CUENTA DE COBRO REGIMEN SIMPLIFICADO

Documento Equivalente a Factura, (Art.3 Dec.522 de 2003)

Ciudad y Fecha:	Cartagena de Indias, 21 de Julio de 2025	Cuenta Cobro No.	5

PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA
NIT. 806.000084-2

DEBE A:

MARGARITA ROSA JOHNSON MONERY
IDENTIFICACIÓN No. 57442213

LA SUMA DE:
$4,000,000
Cuatro Millones de pesos 00 M/CTE

POR CONCEPTO DE:

Contrato de prestación de servicios profesionales temporal por parte del contratista como administradora y de conformidad a la experiencia e idoneidad requeridas por la Personería Distrital de Cartagena para actividades misionales y/o administrativas requeridas por el área de Oficina de Control Interno - Auditorías o la delegada, oficina o dependencia a la que sea asignado para apoyo. .

Desembolso No.	5	Periodo reportado:	Del 20 de Junio al 19 de Julio del 2025

Entidad Bancaria:	SCOTIABANK COLPATRIA S.A	Tipo de Cuenta:	AHORRO
Cuenta Bancaria No.	42420077483	Títular de la Cuenta:	MARGARITA ROSA JOHNSON MONERY



MARGARITA ROSA JOHNSON MONERY
57442213

PERSONERIA	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	Código: GA-F-005
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Versión: 2
	FORMATO DE INFORME DE ACTIVIDADES	Fecha de aprobación (d/m/a): 22/04/2016

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.7527395	
OBJETO	Contrato de prestación de servicios profesionales temporal por parte del contratista como administradora y de conformidad a la experiencia e idoneidad requeridas por la Personería Distrital de Cartagena para actividades misionales y/o administrativas requeridas por el área de Oficina de Control Interno - Auditorías o la delegada, oficina o dependencia a la que sea asignado para apoyo.
VALOR DEL CONTRATO	$ 28000000
PLAZO DE EJECUCION	7 MESES
FECHA FIRMA CONTRATO	19 de Febrero del 2025
FECHA INICIO CONTRATO	20 de Febrero del 2025
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:	57442213
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARGARITA ROSA JOHNSON MONERY
VALOR PAGO PARCIAL:	4000000
PERIODO DE ACTIVIDADES:	Del 20 de Junio al 19 de Julio del 2025

ACTIVIDADES REALIZADAS

No.	Radicado	Fecha	Nombre de la Actividad	Asunto	Descripcion
1	25072157442213141214	2025-07-11	ELABORACION DE ACTAS DE REUNION		ACTA DE CIERRE DE AUDITORIA DE GESTION TIC
2	25072157442213141216	2025-07-09	ELABORACION DE ACTAS DE REUNION		ACTA DE CIERRE DE AUDITORIA DE GESTION DE ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO
3	25072157442213141218	2025-07-11	ELABORACION DE DOCUMENTO (INFORME, MANUEL, PROCEDIMIENTOS, CONCEPTOS, FORMATOS, ENTRE OTROS)		APOYO EN LA ELABORACION DE INFORME PRELIMINAR DE AUDITORIA DE GESTION TIC
4	25072157442213141220	2025-07-11	ELABORACION DE DOCUMENTO (INFORME, MANUEL, PROCEDIMIENTOS, CONCEPTOS, FORMATOS, ENTRE OTROS)		APOYO EN LA ELABORACION DE INFORME DEFINITIVO DE GESTION TIC
5	25072157442213141221	2025-07-09	ELABORACION DE DOCUMENTO (INFORME, MANUEL, PROCEDIMIENTOS, CONCEPTOS, FORMATOS, ENTRE OTROS)		APOYO EN LA PROYECCION DE INFORME PRELIMINAR DE GESTION DE ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO
6	25072157442213141222	2025-07-09	ELABORACION DE DOCUMENTO (INFORME, MANUEL, PROCEDIMIENTOS, CONCEPTOS, FORMATOS, ENTRE OTROS)		APOYO EN LA ELABORACION DE INFORME DEFINITIVO DE GESTION DE ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO



MARGARITA ROSA JOHNSON MONERY
57442213

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	
	FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO. (Art. 83 Ley 1474/2011 – Art. 4.5 Res. 1224001 de 2018)	
CODIGO: GA-F-018	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN :(d-m-a): 13/05/2021

INFORME DE CONTROL TÉCNICO, ADMINISTRATIVO, FINANCIERO, CONTABLE, Y JURÍDICO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO.	
1. INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA, TÉCNICA Y JURÍDICA DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.7527395	
1.1 Lugar y fecha de suscripción:	Cartagena de Indias, 19 de Febrero del 2025
1.2 Tipo de Contrato:	Prestación de servicios
1.3 Contratista:	Nombre: MARGARITA ROSA JOHNSON MONERY CC/NIT: 57442213
1.4 Contratante:	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA NIT: 806000084-2
1.5 Supervisor:	Nombre: ENITH JOHANNA TORREGLOSA LEMUS
1.6 Objeto:	Contrato de prestación de servicios profesionales temporal por parte del contratista como administradora y de conformidad a la experiencia e idoneidad requeridas por la Personería Distrital de Cartagena para actividades misionales y/o administrativas requeridas por el área de Oficina de Control Interno - Auditorías o la delegada, oficina o dependencia a la que sea asignado para apoyo.
1.7 Plazo:	7 MESES
1.8 Plazo Otro Si:	
1.9 Polizas:	
1.10 Fecha de Inicio:	20 de Febrero del 2025
2. INFORMACIÓN FINANCIERA Y CONTABLE DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.7527395	
2.1 CDP No:	0014
2.2 CDP OTROS SI No:	
2.3 CRP No:	0130
2.4 CRP OTRO SI No:	
2.5 Valor del contrato:	$ 28000000
2.6 Valor del Otro SI:	$
2.7 Valor parcial:	$ 4000000
3. CONTROL DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.7527395	
El suscrito Supervisor, por medio del presente informe certifica que ha revisado a través del sistema SIAP y/o SECOP II el informe de actividades presentado por el contratista y los soportes de estas, para acreditar el cumplimiento del objeto contractual durante el periodo de ejecución comprendido entre Del 20 de Junio al 19 de Julio del 2025 y que dicho informe de actividades satisface el cumplimiento las obligaciones contraídas en el Contrato, por lo que se reciben a satisfacción. Así mismo se informa, que el Contratista anexó a través del sistema SIAP y/o SECOP II su factura o cuenta de cobro con la documentación exigida para el trámite de pago, la cual fue objeto de verificación por la Dirección Administrativa de la Personería de Cartagena, respecto a la información financiera, periodos de pago y de seguridad social del contratista.	

Conforme con lo anterior, se expide el presente informe para el pago de los servicios prestados, el 22 de Julio del 2025.

ENITH JOHANNA TORREGLOSA LEMUS
45525922

Cartagena de Indias, 21 de Julio del 2025

CERTIFICADO DE REVISION DE CUENTAS DE COBRO

Luego de la revisión en la cuenta de cobro para el(a) contratista MARGARITA ROSA JOHNSON MONERY, identificado(a) con cedula de ciudadania No. 57442213, con el contrato de servicios No. CO1.PCCNTR.7527395 en su cuota No. 5 encontramos:

1. La documentación anexada se encuentra dentro de los lineamientos jurídicos y legales que se exigen para su pago.

2. El pago de su seguridad social fue verificado en la plataforma de liquidación.

3. El pago de la seguridad social está bajo las condiciones de ley; el IBC es igual o superior al 40% de la cuota del contrato.

4. Se evidencia y verifica el pago a los aportes parafiscales de salud, pension y ARL.

5. Se verifica que el periodo de pago de la seguridad social es el correcto y coincide con el periodo de las actividades.

6. Se verifica que la cuenta ya cumplió con su periodo de actividades.

CONCLUSION: LA CUENTA DE COBRO SE ENCUENTRA EN ESTADO VIABILIZADO PARA LA SUPERVISION DE ACTIVIDADES.

Revisó,

Carlos Mario Rivera

CARLOS MARIO RIVERA SIERRA
1143351130

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57442213
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARGARITA ROSA JOHNSON MONERY
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CRA 22 #17-10	TELÉFONO:	3012510
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7976056137**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/07/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1637627651

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.000	$ 0	$ 256.000
SUBTOTALES:										**$ 256.000**	**$ 0**	**$ 256.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000
SUBTOTALES:													**$ 200.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 200.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.400	$ 8.400	$ 0	$ 0	$ 8.400
SUBTOTALES:									**$ 8.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 57442213	JOHNSON MONERY MARGARITA ROSA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.600.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.600.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 256.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.600.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.600.000	57442213	$ 8.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 464.400

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57442213
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARGARITA ROSA JOHNSON MONERY
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CRA 22 #17-10	TELÉFONO:	3012510
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7976056137**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/07/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1637627651

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 256.000
SUBTOTAL:			1	**$ 256.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 200.000
SUBTOTAL:			1	**$ 200.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 8.400
SUBTOTAL:			1	**$ 8.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 464.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 464.400**

Planilla Pagada

BANCO COLPATRIA MULTIBANCA S.A.

OFICINA CARTAGENA CENTRO

NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La señora MARGARITA ROSA JOHNSON MONERY identificada con C.C 57442213 se encuentran vinculado al ***BANCO COLPATRIA*** *con la cuenta de ahorro radicada bajo el No.* ***4242007483*** *la cual se encuentra vigente y activa desde el dia 31-05-16.*

La cuenta ha cumplido con las normas establecidas por el Banco.

La anterior certificación se expide a solicitud del cliente a los 08 días del mes De Julio de 2016.

Cordialmente,

COLPATRIA
OF. CARTAGENA CENTRO

Maria Regina lora
Ejecutiva comercial.
Cartagena Centro
6960996 ext. 8208

Scanned by TapScanner

FECHA: 9 de junio 2025	**HORA: 9:00am**	**PROXIMA REUNION:**

LUGAR: PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: ENITH TORREGLOSA LEMUS

PROCESO: Gestión de Servicio al Ciudadano

OBJETIVO: Verificar la efectividad de los controles establecidos para la mitigación de los riesgos del proceso de "Servicio al Ciudadano", con el propósito de retroalimentar a la entidad con oportunidades de mejora que contribuyan al cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos

Verificar el cumplimiento de las políticas, normas, directrices, procedimientos, regulaciones y demás referentes aplicados en la Personería Distrital de Cartagena para satisfacer las necesidades de los grupos de valor (ciudadanos, entidades y servidores públicos), a través de la revisión de los diferentes servicios que presta. Tiene como propósito de generar recomendaciones que contribuyan al cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos por la entidad.

ASISTENTES:

NOMBRE	CEDULA	ENTIDAD	CARGO
ANSELMA PATRICIA ARANZA PERALTA		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	JEFE DE OFICINA DE CONTROL INTERNO
JANNY AGUAS RODRIGUEZ		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	PERSONERIA AUXILIAR
KELLY KELSY CASTILLA		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	PU
ENITH TORREGLOSA LEMUS		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	PE OCI
SAUL CORREA		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	PU OCI
INDIANA RAMIREZ		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	CONTRATISTA
MARGARITA ROSA JOHSON		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	CONTRATISTA

ORDEN DEL DÍA

1. Control de asistencia
2. Agradecimiento
3. Hechos relevantes
4. Informe preliminar de auditoria
5. Plan de mejoramiento
6. Compromiso

DESARROLLO

1. **ASISTENCIA**

La reunión de cierre conto con los siguientes funcionarios

Por parte del proceso auditado: **JANNY AGUA RODRIGUEZ**
Líder del proceso
KELLY KELSY CASTILLA
Profesional Universitario

Por parte del auditor: **ANSELMA PATRICIA ARANZA**
Jefe oficina Asesora Control Interno
ENITH TORREGLOSA LEMUS
Líder de la Auditoria
MARGARITA JOHNSON
INDIANA RAMIREZ

Auditoras Acompañantes

2. **AGRADECIMIENTO:**

Se agradeció al líder del proceso en mención y al equipo de trabajo que lo conforman, por la atención brindada al recibir esta auditoría interna basada en riesgo.

3. **HECHOS RELEVANTES**

El auditor presenta los hechos más relevantes como (Fortalezas y Debilidades) y las observaciones encontradas en el desarrollo de la auditoria, el cual se realiza la lectura de cada uno de ellos.

4. **INFORME PRELIMINAR DE LA AUDITORIA**

Se inicia la lectura y explicación de cada una de las observaciones encontradas en la auditoría interna basada en riesgo.

La auditoría se realizó de manera presencial desde las fechas establecidas en el plan de auditoría del proceso.

Se inicia mencionando cada uno de los hallazgos/observaciones y las recomendaciones registradas en el informe preliminar presentado por el equipo auditor.

HALLAZGO 1. DEBILIDADA EN LA ESTRUCTURA DOCUMENTAL DE LA GESTION DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

RIESGO IOCI: Posibilidad de pérdida Reputacional por debilidad en los procesos administrativos y técnicos que la entidad implementa para la planeación, procesamiento, manejo y organización de la documentación producida y recibida, debido a la inadecuada gestión documental para el acceso a la información.

INDICADORES

El equipo auditor verifica que el proceso cuenta con la formulación de cuatro indicadores de nombre de los cuales se registran los siguientes en la herramienta SIGPER

- Personas atendidas en Personería más cerca de la gente.
- Satisfacción de los usuarios
- PQRSDF
- Atención a la ciudadanía presencial

AUSENCIA PROCEDIMIENTO DE RECEPCION DE CORRESPONDECIA INTERNA Y EXTERNA en la entrevista sostenida por el personal de recepción funcionaria Johana patricia Martínez Franco donde describe actividades propias de la dependencia manifiesta que recibe correspondencia interna y externa sin embargo al verificar documentos MECI herramienta SIAP- no se encuentra formulado.

RIESGOS Se identificó que la descripción de los riesgos asociados al proceso no está redactada de manera clara y precisa, lo que dificulta su comprensión y la adecuada evaluación. La redacción presenta ambigüedades y falta de especificidad en los términos utilizados, lo que puede llevar a interpretaciones erróneas y a una gestión ineficaz de los riesgos.

Es recomendable revisar y reescribir las descripciones de riesgos con sus controles asegurando que sean concisas, específicas y fáciles de entender, para mejorar la efectividad del proceso de gestión de riesgos.

HALLAZGO 2 POLITICA DE ATENCION AL CIUDADANO RESOLUCION N° 172 DE 19 DE JUNIO DE 2024.

RIESGO IOCI: Posibilidad de pérdida Reputacional por debilidad en los procesos debido a las inconsistencias en los servicios ofrecidos, retrasos en la resolución de solicitudes y una experiencia insatisfactoria para los ciudadanos.

Verificando las pruebas presentadas, el proceso auditado da por recibido el informe preliminar y se envirara el informe definitivo.
Aceptando el informe se propone establecer fecha para iniciar formulando el plan de mejoramiento en la

plataforma SIAP.

HALLAZGO 3 DEBILIDAD EN EL PLAN DE TRABAJO RESULTADOS DE LAS ENCUESTA DE SATISFACCION A USUARIOS

RIESGO IOCI: Posibilidad de pérdida reputacional debido a la cantidad de usuarios que participen en la encuesta sea insuficiente para obtener resultados representativos y confiables, lo que podría afectar la toma de decisiones y la identificación precisa de áreas de mejora.

HALLAZGO 4 AUSENCIA SEÑALIZACIONES EN LUGARES VISIBLES PARA PERSONAS DISCAPACITADAS

RIESGO IOCI: Posibilidad de pérdida reputacional y económica debido ausencia de obstáculos y barreras que dificulten la accesibilidad y movilidad de estas personas en espacios que pueden resultar en la vulnerada de los derechos de igualdad y no discriminación establecidos en la Ley 1618 de 2013 y otras regulaciones relacionadas. La falta de señalización adecuada también puede derivar en sanciones legales, multas y responsabilidad por parte de la entidad o individuo responsable, afectando la inclusión y seguridad de las personas con discapacidad.

Se da por finalizado el cierre de la auditoría interna del proceso 9:45 am en las instalaciones de la personería distrital de Cartagena

El equipo de atención y servicio al ciudadano da por recibido el informe preliminar y será enviado el definitivo.

COMPROMISOS

Actividad	Responsable	Fecha
Enviar acta de cierre de auditoria – informe preliminar e informe definitivo de la auditoria de Gestión de atención y servicio al ciudadano	Anselma Patricia Aranza Peralta	9 de junio 2025

Se dio por terminada esta actividad, habiéndose desarrollado los temas contenidos en esta acta y comprometiéndose las partes a cumplir con los compromisos adquiridos en la misma.

FECHA:	**HORA:**	**PROXIMA REUNION:**

LUGAR: PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: ENITH TORREGLOSA LEMUS

PROCESO: Gestión de TIC

OBJETIVO: Cierre auditoría de gestión TIC

ASISTENTES:

NOMBRE	CEDULA	ENTIDAD	CARGO
ANSELMA PATRICIA ARANZA PERALTA		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	JEFE DE OFICINA DE CONTROL INTERNO
JANNY AGUAS ROFDRIGUEZ		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	PERSONERIA AUXILIAR
HERVER CARDENAS PAJARO		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	PU
ENITH TORREGLOSA LEMUS		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	PE OCI
SAUL CORREA		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	PU OCI
INDIANA RAMIREZ		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	CONTRATISTA
MARGARITA ROSA JOHSON		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	CONTRATISTA

ORDEN DEL DÍA

1. Control de asistencia
2. Agradecimiento
3. Hechos relevantes
4. Informe preliminar de auditoria
5. Plan de mejoramiento
6. Compromiso

DESARROLLO

1. **ASISTENCIA**

La reunión de cierre conto con los siguientes funcionarios

Por parte del proceso auditado: **JANNY AGUA RODRIGUEZ**
Líder del proceso
HERVER CARDENAS
Profesional Universitario Gestión TIC

Por parte del auditor: **ANSELMA PATRICIA ARANZA**
Jefe oficina Asesora Control Interno
ENITH TORREGLOSA LEMUS
Líder de la Auditoria
MARGARITA JOHNSON
INDIANA RAMIREZ
Auditoras Acompañantes

2. **AGRADECIMIENTO:**

Se agradeció al líder del proceso en mención y al equipo de trabajo que lo conforman, por la atención brindada al recibir esta auditoría interna basada en riesgo.

3. **HECHOS RELEVANTES**

El auditor presenta los hechos más relevantes como (Fortalezas y Debilidades) y las observaciones encontradas en el desarrollo de la auditoria, el cual se realiza la lectura de cada uno de ellos.

4. **INFORME PRELIMINAR DE LA AUDITORIA**

Se inicia la lectura y explicación de cada una de las observaciones encontradas en la auditoría interna basada en riesgo.

La auditoría se realizó de manera presencial desde las fechas establecidas en el plan de auditoría del proceso.

Se inicia mencionando cada uno de los hallazgos/observaciones y las recomendaciones registradas en el informe preliminar presentado por el equipo auditor.

. HALLAZGO/OBSERVACION 1 DEBILIDAD EN LA FORMULACIÓN PETI APROBADO 2025

. HALLAZGO 2. DEBILIDAD EN LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION
. HALLAZGO 3 DEBILIDAD EN LA ESTRUCTURACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION 2025.
. HALLAZGO 4 DEBILIDAD EN LA DOCUMENTACION DEL PROCESO GESTION TIC
Se le otorgara un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha de recepción del informe para que la oficina en mención bajo el objeto evaluado presente las evidencias necesarias, suficientes para el retiro de las observaciones
. HALLAZGO 5 DE POLÍTICA DE GOBIERNO DIGITAL
. HALLAZGO 6 AUSENCIA EN LA FORMULACION DE LA POLÍTICA DEL SITIO WEB
. HALLAZGO 7 ERRORES VERIFICADO POR PAGINA WEB

Verificando las pruebas presentadas, el proceso auditado da por recibido el informe preliminar y se envirara el informe definitivo.
Aceptando el informe se propone establecer fecha para iniciar formulando el plan de mejoramiento en la plataforma SIAP.

Se da por finalizado el cierre de la auditoría interna del proceso 9:45 am en las instalaciones de la personería distrital de Cartagena

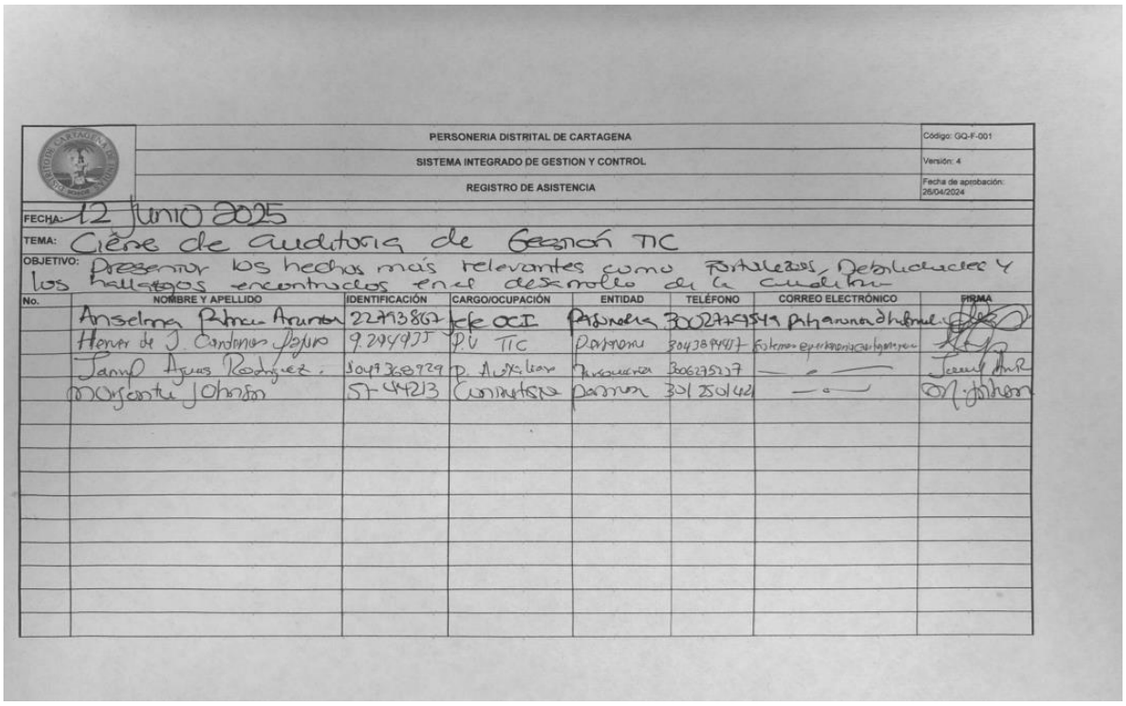
Se anexa listado de asistencia

COMPROMISOS

Actividad	Responsable	Fecha
Enviar acta de cierre de auditoria – informe preliminar e informe definitivo de la auditoria de gestión TIC	Anselma Patricia Aranza Peralta	12 de junio 2025

Se dio por terminada esta actividad, habiéndose desarrollado los temas contenidos en esta acta y comprometiéndose las partes a cumplir con los compromisos adquiridos en la misma.

FIRMAS DE LOS ASISTENTES



PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA — Código: GQ-F-001
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CONTROL — Versión: 4
REGISTRO DE ASISTENCIA — Fecha de aprobación: 26/04/2024

FECHA: 12 Junio 2025

TEMA: Cierre de auditoria de Gestión TIC

OBJETIVO: Presentar los hechos más relevantes como Fortalezas, Debilidades y los hallazgos encontrados en el desarrollo de la auditoria

No.	NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACIÓN	CARGO/OCUPACIÓN	ENTIDAD	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
	Anselmo Pitre Arrieta	22473867	Jefe OCI	Personería	3002749549	pitreanselmo@hotmail.com	
	Hector de J. Cardenas Reyes	9.249.977	P.U TIC	Personeria	3043894417	sistemas.epersoneriacartagena.gov.co	
	Jairo Agustin Rodriguez	1049368729	P. Auxiliar	Personeria	3006175217	—	
	Margarita Johnson	57-44213	Contratista	Personeria	301 2501442	—	

Personería Distrital de Cartagena de Indias

INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA INTERNA BASADA EN RIESGO GESTION DE ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO 2025

Presentado a: **JANNY AGUAS RODRIGUEZ**
PERSONERA AUXILIAR
KELLY KELSY CASTILLA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Presentado Por: **ANSELMA PATRICIA ARANZA PERALTA**
Jefe de oficina de control interno

Elaborado Por: **ENITH TORREGLOSA LEMUS**
Auditora Líder
MARGARITA ROSA JOHNSON
Auditora de apoyo
INDIANA RAMIREZ PAJARO
Auditora de apoyo

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	**Código: GE-F-004**
	GESTIÓN DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO	**Versión: 4**
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA/EVALUACIÓN O SEGUIMIENTO	**Fecha de aprobación: 08/05/2024**

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	**Día:**	**7**	**Mes:**	**07**	**Año:**	**2025**

Aspecto Evaluable (Unidad Auditable):	GESTION DE ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO
Líder de Proceso / jefe(s) Dependencia(s):	JANNY AGUAS RODRIGUEZ
Objetivo de la Auditoría:	Verificar la efectividad de los controles establecidos para la mitigación de los riesgos del proceso de "Servicio al Ciudadano", con el propósito de retroalimentar a la entidad con oportunidades de mejora que contribuyan al cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos Verificar el cumplimiento de las políticas, normas, directrices, procedimientos, regulaciones y demás referentes aplicados en la Personería Distrital de Cartagena para satisfacer las necesidades de los grupos de valor (ciudadanos, entidades y servidores públicos), a través de la revisión de los diferentes servicios que presta. Tiene como propósito de generar recomendaciones que contribuyan al cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos por la entidad.
Alcance de la Auditoría:	Se auditó el periodo comprendido desde el 1 de enero del 2025 a 30 de junio de 2025 y se tuvo en cuenta para el alcance los siguientes aspectos: Caracterización, Normograma, Indicadores, Riesgos y sus controles, Procedimientos, Política (aplicativo SIAP Y SIGPER) Protocolos de atención Encuesta de satisfacción del ciudadano con el servicio recibido Canales de atención (presencial, telefónico, virtual, aplicativos Informe de caracterización Usuarios Plan de acción del proceso Matriz con las solicitudes de acceso a la información

	Lineamientos de accesibilidad a espacios físicos para población en situación de discapacidad Buzón de sugerencias Campañas de divulgación de los canales de atención Jornada de sensibilización- Programa de transparencia y ética publica check link ciudadano incognito
Criterios de la Auditoría:	Constitución Política de 1991 Artículo 2 Decreto 2623 de 2009 Ley 1474 de 2011. Protocolo de Servicio al Ciudadano V5 Función Pública del 2017 Protocolo de Atención al Ciudadano de la SIC - 2020 "Guía de la Función Pública Servicio al Ciudadano y Racionalización de Trámites en el Marco del Covid - 19 del 2020" Actualización de Lineamientos de la Política Pública de Atención al Ciudadano –2020 Decreto 430 de 2016 Manual de funciones vigente
Riesgo	Probabilidad de que la auditoría no detecte o no identifique deficiencias, errores o irregularidades en los procesos, controles, o sistemas tecnológicos de una organización.

Jefe oficina de Control Interno	Auditor Líder
ANSELMA P. ARANZA PERALTA	ENITH TORREGLOSA LEMUS

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción: De conformidad con lo establecido en el artículo 9º de la Ley 87 de 1993 le corresponde a la Oficina de Control Interno asesorar a la Alta dirección en la continuidad de los procesos administrativos, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos; en desarrollo de tales funciones, el artículo 17 del Decreto 648 de 2017 identifica la evaluación y seguimiento como uno de los principales tópicos que enmarcan el rol de las Oficinas de Control Interno.

