

 <b>SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES</b>	<b>SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES</b>	Código :EC-F-003
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO</b>	Fecha: 01 de Junio de 2017
	<b>PROCESO: EVALUACIÓN Y CONTROL</b>	Versión: 011
	<b>FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b>	Número de Página 1 de 9

**INFORME DE AUDITORÍA INTERNA No. 06.**

<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME:</b>	<b>Día:</b>	10	<b>Mes:</b>	06	<b>Año:</b>	2019
--------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

<b>1. PROCESO:</b>	Gestión Documental
<b>2. LÍDER DE PROCESO / JEFE(S) DEPENDENCIA(S):</b>	<p>Danery Buitrago Gómez Secretaria General</p> <p>Luz Amparo Macías Subdirectora Administrativa</p> <p>Leidy Jineth Garzón Albarracín Coordinadora Grupo Gestión Documental</p>
<b>3. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA:</b>	Evaluar la gestión del proceso de Gestión Documental, el cumplimiento de las disposiciones normativas y procedimientos aplicables, así como la gestión del Sistema de Gestión de Calidad, Sistema de Gestión Ambiental y Seguridad de la Información, de manera que permita contribuir a la mejora continua del Sistema de Gestión Integrado, el Sistema de Control Interno y la Gestión Institucional.
<b>4. ALCANCE DE LA AUDITORIA</b>	<p>Se adelantó auditoría a la gestión del proceso de Gestión Documental, mediante prueba selectiva y/o muestreo de las actividades desarrolladas durante el periodo comprendido entre el 21 de diciembre de 2017 al 10 de junio de 2019.</p> <p>Para su desarrollo se aplicó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Versión 2018, la Guía de Auditoría para Entidades Públicas, Versión 3 de mayo de 2018, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y la Norma ISO 19011:2018, directrices para auditar Sistemas de Gestión.</p>
<b>5. CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:</b>	<p>En el proceso se verificó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los riesgos y controles frente a la gestión desarrollada de conformidad con lo dispuesto en el Documento Guía: Administración de Riesgos Institucionales, código: GC-G-002 versión 004, del 30 de marzo de 2016.</li> <li>• El cumplimiento de los Indicadores de Gestión establecidos para el proceso, de conformidad con lo dispuesto en el Documento Guía para la construcción y análisis de Código: GC-G-001, Versión 005 del 06 de abril de 2015, así como el cumplimiento de las metas definidas.</li> <li>• El cumplimiento de la normativa legal vigente aplicable al proceso.</li> <li>• La conformidad del Sistema de Seguridad de la Información, de acuerdo con lo dispuesto en la Norma ISO 27001:2013: los numerales 6.1.2, 6.1.3, 7.2, 7.3, 7.5, 8.1, 8.2, 8.3, 10.1, 10.2 y los controles del anexo A que aplican al proceso.</li> </ul>



 <b>SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES</b>	<b>SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES</b>	Código :EC-F-003
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO</b>	Fecha: 01 de Junio de 2017
	<b>PROCESO: EVALUACIÓN Y CONTROL</b>	Versión: 011
	<b>FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b>	Número de Página 2 de 9

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a lo dispuesto en la Norma ISO 9001:2015 en los numerales 7.5; 9.1.3; 9.3.2; 10.2; 10.3.</li> <li>• La conformidad del Sistema de Gestión Ambiental Norma ISO 14001: 2015, en los numerales 7.3; 7.4; 7.5; 9.1; 10.2; 10.3.</li> <li>• la efectividad de las actividades propuestas en el plan de mejoramiento elaborado para la auditoría realizada en la vigencia 2017.</li> </ul>
--	--

## 6. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

### 6.1 ASPECTOS FUERTES DEL PROCESO:

No se identificaron.

