograma de solución de incidencias de sívico	Elaborar un plan de trabajo y cronograma en conjunto con la oficina de TI, con el fin de establecer las actividades y tiempos para la solución de incidencias del sívico	plan de trabajo	1	22/01/2018	30/06/2018	23	GRUPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO
2094	GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	GRUPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	MEJORA	AUDITORÍA INTERNA	DICIEMBRE 2017		Reiteración de consideraciones al contenido de la Resolución 924 de 2015, y sus modificaciones	No contemplar la doble instancia en la evaluación de rendimiento laboral	Realizar la actualización al acto administrativo que da línea a la herramienta de evaluación de rendimiento laboral	Incluir dentro del acto administrativo de evaluación de rendimiento laboral la doble instancia en la calificación de la evaluación	acto administrativo	1	22/01/2018	30/06/2018	23	GRUPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO
2095	GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	GRUPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	MEJORA	AUDITORÍA INTERNA	DICIEMBRE 2017		Debilidades en el seguimiento y control a la realización de las evaluaciones de desempeño laboral de la UAEGRTD	Falta de establecer fecha para la entrega de los resultados de la evaluación de desempeño laboral al proceso de Talento Humano	Realizar la actualización al acto administrativo que da línea a la herramienta de evaluación de rendimiento laboral	Incluir dentro del acto administrativo de evaluación de rendimiento laboral la fecha de entrega de la información de la evaluación de rendimiento laboral y las consecuencias de no entregarla en los plazos establecidos	acto administrativo	1	22/01/2018	30/06/2018	23	GRUPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO
2096	GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	GRUPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	MEJORA	AUDITORÍA INTERNA	DICIEMBRE 2017		Debilidades en el control del cumplimiento del procedimiento en las etapas de selección a cargo de las dependencias solicitantes para el caso de los cargos en provisionalidad	Ausencia de una herramienta que permita realizar seguimiento y control sobre la vinculación de personal	elaborar una matriz de seguimiento y control de procesos de selección	Crear una matriz de control de los aspirantes con el fin de controlar las etapas del proceso de selección	Matriz de seguimiento y control	1	22/01/2018	30/06/2018	23	GRUPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO
2097	GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	SECRETARÍA GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORÍA INTERNA	DICIEMBRE 2017	2	De los 32 procesos revisados, se evidenció que en los siguientes el término de las etapas del proceso disciplinario excede lo señalado por la ley	Debilidades en el establecimiento de controles para el cumplimiento de los términos establecidos en la Ley 734 de 2002	Fortalecer los controles para evitar que se excedan los tiempos establecidos en la ley.	Realizar seguimiento trimestral a los procesos disciplinarios determinando la etapa y necesidad del impulso procesal que se llevará a cabo mediante reunión con el equipo de trabajo	plan de trabajo	4	29/01/2018	31/12/2018	52 semanas	SECRETARÍA GENERAL

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FEC HA	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE	
2098	GESTIÓN DE COMUNICACIONES	OFICINA ASesoría de COMUNICACIONES	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	OCTUBRE 2017		Incumplimiento al Protocolo de Notificación y Publicación de Edictos	La matriz de publicación de edictos presenta inconsistencias en la información. También se evidencia incumplimiento al Protocolo de Notificación y Publicación RT-JU-PT-02 en el cual se indica que la certificación física de las publicaciones debe ser enviada por 472.	1) Actualización de matriz de publicaciones 2) Actualización del Protocolo de Notificación y Publicación RT-JU-PT-02	1) Desarrollar buenas practicas de alimentación de información de la matiz de publicación de edictos para mantenerla actualizada. 2) Actualización del Protocolo de Notificación y Publicación RT-JU-PT-02 ya que según el contrato, el envío de los soportes de publicación lo realiza el contratista.	Protocolo y Matriz	2	2/12/2017	30/01/2018	8	OFICINA ASesoría de COMUNICACIONES	
2099	GESTIÓN DE COMUNICACIONES	OFICINA ASesoría de COMUNICACIONES	PREVENTIVA	AUDITORIA INTERNA	OCTUBRE 2017		Debilidad en la descripción y reporte de las actividades contenidas en el Plan Estratégico de Comunicaciones 2017 – 2018	Las actividades establecidas en el Plan Estratégico no se encuentran adecuadamente descritas, en algunos casos obedecen más a iniciativas que a tareas o actividades, y como resultado sus indicadores no son claros y se presentan duplicidades en la información de reporte, tanto en la Matriz de Seguimiento del Plan Estratégico como en el Plan de Acción.	Realizar una reunión con la Oficina Asesora de Planeación para actualizar la Matriz de Seguimiento, que tiene como base el Plan de Acción	Una vez determinados los ajustes de la matriz de seguimiento se procederá a realizar la actualización.	Matriz	1	2/12/2017	30/06/2018	28	OFICINA ASesoría de COMUNICACIONES	