De igual forma, teniendo en cuenta que el artículo 6º del Decreto 648 de 2017, establece que le corresponde a la Oficina de Control Interno en cada entidad "Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles adoptados por la entidad, así como asesorar y apoyar a los directivos en el desarrollo y mejoramiento del Sistema Institucional de Control Interno a través del cumplimiento de los roles establecidos", mediante la formulación de recomendaciones y observaciones para lograr el cumplimiento de las funciones y objetivos misionales, y dando cumplimiento a lo dispuesto en el Programa Anual de Auditorias para la vigencia 2025, se permite presentar el Informe de Auditoría. Resumen de los hallazgos u observaciones encontradas

Declaración: Esta auditoría fue realizada con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas y se fundamenta en el siguiente soporte documental: procesos y procedimientos del Sistema de Gestión de la entidad, página web, SIAP, SIGPER, PERTH, SIGEP II normas internas y externas. Una consecuencia de esto es la presencia del riesgo de muestreo, es decir, el riesgo de que la conclusión basada en la muestra analizada no coincida con la conclusión a que se habría llegado en caso de haber examinado todos los elementos que lo componen.
En aplicación del artículo 2.2.21.4.8 del Decreto 648 de 2017, la Oficina de Control Interno incorpora los siguientes instrumentos para la actividad de auditoría interna:
a) Código de Ética del Auditor Interno que tendrá como bases fundamentales, la integridad, objetividad, confidencialidad, conflictos de interés y competencia de éste.
b) Estatuto de auditoría, en el cual se establezcan y comuniquen las directrices fundamentales que definirán el marco dentro del cual se desarrollarán las actividades de la Unidad u Oficina de Control Interno, según los lineamientos de las normas internacionales de auditoría.
Metodología: Cada etapa de la auditoría interna con enfoque basado en riesgos (entendimiento del proceso, evaluación del riesgo, pruebas de recorrido y de validación de controles), se desarrolló así:
Lectura y revisión de la documentación vigente.

- Mesas de trabajo presenciales con los funcionarios que intervienen en el proceso auditado.
- Análisis de la información requerida para el desarrollo de la auditoría.
- Inspección de documentos relacionados con la ejecución de la auditoria.
- Pruebas de recorrido y de efectividad de controles virtuales y/o físicas.

Importante: De los reportes y evidencias suministradas por el área en las entrevistas y la información registrada en los diferentes Sistemas de Información Institucional, dependerán los resultados y las conclusiones que la Oficina de Control Interno describa en el informe.

Carta de Representación: 12 de Junio 2025 se recibió, mediante correo electrónico de la líder del proceso, el documento "Carta de Representación" diligenciado y firmado, como responsable de que toda la información requerida para la realización de la auditoría es verídica, cumple con los criterios de calidad y se entrega oportunamente a la Oficina de Control Interno, en cumplimiento del Artículo 16 del Decreto 648 de 2017, mediante el cual se adicionó al Capítulo 4 del Título 21, Parte 2, Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, el Artículo 2.2.21.4.8., literal "b).

Limitaciones de la Auditoría: Las entrevistas se efectuarán de forma presencial y se hará la revisión documental directamente, la página web, el Sistema Integrado de Planeación y Gestión-SIAP y el Sistema de Gestión Institucional-SIGPER.

Interpretación de los resultados de la auditoría: Los aspectos evaluados en el proceso de auditoría interna tienen la siguiente interpretación según sus resultados, indicando el grado de cumplimiento de los controles establecidos en los riesgos evaluados o el impacto que supone la carencia, debilidad o recurrencia de éstos.

	Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.
	La situación observada denota una debilidad que expone de manera indirecta o directamente a la entidad a un impacto negativo a nivel operativo, o un riesgo que se pueda materializar y requiere de una acción correctiva.
	Hallazgo Recurrente. Observado en seguimientos y auditorías anteriores internas y/o externas, el cual se presentará al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para el establecimiento de lineamientos para las acciones de mejora a implementar.

Norma 2410 Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna - MIPPAI (versión. 2016): Numeral 7. "Las observaciones y recomendaciones surgen de un proceso de comparación entre el Criterio (el estado correcto) y la Condición (el estado actual). Si el auditor interno encuentra diferencias entre ambos, esta será la base para elaborar el informe. Cuando la condición cumple con el criterio establecido, puede ser conveniente comunicar ese desempeño satisfactorio. Las observaciones y recomendaciones se basan en los siguientes atributos:

- Criterio: Los estándares, medidas, o supuestos utilizados al hacer una evaluación y verificación (el estado correcto).
- Condición: La evidencia, los hechos que el auditor interno encuentra durante la realización de su trabajo (el estado actual).

- Causa: La razón de la diferencia entre las situaciones esperadas y las reales.
- Consecuencia o Efecto: El riesgo o exposición en que se encuentra la organización u otros terceros, debido a que la condición no coincide con el criterio (el impacto de la diferencia). Para determinar el grado de riesgo o exposición, el auditor interno tiene en cuenta el efecto que las observaciones y recomendaciones puedan tener sobre las operaciones y los estados financieros de la organización."

Entregables: Los asuntos identificados serán socializados al Líder del Proceso y al Comité Institucional de Control Interno; los entregables de Auditoría Interna serán:

- Informe Ejecutivo con los resultados más relevantes de la auditoría y oportunidades de mejora identificadas.
- Informe Detallado con todo el resultado de la auditoría, ejemplos, evidencias e información complementaria

RIESGOS IDENTIFICADOS EN EL PROCESO DE AUDITORÍA	Identificación del Riesgo	Cubierto en el alcance de la auditoría	DETALLE DE LAS VALIDACIONES REALIZADAS	Resultado
Posibilidad de pérdida Reputacional por denuncias o reclamaciones de los grupos de interés debido al incumplimiento de las obligaciones en materia de protección de datos personales	Mapa de riesgo del proceso auditado	SI	Este riesgo consiste en la posibilidad de que, por incumplimientos en las obligaciones relacionadas con la protección de datos personales, la organización reciba denuncias o reclamaciones por parte de los grupos de interés, lo que podría afectar negativamente su reputación. Posibles controles pueden ser Políticas y Procedimientos de Protección de Datos Implementación de políticas claras y procedimientos específicos para garantizar el cumplimiento con la normativa vigente en protección de datos no se evidencia cumplimiento de este control	

Posibilidad de pérdida Reputacional por bajo interés y/o desconocimiento en los criterios jurídicos de los diferentes temas consultados debido a no tener experiencia calificada en las competencias de atención al ciudadano	Mapa de riesgo del proceso auditado	SI	Se recomienda restructurar la redacción: Riesgo de pérdida reputacional debido a desconocimiento de los criterios jurídicos relacionados con los temas consultados, ocasionada por la insuficiente experiencia en las competencias de atención al ciudadano.	
Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea, imprecisa y/o baja calidad de respuesta a las PQRSD	Mapa de riesgo del proceso auditado -SIGPER	SI	El soporte presentado no es control del riesgo, se evidencia un informe que se descargó del SIAP, Este riesgo surge cuando las respuestas brindadas por la entidad a estas solicitudes o reclamaciones son: Extemporáneas: entregadas fuera del plazo establecido. Por lo anterior se sugiere: Establecer y comunicar claramente los plazos máximos para la respuesta a cada tipo de solicitud. Capacitar al personal responsable en la gestión eficiente y efectiva de PQRSD. Utilizar herramientas tecnológicas de gestión de solicitudes que permitan el seguimiento en tiempo real y alertas automáticas para responder dentro del plazo establecido. con el fin de Garantizar que todas las solicitudes y reclamos sean atendidos en los tiempos establecidos, minimizando la posibilidad de respuestas extemporáneas y, en consecuencia, reduciendo el riesgo de daño a la reputación de la organización.	

Posibilidad de pérdida Económica por tiempos de espera largos en el usuario debido alta demanda de los usuarios que solicitan los servicios de la entidad	Mapa de riesgo del proceso auditado -SIGPER	SI	se evidencia un ítem del formato de la encuesta de satisfacción de usuario que la dependencia realiza, sin embargo, el soporte que se presenta no es un control para reducir el tiempo de espera. Establecer sistemas de monitoreo en tiempo real para identificar picos de demanda y patrones de uso, permitiendo anticipar y gestionar mejor la carga en la atención	

INFORME DETALLADO RESULTADOS DE LA AUDITORIA INTERNA

La Oficina asesora de Control Interno, en cumplimiento con su Plan de Auditoria Anual 2025, presenta el siguiente informe el cual se desarrolló a partir de la caracterización del proceso y cada procedimiento descrito en el Sistema Integrado de Aplicaciones de la Personería de Cartagena- SIAP-, las funciones establecidas por la RESOLUCIÓN No. 251 (17 de Julio de 2023) POR MEDIO DE LA CUAL SE AJUSTA EL MANUAL ESPECÍFICO DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES DE LOS EMPLEOS DE LA PLANTA DE LA PERSONERÍA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS análisis de las Políticas, manuales y lineamientos para la estructuración de la planificación presupuestal, gestión de proyectos, planeación institucional, plan estratégico institucional y plan de acción anual, así como del mapa de riesgos institucional 2025.

De igual forma, la OCI precisa tener presente, que un hallazgo u observación es el resultado de la comparación que se realiza entre un criterio y la situación actual encontrada durante la evaluación a una entidad, área o proceso; por lo tanto, a continuación, se describirán los hechos y aspectos positivos o destacables del proceso auditado, bajo el símbolo y por otra parte, los hechos detectados en el ejercicio de auditoría, referente a deficiencias, desviaciones, irregularidades o debilidades del proceso, se registran con el símbolo y por último, la recurrencia de hallazgos u observaciones encontrados en seguimientos y auditorías anteriores internas y/o externas, se presentarán al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para el establecimiento de lineamientos para las acciones de mejora a implementar.

HECHOS RELEVANTES:

El auditor presenta los hechos más relevantes (Fortalezas y Debilidades) y los hallazgos

encontrados en el desarrollo de la auditoria.

Fortaleza: Se evidencia el liderazgo por parte de la Oficina de atención y servicio al Ciudadano promoviendo la participación activa de los usuarios y brindando las asesorías correspondientes a los diferentes trámites que se encuentran dentro del portafolio de servicios de la entidad.

Debilidades: se encontró debilidad en la estructura de la medición o definir correctamente lo que se va a medir, dificultando la evaluación de procesos y la toma de decisiones

La ausencia de socialización y divulgación de la Carta del Trato Digno, reforzar la socialización de los canales de atención, buzón de sugerencias puede generar desconocimiento por parte de los ciudadanos de sus derechos y deberes, debilita la confianza en la entidad, y puede derivar en afectaciones a la calidad de la atención al usuario y al cumplimiento de los principios de buen servicio.

PRINCIPALES SITUACIONES DETECTADAS / RESULTADOS DE LA AUDITORÍA / RECOMENDACIONES

HALLAZGO 1. DEBILIDADA EN LA ESTRUCTURA DOCUMENTAL DE LA GESTION DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

RIESGO IOCI: Posibilidad de pérdida Reputacional por debilidad en los procesos administrativos y
técnicos que la entidad implementa para la planeación, procesamiento, manejo y organización de la documentación producida y recibida, debido a la inadecuada gestión documental para el acceso a la información.

Con la implementación de la **POLÍTICA DE CONTROL INTERNO** adoptada mediante la resolución 047 de 2024, se deroga Resolución 111 de 11 de junio de 2020 MANUAL 7MA.
DIMENSION MIPG: CONTROL INTERNO Y LAS LINEAS DE DEFENSA y se logra cumplir el objetivo de MIPG "Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua".
Los aspectos clave para el Sistema de Control Interno SCI a tener en cuenta por parte de la 1ª Línea de Defensa:

• El conocimiento y apropiación de las políticas, caracterización del proceso, procedimientos,

manuales, protocolos y otras herramientas que permitan tomar acciones para el autocontrol en sus puestos de trabajo.
• La identificación de riesgos y el establecimiento de controles, así como su seguimiento, acorde con el diseño de dichos controles, evitando la materialización de los riesgos.
• El seguimiento a los indicadores de gestión de los procesos e institucionales, según corresponda.
• La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados.
• Formulación de planes de acción, su ejecución y su seguimiento

INDICADORES
El equipo auditor verifica que el proceso cuenta con la formulación de cuatro indicadores de nombre de los cuales se registran los siguientes en la herramienta SIGPER

- Personas atendidas en Personería más cerca de la gente.
- Satisfacción de los usuarios
- PQRSDF
- Atención a la ciudadanía presencial

Verificando la ficha de cada indicador nos encontramos con lo siguiente **indicador 1 Personas atendidas en Personería más cerca de la gente;** este indicador permite medir la cobertura y el alcance del proyecto en términos de atención a la población su objetivo durante este trimestre es: *Brindar atención inmediata para solucionar problemas y posibles vulneraciones de derechos de los ciudadanos y comunidades en la personería de más cerca de la gente. Además, puede complementarse con otros indicadores como la* **satisfacción de los usuarios.**
Sin embargo, verificando la formulación de este se identifica un numerador y denominador así:
Número de personas de atendidas/ Número de personas en personería más cerca de la gente
Este indicador puede resultar confuso o poco claro, ya que desde su nombre y objetivo de el indicador no se relacionan con la formulacion de lo que desean medir. Para mejorar la claridad y precisión, se recomienda reformularla.

El indicador 2 de nombre **satisfacción de los usuarios** se presenta un informe donde presenta evidencia clara de los resultados, clasificándolos en categorías como excelente, bueno, regular y malo. Sin embargo, no se logra verificar la relación entre estos resultados y el plan de trabajo establecido.

Se recomienda desde la oficina de CI, establecer indicadores claros y asegurar que el plan de trabajo incluya indicadores específicos y medibles que puedan ser comparados con los resultados de la encuesta.

Comparar los cambios en los resultados de satisfacción con las acciones implementadas en el plan de trabajo para identificar posibles vínculos.

Indicador 3. PQRSDF formulado Numero de PQRSDF realizadas/Numero de PQRSDF requeridas objetivo : Prestar servicios profesionales de asistencia inmediata a la comunidad, desde el proceso de atención al ciudadano vía virtual. Verificar en la formulacion del indicador el denominador ejemplo (Número de PQRSDF resueltas dentro del plazo / Número total de PQRSDF recibidas) NÚMERO DE PQRSDF EN RESPUESTAS EN EL MES/ NÚMERO PQRSDF RECIBIDOS EN EL PERIODO)

Indicador 4. Atencion a la ciudadania presencial formulado Numero de atenciones realizadas/Numero de atenciones programadas. La confusión en la formulación del indicador se debe a que las atenciones en la entidad no son programadas, sino que se brindan en función del servicio que allegan a la Personería. Esto implica que el indicador no refleja la cantidad de atenciones planificadas previamente, sino las atenciones que surgen en respuesta a las solicitudes o requerimientos del servicio, lo cual puede dificultar una medición precisa del indicador.

RECOMENDACIONES

Apoyerse en la Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión
Fortalcer la estructura documental de los indicadores del proceso
Solicitar apoyo en la estructuracion del PE de Direccion y Planeacion Estrategica

Anexo imagen tomada de SIGPER indicadores del proceso

Mostrar 10 Registros Buscar:

Num.	Indicador	Objetivo	Categoria	Frecuencia	Orientacion	Unidad de Medida	Fuente de Informacion	Formula Numerador	Formula Denominador
1	Personas atendidas en Personería mas cerca de la gente	Brindar atención inmediata para solucionar problemas y posibles vulneraciones de derechos de los ciudadanos y comunidades en las personería de mas cerca de la gente	EFICACIA	TRIMESTRAL	CRECIENTE	Cantidad	Excel/SIAP	Numero de personas de atendidas	Numero de personas en personería mas cerca de la gente
2	Satisfaccion de los usuarios	Consolidar el servicio adecuado a los cambios de dinamica de la sociedad y una atencion oportuna y certera	EFICACIA	TRIMESTRAL	CRECIENTE	Cantidad	SIAP	Numero de encuesta de satisfaccion realizadas	Numero de encuesta de satisfaccion proyectadas
3	PQRSDF	Prestar servicios profesionales de asistencia inmediata a la comunidad, desde el proceso de atención al ciudadano vía virtual	EFICACIA	SEMESTRAL	SOSTENIDO	Cantidad	SIAP / CORREO	Numero de PQRSDF realizadas	Numero de PQRSDF requeridas
4	Atencion a la ciudadania presencial	Prestar servicios profesionales de asistencia inmediata a la comunidad, desde el proceso de atención al ciudadano vía presencial	EFICACIA	TRIMESTRAL	CRECIENTE	Personas	siap	Numero de atenciones realizadas	Numero de atenciones programadas

Mostrando 1 de 4 de 4 Registros Anterior 1 Siguiente

AUSENCIA PROCEDIMIENTO DE RECEPCION DE CORRESPONDECIA INTERNA Y EXTERNA en la entrevista sostenida por el personal de recepcion funcionaria Johana patricia Martinez Franco donde describe actividades propias de la dependencia manifiesta que recibe

correspondecia interna y externa sin embargo al verificar documentos MECI herramienta SIAP- no se encuentra formulado.

RECOMENDACIÓN:
Formular el procedimiento de recepcion de correspondecia interna y externa
Cargarlo en SIAP documentos MECI

RIESGOS Se identificó que la descripción de los riesgos asociados al proceso no está redactada de manera clara y precisa, lo que dificulta su comprensión y la adecuada evaluación. La redacción presenta ambiguedades y falta de especificidad en los términos utilizados, lo que puede llevar a interpretaciones erróneas y a una gestión ineficaz de los riesgos.

Es recomendable revisar y reescribir las descripciones de riesgos con sus controles asegurando que sean concisas, específicas y fáciles de entender, para mejorar la efectividad del proceso de gestión de riesgos**.**

R1	Posibilidad de pérdida Reputacional por denuncias o reclamaciones de los grupos de interés debido al incumplimiento de las obligaciones en materia de protección de datos personales	El líder de proceso sensibilizara al cumplimiento de la normativa de tratamiento de uso de datos personales a su equipo de trabajo para la protección de la información de los usuarios.	Este riesgo consiste en la posibilidad de que, por incumplimientos en las obligaciones relacionadas con la protección de datos personales, la organización reciba denuncias o reclamaciones por parte de los grupos de interés, lo que podría afectar negativamente su reputación. Posibles controles pueden ser Políticas y Procedimientos de Protección de Datos Implementación de políticas claras y procedimientos específicos para garantizar el cumplimiento con la normativa vigente en protección de datos.
R2	Posibilidad de pérdida Reputacional por bajo interés y/o desconocimiento en los criterios jurídicos de los diferentes temas consultados debido a no tener experiencia calificada en las competencias de atención al ciudadano	El líder de proceso realizara capacitación sobre temas relacionados a la atención al usuario en materia de normativas, guías, circulares y conceptos	Riesgo de pérdida reputacional debido a desconocimiento de los criterios jurídicos relacionados con los temas consultados, ocasionada por la insuficiente experiencia en las competencias de atención al ciudadano.
R3	Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea, imprecisa y/o baja calidad de respuesta a las PQRSD	Los funcionarios y/o contratista que ejecutan la atención al ciudadano realizaran el registro de las actuaciones mediante el sistema interno SIAP, brindándole este aplicativo un sistema de alerta para la prestación/solicitud del servicio de la delegada, y así para asegurar condiciones controladas de trazabilidad en el servicio.	El soporte presentado no es control del riesgo, se evidencia un informe que se descargó del SIAP, Este riesgo surge cuando las respuestas brindadas por la entidad a estas solicitudes o reclamaciones son: Extemporáneas: entregadas fuera del plazo establecido. Por lo anterior se sugiere: Establecer y comunicar claramente los plazos máximos para la respuesta a cada tipo de solicitud. Capacitar al personal responsable en la gestión eficiente y efectiva de PQRSD. Utilizar herramientas tecnológicas (software de gestión de solicitudes) que permitan el seguimiento en tiempo real y alertas automáticas para responder dentro del plazo establecido. con el fin de Garantizar

			que todas las solicitudes y reclamos sean atendidos en los tiempos establecidos, minimizando la posibilidad de respuestas extemporáneas y, en consecuencia, reduciendo el riesgo de daño a la reputación de la organización.
R4	Posibilidad de pérdida Económica por tiempos de espera largos en el usuario debido alta demanda de los usuarios que solicitan los servicios de la entidad	El líder de proceso reducirá el tiempo de espera mediante acercamiento al usuario desde la sala de espera para filtrar el asunto de servicio a prestar.	se evidencia un ítem del formato de la encuesta de satisfacción de usuario que la dependencia realiza, sin embargo, el soporte que se presenta no es un control para reducir el tiempo de espera. Establecer sistemas de monitoreo en tiempo real para identificar picos de demanda y patrones de uso, permitiendo anticipar y gestionar mejor la carga en la atención

HALLAZGO 2 POLITICA DE ATENCION AL CIUDADANO RESOLUCION N° 172 DE 19 DE JUNIO DE 2024.

RIESGO IOCI: Posibilidad de pérdida Reputacional por debilidad en los procesos debido a la inconsistencias en los servicios ofrecidos, retrasos en la resolución de solicitudes y una experiencia insatisfactoria para los ciudadanos.

DECRETO 430 DE 2016 articulo 2
9. Orientar y coordinar la formulación y ejecución de políticas, planes, programas y proyectos a cargo de las entidades adscritas y vinculadas al Departamento.

Verificando el aplicativo SIGPER PLAN DE ACCION 2025 el cual describe cada una de las actividades propuestas por el proceso de gestion de atencion al servicio al ciudadano se encontro conformada por :

1 . Primera actividad : POLITICA DE ATENCION AL CIUDADANO
EL OBJETIVO ES : Ejecutar las actividades de la politica de atencion al ciudadano de la personeria distrital de Cartagena, verificando el aplicativo SIGPER se evidencia un informe como soporte de cumplimineto de esta. El equipo auditor compara la informacion cargada vs las actividades descritas en la politica en pagina web se evidencia lo siguiente :

Actividades descritas en la Politica de atancion al ciudadano

"Elaboración y aprobación"	Documento
"Adopción de la política"	Acto administrativo de adopción
"Publicación de la política en página web"	Página web
"Actualización y publicación de los canales de atención y servicio al ciudadano"	Documento
Actualización y Publicación de los protocolos de atención	Documento

Soportes cargados en la herramienta tecnologica SIGPER – Plan de accion - POLITICA DE ATENCION AL CIUDADANO

POLITICA DE ATENCION AL CIUDADANO Fuente informe de SIGPER		
Desde el mes de febrero La entidad cuenta con un CODIGO QR PARA RECEPCINAR PQRSDF, este desarrollo impacta el área de creación de expedientes de la Personería, ya que de esta forma el usuario autogestiona la creación de su PQRSDF.	Trabajamos en el diseño de un DECALOGO DE LA SALA DE ATENCION, buscamos comprimir los principios de los protocolos de atención para que la ruta de atención en la sala trascurra sin contratiempos.	SOCIALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA,

Durante la auditoría, el equipo auditor identificó que las actividades realizadas por el personal no correspondían a las establecidas en la política de atención al ciudadano vigente. Específicamente, se evidenció la formulacion de un codigo QR , diseño de decalogo de la sala de atencion – y socilaizacion del programa de transparencia y etica. Este hallazgo señala la necesidad de reforzar la capacitación del personal y de monitorear de manera más efectiva el cumplimiento de las políticas establecidas para garantizar una atención consistente y alineada con los estándares institucionales.

Recomendaciones
Desde la OCI se recomienda actualizar el plan de trabajo de la politica con el proposito que las mencionadas o refrenciadas sean las actividades programadas a desarrollar.

Tener en cuenta lo mencionado en la politica, para su cumplimiento.

HALLAZGO 3 DEBILIDAD EN EL PLAN DE TRABAJO RESULTADOS DE LAS ENCUESTA DE SATISFACCION A USUARIOS

RIESGO IOCI: Posibilidad de perdida reputacional debido a la cantidad de usuarios que participen en la encuesta sea insuficiente para obtener resultados representativos y confiables, lo que podría afectar la toma de decisiones y la identificación precisa de áreas de mejora.

El CONPES 3649 de 2010, Política Nacional de Servicio al Ciudadano, tiene como objetivo central "contribuir a la generación de confianza y al mejoramiento de los niveles de satisfacción de la ciudadanía - FUNCIÓN PÚBLICA - 1 1 respecto de los servicios públicos prestados por la Administración Pública del orden nacional" (p. 42). Con esta orientación, el documento propone una estrategia que se centra "… en actividades específicas de desarrollo institucional para el mejoramiento de la gestión y en el fortalecimiento de los

canales de atención al ciudadano" (p. 2) y que responde a los cuatro ejes problemáticos identificados. Por ende, las soluciones abordan, entre otras: mejorar el tratamiento de las solicitudes del ciudadano que accede a los servicios de la Administración pública; cualificar los equipos de trabajo dispuestos para el servicio al ciudadano; fortalecer el enfoque de gerencia del servicio al ciudadano en la Administración pública nacional y contribuir a la coordinación y al impulso de iniciativas integrales de mejoramiento de los canales de atención de las entidades. de 2013 y 3955 de 2019/ guia de servicio ciudadano DAFP

La oficina de control interno ha identificado que, aunque se realizan encuestas de satisfacción a los usuarios, no se lleva a cabo un plan de trabajo efectivo basado en los resultados obtenidos. Esto ha generado que los niveles de satisfacción sean considerados como malos o regulares, ya que no se implementan acciones correctivas o mejoras que permitan abordar las áreas de oportunidad detectadas.

Este hallazgo constituye un incumplimiento de las normativas y buenas prácticas en gestión de atención al cliente, que generalmente requieren la medición continua, análisis y mejora de los servicios basados en la retroalimentación de los usuarios.

La no aplicación de acciones correctivas y la falta de un plan de mejora también pueden vulnerar normativas específicas del sector o regulaciones internas de la entidad, lo que llevaria como consecuencia la pérdida de confianza y satisfacción de los usuarios, lo cual puede traducirse en una disminución en la demanda y en la reputación institucional.

Recomendaciones :

Es fundamental que la entidad no solo continúe realizando las encuestas, sino que también establezca un proceso sistemático para analizar los resultados, definir acciones correctivas, dar seguimiento a su implementación y evaluar su impacto, garantizando así la mejora continua y el cumplimiento normativo

HALLAZGO 4 AUSENCIA SEÑALIZACIONES EN LUGARES VISIBLES PARA PERSONAS DISCAPACITADAS

RIESGO IOCI: Posibilidad de perdida reputacional y economica debido ausencia de obstáculos y barreras que dificulten la accesibilidad y movilidad de estas personas en espacios que pueden resultar en la vulneridad de los derechos de igualdad y no discriminación establecidos en la Ley 1618 de 2013 y otras regulaciones relacionadas. La falta de señalización adecuada también puede derivar en sanciones legales, multas y responsabilidad por parte de la entidad o individuo responsable, afectando la inclusión y seguridad de las personas con discapacidad.

Según la Ley 361 de 1997 y la Ley 1955 de 2019, junto con el Decreto 1077 de 2015 (Código Nacional de Policía y Convivencia), los espacios públicos y privados deben garantizar accesibilidad universal. La Norma Técnica Colombiana NTC 5854 y la NTC 5862 también establecen lineamientos para señalización accesible que facilite la comunicación visual y la orientación para personas con discapacidad visual o movilidad reducida.

Se evidencia deficiencia en la accesibilidad y en la comunicación visual adecuada en el entorno evaluado. Esta situación puede dificultar la orientación, el desplazamiento seguro y la identificación de áreas o servicios específicos por parte de personas con discapacidad, vulnerando principios de inclusión y derechos de accesibilidad establecidos en normatividad vigente.

RECOMENDACIONES:

Instalar señalizaciones en lugares visibles y estratégicos, utilizando colores contrastantes, símbolos universales y textos en braille, para facilitar la identificación y orientación de personas con discapacidad visual y motriz.

Asegurar que las señalizaciones sean de fácil lectura y comprensión, ubicándolas a alturas accesibles y en zonas de tránsito frecuente.

Capacitar al personal encargado en la importancia de la señalización inclusiva y en la atención a personas con discapacidad.