- ### 6.2 OBSERVACIONES:
1. Se observó que no existe un procedimiento que indique a los funcionarios del área de radicación, como deben desarrollarse las actividades asociadas a la herramienta BPM que se encuentran en el Gestor documental.
  2. Se observó en la evaluación efectuada a los riesgos identificados en el proceso, que los controles establecidos se ejecutaron y se sustentaron con las evidencias respectivas y que en su momento se publicaron en el aplicativo de Riesgos y Auditoría, como se comprobó en los correos que se enviaron a la Oficina Asesora de Planeación por parte de la coordinadora del grupo de Gestión Documental, sin embargo estas no quedaron registradas, razón por la cual no se pudo consultar en el aplicativo esta información. Situación que debe ser analizada para las mejoras respectivas.
  3. El equipo auditor observó que los riesgos de gestión del proceso y sus controles deben ser revisados y ajustados una vez la Oficina Asesora de Planeación efectuó la actualización de la Guía de Riesgos acorde con los nuevos lineamientos definidos por DAFP en la Guía Versión 4 del mes de octubre de 2018, igualmente en la Guía de administración de riesgos, código GC-G-002 del 30 de marzo de 2016, no hay directrices sobre los riesgos de seguridad de la información y su valoración, para el proceso, lo cual es necesario actualizar.
  4. El equipo auditor observó que los documentos "Cuadro de Clasificación Documental - CCD" y "Modelo de requisitos para la gestión de documentos de archivo – MOREQ", que corresponden a instrumentos guía para el proceso de Gestión Documental, no se encuentran identificados y vinculados como documentos oficiales del proceso dentro del Sistema de Gestión Integrado.
  5. El equipo auditor observó que durante el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2018 se encontraron 94.412 registros identificados como expediente cero, 45705 corresponden al Grupo de Gestión Documental, dentro de los cuales figuran como tipo documental lo siguiente: 1 acta, 14 certificaciones, 17 cumplidos, 44.548 entrada, 142 memorandos, 1 viáticos, 981 oficios, 1 resolución, es importante dar una revisión general ya que es una cantidad representativa en cuanto a las radicaciones de entrada; adicionalmente, es importante mencionar que no se encuentra procedimiento que dirija el uso



SUPERINTENDENCIA  
DE SOCIEDADES

**SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES**

Código :EC-F-003

**SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO**

Fecha: 01 de Junio de  
2017

**PROCESO: EVALUACIÓN Y CONTROL**

Versión: 011

**FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**

Número de Página 3 de 9

## 6.2 OBSERVACIONES:

del expediente cero

## 6.3 NO CONFORMIDAD

### DESCRIPCIÓN

### NORMATIVIDAD INCUMPLIDA

#### 1. ASIGNACIÓN DE CÓDIGO DE TRÁMITE.

En la revisión de la información del aplicativo Post@I, se evidenció que al momento de radicar documentos no se tuvo en cuenta el código de trámite de acuerdo a la tabla de retención documental; como sucedió al consultar la información por el código 117000, que obedece únicamente a los actos administrativos que imponen multas, encontrándose cinco (5) radicados que corresponden a documentos de entrada. Esta situación afecta el proceso de cartera, teniendo en cuenta que la identificación de las multas para cobro se realiza mediante el código de trámite en el aplicativo Postal.

Tabla de Retención Documental

#### 2. CODIGOS DE TRAMITES ASOCIADOS AL APLICATIVO POSTAL:

En el análisis efectuado a la tabla de trámites, código G-DOCF-009 versión 008 del 13 de mayo de 2.019, el equipo auditor evidenció las siguientes inconsistencias en cuanto a la codificación que allí figura y los trámites asociados en el aplicativo Post@I:

- El código de trámite no está asociado en Post@I con el que figura en la tabla de trámites, como es el caso de los trámites de los grupos de Grupos de Gestión del Talento Humano, Gestión de Cobro Persuasivo y Coactivo, Cartera, Asuntos Despacho Superintendente, que al ser digitados en el espacio "trámite", sale una pestaña que dice "no se encontraron resultados"
- Los códigos en la tabla empiezan por cero (0) o doble cero (00) como se aprecia en los códigos correspondientes a Asuntos Despacho Superintendente del 001001 al 001014 y en Post@I aparecen con los códigos 1001 al 1014
- En la tabla de trámite el código (063001) aparece dos veces con diferente trámite y al consultarlo en el aplicativo Post@I, sale una pestaña que dice "no se encontraron resultados"
- Los nombres de los grupos de acuerdo a las nuevas funciones no se encuentra actualizados, en la tabla de trámites figura como Grupo de Gestión de Cobro Persuasivo y Coactivo y según resolución 100-003113 del 05 marzo de 2019 se denomina Grupo de Cobro Coactivo y Judicial.