2100	GESTIÓN DE COMUNICACIONES	OFICINA ASesoría de COMUNICACIONES	MEJORA	AUDITORIA INTERNA	OCTUBRE 2017		Acto administrativo correspondiente a la Mesa Técnica de Apoyo Editorial sin formalizar	El Acto Administrativo mediante el cual se define el funcionamiento de la mesa técnica de apoyo editorial de la URT no está formalizado.	La Dirección General de la Entidad ya firmó y formalizó el Acto Administrativo	La Dirección General de la Entidad ya firmó y formalizó el Acto Administrativo	Documento	1	2/12/2017	31/12/2017	4	OFICINA ASesoría de COMUNICACIONES	
2101	GESTIÓN DE COMUNICACIONES	OFICINA ASesoría de COMUNICACIONES	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	OCTUBRE 2017		Debilidad en los soportes de las actividades realizadas en la Línea de Comunicación Interna	Se evidenció la generación de una sola acta para evidenciar múltiples visitas a las Direcciones Territoriales. Así mismo, no se diligenciaron listados de asistencia en cada una de las visitas realizadas, dejando sin evidencia del número de personas que efectivamente estuvieron presentes en estas socializaciones.	Emitir directriz para el diligenciamiento de actas y listados de cada una de las actividades de comunicación interna	Envío de memorando sobre diligenciamiento de actas y listados	Memorando	1	2/12/2017	31/12/2017	4	OFICINA ASesoría de COMUNICACIONES	

1. IDENTIFICACIÓN										2. ANÁLISIS DE CAUSA		3. PLAN DE ACCIÓN					
ÍTEM	PROCESO	DEPENDENCIA	TIPO DE ACCIÓN	FUENTE	FECHA	CÓDIGO	CÓDIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O LA SITUACIÓN	CAUSA DEL HALLAZGO O SITUACIÓN	ACCIÓN A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD DE UNIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PLAZO EN SE	RESPONSABLE EJE
2102	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1	1-1	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema mencionado, no se tuvieron previstas algunas variables que pudieran afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Realizar diagnóstico de las inconsistencias identificadas, clasificándolo por direcciones territoriales	Diagnóstico de las tipologías de inconsistencias identificadas en la SRTDAF	1	1/10/2017	13/10/2017	2	OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
2103	REGISTRO	SUBDIRECCIÓN GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA EXTERNA - CONTABILIDAD	SEPTIEMBRE 2017	1	1-2	Inconsistencias de información en la Base de Datos del Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente (RTDAF)	La Unidad desde su creación ha contado con una herramienta tecnológica para el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas Forzosamente, permitiendo tener la información sobre las solicitudes presentadas y sus diferentes estados de avance. Sin embargo, en las versiones 0 y 1 del Sistema mencionado no se tuvieron previstas algunas variables que han afectado pudiera afectar la consistencia de la información reportada, debido a la dinámicas propias del proceso reconstitutivo.	Validar las inconsistencias y realizar las correcciones y actualizaciones respectivas en la base de datos del SRTDAF	Gestionar la corrección de la información correspondiente a los ID en los cuales se detectaron inconsistencias	Información de los ID corregida	177	1/10/2017	28/02/2018	21	DT ANTI OQUIA - MEDELLIN
2104	GESTIÓN CONTRATACIONAL	SECRETARÍA GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	CO	NT-HAL L-1	Estudios previos que incluyen análisis de idoneidad del futuro contratista y recomendación de la contratación en los mismos.	El formato del estudio previo establecido (GC-FO-05) incluía una referencia sobre la idoneidad del colaborador a contratar, por lo tanto las áreas solicitantes de la contratación al diligenciar dicho formato incluían esta información.	Modificar el formato de estudios previos	Modificación del formato de estudios previos para la contratación de servicios y apoyo a la gestión (GC-FO-08), eliminando las menciones sobre la idoneidad del colaborador a contratar.	Formato actualizado	1	01/01/2018	30/03/2018	13	GRUPO DE GESTIÓN EN CONTRATACION E INTELIGENCIA DE MERCADO
2105	GESTIÓN CONTRATACIONAL	SECRETARÍA GENERAL	CORRECTIVA	AUDITORIA INTERNA	NOVIEMBRE 2017	CO	NT-HAL L-3	Incumplimiento del procedimiento GC-PR-03 para la contratación de prestación de servicios profesionales y apoyo a la gestión y del Manual de Supervisión de Contratos GC-MA-01.	3.1. En el momento de revisión por parte de la Oficina de Control Interno el expediente se encontraba en el proceso de alistamiento documental dispuesto en el grupo para su envío a gestión documental, sin que a dicha este se hubiera terminado.	Generar y socializar en el GGCM un lineamiento para incluir la hoja de control en el expediente	Generar Lineamiento en el GGCM referente a la inclusión de la hoja de control en el expediente (Acta de reunión socialización)	Lineamiento Generado y Socializado	1	01/01/2018	30/03/2018	13	GRUPO DE GESTIÓN EN CONTRATACION E INTELIGENCIA DE MERCADO