Incluir en los planes de diseño y mantenimiento del entorno, las recomendaciones de las normativas nacionales e internacionales en materia de accesibilidad y señalización inclusiva.

RECOMENDACIONES GENERALES

Deacuerdo con los componentes del programa de transparencia y etica publica aprobado, se recomienda establecer un plan de trabajo de las actividades del componente 1 mecanismos para la transparencia y acceso a la informacion. Componente 3 mecanismos para mejorar la atencion y servicio a la ciudadania, esto debido a que no existe un cronograma con fechas y periodos establcedios para su cumplimineto. Solo se visualiza una fecha de nov 2024 a dic 2025.

Realizar plan de trabajo para la sencibilizacion de la carta del trato digno, donde se da a conocer el contenidos de sus principios promoviendo las buenas prácticas de respeto y buen trato en todos los espacios de la comunidad.

Analizar los protocolos existentes y elimina información redundante o que no sea esencial. Mantén solo los pasos clave y las instrucciones principales.

Realiza sesiones de capacitación breves y prácticas, y proporciona materiales visuales como infografías o fichas resumen para facilitar el aprendizaje y la referencia rápida.

Colocar las señalizaciones en lugares visibles y en puntos clave, como entradas, pasillos principales, ascensores, baños adaptados y salidas de emergencia.

Incorporar señales táctiles y en braille en áreas que requieran información adicional para personas con discapacidad visual.

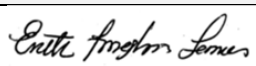
PLAN DE MEJORAMIENTO

La oficina de servicio de atención y servicio al ciudadano da por recibido el informe preliminar y se hace envío del definitivo para establecer el plan de mejoramiento en la plataforma SIGPER para su diligenciamiento.

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

Se Ejecutó el Plan de Auditoría Interna basada en Riesgo, a través de un proceso estandarizado y documentado, que permitió la revisión aleatoria y selectiva de la oficina de atención y servicio al ciudadano, identificando las fortalezas, detectando desviaciones y formulando recomendaciones y oportunidades de mejoramiento.

No obstante, se detectaron debilidades en la documentación de los procesos, la gestión de riesgos y la actualización de las políticas de la política de atención al ciudadano.

EQUIPO AUDITOR RESPONSABLE DEL INFORME PRELIMINAR DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	**Responsabilidad (cargo)**	**Firma**
ENITH TORREGLOSA LEMUS	Líder de auditoria	

REVISIÓN, AJUSTE Y APROBACIÓN DEL INFORME PRELIMINAR DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	**Responsabilidad (cargo)**	**Firma**
Anselma Patricia Aranza Peralta	**Jefe de oficina de control interno**	

Personería Distrital de Cartagena de Indias

INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA INTERNA BASADA EN RIESGO DE GESTION TIC 2025

Presentado a: **JANNY AGUAS RODRIGUEZ**
PERSONERA AUXILIAR
HERVER CARDENAS
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Presentado Por: **ANSELMA PATRICIA ARANZA PERALTA**
Jefe de oficina de control interno

Elaborado Por: **ENITH TORREGLOSA LEMUS**
Auditora Líder
MARGARITA ROSA JOHNSON
INDIANA RAMIREZ PAJARO
Auditora de apoyo

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	**Código: GE-F-004**
	GESTIÓN DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO	**Versión: 4**
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA/EVALUACIÓN O SEGUIMIENTO	**Fecha de aprobación: 08/05/2024**

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	**Día:**	**9**	**Mes:**	**06**	**Año:**	**2025**

Aspecto Evaluable (Unidad Auditable):	GESTION TIC
Líder de Proceso / jefe(s) Dependencia(s):	JANNY AGUAS RODRIGUEZ
Objetivo de la Auditoría:	Evaluar la gestión del Proceso de Gestión de la Tecnología de la Información y de las Comunicaciones conforme a los requisitos legales e institucionales tales como procedimientos, políticas, planes y demás lineamientos aplicables
Alcance de la Auditoría:	Se verificó el nivel de cumplimiento de las actividades del Proceso de Gestión de la Tecnología de la Información y de las Comunicaciones en el marco de los procedimientos, instructivos, políticas, riesgos y planes estratégicos definido
Criterios de la Auditoría:	Resolución 460 de 2022 Decreto 1263 del 22 de julio de 2022 Decreto 338 del 08 de marzo de 2022 Resolución 1117 05 de abril de 2022 Resolución 746 11 de marzo de 2022 Decreto 767 16 mayo de 2022 CONPES 4069 del 20 de diciembre de 2021

	Resolución 500 10 de marzo de 2021 Directiva presidencial 03 15 de marzo de 2021 Ley 1712 del 2014 Decreto 620 2 de mayo de 2020 Decreto 728 05 de mayo de 2017 Decreto 415 7 de marzo de 2016 Ley 1065 del 29 de julio de 2006 Artículo 1 al 4 Ley 23 de enero 28 de 1982 Ley 87 del 1993 Ley 1978 de 2019 Resolución 6962 de 2020 Resolución 1519 de 2020 Manual de funciones, Procedimientos, caracterizaciones Documentos MECI - y políticas
Riesgo	Probabilidad de que la auditoría no detecte o no identifique deficiencias, errores o irregularidades en los procesos, controles, o sistemas tecnológicos de una organización.

Jefe oficina de Control Interno	Auditor Líder
ANSELMA P. ARANZA PERALTA	ENITH TORREGLOSA LEMUS

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción: De conformidad con lo establecido en el artículo 9º de la Ley 87 de 1993 le corresponde a la Oficina de Control Interno asesorar a la Alta dirección en la continuidad de los procesos administrativos, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos; en desarrollo de tales funciones, el artículo 17 del Decreto 648 de 2017 identifica la evaluación y seguimiento como uno de los principales tópicos que enmarcan el rol de las Oficinas de Control Interno.

De igual forma, teniendo en cuenta que el artículo 6º del Decreto 648 de 2017, establece que le corresponde a la Oficina de Control Interno en cada entidad "Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles adoptados por la entidad, así como asesorar y apoyar a los directivos en el desarrollo y mejoramiento del Sistema Institucional de Control Interno a través del cumplimiento de los roles establecidos", mediante la formulación de recomendaciones y observaciones para lograr el cumplimiento de las funciones y objetivos misionales, y dando cumplimiento a lo dispuesto en el Programa Anual de Auditorias para la vigencia 2024, se permite presentar el Informe de Auditoría. Resumen de los hallazgos u observaciones encontradas

Declaración: Esta auditoría fue realizada con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas y se fundamenta en el siguiente soporte documental: procesos y procedimientos del Sistema de Gestión de la entidad, página web, SIAP, SIGPER, PERTH, SIGEP II normas internas y externas. Una consecuencia de esto es la presencia del riesgo de muestreo, es decir, el riesgo de que la conclusión basada en la muestra analizada no coincida con la conclusión a que se habría llegado en caso de haber examinado todos los elementos que lo componen.

En aplicación del artículo 2.2.21.4.8 del Decreto 648 de 2017, la Oficina de Control Interno incorpora los siguientes instrumentos para la actividad de auditoría interna:
a) Código de Ética del Auditor Interno que tendrá como bases fundamentales, la integridad, objetividad, confidencialidad, conflictos de interés y competencia de éste.
b) Estatuto de auditoría, en el cual se establezcan y comuniquen las directrices fundamentales que definirán el marco dentro del cual se desarrollarán las actividades de la Unidad u Oficina de Control Interno, según los lineamientos de las normas internacionales de auditoría.
Metodología: Cada etapa de la auditoría interna con enfoque basado en riesgos (entendimiento del proceso, evaluación del riesgo, pruebas de recorrido y de validación de controles), se desarrolló así:
Lectura y revisión de la documentación vigente.

- Mesas de trabajo presenciales con los funcionarios que intervienen en el proceso auditado.
- Análisis de la información requerida para el desarrollo de la auditoría.
- Inspección de documentos relacionados con la ejecución de la auditoria.

- Pruebas de recorrido y de efectividad de controles virtuales y/o físicas.

Importante: De los reportes y evidencias suministradas por el área en las entrevistas y la información registrada en los diferentes Sistemas de Información Institucional, dependerán los resultados y las conclusiones que la Oficina de Control Interno describa en el informe.

Carta de Representación: 28 de abril 2025 se recibió, mediante correo electrónico de la líder del proceso, el documento "Carta de Representación" diligenciado y firmado, como responsable de que toda la información requerida para la realización de la auditoría es verídica, cumple con los criterios de calidad y se entrega oportunamente a la Oficina de Control Interno, en cumplimiento del Artículo 16 del Decreto 648 de 2017, mediante el cual se adicionó al Capítulo 4 del Título 21, Parte 2, Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, el Artículo 2.2.21.4.8., literal "b).

Limitaciones de la Auditoría: Las entrevistas se efectuarán de forma presencial y se hará la revisión documental directamente, la página web, el Sistema Integrado de Planeación y Gestión-SIAP y el Sistema de Gestión Institucional-SIGPER.

Interpretación de los resultados de la auditoría: Los aspectos evaluados en el proceso de auditoría interna tienen la siguiente interpretación según sus resultados, indicando el grado de cumplimiento de los controles establecidos en los riesgos evaluados o el impacto que supone la carencia, debilidad o recurrencia de éstos.

	Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.
	La situación observada denota una debilidad que expone de manera indirecta o directamente a la entidad a un impacto negativo a nivel operativo, o un riesgo que se pueda materializar y requiere de una acción correctiva.
	Hallazgo Recurrente. Observado en seguimientos y auditorías anteriores internas y/o externas, el cual se presentará al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para el establecimiento de lineamientos para las acciones de mejora a implementar.

Norma 2410 Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna - MIPPAI (versión. 2016): Numeral 7. "Las observaciones y recomendaciones surgen de un proceso de comparación entre el Criterio (el estado correcto) y la Condición (el estado actual). Si el auditor interno encuentra diferencias entre ambos, esta será la base para elaborar el informe. Cuando la condición cumple con el criterio establecido, puede ser conveniente comunicar ese desempeño satisfactorio. Las observaciones y recomendaciones se basan en los siguientes atributos:

- Criterio: Los estándares, medidas, o supuestos utilizados al hacer una evaluación y verificación (el estado correcto).

- Condición: La evidencia, los hechos que el auditor interno encuentra durante la realización de su trabajo (el estado actual).
- Causa: La razón de la diferencia entre las situaciones esperadas y las reales.
- Consecuencia o Efecto: El riesgo o exposición en que se encuentra la organización u otros terceros, debido a que la condición no coincide con el criterio (el impacto de la diferencia). Para determinar el grado de riesgo o exposición, el auditor interno tiene en cuenta el efecto que las observaciones y recomendaciones puedan tener sobre las operaciones y los estados financieros de la organización."

Entregables: Los asuntos identificados serán socializados al Líder del Proceso y al Comité Institucional de Control Interno; los entregables de Auditoría Interna serán:

- Informe Ejecutivo con los resultados más relevantes de la auditoría y oportunidades de mejora identificadas.
- Informe Detallado con todo el resultado de la auditoría, ejemplos, evidencias e información complementaria

RIESGOS IDENTIFICADOS EN EL PROCESO DE AUDITORÍA	Identificación del Riesgo	Cubierto en el alcance de la auditoría	DETALLE DE LAS VALIDACIONES REALIZADAS	Resultado
Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por incumplimiento normativo en la transformación digital del estado a fin de lograr una mejor interacción con ciudadanos, usuarios y grupos de interés que permita resolver necesidades satisfactoriamente, debido al incumplimiento en la implementación de la política digital en la entidad	Mapa de riesgo del proceso auditado	SI	Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.	

Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por la debilidad en divulgar toda la información relacionada con la entidad (ley 1712 de 2014), debido a la ausencia de la política de transparencia y acceso a la información pública, dando cumplimiento al derecho fundamental de todas las personas en acceder a la información pública	Mapa de riesgo del proceso auditado	SI	El equipo auditor evidencia en el PETI no está alineado con el PEI-Líneas estratégicas institucionales - línea estratégica fortalecimiento y mejora continua de la gestión como relaciona - Tecno Gestión: Transformando Servicios - Plataforma Ciudadana 360°: Implementar una plataforma digital interactiva que permita a los ciudadanos de Cartagena acceder de manera fácil y rápida a los servicios de la Personería	
Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por denuncias o reclamaciones de los grupos de interés, debido a divulgación no autorizada de la información reservada o sujeta a tratamientos personales	Mapa de riesgo del proceso auditado -SIGPER	SI	Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.	

Posibilidad de pérdida Reputacional por debilidad en los procesos administrativos y técnicos que la entidad implementa para la planeación, procesamiento, manejo y organización de la documentación producida y recibida, debido a la inadecuada gestión documental para el acceso a la información	Mapa de riesgo del proceso auditado -SIGPER	SI	Se evidenció que el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información de la entidad no se encuentra debidamente estructurado. El equipo auditor no evidencia la creación de una *matriz de riesgo de la seguridad de la información* donde Conforme lo indica el ámbito de aplicación del Decreto 1078 de 2015 respecto a la estrategia de Gobierno Digital -GD- El área de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) cuenta con procedimientos establecidos relacionados con el proceso general de gestión o planificación de las actividades, enfocándose únicamente en aspectos técnicos de reparación, actualización y soporte, sin abordar aspectos administrativos o de gestión del proceso en su totalidad,	

Posibilidad de pérdida Reputacional por perdida de confidencialidad de la información clasificada, reservada o en construcción que está bajo responsabilidad de la dependencia, debido al incumplimiento de las políticas de seguridad de la información institucionales	Mapa de riesgo del proceso auditado -SIGPER	SI	La información contenida en la política digital publicada en la página web de la Personería Distrital de Cartagena ya no refleja la situación vigente, ya que no se encuentra alineada con la misión y visión actuales de la entidad.	
Posibilidad de pérdida Reputacional por manipulación de la información contenida en los sistemas de información en beneficio propio o de terceros, debido a la inadecuada asignación o elevación de permisos y privilegios de usuario para los sistemas de información.			Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.	
Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por obsolencia en los equipos de infraestructura tecnológica de la entidad, debido a la no actualización física de los mismos			Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.	
Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por no cumplir con los soportes de infraestructura vitales para el funcionamiento, debido a la falta de personal para atender todas las solicitudes			Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.	

INFORME DETALLADO RESULTADOS DE LA AUDITORIA INTERNA

La Oficina asesora de Control Interno, en cumplimiento con su Plan de Auditoria Anual 2025, presenta el siguiente informe el cual se desarrolló a partir de la caracterización del proceso y cada procedimiento descrito en el Sistema Integrado de Aplicaciones de la Personería de Cartagena- SIAP-, las funciones establecidas por la RESOLUCIÓN No. 251 (17 de Julio de 2023) POR

MEDIO DE LA CUAL SE AJUSTA EL MANUAL ESPECÍFICO DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES DE LOS EMPLEOS DE LA PLANTA DE LA PERSONERÍA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS análisis de las Políticas, manuales y lineamientos para la estructuración de la planificación presupuestal, gestión de proyectos, planeación institucional, plan estratégico institucional y plan de acción anual, así como del mapa de riesgos institucional 2024.

De igual forma, la OCI precisa tener presente, que un hallazgo u observación es el resultado de la comparación que se realiza entre un criterio y la situación actual encontrada durante la evaluación a una entidad, área o proceso; por lo tanto, a continuación, se describirán los hechos y aspectos positivos o destacables del proceso auditado, bajo el símbolo y por otra parte, los hechos detectados en el ejercicio de auditoría, referente a deficiencias, desviaciones, irregularidades o debilidades del proceso, se registran con el símbolo y por último, la recurrencia de hallazgos u observaciones encontrados en seguimientos y auditorías anteriores internas y/o externas, se presentarán al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para el establecimiento de lineamientos para las acciones de mejora a implementar.

HECHOS RELEVANTES:

El auditor presenta los hechos más relevantes (Fortalezas y Debilidades) y los hallazgos encontrados en el desarrollo de la auditoria.

Fortaleza: Se han implementado mejoras en la mayoría de las opciones de la página web de la Personería Distrital de Cartagena de facilitar que poblaciones específicas accedan a la información que particularmente son de su interés y así cumplir con la divulgación de la información pública a las personas que se encuentran en situación de discapacidad.

Debilidades: Ausencia o insuficiencia de registros y documentación que respalden los procesos, controles y decisiones relacionadas con TIC.

Seguimientos periódicos ni monitoreo constante de sus sistemas TIC, dificultando la detección temprana de incidentes.

PRINCIPALES SITUACIONES DETECTADAS / RESULTADOS DE LA AUDITORÍA / RECOMENDACIONES

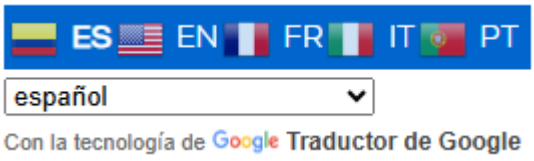
LA Personería Distrital de Cartagena cuenta con una página web anexo enlace https://personeriacartagena.gov.co/pweb/



Tiene una accesibilidad a internet:

Con los Navegadores: Google Chrome, Firefox y Microsoft Edge y se puede ingresar a la página sin inconvenientes.

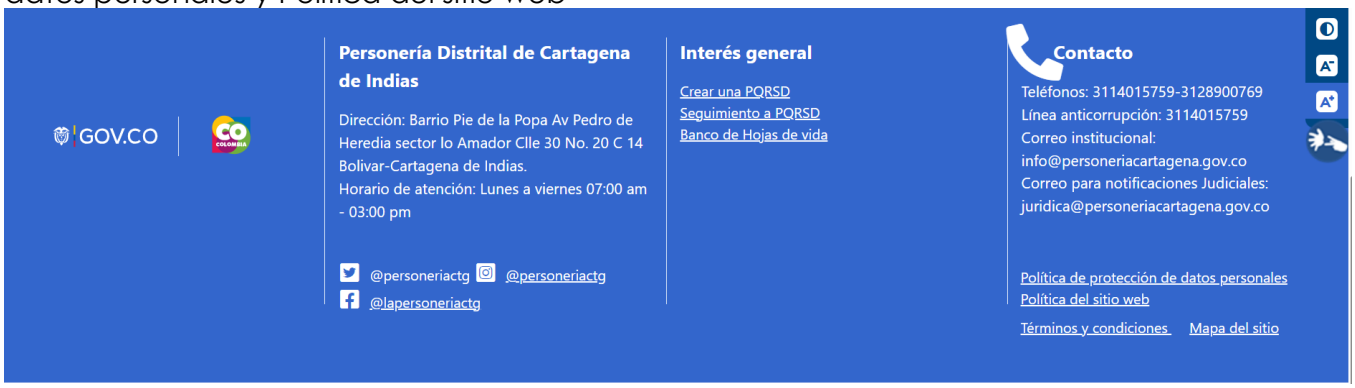
Cuenta con el Traductor



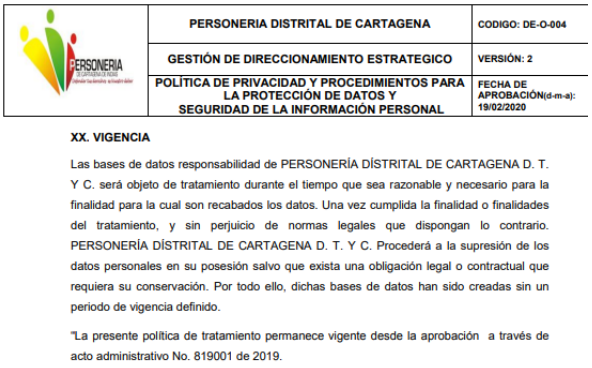
Cuenta con el dominio ".gov.co" representa la presencia oficial del gobierno colombiano en línea, garantizando que la información y servicios ofrecidos sean confiables, actualizados y seguros para los ciudadanos. Este dominio exclusivo para entidades gubernamentales asegura transparencia, autoridad y credibilidad, facilitando el acceso a trámites, información institucional, noticias oficiales y servicios públicos de manera efectiva y transparente para la ciudadanía.

La pagina cuenta con una página de inicio en la parte inferir de la página web se observa la siguiente imagen: la cual describe el dominio, dirección de la entidad, redes sociales adscritas a esta, informe de interés, contacto y las policías.

Validando cada uno de los ítems mencionados verificamos que Política de protección de datos personales y Política del sitio web



Sin embargo, al momento de verificar el contenido de la Política de protección de datos personales observamos que la que registra no está vigente. (Fecha de aprobación a través de acto administrativo No. 819001 de 2019)

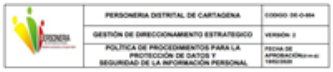


	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	CODIGO: DE-O-004
	GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	VERSIÓN: 2
	POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN PERSONAL	FECHA DE APROBACIÓN(d-m-a): 19/02/2020

XX. VIGENCIA

Las bases de datos responsabilidad de PERSONERÍA DÍSTRITAL DE CARTAGENA D. T. Y C. será objeto de tratamiento durante el tiempo que sea razonable y necesario para la finalidad para la cual son recabados los datos. Una vez cumplida la finalidad o finalidades del tratamiento, y sin perjuicio de normas legales que dispongan lo contrario. PERSONERÍA DÍSTRITAL DE CARTAGENA D. T. Y C. Procederá a la supresión de los datos personales en su posesión salvo que exista una obligación legal o contractual que requiera su conservación. Por todo ello, dichas bases de datos han sido creadas sin un periodo de vigencia definido.

"La presente política de tratamiento permanece vigente desde la aprobación a través de acto administrativo No. 819001 de 2019.



POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN PERSONAL

PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA D. T. Y C.

Política del sitio web no carga en pagina web, verificando ítem de políticas no se evidencia en página de la entidad. Anexo link: https://personeriacartagena.gov.co/pweb/politicas-manuales-procedimientos

HALLAZGO/OBSERVACION 1 DEBILIDAD EN LA FORMULACIÓN PETI APROBADO 2025

RIESGO: *Posibilidad de pérdida económica y reputacional debido a la falta de alineación del PETI con el PEI de la entidad, no podría ser efectiva para lograr los objetivos de la entidad.*

Conforme al artículo 16 del Decreto 415 de 2016 y a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), las entidades públicas deben contar con un PETI alineado con su Plan de Desarrollo Institucional, para el caso de nuestra entidad Plan Estratégico Institucional, así como realizar seguimiento a su ejecución. Adicionalmente, la estrategia de Gobierno Digital del Ministerio TIC establece que el PETI es un instrumento obligatorio de planificación institucional TIC.

LEY 1341 DE 2009 ARTÍCULO 5°. Las entidades del orden nacional y territorial y las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, TIC. Las entidades del orden nacional y territorial promoverán, coordinarán y ejecutarán planes, programas y proyectos tendientes a garantizar el acceso y uso de la población, las empresas y las entidades públicas a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. Para tal efecto, dichas autoridades incentivarán el desarrollo de infraestructura, contenidos y aplicaciones, así como la ubicación estratégica de terminales y equipos que permitan realmente a los ciudadanos acceder a las aplicaciones tecnológicas que beneficien a los ciudadanos, en especial a los vulnerables y de zonas marginadas del país.

DECRETO 612 DE 2018 "2.2.22.3.14. Integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción. Las entidades del Estado, de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar los planes institucionales y estratégicos que se relacionan a continuación y publicarlo, en su respectiva página web, a más tardar el 31 de enero de cada año:

1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR

2. Plan Anual de Adquisiciones

3. Plan Anual de Vacantes

4. Plan de Previsión de Recursos Humanos

5. Plan Estratégico de Talento Humano

6. Plan Institucional de Capacitación

7. Plan de Incentivos Institucionales

8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo

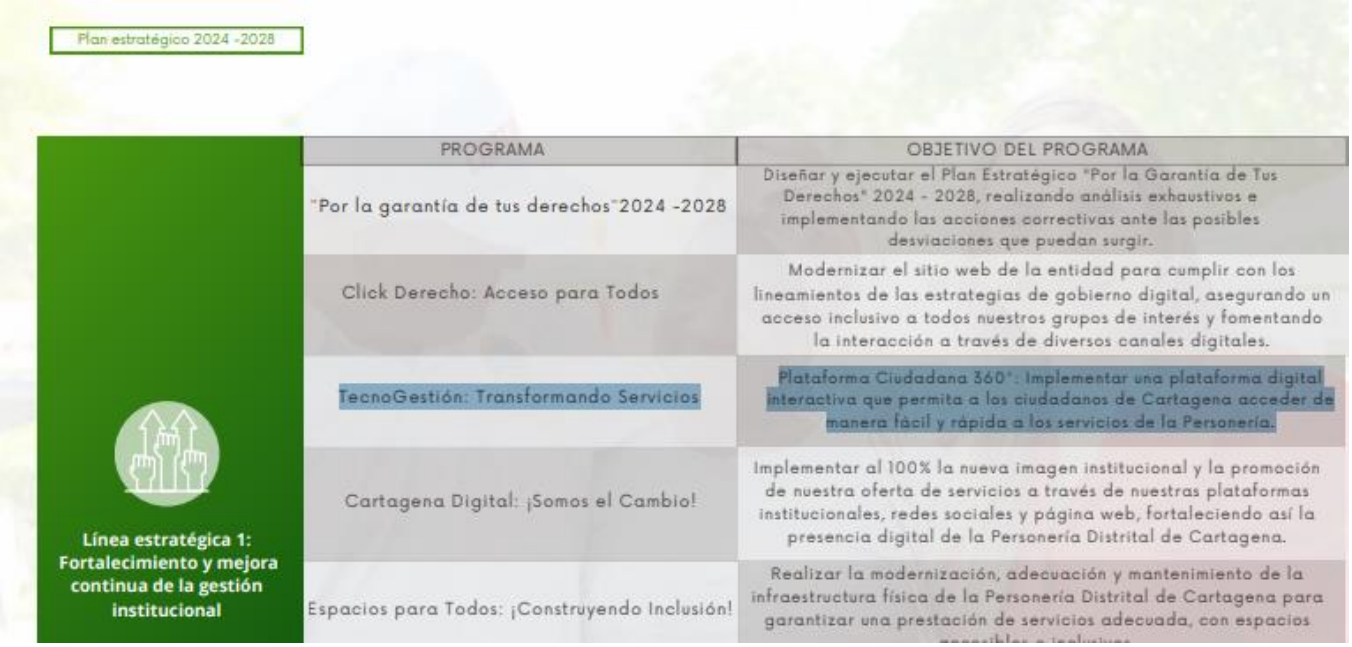
9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones -- PETI

11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información

12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

El equipo auditor evidencia en el PETI no está alineado con el PEI- Líneas estratégicas institucionales - línea estratégica fortalecimiento y mejora continua de la gestión como relaciona - Tecno Gestión: Transformando Servicios - Plataforma Ciudadana 360°: Implementar una plataforma digital interactiva que permita a los ciudadanos de Cartagena acceder de manera fácil y rápida a los servicios de la Personería. Anexo Imagen:
Fuente Pagina web:
https://personeriacartagena.gov.co/pweb/vistas/documentos/pei20242028%20(1).pdf



La entidad no cuenta con una hoja de ruta clara para el uso estratégico de las tecnologías de la información, lo cual genera riesgos de desarticulación entre los objetivos institucionales y las inversiones TIC. Esta situación puede afectar negativamente la eficiencia operativa, la innovación digital y la calidad de los servicios ofrecidos a la ciudadanía.

El equipo auditor ha identificado que las actividades relacionadas con PETI no definen claramente los resultados esperados, no incluyen una cronología o plazo establecido para su cumplimiento. Esta omisión genera una debilidad en la planificación, ya que dificulta el seguimiento, la medición del avance y cumplimiento de esta. Anexo actividades del PETI.