Lo anterior evidencia debilidad en la revisión y control en la información

NTC-ISO 9001:2015 numeral  
8.2.2 Determinación de los  
requisitos para los productos y  
servicios.

 <b>SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES</b>	<b>SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES</b>	Código :EC-F-003
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO</b>	Fecha: 01 de Junio de 2017
	<b>PROCESO: EVALUACIÓN Y CONTROL</b>	Versión: 011
	<b>FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b>	Número de Página 4 de 9

<b>6.3 NO CONFORMIDAD</b>	
<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>NORMATIVIDAD INCUMPLIDA</b>
que alimenta el aplicativo postal y el documento denominado tabla de trámites.	
<p><b>3. INDICADORES DEL PROCESO:</b></p> <p>En la evaluación a los indicadores de gestión del proceso, el equipo auditor evidenció que los que se encuentran publicados en la página Web de la entidad, para los meses de octubre a diciembre de 2018 y de enero a mayo de 2019, no tienen el registro de la medición y seguimiento realizado de acuerdo a su periodicidad, tanto en la hoja de vida, como en la hoja de “datos indicadores del proceso” asociada a los mismos.</p> <p>Situación que denota falta de seguimiento y control por parte de los responsables de dicha información y sobre la documentación y acceso a la información pública divulgada a la ciudadanía, incumpliendo los principios de calidad y divulgación proactiva de la información.</p>	Ley 1712 de 2014 art 3 principios de calidad de la información y divulgación proactiva de la información
<p><b>4. INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b></p> <p>El equipo auditor evidenció que el Normograma, vinculado en la caracterización del proceso, que fue actualizado en Octubre de 2018, está titulado como “Normograma Proceso: Atención al ciudadano” y contiene normas que fueron derogadas como el Código de Procedimiento Civil, el Acuerdo 16 de 2002, el Acuerdo 03 de 2013 y el documento CONPES 3072 del 2000. De igual forma, existen nuevas disposiciones que tienen relación con el proceso y no han sido incluidas.</p> <p>En la revisión al documento “GDOC-M-001 Manual Archivo Central y de Gestión” Versión 012, actualizado a 17 de abril de 2019, el equipo auditor evidenció que se menciona al Comité Institucional de Desarrollo Administrativo, cómo órgano de aprobación de decisiones en materia de gestión documental y se indica que siete (7) archivos de gestión corresponden a las Intendencias Regionales. De igual forma, se continúa utilizando el término archivo satélite y de acuerdo a instrucciones del Archivo General de la Nación, en su reciente visita, el término que debe utilizarse es archivo de gestión.</p> <p>Lo anterior representa un incumplimiento al numeral 7.5.2 de la NTC ISO 9001:2015- Información documentada - Creación y actualización.</p>	NTC ISO 9001:2015, Numeral 7.5.2 Información documentada- Creación y actualización.
<p><b>5. RIESGOS SEGURIDAD DE LA INFORMACION:</b></p> <p>En la evaluación a los riesgos transversales de seguridad de la</p>	NTC-ISO 27001:2013. Numeral 6.1.2 y 8.2



SUPERINTENDENCIA  
DE SOCIEDADES

**SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES**

Código :EC-F-003

**SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO**

Fecha: 01 de Junio de  
2017

**PROCESO: EVALUACIÓN Y CONTROL**

Versión: 011

**FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**

Número de Página 5 de 9

### 6.3 NO CONFORMIDAD

#### DESCRIPCIÓN

#### NORMATIVIDAD INCUMPLIDA

información que tienen asociados los procesos de la Entidad en el aplicativo de Riesgos y Auditoría, se evidenció en cuanto al diseño de controles lo siguiente:

- La responsabilidad de la ejecución de los controles se encuentra asignada a funcionarios de las áreas de Oficina Asesora de Planeación y la Dirección de Informática y Desarrollo (DID) y al realizar el análisis de los mismos, no se identificaron los riesgos aplicables al proceso de Gestión Documental, razón por la cual no fue posible realizar la evaluación.
- Algunos controles no poseen periodicidad para su medición.
- Los nombres de los funcionarios que aparecen como responsables se encuentran desactualizados.