Tabla 5 -Actividades PETI 2024-2028

ID	NOMBRE DE LA INICIATIVA	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1	FORTALECIMIENTO A LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Actualizaciones de mejora a los softwares de la entidad	Módulos de mejora o cambios en el funcionamiento de los sistemas según necesidad de servicio o usuarios finales.
2	FORTALECIMIENTO GOBIERNO TICS	Seguimiento a Planes, seguimientos de sitio web	Sitio web Institucional actualizado, Licencias de herramientas ofimática y de IA.
3	FORTALECIMIENTO INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	Mejoramiento, rediseño y Actualización de Infraestructura tecnológica	Contratos con beneficio directo en la infraestructura tecnológica de la Personería distrital de Cartagena de Indias e implementación de Protocolo Ipv6, Alojamiento de los sistemas de información, servicio de Internet dedicado, procedimientos de copias de seguridad y bases de datos de todos los sistemas de información.
4	SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN	Desarrollo implementación del SGSI	Contrato de Seguridad informática (Firewall, Consola de Antivirus)

Se evidencia debilidad en El ítem de: **DIVULGACIÓN** Con el apoyo de la oficina de comunicaciones No se evidencio la construcción de mensaje que **impactante dentro de sliders publicitarios, que motiven a los funcionarios y contratistas en la apropiación, soporte y compromiso en el desarrollo del plan estratégico** acá descrito *ni se evidencia los periodos a desarrollar.*

*No se logra **evidenciar la Encuesta** Con el fin de saber la opinión de nuestros compañeros al finalizar la presentación a las demás Áreas de la Personería Distrital de Cartagena de Indias Cuenta con actividades programadas. Que relaciona el documento.*

La falta de un PETI actualizado dificulta la planificación, priorización y seguimiento de proyectos tecnológicos, lo que puede generar

9. DIVULGACIONES

Con el fin de socializar el siguiente Plan a los ciudadanos, entes distritales, territoriales, funcionarios y contratistas de la Personería Distrital de Cartagena de Indias, se desarrolla el siguiente plan de comunicaciones:

Con el apoyo de la oficina de comunicaciones se construirá un mensaje impactante dentro de sliders publicitarios, que motiven a los funcionarios y contratistas en la apropiación, soporte y compromiso en el desarrollo del plan estratégico acá descrito.

Encuesta: Con el fin de saber la opinión de nuestros compañeros al finalizar la presentación a las demás Áreas de la Personería Distrital de Cartagena de Indias.

Fuente PETI 2024-2025

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la entidad trabajar de manera mancomunada en el ajuste al PETI, el cual debe estar alineado con el plan institucional y las políticas de Gobierno Digital.

Registrar en el PETI la situación actual o diagnóstico de la entidad ya que no está descrita en este.

Establecer la periodicidad de la realización de las actividades y que estas sean mas especificas

HALLAZGO 2. DEBILIDAD EN LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION

Riesgo: Posibilidad de pérdida económica y reputacional debido a la exposición a incidentes de seguridad de la información y vulneración de datos personales, por la ausencia de una estrategia integral que oriente las acciones preventivas, correctivas ante las situaciones que afecten la capacidad institucional para garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información**.**

De acuerdo con los lineamientos de la estrategia de Gobierno Digital (Resolución 500 de 2021 del MinTIC) y el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, el Plan D debe contener un diagnóstico institucional, objetivos estratégicos, acciones específicas, cronograma, responsables, recursos y mecanismos de monitoreo y evaluación. Asimismo, debe estar alineado con los planes institucionales TIC y el marco de riesgos.

ARTÍCULO 1. Adicionar al Capítulo 3 del Título 22 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, los siguientes artículos:

"2.2.22.3.14. Integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción. Las entidades del Estado, de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar los planes institucionales y estratégicos que se relacionan a continuación y publicarlo, en su respectiva página web, a más tardar el 31 de enero de cada año:

1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR

2. Plan Anual de Adquisiciones

3. Plan Anual de Vacantes

4. Plan de Previsión de Recursos Humanos

5. Plan Estratégico de Talento Humano

6. Plan Institucional de Capacitación

7. Plan de Incentivos Institucionales

8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo

9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones -- PETI

11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información

12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

PARÁGRAFO 1. La integración de los planes mencionados en el presente artículo se hará sin perjuicio de las competencias de las instancias respectivas para formularlos y adoptarlos.

Cuando se trate de planes de duración superior a un (1) año, se integrarán al Plan de Acción las actividades que correspondan a la respectiva anualidad.

PARÁGRAFO 2. Harán parte del Plan de Acción las acciones y estrategias a través de las cuales las entidades facilitarán y promoverán la participación de las personas en los asuntos de su competencia, en los términos señalados en la Ley 1757 de 2015.

Se evidenció que el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información formulado por la entidad, el cual presenta deficiencias técnicas y estructurales. El documento carece de un diagnóstico de riesgos, no incluye metas medibles y no contempla un cronograma de implementación, ni mecanismos de seguimiento.

Adicionalmente, no se evidencia articulación con el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI) ni con la Política de Seguridad de la Información institucional.

No cuenta con la descripción de los principios, objetivos y lineamientos generales

No establece los roles y responsabilidades de los participantes

No cuenta con procedimientos donde se establecen las normas claras sobre cómo se debe manejar la información, incluyendo acceso, uso, almacenamiento, transmisión y eliminación.

No describe La Gestión De Riesgos De Seguridad De La Información

No define la Estrategia De Seguridad Digital

Las actividades descritas no abarcan las actividades propias del PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION

7. CRONOGRAMA - PRESUPUESTO

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA IMPLEMENTACIÓN	VALOR ACIÓN	Presupuesto
1	Identificar nuevos activos de información en cada dependencia	Gestión TIC	Marzo 2025	25%	$2.000.000
2	Actualizar el inventario de los activos de información	Gestión TIC	Junio 2025	25%	$2.000.000
3	Actualización del inventario de activos de información por alguna de las siguientes novedades: Actualizaciones al proceso al que pertenece el activo, Adición de actividades al proceso, Inclusión de un nuevo activo, Cambios o migraciones de sistemas de información en donde se almacenan o reposan activos de la ubicación ya inventariados, Materialización de riesgos que cambien la criticidad del activo.	Gestión TIC	Febrero – Diciembre 2025	50%	$2.000.000

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la entidad ajustar el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información conforme a los lineamientos del Ministerio TIC y al modelo de gestión de riesgos. El nuevo plan debe incluir un diagnóstico claro, objetivos estratégicos, responsables definidos, cronograma de ejecución, y mecanismos de seguimiento y mejora continua.

Establecer la periodicidad de la realización de las actividades y que estas sean mas especificas

Capacitar al personal encargado en gestión de seguridad de la información y articular el plan con las demás políticas TIC institucionales.

HALLAZGO 3 DEBILIDAD EN LA ESTRUCTURACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION 2025.

Riesgo: Posibilidad de pérdida económica y reputacional debido a la exposición a incidentes de seguridad de la información y vulneración de datos personales, por la ausencia de una estrategia integral que oriente las acciones preventivas, correctivas ante las situaciones que afecten la capacidad institucional para garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

El Plan De Tratamiento De Riesgos De Seguridad Y Privacidad De La Información un documento que define las acciones para gestionar los riesgos de seguridad de la información que son inaceptables, así como para implantar los controles necesarios para proteger la información.

Estos planes son fundamentales para garantizar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información, y para cumplir con las regulaciones y estándares de seguridad.

Se evidenció que el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información de la entidad no se encuentra debidamente estructurado. El documento no contempla un inventario completo de riesgos priorizados, las medidas de tratamiento no están alineadas con los controles definidos en estándares reconocidos (**como ISO/IEC 27001 o el Modelo de Seguridad y Privacidad del MinTIC**), y no existe trazabilidad entre los riesgos identificados, los responsables asignados y las acciones específicas para su mitigación.

El equipo auditor no evidencia la creación de una ***matriz de riesgo de la seguridad de la información*** donde Conforme lo indica el ámbito de aplicación del Decreto 1078 de 2015 respecto a la estrategia de Gobierno Digital -GD-, las entidades públicas deben realizar la implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información -MSPI- con el objetivo de conformar un Sistema de Gestión de Seguridad de la Información al interior de la entidad.

La entidad presenta vulnerabilidades frente a amenazas que pueden comprometer la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información institucional. Esta situación incrementa el riesgo de incidentes de seguridad, posibles sanciones por incumplimiento normativo (como la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales), y pérdida de confianza por parte de ciudadanos y partes interesadas.

RECOMENDACIONES:

Se recomienda a la entidad revisar y restructurar el Plan de Tratamiento de Riesgos, asegurando su coherencia con la matriz de riesgos institucional y los estándares establecidos por el MinTIC. El plan debe identificar claramente los riesgos priorizados, los controles de seguridad aplicables, responsables de implementación, cronogramas y mecanismos de monitoreo. Adicionalmente, se sugiere capacitar al personal TIC y de control interno en gestión de riesgos de seguridad de la información.

HALLAZGO 4 DEBILIDAD EN LA DOCUMENTACION DEL PROCESO GESTION TIC

RIESGO: Posibilidad de pérdida Reputacional por debilidad en los procesos administrativos y técnicos que la entidad implementa para la planeación, procesamiento, manejo y organización de la documentación producida y recibida, debido a la inadecuada gestión documental para el acceso a la información

Con la implementación de la POLÍTICA DE CONTROL INTERNO adoptada mediante la resolución 047 de 2024, se deroga Resolución 111 de 11 de junio de 2020 MANUAL 7MA. DIMENSION MIPG: CONTROL INTERNO Y LAS LINEAS DE DEFENSA y se logra cumplir el objetivo de MIPG "Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua".

Los aspectos clave para el Sistema de Control Interno SCI a tener en cuenta por parte de la 1ª Línea de Defensa:

• El conocimiento y apropiación de las políticas, caracterización del proceso, procedimientos, manuales, protocolos y otras herramientas que permitan tomar acciones para el autocontrol en sus puestos de trabajo.
• La identificación de riesgos y el establecimiento de controles, así como su seguimiento, acorde con el diseño de dichos controles, evitando la materialización de los riesgos.
• El seguimiento a los indicadores de gestión de los procesos e institucionales, según corresponda.
• La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados.
• Formulación de planes de acción, su ejecución y su seguimiento.

Se inicia la verificación del contenido de DOCUMENTOS MECI – SIAP Los procedimientos identificados en la herramienta SIAP son los siguientes:

PROCEDIMIENTO DE SOPORTE TECNICO

PROCEDIMIENTO DE RESPALDO DE INFORMACION

PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS TIC

PROCEDIMENTO DE INSTALACIONE DE EQUIPO

PROCEDIMEINTO DE CUENTA DE USUARIOS

Formatos

FORMATO DE CONFIGURACION DE ESTACIONES DE TRABAJO

FORMATO INFORME TECNICO SOPORTE HARDWARE SOFTWARE

FORMATO HOJA DE VIDA DE EQUIPOS

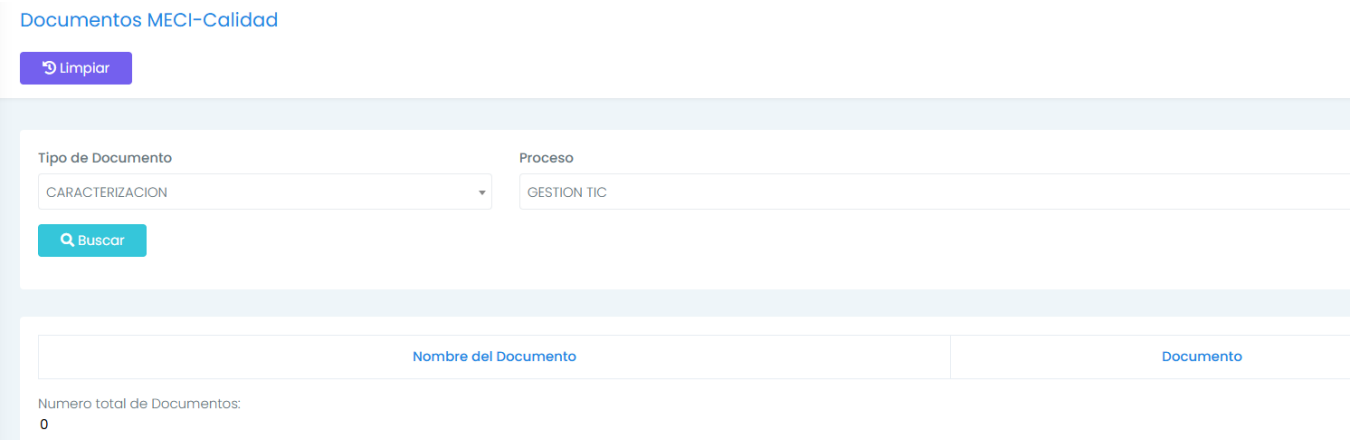
El área de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) cuenta con procedimientos establecidos relacionados con el proceso general de gestión o planificación de las actividades, enfocándose únicamente en aspectos técnicos de reparación, actualización y soporte, sin abordar aspectos administrativos o de gestión del proceso en su totalidad,

Verificando el **PROCEDIMIENTO DE PRESERVACION DIGITAL** que es un procedimiento transversal de la dependencia de Gestión Documental y Archivo /Gestión TIC confrontamos que relacionan dos procedimientos que a la fecha NO se ven cargados en herramienta tecnológica SIAP ni relacionados en la información enviada por el profesional universitario de gestión TIC.

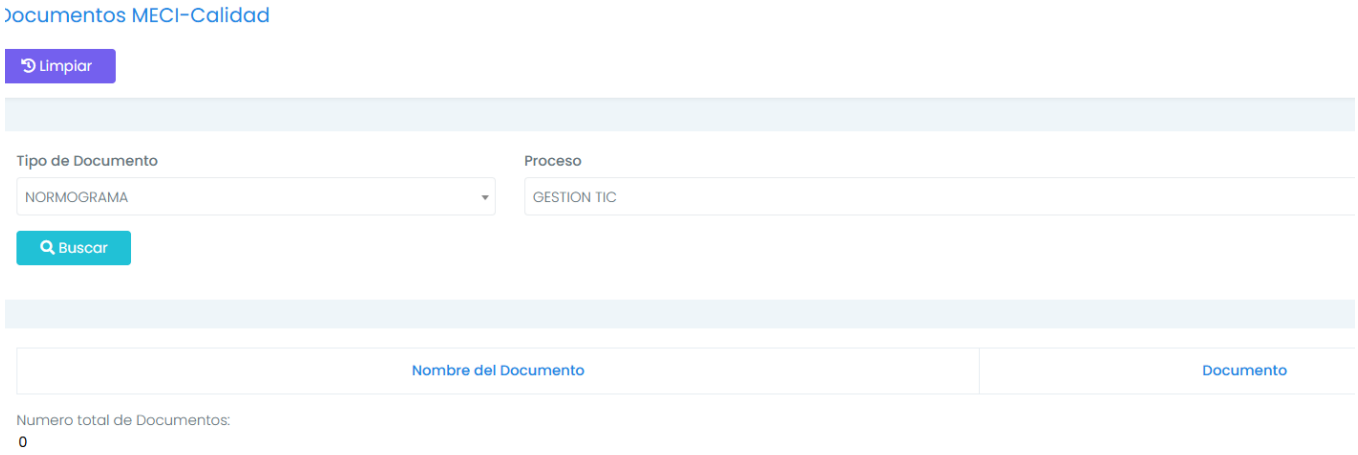
No Cuentan Con LOS PROCEDIMIENTOS:

Procedimientos de los roles de soporte
Procedimientos de medios de almacenamiento
Procedimientos de transferencia de información

No cuenta con una CARACTERIZACION de Gestión TIC



No cuenta con un NORMOGRAMA



No se evidenciaron los siguientes INSTRUCTIVOS

Instructivo copia de seguridad de información del servidor
Instructivo copias de seguridad de las bases de datos
Instructivo copias de seguridad instructivos digitales de la correspondencia
Instructivo copia de seguridad de los correos electrónicos
Instructivo restaurar copia de seguridad de bases de datos
Instructivo para la configuración e instalación de los equipos
Instructivo plan de contingencia

Ausencia de procedimientos acceso, uso, almacenamiento, transmisión y eliminación.

ANEXO IMAGEN TOMADA

Tabla 4 - Listado formatos, resoluciones, políticas, manuales y procedimientos de gestión de servicios tecnológicos

No.	Nombre	Tipo
1	Manual de procesos y procedimientos de informática y sistemas	Manual
2	Plan de seguridad y privacidad de la información	Plan
3	Plan tratamiento de riesgos seguridad y privacidad de la información	Plan
4	Manual usuario SIAP	Manual
5	Manual usuario SIGPER	Manual
6	Manual usuario PERTH	Manual
7	Manual Técnico SIAP	Manual
8	Manual Técnico SIGPER	Manual
9	Manual Técnico PERTH	Manual
10	Instructivo copias de seguridad de la información del servidor	Instructivo
11	Instructivo copias de seguridad de las bases de datos	Instructivo
12	Instructivo copias de seguridad de los digitales de la correspondencia	Instructivo
13	Instructiva copia de seguridad de los correos electrónicos.	Instructivo
14	Instructivo Restaurar copias de seguridad de las bases de datos	Instructivo
15	Instructivo para la configuración e instalación de los equipos	Instructivo
16	Instructivo Plan de contingencia	Instructivo
17	Solicitud de Dispositivos Tecnológicos	Formato
18	Hoja de vida de los equipos	Formato
19	Recepción de equipos tecnológicos	Formato
20	Cronograma de Mantenimiento de computadores	Formato
21	Solicitud de Soporte Técnico	Formato
22	Recibido a satisfacción de soporte de Hardware y/o Software	Formato
23	Solicitud de Soporte de Aplicaciones	Formato

RECOMENDACIONES

Es fundamental actualizar procedimientos que hacen parte de su proceso

Si se desconoce como realizarlo solicitar una capacitar al personal con el fin de subsanar esta debilidad.

Luego de actualizada y verificada la documentación se carga en la herramienta tecnológica SIAP - Documentos MECI para conocimientos de todos.

HALLAZGO 5 DE POLÍTICA DE GOBIERNO DIGITAL

Riesgo: Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por la debilidad en divulgar toda la información relacionada con la entidad (ley 1712 de 2014), debido a la ausencia de la política de transparencia y acceso a la información pública, dando cumplimiento al derecho fundamental de todas las personas en acceder a la información pública

DECRETO 767 DE 2022 "Por el cual se establecen los lineamientos generales de la Política de Gobierno Digital y se subroga el Capítulo 1 del Título 9 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones"

La política de Gobierno Digital es un instrumento gubernamental del orden nacional que propende por la transformación digital pública. Con esta política pública se busca fortalecer la relación Ciudadano - Estado, mejorando la prestación de servicios por parte de las entidades, y generando confianza en las instituciones que conforman la administración pública; a través del uso y aprovechamiento de las TIC. La PGD hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG y se integra con las políticas de gestión y desempeño institucional.

Se evidencia en página web la siguiente Política digital

La información contenida en la política digital publicada en la página web de la Personería Distrital de Cartagena ya no refleja la situación vigente, ya que no se encuentra alineada con la misión y visión actuales de la entidad. Por lo tanto, es recomendable actualizarla para asegurar que los contenidos sean precisos y coherentes con los objetivos institucionales, promoviendo una comunicación clara y transparente con la ciudadanía.
ANEXO: Imagen tomada de la página web vs la contenida en el documento de la política digital



PERSONERIA	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	CODIGO: DE-P-007
	GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	VERSIÓN: 1
	POLITICA DE GOBIERNO DIGITAL	FECHA DE APROBACIÓN(d-m-a): 30/01/2020

POLITICA DE GOBIERNO DIGITAL

PERSONERÍA AUXILIAR

Personería Distrital de Cartagena de Indias
2023



Personeria Distrital de Cartagena de Indias

Políticas, Manuales y Procedimientos

Políticas

POLITICA DE ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO - RESOLUCION No. 172 - 2024

Política para la Administración de Riesgos y el diseño de controles 2024

POLITICA PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN PERSONAL

Política Seguridad y Salud Trabajo 2023

POLITICA DE GESTION DOCUMENTAL - RESOLUCION No. 171 - 2024

POLITICA DEL CONTROL INTERNO 2024 /RESOLUCION 047

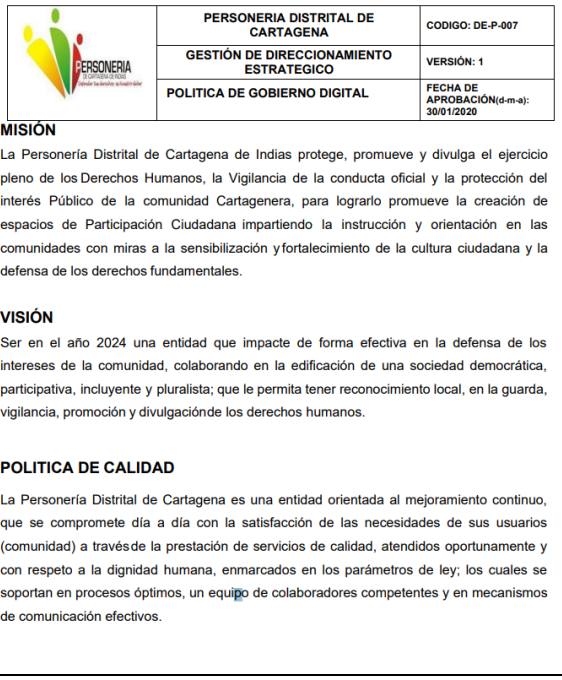
Política de Gobierno Digital

Política de No Consumo de Alcohol y Drogas

POLITICA CERO PAPEL - RESOLUCION 094 DE 2024

POLITICA DE GESTION DOCUMENTAL - 2023

POLITICA DE ATENCION AL CIUDADANO - 2023

Política Digital 2023 en pagina web	Página web
	https://personeriacartagena.gov.co/pweb/inf-corporativa

PERSONERIA	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	CODIGO: DE-P-007
	GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	VERSIÓN: 1
	POLITICA DE GOBIERNO DIGITAL	FECHA DE APROBACIÓN(d-m-a): 30/01/2020

MISIÓN

La Personería Distrital de Cartagena de Indias protege, promueve y divulga el ejercicio pleno de los Derechos Humanos, la Vigilancia de la conducta oficial y la protección del interés Público de la comunidad Cartagenera, para lograrlo promueve la creación de espacios de Participación Ciudadana impartiendo la instrucción y orientación en las comunidades con miras a la sensibilización y fortalecimiento de la cultura ciudadana y la defensa de los derechos fundamentales.

VISIÓN

Ser en el año 2024 una entidad que impacte de forma efectiva en la defensa de los intereses de la comunidad, colaborando en la edificación de una sociedad democrática, participativa, incluyente y pluralista; que le permita tener reconocimiento local, en la guarda, vigilancia, promoción y divulgaciónde los derechos humanos.

POLITICA DE CALIDAD

La Personería Distrital de Cartagena es una entidad orientada al mejoramiento continuo, que se compromete día a día con la satisfacción de las necesidades de sus usuarios (comunidad) a través de la prestación de servicios de calidad, atendidos oportunamente y con respeto a la dignidad humana, enmarcados en los parámetros de ley; los cuales se soportan en procesos óptimos, un equipo de colaboradores competentes y en mecanismos de comunicación efectivos.

No se evidencian los principios que dicta

Decreto 767 del 2022 Artículo 2.2.9.1.1.3. Principios. La Política de Gobierno Digital se desarrollará conforme los principios que rigen la función pública y los procedimientos administrativos consagrados en los artículos 209 de la Constitución Política, 3 de la Ley 489 de 1998, 3 de la Ley 1437 de 2011,2 Y 3 de la Ley 1712 de 2014, así como los que orientan el sector TIC establecidos en el artículo 2 de la Ley 1341 de 2009, y en particular los siguientes:

La política digital no describe según lo planteado en el decreto 767 de 2022, para la implementación de la Política de Gobierno Digital, se han definido los cinco elementos: Gobernanza, Innovación Pública Digital, Habilitadores, Líneas de acción e iniciativas dinamizadoras, las cuales no se evidencian

Figura 1. Política de Gobierno Digital



Fuente: MinTIC

Evidencian las siguientes actividades anexo imagen de las cuales no se evidencia desarrollo de estas.

ACTIVIDADES

La política de gobierno digital con la misión, gestión y desempeño institucional y los procesos y servicios de la personería distrital de Cartagena de indias; se deben desarrollar una serie de actividades para complementar los proyectos y el estado de implementación de la política.

- Organizar la política de gobierno digital con la planeación estratégica de la entidad.
- Examinar el estado de implementación de las políticas institucional y su relación
- Anticipar Iniciativas, a partir de los proyectos y acciones identificadas en la política de gobierno digital.
- Revisar el estado de implementación de la política de gobierno digital y su relación en la entidad.
- Revisar las condiciones de la entidad para la implementación de Servicios Ciudadanos Digitales
- Integración al Portal Único del Estado Colombiano.

RECOMENDACIONES

Con base en los lineamientos establecidos por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC) en el marco del Modelo de Gobierno Digital, se recomienda realizar una actualización integral de la Política de Gobierno Digital de la entidad, con el fin de garantizar su alineación con los principios, componentes y buenas prácticas definidas en la normativa vigente, particularmente en lo establecido en el Manual de Gobierno Digital (versión más reciente).

Realizar un diagnóstico interno para identificar brechas frente al Modelo de Gobierno Digital.

Establecer un plan de acción con responsables, metas y cronogramas para la adopción de nuevos lineamientos.

Incluir mecanismos de seguimiento y mejora continua de la política.

Llevar la política De Gobierno Digital al comité de gestión y desempeño para aprobación

HALLAZGO 6 AUSENCIA EN LA FORMULACION DE LA POLÍTICA DEL SITIO WEB

Riesgo: Posibilidad de perdida reputacional al incumplimiento frente a los requerimientos de transparencia activa Pérdida de confianza por parte de los ciudadanos debido al no contar con información clara, accesible y oportuna.

La Ley 1712 de 2014 – Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional, artículo 6: establece la obligación de todas las entidades públicas de divulgar información mínima obligatoria a través de medios electrónicos.

Decreto 1081 de 2015, artículo 2.1.1.3.1: obliga a mantener actualizada la información pública en los sitios web institucionales.

Manual de Gobierno Digital (MinTIC): establece como buena práctica la existencia de una política del sitio web institucional que incluya aspectos como estructura de contenidos, usabilidad, accesibilidad, interoperabilidad, mecanismos de actualización, y lineamientos de seguridad y protección de datos.

El equipo auditor evidenció que la entidad no cuenta con una **Política del Sitio Web** institucional debidamente formulada, adoptada y publicada, lo cual constituye una omisión frente a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC) y la normativa nacional en materia de acceso a la información, transparencia y Gobierno Digital.



RECOMEDACIONES:

Formular, adoptar y publicar una Política del Sitio Web que defina principios, objetivos, responsabilidades, estructura, estándares técnicos, mecanismos de actualización, y estrategias de accesibilidad y usabilidad, conforme con los lineamientos establecidos por el MinTIC y la normativa vigente en materia de Gobierno Digital y acceso a la información pública.

HALLAZGO 7 ERRORES VERIFICADO POR PAGINA WEB

Riesgo: Existe la posibilidad de pérdida reputacional y económica debido a que la página web de la Personería Distrital de Cartagena presenta información desactualizada, muestra errores y carga datos incorrectos en algunos ítems, lo que puede inducir a errores en los ciudadanos y partes interesadas, afectando la confianza, la toma de decisiones y potencialmente generando responsabilidades legales o financieras.

La Resolución 1519 de 2020 Art.3" Directrices de accesibilidad web" establece que, a partir del 1 de enero del 2022, los sujetos obligados deberán dar cumplimiento a los estándares AA de la Guía de Accesibilidad de Contenidos Web (Web Content Accessibility Guidelines – WCAG 2.1).

Luego de presentar esta información, se realiza la verificación de las pautas de accesibilidad de contenidos web publicados por la Personería Distrital de Cartagena, para esto se utilizó se utilizó el validador WAVE, herramienta que identifica errores y determina el cumplimiento de las pautas de accesibilidad del contenido web

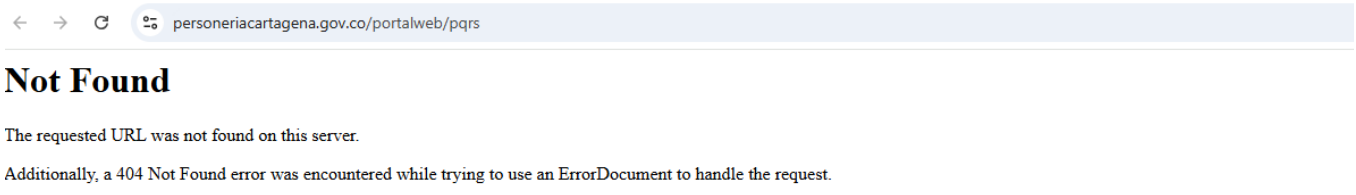
Se inicia con el objeto de verificar la accesibilidad de la página web, su cumplimiento normativo, Este análisis se efectúa con el fin de brindar información que permita implementar acciones de mejora en la página web de la Personería Distrital de Cartagena, con el ánimo de fomentar la apropiación de los estándares web, promover la construcción de interfaces gráficas de usuarios de calidad y dar cumplimiento a las políticas que impulsan la transparencia, la participación ciudadana y la accesibilidad web en la entidad.

CRITERIOS	CUMPLIMIENTOS	OBSERVACIONES
CC1. Alternativa texto para elementos no textuales	SI	Elementos estáticos como fotografías, imágenes, diagramas, mapas y similares, además los sonidos cortos de alerta, vibraciones u otros que constituyan elementos no textuales, deben indispensablemente llevar un texto alternativo que cumpla con el mismo propósito que este elemento tiene para quienes lo pueden ver, escuchar o sentir por lo tanto se debe fortalecer los textos alternos
CC2. Complemento para videos o elementos multimedia	SI	Los videos están embebidos desde la plataforma de YouTube lo cual permite el aporte de complementos de accesibilidad.
CC3. Guion para solo video y solo audio	SI	Los videos están embebidos desde la plataforma de YouTube lo cual permite el aporte de complementos de accesibilidad.
CC4. Textos e imágenes ampliables y en tamaños adecuados	SI	Se evidencia Textos legibles en los diferentes tamaños
CC5.Contraste de color suficiente en textos e imágenes	SI	Contraste Adecuado
CC6. Imágenes alternas al texto cuando sea posible	SI	Las imágenes tienen una descripción por medio de la etiqueta
CC7. Identificación coherente	NO	De acuerdo con el criterio no se cumple lo indicado puesto que información duplicada tiene nombres diferentes Ejemplo (Formulario PQRSD en el enlace de transparencia – PQRSD en el enlace de Atención al ciudadano)
CC8. Todo documento y página organizado en secciones	SI	Se evidencian paginas organizadas y con listas desplegables
CC9. Contenedores como tablas y listas usadas correctamente	SI	Se evidencia que son usadas las listas desplegables en cada uno de los ítems de los menús
CC10. Permitir saltar bloques que se repiten	SI	Incluye gráficos en encabezado y enlaces para navegación.

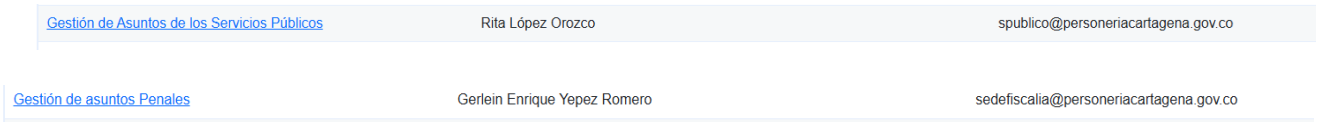
CC11. Lenguaje de marcado bien utilizado	SI	Código y lenguaje adecuado de acuerdo a lo generado por el aplicativo WAVE
CC12. Permitir encontrar las páginas por múltiples vías	SI	Se permite navegabilidad por diferentes pestañas dentro de la página para acceder a los diferentes micrositios
CC13. Navegación coherente	SI	Aunque se evidencia una navegación coherente la información duplicada siempre es la misma, pero está de acuerdo a la normatividad la página web
CC14. Orden adecuado de los contenidos si es significativo	SI	Se muestra información organizada y adecuada
CC15. Advertencias bien ubicadas	SI	Se muestra advertencias ubicadas ejemplo Radicación PQRSD (*) Obligatoriedad
CC16. Orden adecuado de los elementos al navegar con tabulación	SI	Es navegable mediante la tecla TAB (Tabulación)
CC17. Foco visible al navegar con tabulación	SI	Es navegable mediante la tecla TAB (Tabulación)
CC18. No utilizar audio automático	SI	El portal web no utiliza audios automáticos en ninguna de sus pestañas
CC19. Permitir control de eventos temporizados	NO	Se identifica la página web un carrusel en el geo-portal con movimiento automático sin opción de pausa.
CC20. Permitir control de contenidos con movimiento y parpadeo	NO	Se identifica en la página web un carrusel en el geo-portal el cual no contiene evento de cambio de imagen controlado.
CC21. No generar actualización automática de páginas	SI	No se generan actualizaciones automáticas en la página web de la entidad
CC22. No generar cambios automáticos al recibir el foco o entradas	SI	No se generan cambios ni de color o forma en los títulos y subtítulos contenidos en la página web
CC23. Utilice textos adecuados en títulos, páginas y secciones	SI	Títulos y subtítulos adecuados correctamente, sección de noticias clara para los ciudadanos
CC24. Utilice nombres e indicaciones claras en campos de formulario	SI	Se tiene acceso a los formularios dispuestos por la entidad (PQRSD, Encuestas Forms)
CC25. Utilice instrucciones	SI	Se tiene acceso a los formularios

expresas y claras		dispuestos por la entidad (PQRSD, Encuestas Forms)
CC26. Enlaces adecuados	SI	Enlaces con nombres adecuados permitiendo una fácil identificación de la información, también se presentan directrices como "Aquí" indicando lo que se debe hacer
CC27. Idioma		El portal está en español y contiene la etiqueta Lang="auto".
CC28. Manejo del error	SI	Se presenta mensaje de error en la página web.
CC29. Imágenes de texto	NO	Se debe fortalecer y validar con las dependencias, los documentos PDF cargados como imagen que no permiten una comprensión fácil.
CC30. Objetos programados	NA	La página web de la entidad no cuenta con objetos programados
CC31. Desde una letra hasta un elemento complejo utilizable	SI	El portal web cumple con la codificación en UTF-8 para todo el HTML
CC32. Manejable por teclado	SI	La página es navegable con el teclado

- el ítem **PQRD** al final de pagina web presenta error anexo imágenes



- https://personeriacartagena.gov.co/pweb/procesos-funciones en el item poceso y funciones recordar la importancia de mantener actualizada la pagina web



- Actualizar las fotos de los Personeros delegados



Rita López Orozco

Personera delegada en la Gestión de asuntos de los servicios públicos
Correo: spublicos@personeriacartagena.gov.co



Luis Alberto Morillo Sánchez

Personero delegado en la Gestión de asuntos de la comunidad y sujetos de especial protección
Correo: dcomunidad@personeriacartagena.gov.co



Carlos Arturo Quintana Tapia

Personero delegado en la Gestión para el control urbanístico y patrimonio publico
Correo: bienes@personeriacartagena.gov.co



Alberto Hernando Pomares Badel

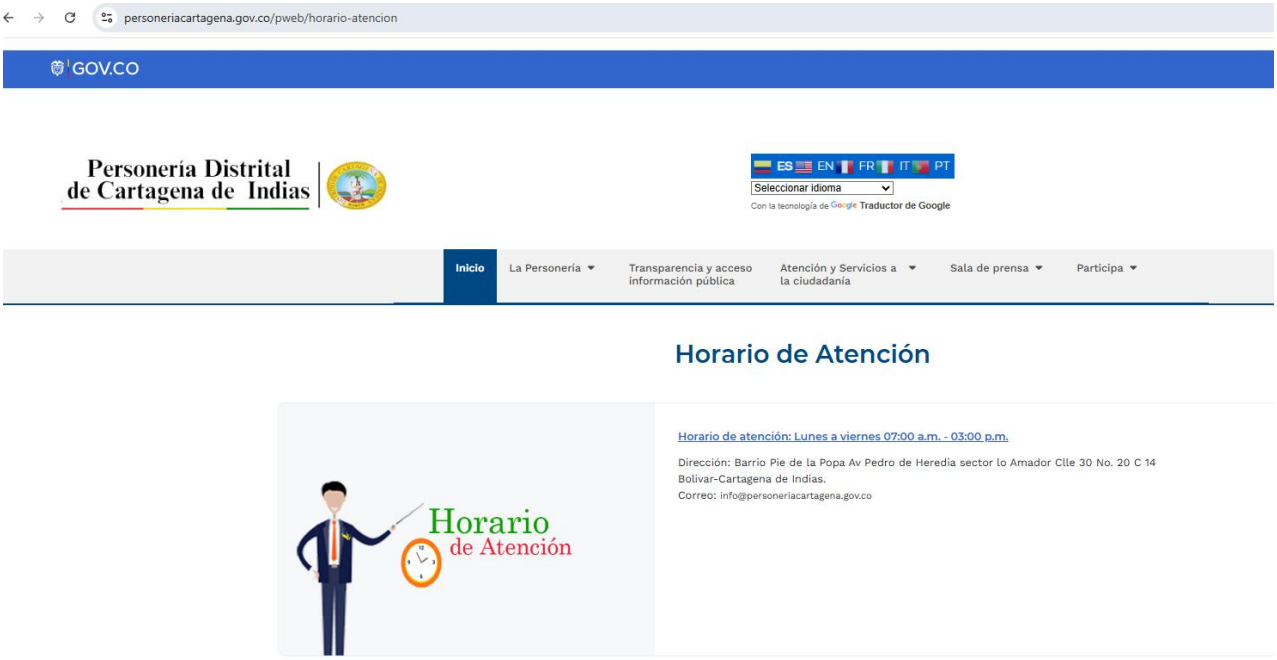
Personero delegado en la Gestión de la vigilancia a la conducta oficial
Correo: dvigilancia3@personeriacartagena.gov.co



Gerlein Enrique Yépez Romero

Personero delegado en la Gestión de asuntos penales
Correo: sedefiscalia@personeriacartagena.gov.co

- **Horario de atención**



- **Los ítems no cargan la información que mencionan**



- **Términos y condiciones**

Son las cláusulas legales que establecen la forma en la que se puede usar la información y acceder a los contenidos de una página web o de una aplicación.
No carga el contenido de términos y condiciones ni el mapa del sitio



CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

Se Ejecutó el Plan de Auditoría Interna basada en Riesgo, a través de un proceso estandarizado y documentado, que permitió la revisión aleatoria y selectiva de la gestión de la Gestión TIC Identificando las fortalezas, detectando desviaciones y formulando recomendaciones y oportunidades de mejoramiento.

No obstante, se detectaron deficiencias en la documentación de los procesos, la gestión de riesgos tecnológicos y la actualización de las políticas de seguridad de la información. Además, se identificó la necesidad de fortalecer los controles de acceso, implementar mejores prácticas en la gestión de incidentes y promover una cultura de formación continua en temas TIC.

Se recomienda desarrollar un plan de mejora que incluya la actualización de las políticas de seguridad, la capacitación a los servidores públicos encargados, y la implementación de procedimientos estandarizados para la gestión de incidentes y riesgos tecnológicos. Con estas acciones, se busca optimizar la gestión TIC, reducir vulnerabilidades y asegurar una mayor alineación con los objetivos estratégicos de la entidad.

Se da por aceptado el informe preliminar r y se da por entregado este informe definitivo

PLAN DE MEJORAMIENTO

Se recomienda establecer un plan de mejoramiento que describa las actividades y periodos en el SIAP.

EQUIPO AUDITOR RESPONSABLE DEL INFORME PRELIMINAR DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	**Responsabilidad (cargo)**	**Firma**
ENITH TORREGLOSA LEMUS **MARGARITA ROSA JOHSON**	Líder de auditoria Apoyo en la auditoria	

REVISIÓN, AJUSTE Y APROBACIÓN DEL INFORME PRELIMINAR DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	**Responsabilidad (cargo)**	**Firma**
Anselma Patricia Aranza Peralta	**Jefe de oficina de control interno**	

Personería Distrital de Cartagena de Indias

INFORME PRELIMINAR DE AUDITORIA INTERNA BASADA EN RIESGO GESTION DE ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO 2025

Presentado a: **JANNY AGUAS RODRIGUEZ**
PERSONERA AUXILIAR
KELLY KELSY CASTILLA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Presentado Por: **ANSELMA PATRICIA ARANZA PERALTA**
Jefe de oficina de control interno

Elaborado Por: **ENITH TORREGLOSA LEMUS**
Auditora Líder
MARGARITA ROSA JOHNSON
Auditora de apoyo
INDIANA RAMIREZ PAJARO
Auditora de apoyo

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	**Código: GE-F-004**
	GESTIÓN DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO	**Versión: 4**
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA/EVALUACIÓN O SEGUIMIENTO	**Fecha de aprobación: 08/05/2024**

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	**Día:**	**7**	**Mes:**	**07**	**Año:**	**2025**

Aspecto Evaluable (Unidad Auditable):	GESTION DE ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO
Líder de Proceso / jefe(s) Dependencia(s):	JANNY AGUAS RODRIGUEZ
Objetivo de la Auditoría:	Verificar la efectividad de los controles establecidos para la mitigación de los riesgos del proceso de "Servicio al Ciudadano", con el propósito de retroalimentar a la entidad con oportunidades de mejora que contribuyan al cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos Verificar el cumplimiento de las políticas, normas, directrices, procedimientos, regulaciones y demás referentes aplicados en la Personería Distrital de Cartagena para satisfacer las necesidades de los grupos de valor (ciudadanos, entidades y servidores públicos), a través de la revisión de los diferentes servicios que presta. Tiene como propósito de generar recomendaciones que contribuyan al cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos por la entidad.
Alcance de la Auditoría:	Se auditó el periodo comprendido desde el 1 de enero del 2025 a 30 de junio de 2025 y se tuvo en cuenta para el alcance los siguientes aspectos: Caracterización, Normograma, Indicadores, Riesgos y sus controles, Procedimientos, Política (aplicativo SIAP Y SIGPER) Protocolos de atención Encuesta de satisfacción del ciudadano con el servicio recibido Canales de atención (presencial, telefónico, virtual, aplicativos Informe de caracterización Usuarios Plan de acción del proceso Matriz con las solicitudes de acceso a la información

	Lineamientos de accesibilidad a espacios físicos para población en situación de discapacidad Buzón de sugerencias Campañas de divulgación de los canales de atención Jornada de sensibilización- Programa de transparencia y ética publica check link ciudadano incognito
Criterios de la Auditoría:	Constitución Política de 1991 Artículo 2 Decreto 2623 de 2009 Ley 1474 de 2011. Protocolo de Servicio al Ciudadano V5 Función Pública del 2017 Protocolo de Atención al Ciudadano de la SIC - 2020 "Guía de la Función Pública Servicio al Ciudadano y Racionalización de Trámites en el Marco del Covid - 19 del 2020" Actualización de Lineamientos de la Política Pública de Atención al Ciudadano –2020 Decreto 430 de 2016 Manual de funciones vigente
Riesgo	Probabilidad de que la auditoría no detecte o no identifique deficiencias, errores o irregularidades en los procesos, controles, o sistemas tecnológicos de una organización.

Jefe oficina de Control Interno	Auditor Líder
ANSELMA P. ARANZA PERALTA	ENITH TORREGLOSA LEMUS

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción: De conformidad con lo establecido en el artículo 9º de la Ley 87 de 1993 le corresponde a la Oficina de Control Interno asesorar a la Alta dirección en la continuidad de los procesos administrativos, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos; en desarrollo de tales funciones, el artículo 17 del Decreto 648 de 2017 identifica la evaluación y seguimiento como uno de los principales tópicos que enmarcan el rol de las Oficinas de Control Interno.

De igual forma, teniendo en cuenta que el artículo 6º del Decreto 648 de 2017, establece que le corresponde a la Oficina de Control Interno en cada entidad "Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles adoptados por la entidad, así como asesorar y apoyar a los directivos en el desarrollo y mejoramiento del Sistema Institucional de Control Interno a través del cumplimiento de los roles establecidos", mediante la formulación de recomendaciones y observaciones para lograr el cumplimiento de las funciones y objetivos misionales, y dando cumplimiento a lo dispuesto en el Programa Anual de Auditorias para la vigencia 2025, se permite presentar el Informe de Auditoría. Resumen de los hallazgos u observaciones encontradas

Declaración: Esta auditoría fue realizada con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas y se fundamenta en el siguiente soporte documental: procesos y procedimientos del Sistema de Gestión de la entidad, página web, SIAP, SIGPER, PERTH, SIGEP II normas internas y externas. Una consecuencia de esto es la presencia del riesgo de muestreo, es decir, el riesgo de que la conclusión basada en la muestra analizada no coincida con la conclusión a que se habría llegado en caso de haber examinado todos los elementos que lo componen.
En aplicación del artículo 2.2.21.4.8 del Decreto 648 de 2017, la Oficina de Control Interno incorpora los siguientes instrumentos para la actividad de auditoría interna:
a) Código de Ética del Auditor Interno que tendrá como bases fundamentales, la integridad, objetividad, confidencialidad, conflictos de interés y competencia de éste.
b) Estatuto de auditoría, en el cual se establezcan y comuniquen las directrices fundamentales que definirán el marco dentro del cual se desarrollarán las actividades de la Unidad u Oficina de Control Interno, según los lineamientos de las normas internacionales de auditoría.
Metodología: Cada etapa de la auditoría interna con enfoque basado en riesgos (entendimiento del proceso, evaluación del riesgo, pruebas de recorrido y de validación de controles), se desarrolló así:
Lectura y revisión de la documentación vigente.

- Mesas de trabajo presenciales con los funcionarios que intervienen en el proceso auditado.
- Análisis de la información requerida para el desarrollo de la auditoría.
- Inspección de documentos relacionados con la ejecución de la auditoria.
- Pruebas de recorrido y de efectividad de controles virtuales y/o físicas.

Importante: De los reportes y evidencias suministradas por el área en las entrevistas y la información registrada en los diferentes Sistemas de Información Institucional, dependerán los resultados y las conclusiones que la Oficina de Control Interno describa en el informe.

Carta de Representación: 12 de Junio 2025 se recibió, mediante correo electrónico de la líder del proceso, el documento "Carta de Representación" diligenciado y firmado, como responsable de que toda la información requerida para la realización de la auditoría es verídica, cumple con los criterios de calidad y se entrega oportunamente a la Oficina de Control Interno, en cumplimiento del Artículo 16 del Decreto 648 de 2017, mediante el cual se adicionó al Capítulo 4 del Título 21, Parte 2, Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, el Artículo 2.2.21.4.8., literal "b).

Limitaciones de la Auditoría: Las entrevistas se efectuarán de forma presencial y se hará la revisión documental directamente, la página web, el Sistema Integrado de Planeación y Gestión-SIAP y el Sistema de Gestión Institucional-SIGPER.

Interpretación de los resultados de la auditoría: Los aspectos evaluados en el proceso de auditoría interna tienen la siguiente interpretación según sus resultados, indicando el grado de cumplimiento de los controles establecidos en los riesgos evaluados o el impacto que supone la carencia, debilidad o recurrencia de éstos.

	Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.
	La situación observada denota una debilidad que expone de manera indirecta o directamente a la entidad a un impacto negativo a nivel operativo, o un riesgo que se pueda materializar y requiere de una acción correctiva.
	Hallazgo Recurrente. Observado en seguimientos y auditorías anteriores internas y/o externas, el cual se presentará al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para el establecimiento de lineamientos para las acciones de mejora a implementar.

Norma 2410 Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna - MIPPAI (versión. 2016): Numeral 7. "Las observaciones y recomendaciones surgen de un proceso de comparación entre el Criterio (el estado correcto) y la Condición (el estado actual). Si el auditor interno encuentra diferencias entre ambos, esta será la base para elaborar el informe. Cuando la condición cumple con el criterio establecido, puede ser conveniente comunicar ese desempeño satisfactorio. Las observaciones y recomendaciones se basan en los siguientes atributos:

- Criterio: Los estándares, medidas, o supuestos utilizados al hacer una evaluación y verificación (el estado correcto).
- Condición: La evidencia, los hechos que el auditor interno encuentra durante la realización de su trabajo (el estado actual).

- Causa: La razón de la diferencia entre las situaciones esperadas y las reales.
- Consecuencia o Efecto: El riesgo o exposición en que se encuentra la organización u otros terceros, debido a que la condición no coincide con el criterio (el impacto de la diferencia). Para determinar el grado de riesgo o exposición, el auditor interno tiene en cuenta el efecto que las observaciones y recomendaciones puedan tener sobre las operaciones y los estados financieros de la organización."

Entregables: Los asuntos identificados serán socializados al Líder del Proceso y al Comité Institucional de Control Interno; los entregables de Auditoría Interna serán:

- Informe Ejecutivo con los resultados más relevantes de la auditoría y oportunidades de mejora identificadas.
- Informe Detallado con todo el resultado de la auditoría, ejemplos, evidencias e información complementaria

RIESGOS IDENTIFICADOS EN EL PROCESO DE AUDITORÍA	Identificación del Riesgo	Cubierto en el alcance de la auditoría	DETALLE DE LAS VALIDACIONES REALIZADAS	Resultado
Posibilidad de pérdida Reputacional por denuncias o reclamaciones de los grupos de interés debido al incumplimiento de las obligaciones en materia de protección de datos personales	Mapa de riesgo del proceso auditado	SI	Este riesgo consiste en la posibilidad de que, por incumplimientos en las obligaciones relacionadas con la protección de datos personales, la organización reciba denuncias o reclamaciones por parte de los grupos de interés, lo que podría afectar negativamente su reputación. Posibles controles pueden ser Políticas y Procedimientos de Protección de Datos Implementación de políticas claras y procedimientos específicos para garantizar el cumplimiento con la normativa vigente en protección de datos no se evidencia cumplimiento de este control	

Posibilidad de pérdida Reputacional por bajo interés y/o desconocimiento en los criterios jurídicos de los diferentes temas consultados debido a no tener experiencia calificada en las competencias de atención al ciudadano	Mapa de riesgo del proceso auditado	SI	Se recomienda restructurar la redacción: Riesgo de pérdida reputacional debido a desconocimiento de los criterios jurídicos relacionados con los temas consultados, ocasionada por la insuficiente experiencia en las competencias de atención al ciudadano.	
Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea, imprecisa y/o baja calidad de respuesta a las PQRSD	Mapa de riesgo del proceso auditado -SIGPER	SI	El soporte presentado no es control del riesgo, se evidencia un informe que se descargó del SIAP, Este riesgo surge cuando las respuestas brindadas por la entidad a estas solicitudes o reclamaciones son: Extemporáneas: entregadas fuera del plazo establecido. Por lo anterior se sugiere: Establecer y comunicar claramente los plazos máximos para la respuesta a cada tipo de solicitud. Capacitar al personal responsable en la gestión eficiente y efectiva de PQRSD. Utilizar herramientas tecnológicas de gestión de solicitudes que permitan el seguimiento en tiempo real y alertas automáticas para responder dentro del plazo establecido. con el fin de Garantizar que todas las solicitudes y reclamos sean atendidos en los tiempos establecidos, minimizando la posibilidad de respuestas extemporáneas y, en consecuencia, reduciendo el riesgo de daño a la reputación de la organización.	

Posibilidad de pérdida Económica por tiempos de espera largos en el usuario debido alta demanda de los usuarios que solicitan los servicios de la entidad	Mapa de riesgo del proceso auditado -SIGPER	SI	se evidencia un ítem del formato de la encuesta de satisfacción de usuario que la dependencia realiza, sin embargo, el soporte que se presenta no es un control para reducir el tiempo de espera. Establecer sistemas de monitoreo en tiempo real para identificar picos de demanda y patrones de uso, permitiendo anticipar y gestionar mejor la carga en la atención	

INFORME DETALLADO RESULTADOS DE LA AUDITORIA INTERNA

La Oficina asesora de Control Interno, en cumplimiento con su Plan de Auditoria Anual 2025, presenta el siguiente informe el cual se desarrolló a partir de la caracterización del proceso y cada procedimiento descrito en el Sistema Integrado de Aplicaciones de la Personería de Cartagena- SIAP-, las funciones establecidas por la RESOLUCIÓN No. 251 (17 de Julio de 2023) POR MEDIO DE LA CUAL SE AJUSTA EL MANUAL ESPECÍFICO DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES DE LOS EMPLEOS DE LA PLANTA DE LA PERSONERÍA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS análisis de las Políticas, manuales y lineamientos para la estructuración de la planificación presupuestal, gestión de proyectos, planeación institucional, plan estratégico institucional y plan de acción anual, así como del mapa de riesgos institucional 2025.

De igual forma, la OCI precisa tener presente, que un hallazgo u observación es el resultado de la comparación que se realiza entre un criterio y la situación actual encontrada durante la evaluación a una entidad, área o proceso; por lo tanto, a continuación, se describirán los hechos y aspectos positivos o destacables del proceso auditado, bajo el símbolo y por otra parte, los hechos detectados en el ejercicio de auditoría, referente a deficiencias, desviaciones, irregularidades o debilidades del proceso, se registran con el símbolo y por último, la recurrencia de hallazgos u observaciones encontrados en seguimientos y auditorías anteriores internas y/o externas, se presentarán al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para el establecimiento de lineamientos para las acciones de mejora a implementar.

HECHOS RELEVANTES:

El auditor presenta los hechos más relevantes (Fortalezas y Debilidades) y los hallazgos

encontrados en el desarrollo de la auditoria.

Fortaleza: Se evidencia el liderazgo por parte de la Oficina de atención y servicio al Ciudadano promoviendo la participación activa de los usuarios y brindando las asesorías correspondientes a los diferentes trámites que se encuentran dentro del portafolio de servicios de la entidad.

Debilidades: se encontró debilidad en la estructura de la medición o definir correctamente lo que se va a medir, dificultando la evaluación de procesos y la toma de decisiones

La ausencia de socialización y divulgación de la Carta del Trato Digno, reforzar la socialización de los canales de atención, buzón de sugerencias puede generar desconocimiento por parte de los ciudadanos de sus derechos y deberes, debilita la confianza en la entidad, y puede derivar en afectaciones a la calidad de la atención al usuario y al cumplimiento de los principios de buen servicio.

PRINCIPALES SITUACIONES DETECTADAS / RESULTADOS DE LA AUDITORÍA / RECOMENDACIONES

HALLAZGO 1. DEBILIDADA EN LA ESTRUCTURA DOCUMENTAL DE LA GESTION DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

RIESGO IOCI: Posibilidad de pérdida Reputacional por debilidad en los procesos administrativos y
técnicos que la entidad implementa para la planeación, procesamiento, manejo y organización de la documentación producida y recibida, debido a la inadecuada gestión documental para el acceso a la información.

Con la implementación de la **POLÍTICA DE CONTROL INTERNO** adoptada mediante la resolución 047 de 2024, se deroga Resolución 111 de 11 de junio de 2020 MANUAL 7MA.
DIMENSION MIPG: CONTROL INTERNO Y LAS LINEAS DE DEFENSA y se logra cumplir el objetivo de MIPG "Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua".
Los aspectos clave para el Sistema de Control Interno SCI a tener en cuenta por parte de la 1ª Línea de Defensa:

• El conocimiento y apropiación de las políticas, caracterización del proceso, procedimientos,

manuales, protocolos y otras herramientas que permitan tomar acciones para el autocontrol en sus puestos de trabajo.
• La identificación de riesgos y el establecimiento de controles, así como su seguimiento, acorde con el diseño de dichos controles, evitando la materialización de los riesgos.
• El seguimiento a los indicadores de gestión de los procesos e institucionales, según corresponda.
• La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados.
• Formulación de planes de acción, su ejecución y su seguimiento

INDICADORES
El equipo auditor verifica que el proceso cuenta con la formulación de cuatro indicadores de nombre de los cuales se registran los siguientes en la herramienta SIGPER

- Personas atendidas en Personería más cerca de la gente.
- Satisfacción de los usuarios
- PQRSDF
- Atención a la ciudadanía presencial

Verificando la ficha de cada indicador nos encontramos con lo siguiente **indicador 1 Personas atendidas en Personería más cerca de la gente;** este indicador permite medir la cobertura y el alcance del proyecto en términos de atención a la población su objetivo durante este trimestre es: *Brindar atención inmediata para solucionar problemas y posibles vulneraciones de derechos de los ciudadanos y comunidades en la personería de más cerca de la gente. Además, puede complementarse con otros indicadores como la* **satisfacción de los usuarios.**
Sin embargo, verificando la formulación de este se identifica un numerador y denominador así:
Número de personas de atendidas/ Número de personas en personería más cerca de la gente
Este indicador puede resultar confuso o poco claro, ya que desde su nombre y objetivo de el indicador no se relacionan con la formulacion de lo que desean medir. Para mejorar la claridad y precisión, se recomienda reformularla.

El indicador 2 de nombre **satisfacción de los usuarios** se presenta un informe donde presenta evidencia clara de los resultados, clasificándolos en categorías como excelente, bueno, regular y malo. Sin embargo, no se logra verificar la relación entre estos resultados y el plan de trabajo establecido.

Se recomienda desde la oficina de CI, establecer indicadores claros y asegurar que el plan de trabajo incluya indicadores específicos y medibles que puedan ser comparados con los resultados de la encuesta.

Comparar los cambios en los resultados de satisfacción con las acciones implementadas en el plan de trabajo para identificar posibles vínculos.

Indicador 3. PQRSDF formulado Numero de PQRSDF realizadas/Numero de PQRSDF requeridas objetivo : Prestar servicios profesionales de asistencia inmediata a la comunidad, desde el proceso de atención al ciudadano vía virtual. Verificar en la formulacion del indicador el denominador ejemplo (Número de PQRSDF resueltas dentro del plazo / Número total de PQRSDF recibidas) NÚMERO DE PQRSDF EN RESPUESTAS EN EL MES/ NÚMERO PQRSDF RECIBIDOS EN EL PERIODO)

Indicador 4. Atencion a la ciudadania presencial formulado Numero de atenciones realizadas/Numero de atenciones programadas. La confusión en la formulación del indicador se debe a que las atenciones en la entidad no son programadas, sino que se brindan en función del servicio que allegan a la Personería. Esto implica que el indicador no refleja la cantidad de atenciones planificadas previamente, sino las atenciones que surgen en respuesta a las solicitudes o requerimientos del servicio, lo cual puede dificultar una medición precisa del indicador.

RECOMENDACIONES

Apoyerse en la Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión
Fortalcer la estructura documental de los indicadores del proceso
Solicitar apoyo en la estructuracion del PE de Direccion y Planeacion Estrategica

Anexo imagen tomada de SIGPER indicadores del proceso

Mostrar 10 Registros Buscar:

Num.	Indicador	Objetivo	Categoria	Frecuencia	Orientacion	Unidad de Medida	Fuente de Informacion	Formula Numerador	Formula Denominador
1	Personas atendidas en Personería mas cerca de la gente	Brindar atención inmediata para solucionar problemas y posibles vulneraciones de derechos de los ciudadanos y comunidades en las personería de mas cerca de la gente	EFICACIA	TRIMESTRAL	CRECIENTE	Cantidad	Excel/SIAP	Numero de personas de atendidas	Numero de personas en personería mas cerca de la gente
2	Satisfaccion de los usuarios	Consolidar el servicio adecuado a los cambios de dinamica de la sociedad y una atencion oportuna y certera	EFICACIA	TRIMESTRAL	CRECIENTE	Cantidad	SIAP	Numero de encuesta de satisfaccion realizadas	Numero de encuesta de satisfaccion proyectadas
3	PQRSDF	Prestar servicios profesionales de asistencia inmediata a la comunidad, desde el proceso de atención al ciudadano vía virtual	EFICACIA	SEMESTRAL	SOSTENIDO	Cantidad	SIAP / CORREO	Numero de PQRSDF realizadas	Numero de PQRSDF requeridas
4	Atencion a la ciudadania presencial	Prestar servicios profesionales de asistencia inmediata a la comunidad, desde el proceso de atención al ciudadano vía presencial	EFICACIA	TRIMESTRAL	CRECIENTE	Personas	siap	Numero de atenciones realizadas	Numero de atenciones programadas

Mostrando 1 de 4 de 4 Registros Anterior 1 Siguiente

AUSENCIA PROCEDIMIENTO DE RECEPCION DE CORRESPONDECIA INTERNA Y EXTERNA en la entrevista sostenida por el personal de recepcion funcionaria Johana patricia Martinez Franco donde describe actividades propias de la dependencia manifiesta que recibe

correspondecia interna y externa sin embargo al verificar documentos MECI herramienta SIAP- no se encuentra formulado.

RECOMENDACIÓN:
Formular el procedimiento de recepcion de correspondecia interna y externa
Cargarlo en SIAP documentos MECI

RIESGOS Se identificó que la descripción de los riesgos asociados al proceso no está redactada de manera clara y precisa, lo que dificulta su comprensión y la adecuada evaluación. La redacción presenta ambiguedades y falta de especificidad en los términos utilizados, lo que puede llevar a interpretaciones erróneas y a una gestión ineficaz de los riesgos.

Es recomendable revisar y reescribir las descripciones de riesgos con sus controles asegurando que sean concisas, específicas y fáciles de entender, para mejorar la efectividad del proceso de gestión de riesgos**.**

R1	Posibilidad de pérdida Reputacional por denuncias o reclamaciones de los grupos de interés debido al incumplimiento de las obligaciones en materia de protección de datos personales	El líder de proceso sensibilizara al cumplimiento de la normativa de tratamiento de uso de datos personales a su equipo de trabajo para la protección de la información de los usuarios.	Este riesgo consiste en la posibilidad de que, por incumplimientos en las obligaciones relacionadas con la protección de datos personales, la organización reciba denuncias o reclamaciones por parte de los grupos de interés, lo que podría afectar negativamente su reputación. Posibles controles pueden ser Políticas y Procedimientos de Protección de Datos Implementación de políticas claras y procedimientos específicos para garantizar el cumplimiento con la normativa vigente en protección de datos.
R2	Posibilidad de pérdida Reputacional por bajo interés y/o desconocimiento en los criterios jurídicos de los diferentes temas consultados debido a no tener experiencia calificada en las competencias de atención al ciudadano	El líder de proceso realizara capacitación sobre temas relacionados a la atención al usuario en materia de normativas, guías, circulares y conceptos	Riesgo de pérdida reputacional debido a desconocimiento de los criterios jurídicos relacionados con los temas consultados, ocasionada por la insuficiente experiencia en las competencias de atención al ciudadano.
R3	Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea, imprecisa y/o baja calidad de respuesta a las PQRSD	Los funcionarios y/o contratista que ejecutan la atención al ciudadano realizaran el registro de las actuaciones mediante el sistema interno SIAP, brindándole este aplicativo un sistema de alerta para la prestación/solicitud del servicio de la delegada, y así para asegurar condiciones controladas de trazabilidad en el servicio.	El soporte presentado no es control del riesgo, se evidencia un informe que se descargó del SIAP, Este riesgo surge cuando las respuestas brindadas por la entidad a estas solicitudes o reclamaciones son: Extemporáneas: entregadas fuera del plazo establecido. Por lo anterior se sugiere: Establecer y comunicar claramente los plazos máximos para la respuesta a cada tipo de solicitud. Capacitar al personal responsable en la gestión eficiente y efectiva de PQRSD. Utilizar herramientas tecnológicas (software de gestión de solicitudes) que permitan el seguimiento en tiempo real y alertas automáticas para responder dentro del plazo establecido. con el fin de Garantizar

			que todas las solicitudes y reclamos sean atendidos en los tiempos establecidos, minimizando la posibilidad de respuestas extemporáneas y, en consecuencia, reduciendo el riesgo de daño a la reputación de la organización.
R4	Posibilidad de pérdida Económica por tiempos de espera largos en el usuario debido alta demanda de los usuarios que solicitan los servicios de la entidad	El líder de proceso reducirá el tiempo de espera mediante acercamiento al usuario desde la sala de espera para filtrar el asunto de servicio a prestar.	se evidencia un ítem del formato de la encuesta de satisfacción de usuario que la dependencia realiza, sin embargo, el soporte que se presenta no es un control para reducir el tiempo de espera. Establecer sistemas de monitoreo en tiempo real para identificar picos de demanda y patrones de uso, permitiendo anticipar y gestionar mejor la carga en la atención

HALLAZGO 2 POLITICA DE ATENCION AL CIUDADANO RESOLUCION N° 172 DE 19 DE JUNIO DE 2024.

RIESGO IOCI: Posibilidad de pérdida Reputacional por debilidad en los procesos debido a la inconsistencias en los servicios ofrecidos, retrasos en la resolución de solicitudes y una experiencia insatisfactoria para los ciudadanos.

DECRETO 430 DE 2016 articulo 2
9. Orientar y coordinar la formulación y ejecución de políticas, planes, programas y proyectos a cargo de las entidades adscritas y vinculadas al Departamento.

Verificando el aplicativo SIGPER PLAN DE ACCION 2025 el cual describe cada una de las actividades propuestas por el proceso de gestion de atencion al servicio al ciudadano se encontro conformada por :

1 . Primera actividad : POLITICA DE ATENCION AL CIUDADANO
EL OBJETIVO ES : Ejecutar las actividades de la politica de atencion al ciudadano de la personeria distrital de Cartagena, verificando el aplicativo SIGPER se evidencia un informe como soporte de cumplimineto de esta. El equipo auditor compara la informacion cargada vs las actividades descritas en la politica en pagina web se evidencia lo siguiente :

Actividades descritas en la Politica de atancion al ciudadano

"Elaboración y aprobación"	Documento
"Adopción de la política"	Acto administrativo de adopción
"Publicación de la política en página web"	Página web
"Actualización y publicación de los canales de atención y servicio al ciudadano"	Documento
Actualización y Publicación de los protocolos de atención	Documento

Soportes cargados en la herramienta tecnologica SIGPER – Plan de accion - POLITICA DE ATENCION AL CIUDADANO

POLITICA DE ATENCION AL CIUDADANO Fuente informe de SIGPER		
Desde el mes de febrero La entidad cuenta con un CODIGO QR PARA RECEPCINAR PQRSDF, este desarrollo impacta el área de creación de expedientes de la Personería, ya que de esta forma el usuario autogestiona la creación de su PQRSDF.	Trabajamos en el diseño de un DECALOGO DE LA SALA DE ATENCION, buscamos comprimir los principios de los protocolos de atención para que la ruta de atención en la sala trascurra sin contratiempos.	SOCIALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA,

Durante la auditoría, el equipo auditor identificó que las actividades realizadas por el personal no correspondían a las establecidas en la política de atención al ciudadano vigente. Específicamente, se evidenció la formulacion de un codigo QR , diseño de decalogo de la sala de atencion – y socilaizacion del programa de transparencia y etica. Este hallazgo señala la necesidad de reforzar la capacitación del personal y de monitorear de manera más efectiva el cumplimiento de las políticas establecidas para garantizar una atención consistente y alineada con los estándares institucionales.

Recomendaciones
Desde la OCI se recomienda actualizar el plan de trabajo de la politica con el proposito que las mencionadas o refrenciadas sean las actividades programadas a desarrollar.

Tener en cuenta lo mencionado en la politica, para su cumplimiento.

HALLAZGO 3 DEBILIDAD EN EL PLAN DE TRABAJO RESULTADOS DE LAS ENCUESTA DE SATISFACCION A USUARIOS

RIESGO IOCI: Posibilidad de perdida reputacional debido a la cantidad de usuarios que participen en la encuesta sea insuficiente para obtener resultados representativos y confiables, lo que podría afectar la toma de decisiones y la identificación precisa de áreas de mejora.

El CONPES 3649 de 2010, Política Nacional de Servicio al Ciudadano, tiene como objetivo central "contribuir a la generación de confianza y al mejoramiento de los niveles de satisfacción de la ciudadanía - FUNCIÓN PÚBLICA - 1 1 respecto de los servicios públicos prestados por la Administración Pública del orden nacional" (p. 42). Con esta orientación, el documento propone una estrategia que se centra "… en actividades específicas de desarrollo institucional para el mejoramiento de la gestión y en el fortalecimiento de los

canales de atención al ciudadano" (p. 2) y que responde a los cuatro ejes problemáticos identificados. Por ende, las soluciones abordan, entre otras: mejorar el tratamiento de las solicitudes del ciudadano que accede a los servicios de la Administración pública; cualificar los equipos de trabajo dispuestos para el servicio al ciudadano; fortalecer el enfoque de gerencia del servicio al ciudadano en la Administración pública nacional y contribuir a la coordinación y al impulso de iniciativas integrales de mejoramiento de los canales de atención de las entidades. de 2013 y 3955 de 2019/ guia de servicio ciudadano DAFP

La oficina de control interno ha identificado que, aunque se realizan encuestas de satisfacción a los usuarios, no se lleva a cabo un plan de trabajo efectivo basado en los resultados obtenidos. Esto ha generado que los niveles de satisfacción sean considerados como malos o regulares, ya que no se implementan acciones correctivas o mejoras que permitan abordar las áreas de oportunidad detectadas.

Este hallazgo constituye un incumplimiento de las normativas y buenas prácticas en gestión de atención al cliente, que generalmente requieren la medición continua, análisis y mejora de los servicios basados en la retroalimentación de los usuarios.

La no aplicación de acciones correctivas y la falta de un plan de mejora también pueden vulnerar normativas específicas del sector o regulaciones internas de la entidad, lo que llevaria como consecuencia la pérdida de confianza y satisfacción de los usuarios, lo cual puede traducirse en una disminución en la demanda y en la reputación institucional.

Recomendaciones :

Es fundamental que la entidad no solo continúe realizando las encuestas, sino que también establezca un proceso sistemático para analizar los resultados, definir acciones correctivas, dar seguimiento a su implementación y evaluar su impacto, garantizando así la mejora continua y el cumplimiento normativo

HALLAZGO 4 AUSENCIA SEÑALIZACIONES EN LUGARES VISIBLES PARA PERSONAS DISCAPACITADAS

RIESGO IOCI: Posibilidad de perdida reputacional y economica debido ausencia de obstáculos y barreras que dificulten la accesibilidad y movilidad de estas personas en espacios que pueden resultar en la vulneridad de los derechos de igualdad y no discriminación establecidos en la Ley 1618 de 2013 y otras regulaciones relacionadas. La falta de señalización adecuada también puede derivar en sanciones legales, multas y responsabilidad por parte de la entidad o individuo responsable, afectando la inclusión y seguridad de las personas con discapacidad.

Según la Ley 361 de 1997 y la Ley 1955 de 2019, junto con el Decreto 1077 de 2015 (Código Nacional de Policía y Convivencia), los espacios públicos y privados deben garantizar accesibilidad universal. La Norma Técnica Colombiana NTC 5854 y la NTC 5862 también establecen lineamientos para señalización accesible que facilite la comunicación visual y la orientación para personas con discapacidad visual o movilidad reducida.

Se evidencia deficiencia en la accesibilidad y en la comunicación visual adecuada en el entorno evaluado. Esta situación puede dificultar la orientación, el desplazamiento seguro y la identificación de áreas o servicios específicos por parte de personas con discapacidad, vulnerando principios de inclusión y derechos de accesibilidad establecidos en normatividad vigente.

RECOMENDACIONES:

Instalar señalizaciones en lugares visibles y estratégicos, utilizando colores contrastantes, símbolos universales y textos en braille, para facilitar la identificación y orientación de personas con discapacidad visual y motriz.

Asegurar que las señalizaciones sean de fácil lectura y comprensión, ubicándolas a alturas accesibles y en zonas de tránsito frecuente.

Capacitar al personal encargado en la importancia de la señalización inclusiva y en la atención a personas con discapacidad.

Incluir en los planes de diseño y mantenimiento del entorno, las recomendaciones de las normativas nacionales e internacionales en materia de accesibilidad y señalización inclusiva.

RECOMENDACIONES GENERALES

Deacuerdo con los componentes del programa de transparencia y etica publica aprobado, se recomienda establecer un plan de trabajo de las actividades del componente 1 mecanismos para la transparencia y acceso a la informacion. Componente 3 mecanismos para mejorar la atencion y servicio a la ciudadania, esto debido a que no existe un cronograma con fechas y periodos establcedios para su cumplimineto. Solo se visualiza una fecha de nov 2024 a dic 2025.

Realizar plan de trabajo para la sencibilizacion de la carta del trato digno, donde se da a conocer el contenidos de sus principios promoviendo las buenas prácticas de respeto y buen trato en todos los espacios de la comunidad.

Analizar los protocolos existentes y elimina información redundante o que no sea esencial. Mantén solo los pasos clave y las instrucciones principales.

Realiza sesiones de capacitación breves y prácticas, y proporciona materiales visuales como infografías o fichas resumen para facilitar el aprendizaje y la referencia rápida.

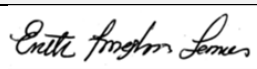
Colocar las señalizaciones en lugares visibles y en puntos clave, como entradas, pasillos principales, ascensores, baños adaptados y salidas de emergencia.

Incorporar señales táctiles y en braille en áreas que requieran información adicional para personas con discapacidad visual.

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

Se Ejecutó el Plan de Auditoría Interna basada en Riesgo, a través de un proceso estandarizado y documentado, que permitió la revisión aleatoria y selectiva de la oficina de atención y servicio al ciudadano, identificando las fortalezas, detectando desviaciones y formulando recomendaciones y oportunidades de mejoramiento.

No obstante, se detectaron debilidades en la documentación de los procesos, la gestión de riesgos y la actualización de las políticas de la política de atención al ciudadano.

EQUIPO AUDITOR RESPONSABLE DEL INFORME PRELIMINAR DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	**Responsabilidad (cargo)**	**Firma**
ENITH TORREGLOSA LEMUS	Líder de auditoria	

REVISIÓN, AJUSTE Y APROBACIÓN DEL INFORME PRELIMINAR DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	**Responsabilidad (cargo)**	**Firma**
Anselma Patricia Aranza Peralta	**Jefe de oficina de control interno**	

Personería Distrital de Cartagena de Indias

INFORME PRELIMINAR DE AUDITORIA INTERNA BASADA EN RIESGO DE GESTION TIC 2025

Presentado a: **JANNY AGUAS RODRIGUEZ**
PERSONERA AUXILIAR
HERVER CARDENAS
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Presentado Por: **ANSELMA PATRICIA ARANZA PERALTA**
Jefe de oficina de control interno

Elaborado Por: **ENITH TORREGLOSA LEMUS**
Auditora Líder
MARGARITA ROSA JOHNSON
INDIANA RAMIREZ PAJARO
Auditora de apoyo

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	**Código: GE-F-004**
	GESTIÓN DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO	**Versión: 4**
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA/EVALUACIÓN O SEGUIMIENTO	**Fecha de aprobación: 08/05/2024**

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	**Día:**	**9**	**Mes:**	**06**	**Año:**	**2025**

Aspecto Evaluable (Unidad Auditable):	GESTION TIC
Líder de Proceso / jefe(s) Dependencia(s):	JANNY AGUAS RODRIGUEZ
Objetivo de la Auditoría:	Evaluar la gestión del Proceso de Gestión de la Tecnología de la Información y de las Comunicaciones conforme a los requisitos legales e institucionales tales como procedimientos, políticas, planes y demás lineamientos aplicables
Alcance de la Auditoría:	Se verificó el nivel de cumplimiento de las actividades del Proceso de Gestión de la Tecnología de la Información y de las Comunicaciones en el marco de los procedimientos, instructivos, políticas, riesgos y planes estratégicos definido
Criterios de la Auditoría:	Resolución 460 de 2022 Decreto 1263 del 22 de julio de 2022 Decreto 338 del 08 de marzo de 2022 Resolución 1117 05 de abril de 2022 Resolución 746 11 de marzo de 2022 Decreto 767 16 mayo de 2022 CONPES 4069 del 20 de diciembre de 2021

	Resolución 500 10 de marzo de 2021 Directiva presidencial 03 15 de marzo de 2021 Ley 1712 del 2014 Decreto 620 2 de mayo de 2020 Decreto 728 05 de mayo de 2017 Decreto 415 7 de marzo de 2016 Ley 1065 del 29 de julio de 2006 Artículo 1 al 4 Ley 23 de enero 28 de 1982 Ley 87 del 1993 Ley 1978 de 2019 Resolución 6962 de 2020 Resolución 1519 de 2020 Manual de funciones, Procedimientos, caracterizaciones Documentos MECI - y políticas
Riesgo	Probabilidad de que la auditoría no detecte o no identifique deficiencias, errores o irregularidades en los procesos, controles, o sistemas tecnológicos de una organización.

Jefe oficina de Control Interno	Auditor Líder
ANSELMA P. ARANZA PERALTA	ENITH TORREGLOSA LEMUS

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción: De conformidad con lo establecido en el artículo 9º de la Ley 87 de 1993 le corresponde a la Oficina de Control Interno asesorar a la Alta dirección en la continuidad de los procesos administrativos, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos; en desarrollo de tales funciones, el artículo 17 del Decreto 648 de 2017 identifica la evaluación y seguimiento como uno de los principales tópicos que enmarcan el rol de las Oficinas de Control Interno.

De igual forma, teniendo en cuenta que el artículo 6º del Decreto 648 de 2017, establece que le corresponde a la Oficina de Control Interno en cada entidad "Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles adoptados por la entidad, así como asesorar y apoyar a los directivos en el desarrollo y mejoramiento del Sistema Institucional de Control Interno a través del cumplimiento de los roles establecidos", mediante la formulación de recomendaciones y observaciones para lograr el cumplimiento de las funciones y objetivos misionales, y dando cumplimiento a lo dispuesto en el Programa Anual de Auditorias para la vigencia 2024, se permite presentar el Informe de Auditoría. Resumen de los hallazgos u observaciones encontradas

Declaración: Esta auditoría fue realizada con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas y se fundamenta en el siguiente soporte documental: procesos y procedimientos del Sistema de Gestión de la entidad, página web, SIAP, SIGPER, PERTH, SIGEP II normas internas y externas. Una consecuencia de esto es la presencia del riesgo de muestreo, es decir, el riesgo de que la conclusión basada en la muestra analizada no coincida con la conclusión a que se habría llegado en caso de haber examinado todos los elementos que lo componen.

En aplicación del artículo 2.2.21.4.8 del Decreto 648 de 2017, la Oficina de Control Interno incorpora los siguientes instrumentos para la actividad de auditoría interna:
a) Código de Ética del Auditor Interno que tendrá como bases fundamentales, la integridad, objetividad, confidencialidad, conflictos de interés y competencia de éste.
b) Estatuto de auditoría, en el cual se establezcan y comuniquen las directrices fundamentales que definirán el marco dentro del cual se desarrollarán las actividades de la Unidad u Oficina de Control Interno, según los lineamientos de las normas internacionales de auditoría.
Metodología: Cada etapa de la auditoría interna con enfoque basado en riesgos (entendimiento del proceso, evaluación del riesgo, pruebas de recorrido y de validación de controles), se desarrolló así:
Lectura y revisión de la documentación vigente.

- Mesas de trabajo presenciales con los funcionarios que intervienen en el proceso auditado.
- Análisis de la información requerida para el desarrollo de la auditoría.
- Inspección de documentos relacionados con la ejecución de la auditoria.

- Pruebas de recorrido y de efectividad de controles virtuales y/o físicas.

Importante: De los reportes y evidencias suministradas por el área en las entrevistas y la información registrada en los diferentes Sistemas de Información Institucional, dependerán los resultados y las conclusiones que la Oficina de Control Interno describa en el informe.

Carta de Representación: 28 de abril 2025 se recibió, mediante correo electrónico de la líder del proceso, el documento "Carta de Representación" diligenciado y firmado, como responsable de que toda la información requerida para la realización de la auditoría es verídica, cumple con los criterios de calidad y se entrega oportunamente a la Oficina de Control Interno, en cumplimiento del Artículo 16 del Decreto 648 de 2017, mediante el cual se adicionó al Capítulo 4 del Título 21, Parte 2, Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, el Artículo 2.2.21.4.8., literal "b).

Limitaciones de la Auditoría: Las entrevistas se efectuarán de forma presencial y se hará la revisión documental directamente, la página web, el Sistema Integrado de Planeación y Gestión-SIAP y el Sistema de Gestión Institucional-SIGPER.

Interpretación de los resultados de la auditoría: Los aspectos evaluados en el proceso de auditoría interna tienen la siguiente interpretación según sus resultados, indicando el grado de cumplimiento de los controles establecidos en los riesgos evaluados o el impacto que supone la carencia, debilidad o recurrencia de éstos.

	Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.
	La situación observada denota una debilidad que expone de manera indirecta o directamente a la entidad a un impacto negativo a nivel operativo, o un riesgo que se pueda materializar y requiere de una acción correctiva.
	Hallazgo Recurrente. Observado en seguimientos y auditorías anteriores internas y/o externas, el cual se presentará al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para el establecimiento de lineamientos para las acciones de mejora a implementar.

Norma 2410 Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna - MIPPAI (versión. 2016): Numeral 7. "Las observaciones y recomendaciones surgen de un proceso de comparación entre el Criterio (el estado correcto) y la Condición (el estado actual). Si el auditor interno encuentra diferencias entre ambos, esta será la base para elaborar el informe. Cuando la condición cumple con el criterio establecido, puede ser conveniente comunicar ese desempeño satisfactorio. Las observaciones y recomendaciones se basan en los siguientes atributos:

- Criterio: Los estándares, medidas, o supuestos utilizados al hacer una evaluación y verificación (el estado correcto).

- Condición: La evidencia, los hechos que el auditor interno encuentra durante la realización de su trabajo (el estado actual).
- Causa: La razón de la diferencia entre las situaciones esperadas y las reales.
- Consecuencia o Efecto: El riesgo o exposición en que se encuentra la organización u otros terceros, debido a que la condición no coincide con el criterio (el impacto de la diferencia). Para determinar el grado de riesgo o exposición, el auditor interno tiene en cuenta el efecto que las observaciones y recomendaciones puedan tener sobre las operaciones y los estados financieros de la organización."

Entregables: Los asuntos identificados serán socializados al Líder del Proceso y al Comité Institucional de Control Interno; los entregables de Auditoría Interna serán:

- Informe Ejecutivo con los resultados más relevantes de la auditoría y oportunidades de mejora identificadas.
- Informe Detallado con todo el resultado de la auditoría, ejemplos, evidencias e información complementaria

RIESGOS IDENTIFICADOS EN EL PROCESO DE AUDITORÍA	Identificación del Riesgo	Cubierto en el alcance de la auditoría	DETALLE DE LAS VALIDACIONES REALIZADAS	Resultado
Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por incumplimiento normativo en la transformación digital del estado a fin de lograr una mejor interacción con ciudadanos, usuarios y grupos de interés que permita resolver necesidades satisfactoriamente, debido al incumplimiento en la implementación de la política digital en la entidad	Mapa de riesgo del proceso auditado	SI	Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.	

Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por la debilidad en divulgar toda la información relacionada con la entidad (ley 1712 de 2014), debido a la ausencia de la política de transparencia y acceso a la información pública, dando cumplimiento al derecho fundamental de todas las personas en acceder a la información pública	Mapa de riesgo del proceso auditado	SI	El equipo auditor evidencia en el PETI no está alineado con el PEI-Líneas estratégicas institucionales - línea estratégica fortalecimiento y mejora continua de la gestión como relaciona - Tecno Gestión: Transformando Servicios - Plataforma Ciudadana 360°: Implementar una plataforma digital interactiva que permita a los ciudadanos de Cartagena acceder de manera fácil y rápida a los servicios de la Personería	
Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por denuncias o reclamaciones de los grupos de interés, debido a divulgación no autorizada de la información reservada o sujeta a tratamientos personales	Mapa de riesgo del proceso auditado -SIGPER	SI	Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.	

Posibilidad de pérdida Reputacional por debilidad en los procesos administrativos y técnicos que la entidad implementa para la planeación, procesamiento, manejo y organización de la documentación producida y recibida, debido a la inadecuada gestión documental para el acceso a la información	Mapa de riesgo del proceso auditado -SIGPER	SI	Se evidenció que el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información de la entidad no se encuentra debidamente estructurado. El equipo auditor no evidencia la creación de una *matriz de riesgo de la seguridad de la información* donde Conforme lo indica el ámbito de aplicación del Decreto 1078 de 2015 respecto a la estrategia de Gobierno Digital -GD- El área de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) cuenta con procedimientos establecidos relacionados con el proceso general de gestión o planificación de las actividades, enfocándose únicamente en aspectos técnicos de reparación, actualización y soporte, sin abordar aspectos administrativos o de gestión del proceso en su totalidad,	

Posibilidad de pérdida Reputacional por perdida de confidencialidad de la información clasificada, reservada o en construcción que está bajo responsabilidad de la dependencia, debido al incumplimiento de las políticas de seguridad de la información institucionales	Mapa de riesgo del proceso auditado -SIGPER	SI	La información contenida en la política digital publicada en la página web de la Personería Distrital de Cartagena ya no refleja la situación vigente, ya que no se encuentra alineada con la misión y visión actuales de la entidad.	
Posibilidad de pérdida Reputacional por manipulación de la información contenida en los sistemas de información en beneficio propio o de terceros, debido a la inadecuada asignación o elevación de permisos y privilegios de usuario para los sistemas de información.			Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.	
Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por obsolencia en los equipos de infraestructura tecnológica de la entidad, debido a la no actualización física de los mismos			Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.	
Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por no cumplir con los soportes de infraestructura vitales para el funcionamiento, debido a la falta de personal para atender todas las solicitudes			Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.	

INFORME DETALLADO RESULTADOS DE LA AUDITORIA INTERNA

La Oficina asesora de Control Interno, en cumplimiento con su Plan de Auditoria Anual 2025, presenta el siguiente informe el cual se desarrolló a partir de la caracterización del proceso y cada procedimiento descrito en el Sistema Integrado de Aplicaciones de la Personería de Cartagena- SIAP-, las funciones establecidas por la RESOLUCIÓN No. 251 (17 de Julio de 2023) POR

MEDIO DE LA CUAL SE AJUSTA EL MANUAL ESPECÍFICO DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES DE LOS EMPLEOS DE LA PLANTA DE LA PERSONERÍA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS análisis de las Políticas, manuales y lineamientos para la estructuración de la planificación presupuestal, gestión de proyectos, planeación institucional, plan estratégico institucional y plan de acción anual, así como del mapa de riesgos institucional 2024.

De igual forma, la OCI precisa tener presente, que un hallazgo u observación es el resultado de la comparación que se realiza entre un criterio y la situación actual encontrada durante la evaluación a una entidad, área o proceso; por lo tanto, a continuación, se describirán los hechos y aspectos positivos o destacables del proceso auditado, bajo el símbolo y por otra parte, los hechos detectados en el ejercicio de auditoría, referente a deficiencias, desviaciones, irregularidades o debilidades del proceso, se registran con el símbolo y por último, la recurrencia de hallazgos u observaciones encontrados en seguimientos y auditorías anteriores internas y/o externas, se presentarán al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para el establecimiento de lineamientos para las acciones de mejora a implementar.

HECHOS RELEVANTES:

El auditor presenta los hechos más relevantes (Fortalezas y Debilidades) y los hallazgos encontrados en el desarrollo de la auditoria.

Fortaleza: Se han implementado mejoras en la mayoría de las opciones de la página web de la Personería Distrital de Cartagena de facilitar que poblaciones específicas accedan a la información que particularmente son de su interés y así cumplir con la divulgación de la información pública a las personas que se encuentran en situación de discapacidad.

Debilidades: Ausencia o insuficiencia de registros y documentación que respalden los procesos, controles y decisiones relacionadas con TIC.

Seguimientos periódicos ni monitoreo constante de sus sistemas TIC, dificultando la detección temprana de incidentes.

PRINCIPALES SITUACIONES DETECTADAS / RESULTADOS DE LA AUDITORÍA / RECOMENDACIONES

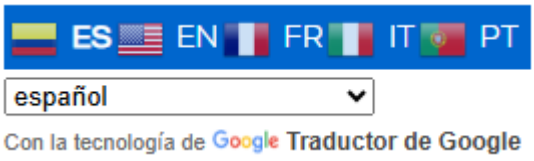
LA Personería Distrital de Cartagena cuenta con una página web anexo enlace https://personeriacartagena.gov.co/pweb/



Tiene una accesibilidad a internet:

Con los Navegadores: Google Chrome, Firefox y Microsoft Edge y se puede ingresar a la página sin inconvenientes.

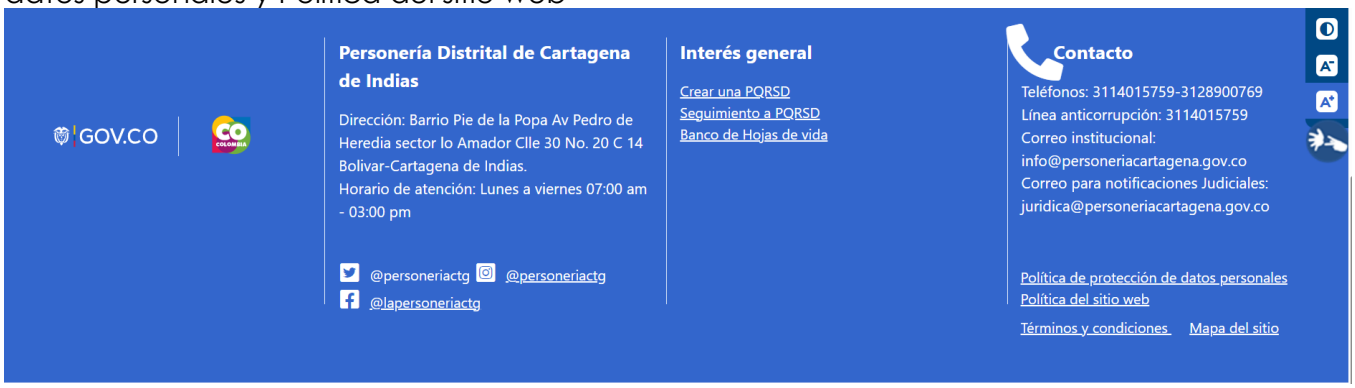
Cuenta con el Traductor



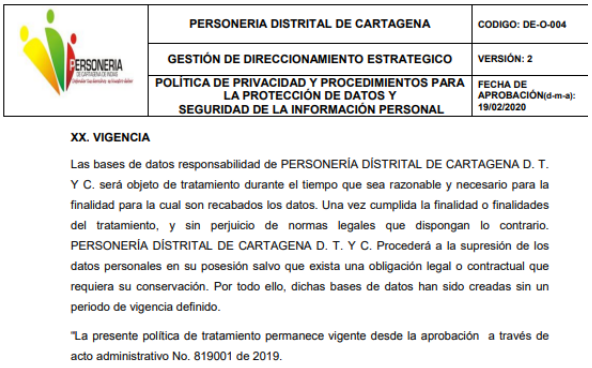
Cuenta con el dominio ".gov.co" representa la presencia oficial del gobierno colombiano en línea, garantizando que la información y servicios ofrecidos sean confiables, actualizados y seguros para los ciudadanos. Este dominio exclusivo para entidades gubernamentales asegura transparencia, autoridad y credibilidad, facilitando el acceso a trámites, información institucional, noticias oficiales y servicios públicos de manera efectiva y transparente para la ciudadanía.

La pagina cuenta con una página de inicio en la parte inferir de la página web se observa la siguiente imagen: la cual describe el dominio, dirección de la entidad, redes sociales adscritas a esta, informe de interés, contacto y las policías.

Validando cada uno de los ítems mencionados verificamos que Política de protección de datos personales y Política del sitio web



Sin embargo, al momento de verificar el contenido de la Política de protección de datos personales observamos que la que registra no está vigente. (Fecha de aprobación a través de acto administrativo No. 819001 de 2019)

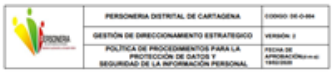


	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	CODIGO: DE-O-004
	GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	VERSIÓN: 2
	POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN PERSONAL	FECHA DE APROBACIÓN(d-m-a): 19/02/2020

XX. VIGENCIA

Las bases de datos responsabilidad de PERSONERÍA DÍSTRITAL DE CARTAGENA D. T. Y C. será objeto de tratamiento durante el tiempo que sea razonable y necesario para la finalidad para la cual son recabados los datos. Una vez cumplida la finalidad o finalidades del tratamiento, y sin perjuicio de normas legales que dispongan lo contrario. PERSONERÍA DÍSTRITAL DE CARTAGENA D. T. Y C. Procederá a la supresión de los datos personales en su posesión salvo que exista una obligación legal o contractual que requiera su conservación. Por todo ello, dichas bases de datos han sido creadas sin un periodo de vigencia definido.

"La presente política de tratamiento permanece vigente desde la aprobación a través de acto administrativo No. 819001 de 2019.



POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN PERSONAL

PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA D. T. Y C.

Política del sitio web no carga en pagina web, verificando ítem de políticas no se evidencia en página de la entidad. Anexo link: https://personeriacartagena.gov.co/pweb/politicas-manuales-procedimientos

HALLAZGO/OBSERVACION 1 DEBILIDAD EN LA FORMULACIÓN PETI APROBADO 2025

RIESGO: *Posibilidad de pérdida económica y reputacional debido a la falta de alineación del PETI con el PEI de la entidad, no podría ser efectiva para lograr los objetivos de la entidad.*

Conforme al artículo 16 del Decreto 415 de 2016 y a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), las entidades públicas deben contar con un PETI alineado con su Plan de Desarrollo Institucional, para el caso de nuestra entidad Plan Estratégico Institucional, así como realizar seguimiento a su ejecución. Adicionalmente, la estrategia de Gobierno Digital del Ministerio TIC establece que el PETI es un instrumento obligatorio de planificación institucional TIC.

LEY 1341 DE 2009 ARTÍCULO 5°. Las entidades del orden nacional y territorial y las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, TIC. Las entidades del orden nacional y territorial promoverán, coordinarán y ejecutarán planes, programas y proyectos tendientes a garantizar el acceso y uso de la población, las empresas y las entidades públicas a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. Para tal efecto, dichas autoridades incentivarán el desarrollo de infraestructura, contenidos y aplicaciones, así como la ubicación estratégica de terminales y equipos que permitan realmente a los ciudadanos acceder a las aplicaciones tecnológicas que beneficien a los ciudadanos, en especial a los vulnerables y de zonas marginadas del país.

DECRETO 612 DE 2018 "2.2.22.3.14. Integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción. Las entidades del Estado, de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar los planes institucionales y estratégicos que se relacionan a continuación y publicarlo, en su respectiva página web, a más tardar el 31 de enero de cada año:

1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR

2. Plan Anual de Adquisiciones

3. Plan Anual de Vacantes

4. Plan de Previsión de Recursos Humanos

5. Plan Estratégico de Talento Humano

6. Plan Institucional de Capacitación

7. Plan de Incentivos Institucionales

8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo

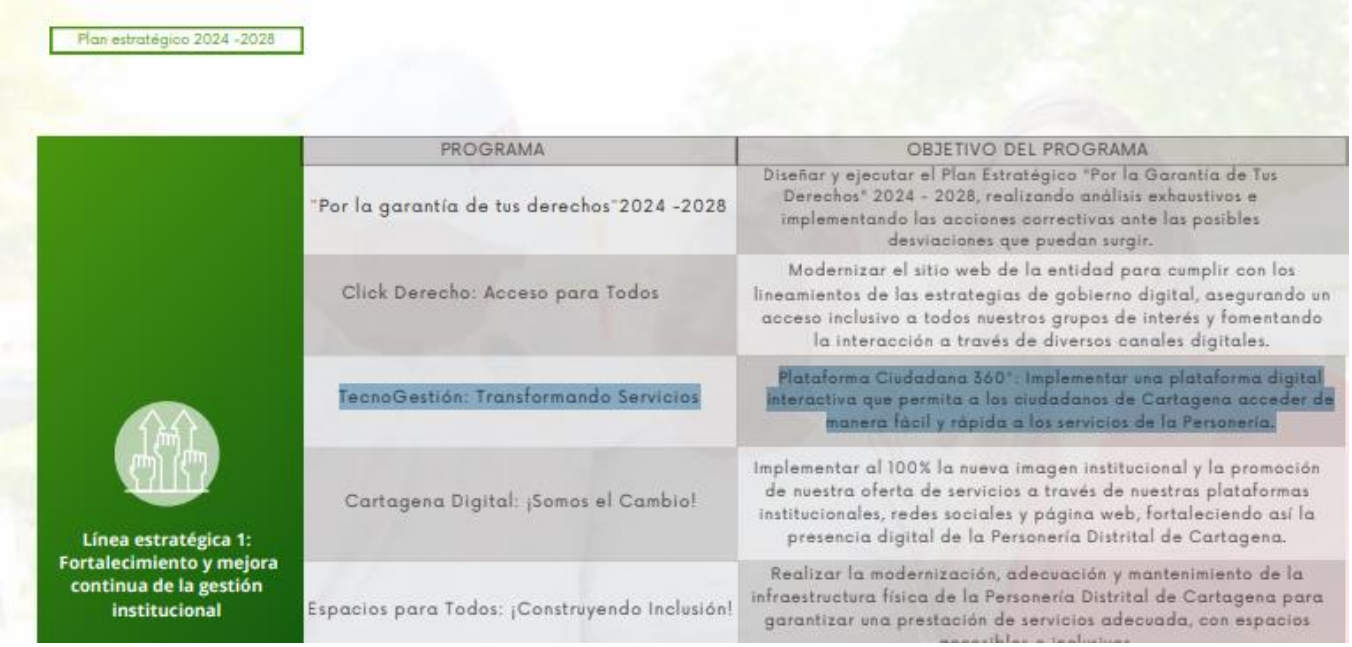
9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones -- PETI

11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información

12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

El equipo auditor evidencia en el PETI no está alineado con el PEI- Líneas estratégicas institucionales - línea estratégica fortalecimiento y mejora continua de la gestión como relaciona - Tecno Gestión: Transformando Servicios - Plataforma Ciudadana 360°: Implementar una plataforma digital interactiva que permita a los ciudadanos de Cartagena acceder de manera fácil y rápida a los servicios de la Personería. Anexo Imagen:
Fuente Pagina web:
https://personeriacartagena.gov.co/pweb/vistas/documentos/pei20242028%20(1).pdf



La entidad no cuenta con una hoja de ruta clara para el uso estratégico de las tecnologías de la información, lo cual genera riesgos de desarticulación entre los objetivos institucionales y las inversiones TIC. Esta situación puede afectar negativamente la eficiencia operativa, la innovación digital y la calidad de los servicios ofrecidos a la ciudadanía.

El equipo auditor ha identificado que las actividades relacionadas con PETI no definen claramente los resultados esperados, no incluyen una cronología o plazo establecido para su cumplimiento. Esta omisión genera una debilidad en la planificación, ya que dificulta el seguimiento, la medición del avance y cumplimiento de esta. Anexo actividades del PETI.

Tabla 5 -Actividades PETI 2024-2028

ID	NOMBRE DE LA INICIATIVA	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1	FORTALECIMIENTO A LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Actualizaciones de mejora a los softwares de la entidad	Módulos de mejora o cambios en el funcionamiento de los sistemas según necesidad de servicio o usuarios finales.
2	FORTALECIMIENTO GOBIERNO TICS	Seguimiento a Planes, seguimientos de sitio web	Sitio web Institucional actualizado, Licencias de herramientas ofimática y de IA.
3	FORTALECIMIENTO INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	Mejoramiento, rediseño y Actualización de Infraestructura tecnológica	Contratos con beneficio directo en la infraestructura tecnológica de la Personería distrital de Cartagena de Indias e Implementación de Protocolo Ipv6, Alojamiento de los sistemas de Información, servicio de Internet dedicado, procedimientos de copias de seguridad y bases de datos de todos los sistemas de información.
4	SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN	Desarrollo implementación del SGSI	Contrato de Seguridad informática (Firewall, Consola de Antivirus)

Se evidencia debilidad en El ítem de: **DIVULGACIÓN** Con el apoyo de la oficina de comunicaciones No se evidencio la construcción de mensaje que **impactante dentro de sliders publicitarios, que motiven a los funcionarios y contratistas en la apropiación, soporte y compromiso en el desarrollo del plan estratégico** acá descrito *ni se evidencia los periodos a desarrollar.*

*No se logra **evidenciar la Encuesta** Con el fin de saber la opinión de nuestros compañeros al finalizar la presentación a las demás Áreas de la Personería Distrital de Cartagena de Indias Cuenta con actividades programadas. Que relaciona el documento.*

La falta de un PETI actualizado dificulta la planificación, priorización y seguimiento de proyectos tecnológicos, lo que puede generar

9. DIVULGACIONES

Con el fin de socializar el siguiente Plan a los ciudadanos, entes distritales, territoriales, funcionarios y contratistas de la Personería Distrital de Cartagena de Indias, se desarrolla el siguiente plan de comunicaciones:

Con el apoyo de la oficina de comunicaciones se construirá un mensaje impactante dentro de sliders publicitarios, que motiven a los funcionarios y contratistas en la apropiación, soporte y compromiso en el desarrollo del plan estratégico acá descrito.

Encuesta: Con el fin de saber la opinión de nuestros compañeros al finalizar la presentación a las demás Áreas de la Personería Distrital de Cartagena de Indias.

Fuente PETI 2024-2025

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la entidad trabajar de manera mancomunada en el ajuste al PETI, el cual debe estar alineado con el plan institucional y las políticas de Gobierno Digital.

Registrar en el PETI la situación actual o diagnóstico de la entidad ya que no está descrita en este.

Establecer la periodicidad de la realización de las actividades y que estas sean mas especificas

HALLAZGO 2. DEBILIDAD EN LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION

Riesgo: Posibilidad de pérdida económica y reputacional debido a la exposición a incidentes de seguridad de la información y vulneración de datos personales, por la ausencia de una estrategia integral que oriente las acciones preventivas, correctivas ante las situaciones que afecten la capacidad institucional para garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información**.**

De acuerdo con los lineamientos de la estrategia de Gobierno Digital (Resolución 500 de 2021 del MinTIC) y el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, el Plan D debe contener un diagnóstico institucional, objetivos estratégicos, acciones específicas, cronograma, responsables, recursos y mecanismos de monitoreo y evaluación. Asimismo, debe estar alineado con los planes institucionales TIC y el marco de riesgos.

ARTÍCULO 1. Adicionar al Capítulo 3 del Título 22 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, los siguientes artículos:

"2.2.22.3.14. Integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción. Las entidades del Estado, de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar los planes institucionales y estratégicos que se relacionan a continuación y publicarlo, en su respectiva página web, a más tardar el 31 de enero de cada año:

1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR

2. Plan Anual de Adquisiciones

3. Plan Anual de Vacantes

4. Plan de Previsión de Recursos Humanos

5. Plan Estratégico de Talento Humano

6. Plan Institucional de Capacitación

7. Plan de Incentivos Institucionales

8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo

9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones -- PETI

11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información

12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

PARÁGRAFO 1. La integración de los planes mencionados en el presente artículo se hará sin perjuicio de las competencias de las instancias respectivas para formularlos y adoptarlos.

Cuando se trate de planes de duración superior a un (1) año, se integrarán al Plan de Acción las actividades que correspondan a la respectiva anualidad.

PARÁGRAFO 2. Harán parte del Plan de Acción las acciones y estrategias a través de las cuales las entidades facilitarán y promoverán la participación de las personas en los asuntos de su competencia, en los términos señalados en la Ley 1757 de 2015.

Se evidenció que el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información formulado por la entidad, el cual presenta deficiencias técnicas y estructurales. El documento carece de un diagnóstico de riesgos, no incluye metas medibles y no contempla un cronograma de implementación, ni mecanismos de seguimiento.

Adicionalmente, no se evidencia articulación con el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI) ni con la Política de Seguridad de la Información institucional.

No cuenta con la descripción de los principios, objetivos y lineamientos generales

No establece los roles y responsabilidades de los participantes

No cuenta con procedimientos donde se establecen las normas claras sobre cómo se debe manejar la información, incluyendo acceso, uso, almacenamiento, transmisión y eliminación.

No describe La Gestión De Riesgos De Seguridad De La Información

No define la Estrategia De Seguridad Digital

Las actividades descritas no abarcan las actividades propias del PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION

7. CRONOGRAMA - PRESUPUESTO

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA IMPLEMENTACIÓN	VALOR ACIÓN	Presupuesto
1	Identificar nuevos activos de información en cada dependencia	Gestión TIC	Marzo 2025	25%	$2.000.000
2	Actualizar el inventario de los activos de información	Gestión TIC	Junio 2025	25%	$2.000.000
3	Actualización del inventario de activos de información por alguna de las siguientes novedades: Actualizaciones al proceso al que pertenece el activo, Adición de actividades al proceso, Inclusión de un nuevo activo, Cambios o migraciones de sistemas de información en donde se almacenan o reposan activos de la ubicación ya inventariados, Materialización de riesgos que cambien la criticidad del activo.	Gestión TIC	Febrero – Diciembre 2025	50%	$2.000.000

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la entidad ajustar el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información conforme a los lineamientos del Ministerio TIC y al modelo de gestión de riesgos. El nuevo plan debe incluir un diagnóstico claro, objetivos estratégicos, responsables definidos, cronograma de ejecución, y mecanismos de seguimiento y mejora continua.

Establecer la periodicidad de la realización de las actividades y que estas sean mas especificas

Capacitar al personal encargado en gestión de seguridad de la información y articular el plan con las demás políticas TIC institucionales.

HALLAZGO 3 DEBILIDAD EN LA ESTRUCTURACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION 2025.

Riesgo: Posibilidad de pérdida económica y reputacional debido a la exposición a incidentes de seguridad de la información y vulneración de datos personales, por la ausencia de una estrategia integral que oriente las acciones preventivas, correctivas ante las situaciones que afecten la capacidad institucional para garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

El Plan De Tratamiento De Riesgos De Seguridad Y Privacidad De La Información un documento que define las acciones para gestionar los riesgos de seguridad de la información que son inaceptables, así como para implantar los controles necesarios para proteger la información.

Estos planes son fundamentales para garantizar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información, y para cumplir con las regulaciones y estándares de seguridad.

Se evidenció que el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información de la entidad no se encuentra debidamente estructurado. El documento no contempla un inventario completo de riesgos priorizados, las medidas de tratamiento no están alineadas con los controles definidos en estándares reconocidos (**como ISO/IEC 27001 o el Modelo de Seguridad y Privacidad del MinTIC**), y no existe trazabilidad entre los riesgos identificados, los responsables asignados y las acciones específicas para su mitigación.

El equipo auditor no evidencia la creación de una ***matriz de riesgo de la seguridad de la información*** donde Conforme lo indica el ámbito de aplicación del Decreto 1078 de 2015 respecto a la estrategia de Gobierno Digital -GD-, las entidades públicas deben realizar la implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información -MSPI- con el objetivo de conformar un Sistema de Gestión de Seguridad de la Información al interior de la entidad.

La entidad presenta vulnerabilidades frente a amenazas que pueden comprometer la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información institucional. Esta situación incrementa el riesgo de incidentes de seguridad, posibles sanciones por incumplimiento normativo (como la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales), y pérdida de confianza por parte de ciudadanos y partes interesadas.

RECOMENDACIONES:

Se recomienda a la entidad revisar y restructurar el Plan de Tratamiento de Riesgos, asegurando su coherencia con la matriz de riesgos institucional y los estándares establecidos por el MinTIC. El plan debe identificar claramente los riesgos priorizados, los controles de seguridad aplicables, responsables de implementación, cronogramas y mecanismos de monitoreo. Adicionalmente, se sugiere capacitar al personal TIC y de control interno en gestión de riesgos de seguridad de la información.

HALLAZGO 4 DEBILIDAD EN LA DOCUMENTACION DEL PROCESO GESTION TIC

RIESGO: Posibilidad de pérdida Reputacional por debilidad en los procesos administrativos y técnicos que la entidad implementa para la planeación, procesamiento, manejo y organización de la documentación producida y recibida, debido a la inadecuada gestión documental para el acceso a la información

Con la implementación de la POLÍTICA DE CONTROL INTERNO adoptada mediante la resolución 047 de 2024, se deroga Resolución 111 de 11 de junio de 2020 MANUAL 7MA. DIMENSION MIPG: CONTROL INTERNO Y LAS LINEAS DE DEFENSA y se logra cumplir el objetivo de MIPG "Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua".

Los aspectos clave para el Sistema de Control Interno SCI a tener en cuenta por parte de la 1ª Línea de Defensa:

• El conocimiento y apropiación de las políticas, caracterización del proceso, procedimientos, manuales, protocolos y otras herramientas que permitan tomar acciones para el autocontrol en sus puestos de trabajo.
• La identificación de riesgos y el establecimiento de controles, así como su seguimiento, acorde con el diseño de dichos controles, evitando la materialización de los riesgos.
• El seguimiento a los indicadores de gestión de los procesos e institucionales, según corresponda.
• La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados.
• Formulación de planes de acción, su ejecución y su seguimiento.

Se inicia la verificación del contenido de DOCUMENTOS MECI – SIAP Los procedimientos identificados en la herramienta SIAP son los siguientes:

PROCEDIMIENTO DE SOPORTE TECNICO

PROCEDIMIENTO DE RESPALDO DE INFORMACION

PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS TIC

PROCEDIMENTO DE INSTALACIONE DE EQUIPO

PROCEDIMEINTO DE CUENTA DE USUARIOS

Formatos

FORMATO DE CONFIGURACION DE ESTACIONES DE TRABAJO

FORMATO INFORME TECNICO SOPORTE HARDWARE SOFTWARE

FORMATO HOJA DE VIDA DE EQUIPOS

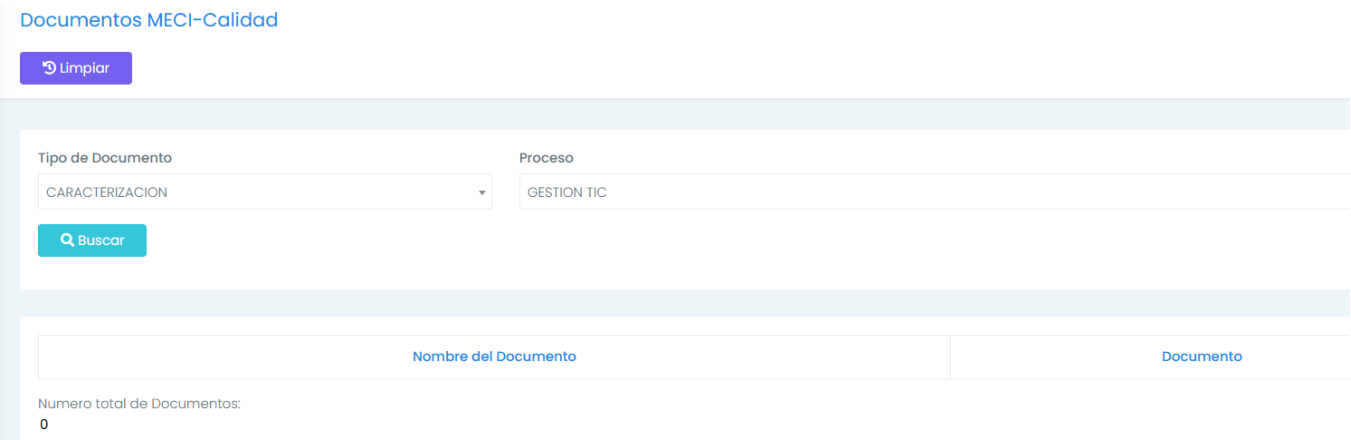
El área de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) cuenta con procedimientos establecidos relacionados con el proceso general de gestión o planificación de las actividades, enfocándose únicamente en aspectos técnicos de reparación, actualización y soporte, sin abordar aspectos administrativos o de gestión del proceso en su totalidad,

Verificando el **PROCEDIMIENTO DE PRESERVACION DIGITAL** que es un procedimiento transversal de la dependencia de Gestión Documental y Archivo /Gestión TIC confrontamos que relacionan dos procedimientos que a la fecha NO se ven cargados en herramienta tecnológica SIAP ni relacionados en la información enviada por el profesional universitario de gestión TIC.

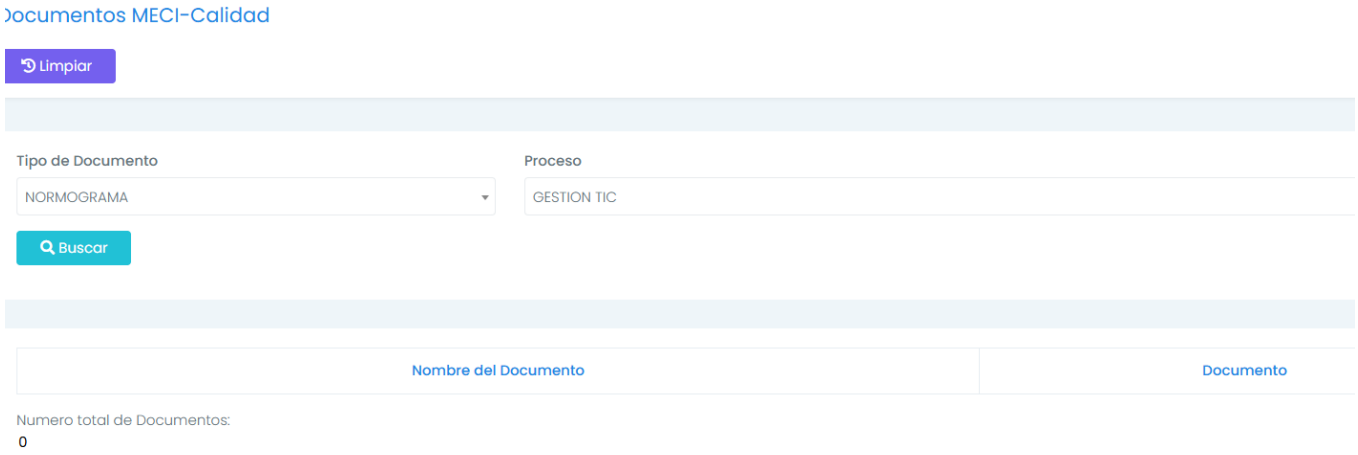
No Cuentan Con LOS PROCEDIMIENTOS:

Procedimientos de los roles de soporte
Procedimientos de medios de almacenamiento
Procedimientos de transferencia de información

No cuenta con una CARACTERIZACION de Gestión TIC



No cuenta con un NORMOGRAMA



No se evidenciaron los siguientes INSTRUCTIVOS

Instructivo copia de seguridad de información del servidor
Instructivo copias de seguridad de las bases de datos
Instructivo copias de seguridad instructivos digitales de la correspondencia
Instructivo copia de seguridad de los correos electrónicos
Instructivo restaurar copia de seguridad de bases de datos
Instructivo para la configuración e instalación de los equipos
Instructivo plan de contingencia

Ausencia de procedimientos acceso, uso, almacenamiento, transmisión y eliminación.

ANEXO IMAGEN TOMADA

Tabla 4 - Listado formatos, resoluciones, políticas, manuales y procedimientos de gestión de servicios tecnológicos

No.	Nombre	Tipo
1	Manual de procesos y procedimientos de informática y sistemas	Manual
2	Plan de seguridad y privacidad de la información	Plan
3	Plan tratamiento de riesgos seguridad y privacidad de la información	Plan
4	Manual usuario SIAP	Manual
5	Manual usuario SIGPER	Manual
6	Manual usuario PERTH	Manual
7	Manual Técnico SIAP	Manual
8	Manual Técnico SIGPER	Manual
9	Manual Técnico PERTH	Manual
10	Instructivo copias de seguridad de la información del servidor	Instructivo
11	Instructivo copias de seguridad de las bases de datos	Instructivo
12	Instructivo copias de seguridad de los digitales de la correspondencia	Instructivo
13	Instructiva copia de seguridad de los correos electrónicos.	Instructivo
14	Instructivo Restaurar copias de seguridad de las bases de datos	Instructivo
15	Instructivo para la configuración e instalación de los equipos	Instructivo
16	Instructivo Plan de contingencia	Instructivo
17	Solicitud de Dispositivos Tecnológicos	Formato
18	Hoja de vida de los equipos	Formato
19	Recepción de equipos tecnológicos	Formato
20	Cronograma de Mantenimiento de computadores	Formato
21	Solicitud de Soporte Técnico	Formato
22	Recibido a satisfacción de soporte de Hardware y/o Software	Formato
23	Solicitud de Soporte de Aplicaciones	Formato

RECOMENDACIONES

Es fundamental actualizar procedimientos que hacen parte de su proceso

Si se desconoce como realizarlo solicitar una capacitar al personal con el fin de subsanar esta debilidad.

Luego de actualizada y verificada la documentación se carga en la herramienta tecnológica SIAP - Documentos MECI para conocimientos de todos.

HALLAZGO 5 DE POLÍTICA DE GOBIERNO DIGITAL

Riesgo: Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por la debilidad en divulgar toda la información relacionada con la entidad (ley 1712 de 2014), debido a la ausencia de la política de transparencia y acceso a la información pública, dando cumplimiento al derecho fundamental de todas las personas en acceder a la información pública

DECRETO 767 DE 2022 "Por el cual se establecen los lineamientos generales de la Política de Gobierno Digital y se subroga el Capítulo 1 del Título 9 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones"

La política de Gobierno Digital es un instrumento gubernamental del orden nacional que propende por la transformación digital pública. Con esta política pública se busca fortalecer la relación Ciudadano - Estado, mejorando la prestación de servicios por parte de las entidades, y generando confianza en las instituciones que conforman la administración pública; a través del uso y aprovechamiento de las TIC. La PGD hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG y se integra con las políticas de gestión y desempeño institucional.

Se evidencia en página web la siguiente Política digital

La información contenida en la política digital publicada en la página web de la Personería Distrital de Cartagena ya no refleja la situación vigente, ya que no se encuentra alineada con la misión y visión actuales de la entidad. Por lo tanto, es recomendable actualizarla para asegurar que los contenidos sean precisos y coherentes con los objetivos institucionales, promoviendo una comunicación clara y transparente con la ciudadanía.
ANEXO: Imagen tomada de la página web vs la contenida en el documento de la política digital



PERSONERIA	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	CODIGO: DE-P-007
	GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	VERSIÓN: 1
	POLITICA DE GOBIERNO DIGITAL	FECHA DE APROBACIÓN(d-m-a): 30/01/2020

POLITICA DE GOBIERNO DIGITAL

PERSONERÍA AUXILIAR

Personería Distrital de Cartagena de Indias
2023



Personeria Distrital de Cartagena de Indias

Políticas, Manuales y Procedimientos

Políticas

POLITICA DE ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO - RESOLUCION No. 172 - 2024

Política para la Administración de Riesgos y el diseño de controles 2024

POLITICA PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN PERSONAL

Política Seguridad y Salud Trabajo 2023

POLITICA DE GESTION DOCUMENTAL - RESOLUCION No. 171 - 2024

POLITICA DEL CONTROL INTERNO 2024 /RESOLUCION 047

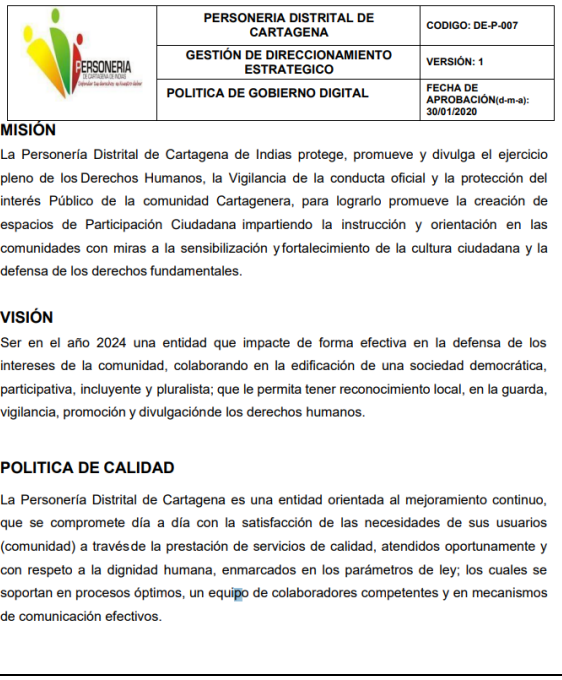
Política de Gobierno Digital

Política de No Consumo de Alcohol y Drogas

POLITICA CERO PAPEL - RESOLUCION 094 DE 2024

POLITICA DE GESTION DOCUMENTAL - 2023

POLITICA DE ATENCION AL CIUDADANO - 2023

Política Digital 2023 en pagina web	Página web
	https://personeriacartagena.gov.co/pweb/inf-corporativa

PERSONERIA	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	CODIGO: DE-P-007
	GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	VERSIÓN: 1
	POLITICA DE GOBIERNO DIGITAL	FECHA DE APROBACIÓN(d-m-a): 30/01/2020

MISIÓN

La Personería Distrital de Cartagena de Indias protege, promueve y divulga el ejercicio pleno de los Derechos Humanos, la Vigilancia de la conducta oficial y la protección del interés Público de la comunidad Cartagenera, para lograrlo promueve la creación de espacios de Participación Ciudadana impartiendo la instrucción y orientación en las comunidades con miras a la sensibilización y fortalecimiento de la cultura ciudadana y la defensa de los derechos fundamentales.

VISIÓN

Ser en el año 2024 una entidad que impacte de forma efectiva en la defensa de los intereses de la comunidad, colaborando en la edificación de una sociedad democrática, participativa, incluyente y pluralista; que le permita tener reconocimiento local, en la guarda, vigilancia, promoción y divulgaciónde los derechos humanos.

POLITICA DE CALIDAD

La Personería Distrital de Cartagena es una entidad orientada al mejoramiento continuo, que se compromete día a día con la satisfacción de las necesidades de sus usuarios (comunidad) a través de la prestación de servicios de calidad, atendidos oportunamente y con respeto a la dignidad humana, enmarcados en los parámetros de ley; los cuales se soportan en procesos óptimos, un equipo de colaboradores competentes y en mecanismos de comunicación efectivos.

No se evidencian los principios que dicta

Decreto 767 del 2022 Artículo 2.2.9.1.1.3. Principios. La Política de Gobierno Digital se desarrollará conforme los principios que rigen la función pública y los procedimientos administrativos consagrados en los artículos 209 de la Constitución Política, 3 de la Ley 489 de 1998, 3 de la Ley 1437 de 2011,2 Y 3 de la Ley 1712 de 2014, así como los que orientan el sector TIC establecidos en el artículo 2 de la Ley 1341 de 2009, y en particular los siguientes:

La política digital no describe según lo planteado en el decreto 767 de 2022, para la implementación de la Política de Gobierno Digital, se han definido los cinco elementos: Gobernanza, Innovación Pública Digital, Habilitadores, Líneas de acción e iniciativas dinamizadoras, las cuales no se evidencian

Figura 1. Política de Gobierno Digital



Fuente: MinTIC

Evidencian las siguientes actividades anexo imagen de las cuales no se evidencia desarrollo de estas.

ACTIVIDADES

La política de gobierno digital con la misión, gestión y desempeño institucional y los procesos y servicios de la personería distrital de Cartagena de indias; se deben desarrollar una serie de actividades para complementar los proyectos y el estado de implementación de la política.

- Organizar la política de gobierno digital con la planeación estratégica de la entidad.
- Examinar el estado de implementación de las políticas institucional y su relación
- Anticipar Iniciativas, a partir de los proyectos y acciones identificadas en la política de gobierno digital.
- Revisar el estado de implementación de la política de gobierno digital y su relación en la entidad.
- Revisar las condiciones de la entidad para la implementación de Servicios Ciudadanos Digitales
- Integración al Portal Único del Estado Colombiano.

RECOMENDACIONES

Con base en los lineamientos establecidos por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC) en el marco del Modelo de Gobierno Digital, se recomienda realizar una actualización integral de la Política de Gobierno Digital de la entidad, con el fin de garantizar su alineación con los principios, componentes y buenas prácticas definidas en la normativa vigente, particularmente en lo establecido en el Manual de Gobierno Digital (versión más reciente).

Realizar un diagnóstico interno para identificar brechas frente al Modelo de Gobierno Digital.

Establecer un plan de acción con responsables, metas y cronogramas para la adopción de nuevos lineamientos.

Incluir mecanismos de seguimiento y mejora continua de la política.

Llevar la política De Gobierno Digital al comité de gestión y desempeño para aprobación

HALLAZGO 6 AUSENCIA EN LA FORMULACION DE LA POLÍTICA DEL SITIO WEB

Riesgo: Posibilidad de perdida reputacional al incumplimiento frente a los requerimientos de transparencia activa Pérdida de confianza por parte de los ciudadanos debido al no contar con información clara, accesible y oportuna.

La Ley 1712 de 2014 – Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional, artículo 6: establece la obligación de todas las entidades públicas de divulgar información mínima obligatoria a través de medios electrónicos.

Decreto 1081 de 2015, artículo 2.1.1.3.1: obliga a mantener actualizada la información pública en los sitios web institucionales.

Manual de Gobierno Digital (MinTIC): establece como buena práctica la existencia de una política del sitio web institucional que incluya aspectos como estructura de contenidos, usabilidad, accesibilidad, interoperabilidad, mecanismos de actualización, y lineamientos de seguridad y protección de datos.

El equipo auditor evidenció que la entidad no cuenta con una **Política del Sitio Web** institucional debidamente formulada, adoptada y publicada, lo cual constituye una omisión frente a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC) y la normativa nacional en materia de acceso a la información, transparencia y Gobierno Digital.



RECOMEDACIONES:

Formular, adoptar y publicar una Política del Sitio Web que defina principios, objetivos, responsabilidades, estructura, estándares técnicos, mecanismos de actualización, y estrategias de accesibilidad y usabilidad, conforme con los lineamientos establecidos por el MinTIC y la normativa vigente en materia de Gobierno Digital y acceso a la información pública.

HALLAZGO 7 ERRORES VERIFICADO POR PAGINA WEB

Riesgo: Existe la posibilidad de pérdida reputacional y económica debido a que la página web de la Personería Distrital de Cartagena presenta información desactualizada, muestra errores y carga datos incorrectos en algunos ítems, lo que puede inducir a errores en los ciudadanos y partes interesadas, afectando la confianza, la toma de decisiones y potencialmente generando responsabilidades legales o financieras.

La Resolución 1519 de 2020 Art.3" Directrices de accesibilidad web" establece que, a partir del 1 de enero del 2022, los sujetos obligados deberán dar cumplimiento a los estándares AA de la Guía de Accesibilidad de Contenidos Web (Web Content Accessibility Guidelines – WCAG 2.1).

Luego de presentar esta información, se realiza la verificación de las pautas de accesibilidad de contenidos web publicados por la Personería Distrital de Cartagena, para esto se utilizó se utilizó el validador WAVE, herramienta que identifica errores y determina el cumplimiento de las pautas de accesibilidad del contenido web

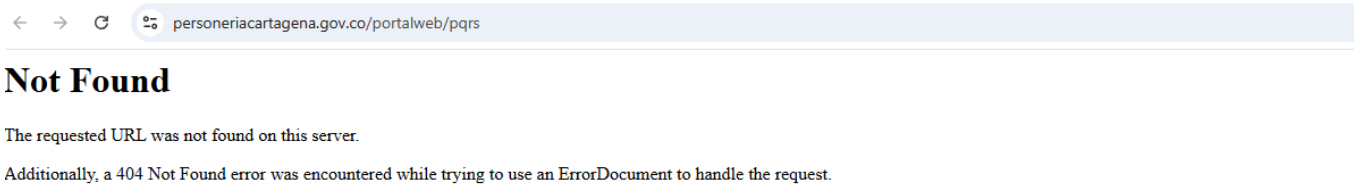
Se inicia con el objeto de verificar la accesibilidad de la página web, su cumplimiento normativo, Este análisis se efectúa con el fin de brindar información que permita implementar acciones de mejora en la página web de la Personería Distrital de Cartagena, con el ánimo de fomentar la apropiación de los estándares web, promover la construcción de interfaces gráficas de usuarios de calidad y dar cumplimiento a las políticas que impulsan la transparencia, la participación ciudadana y la accesibilidad web en la entidad.

CRITERIOS	CUMPLIMIENTOS	OBSERVACIONES
CC1. Alternativa texto para elementos no textuales	SI	Elementos estáticos como fotografías, imágenes, diagramas, mapas y similares, además los sonidos cortos de alerta, vibraciones u otros que constituyan elementos no textuales, deben indispensablemente llevar un texto alternativo que cumpla con el mismo propósito que este elemento tiene para quienes lo pueden ver, escuchar o sentir por lo tanto se debe fortalecer los textos alternos
CC2. Complemento para videos o elementos multimedia	SI	Los videos están embebidos desde la plataforma de YouTube lo cual permite el aporte de complementos de accesibilidad.
CC3. Guion para solo video y solo audio	SI	Los videos están embebidos desde la plataforma de YouTube lo cual permite el aporte de complementos de accesibilidad.
CC4. Textos e imágenes ampliables y en tamaños adecuados	SI	Se evidencia Textos legibles en los diferentes tamaños
CC5.Contraste de color suficiente en textos e imágenes	SI	Contraste Adecuado
CC6. Imágenes alternas al texto cuando sea posible	SI	Las imágenes tienen una descripción por medio de la etiqueta
CC7. Identificación coherente	NO	De acuerdo con el criterio no se cumple lo indicado puesto que información duplicada tiene nombres diferentes Ejemplo (Formulario PQRSD en el enlace de transparencia – PQRSD en el enlace de Atención al ciudadano)
CC8. Todo documento y página organizado en secciones	SI	Se evidencian paginas organizadas y con listas desplegables
CC9. Contenedores como tablas y listas usadas correctamente	SI	Se evidencia que son usadas las listas desplegables en cada uno de los ítems de los menús
CC10. Permitir saltar bloques que se repiten	SI	Incluye gráficos en encabezado y enlaces para navegación.

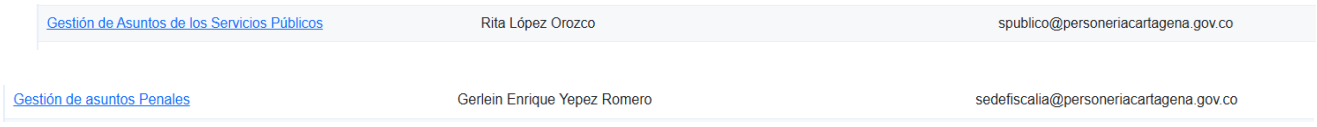
CC11. Lenguaje de marcado bien utilizado	SI	Código y lenguaje adecuado de acuerdo a lo generado por el aplicativo WAVE
CC12. Permitir encontrar las páginas por múltiples vías	SI	Se permite navegabilidad por diferentes pestañas dentro de la página para acceder a los diferentes micrositios
CC13. Navegación coherente	SI	Aunque se evidencia una navegación coherente la información duplicada siempre es la misma, pero está de acuerdo a la normatividad la página web
CC14. Orden adecuado de los contenidos si es significativo	SI	Se muestra información organizada y adecuada
CC15. Advertencias bien ubicadas	SI	Se muestra advertencias ubicadas ejemplo Radicación PQRSD (*) Obligatoriedad
CC16. Orden adecuado de los elementos al navegar con tabulación	SI	Es navegable mediante la tecla TAB (Tabulación)
CC17. Foco visible al navegar con tabulación	SI	Es navegable mediante la tecla TAB (Tabulación)
CC18. No utilizar audio automático	SI	El portal web no utiliza audios automáticos en ninguna de sus pestañas
CC19. Permitir control de eventos temporizados	NO	Se identifica la página web un carrusel en el geo-portal con movimiento automático sin opción de pausa.
CC20. Permitir control de contenidos con movimiento y parpadeo	NO	Se identifica en la página web un carrusel en el geo-portal el cual no contiene evento de cambio de imagen controlado.
CC21. No generar actualización automática de páginas	SI	No se generan actualizaciones automáticas en la página web de la entidad
CC22. No generar cambios automáticos al recibir el foco o entradas	SI	No se generan cambios ni de color o forma en los títulos y subtítulos contenidos en la página web
CC23. Utilice textos adecuados en títulos, páginas y secciones	SI	Títulos y subtítulos adecuados correctamente, sección de noticias clara para los ciudadanos
CC24. Utilice nombres e indicaciones claras en campos de formulario	SI	Se tiene acceso a los formularios dispuestos por la entidad (PQRSD, Encuestas Forms)
CC25. Utilice instrucciones	SI	Se tiene acceso a los formularios

expresas y claras		dispuestos por la entidad (PQRSD, Encuestas Forms)
CC26. Enlaces adecuados	SI	Enlaces con nombres adecuados permitiendo una fácil identificación de la información, también se presentan directrices como "Aquí" indicando lo que se debe hacer
CC27. Idioma		El portal está en español y contiene la etiqueta Lang="auto".
CC28. Manejo del error	SI	Se presenta mensaje de error en la página web.
CC29. Imágenes de texto	NO	Se debe fortalecer y validar con las dependencias, los documentos PDF cargados como imagen que no permiten una comprensión fácil.
CC30. Objetos programados	NA	La página web de la entidad no cuenta con objetos programados
CC31. Desde una letra hasta un elemento complejo utilizable	SI	El portal web cumple con la codificación en UTF-8 para todo el HTML
CC32. Manejable por teclado	SI	La página es navegable con el teclado

- el ítem **PQRD** al final de pagina web presenta error anexo imágenes



- https://personeriacartagena.gov.co/pweb/procesos-funciones en el item poceso y funciones recordar la importancia de mantener actualizada la pagina web



- Actualizar las fotos de los Personeros delegados



Rita López Orozco

Personera delegada en la Gestión de asuntos de los servicios públicos
Correo: spublicos@personeriacartagena.gov.co



Luis Alberto Morillo Sánchez

Personero delegado en la Gestión de asuntos de la comunidad y sujetos de especial protección
Correo: dcomunidad@personeriacartagena.gov.co



Carlos Arturo Quintana Tapia

Personero delegado en la Gestión para el control urbanístico y patrimonio publico
Correo: bienes@personeriacartagena.gov.co



Alberto Hernando Pomares Badel

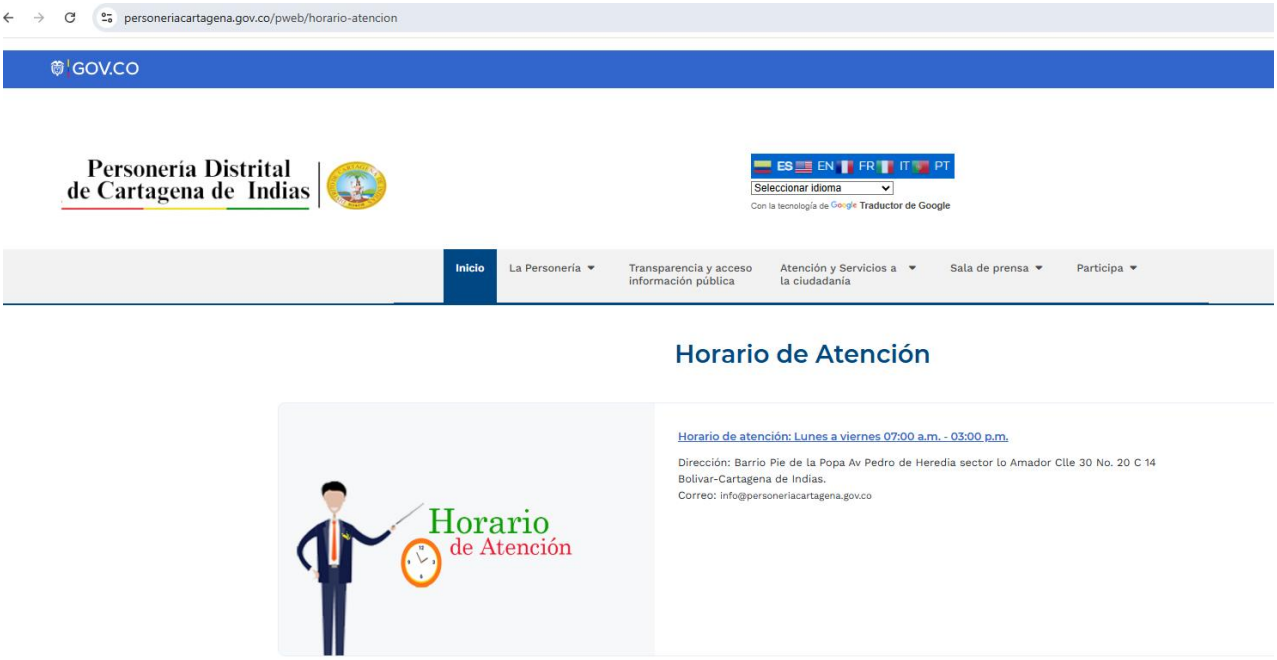
Personero delegado en la Gestión de la vigilancia a la conducta oficial
Correo: dvigilancia3@personeriacartagena.gov.co



Gerlein Enrique Yépez Romero

Personero delegado en la Gestión de asuntos penales
Correo: sedefiscalia@personeriacartagena.gov.co

- **Horario de atención**



- **Los ítems no cargan la información que mencionan**



- **Términos y condiciones**

Son las cláusulas legales que establecen la forma en la que se puede usar la información y acceder a los contenidos de una página web o de una aplicación.
No carga el contenido de términos y condiciones ni el mapa del sitio



CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

Se Ejecutó el Plan de Auditoría Interna basada en Riesgo, a través de un proceso estandarizado y documentado, que permitió la revisión aleatoria y selectiva de la gestión de la Gestión TIC Identificando las fortalezas, detectando desviaciones y formulando recomendaciones y oportunidades de mejoramiento.

No obstante, se detectaron deficiencias en la documentación de los procesos, la gestión de riesgos tecnológicos y la actualización de las políticas de seguridad de la información. Además, se identificó la necesidad de fortalecer los controles de acceso, implementar mejores prácticas en la gestión de incidentes y promover una cultura de formación continua en temas TIC.

Se recomienda desarrollar un plan de mejora que incluya la actualización de las políticas de seguridad, la capacitación a los servidores públicos encargados, y la implementación de procedimientos estandarizados para la gestión de incidentes y riesgos tecnológicos. Con estas acciones, se busca optimizar la gestión TIC, reducir vulnerabilidades y asegurar una mayor alineación con los objetivos estratégicos de la entidad.

EQUIPO AUDITOR RESPONSABLE DEL INFORME PRELIMINAR DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	**Responsabilidad (cargo)**	**Firma**
ENITH TORREGLOSA LEMUS **MARGARITA ROSA JOHSON**	Líder de auditoria Apoyo en la auditoria	

REVISIÓN, AJUSTE Y APROBACIÓN DEL INFORME PRELIMINAR DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	**Responsabilidad (cargo)**	**Firma**
Anselma Patricia Aranza Peralta	**Jefe de oficina de control interno**	