Lo anterior evidencia incumplimiento a la norma ISO27001:2013 Numeral 6.1.2. y 8.2.

#### 6. POLÍTICA DE ESCRITORIO LIMPIO:

El equipo auditor realizó la revisión de diecisiete (17) equipos de cómputo de funcionarios que conforman el grupo de Gestión Documental, donde se evidenció en siete (7) equipos documentos en Word, Excel y PDF ubicados en el escritorio; lo anterior incumple la política de escritorio despejado indicada en el numeral 2.3.3 del documento de Políticas de Gestión Integral, la cual enuncia lo siguiente: "(...) todo usuario dentro de la Superintendencia de Sociedades deberá conservar la pantalla libre de accesos directos a información no pública (confidencial) de los funcionarios o de la compañía (...)"

Documento de Políticas del Sistema de Gestión Integral. Versión 007 del 12 de Octubre de 2018. Numeral 2.3.3.

ISO 27001:2013. Control A.11.2.9: Política de Escritorio Limpio y pantalla limpia

#### 7. TOMA DE CONCIENCIA NTC-ISO 27001:2013

La Entidad realiza capacitación a los funcionarios nuevos y re inducción a los funcionarios antiguos sobre la política de seguridad de la información, sin embargo, se evidenció falta de toma de conciencia por parte de los funcionarios entrevistados, por cuanto seis (6) funcionarios no realizaron la re inducción, adicionalmente, en el desarrollo de la auditoría se indagó sobre el tema, sin obtener respuesta satisfactoria, por cuanto desconocen algunas políticas de seguridad de la información y la ubicación de los documentos.

NTC-ISO 27001:2013.

Control A.7.2.2: Educación, formación, y concientización sobre la Seguridad de la información

#### 8. GESTIÓN AMBIENTAL NTC-ISO 14001:2015

En la evaluación realizada al Sistema de Gestión Ambiental en el

NTC-ISO 14001:2015, numerales 7.5 Información Documentada y 7.3 Toma de Conciencia

 <b>SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES</b>	<b>SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES</b>	Código :EC-F-003
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO</b>	Fecha: 01 de Junio de 2017
	<b>PROCESO: EVALUACIÓN Y CONTROL</b>	Versión: 011
	<b>FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b>	Número de Página 6 de 9

<b>6.3 NO CONFORMIDAD</b>	
<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>NORMATIVIDAD INCUMPLIDA</b>
<p>proceso de Gestión Documental, el equipo auditor evidenció las siguientes debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se está realizando de manera adecuada la separación y disposición de los residuos generados por parte de los funcionarios, en las diferentes áreas asociadas al proceso.</li> <li>Desconocimiento de la ubicación de los documentos que hacen parte del Sistema de Gestión Ambiental.</li> </ul> <p>Lo anterior evidencia incumplimiento a la NTC-ISO 14001:2015, numerales 7.5 Información Documentada y 7.3 Toma de Conciencia</p>	
<p><b>9. PLAN DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2017</b></p> <p>Del seguimiento y verificación realizada a la ejecución del Plan de Mejoramiento propuesto para la vigencia 2017, el equipo auditor evidenció que, algunas de las acciones propuestas no fueron efectivas puesto que se continúan presentando las siguientes situaciones objeto de hallazgo u observación:</p> <p><b>Hallazgo 2 – Control de documentos</b>  GDOC-PRO-001 “Programa de Gestión Documental” Versión 006  El mapa de procesos de la Entidad relacionado en el texto de la guía, no corresponde a la versión actual, se menciona la guía GE-G-002 como Guía para la administración de riesgo, siendo lo correcto GC-G-002 Guía de Administración de Riesgos y no se referencia la guía GDOC-M-004 Manual del Sistema Integrado de Conservación SIC, como activo de información del proceso.  Se menciona en varias ocasiones el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo, como órgano de aprobación, cuando este fue reemplazado por el Comité de Gestión y Desempeño de acuerdo a Resolución 165-001345 de 2017.  Se advirtió durante el desarrollo de esta auditoría que el Programa de Gestión Documental publicado en la página Web de la Entidad correspondía a la versión anterior, situación que fue subsanada.</p> <p><b>Hallazgo 6 - Tablas de Valoración Documental</b></p> <p>En la auditoría realizada durante la vigencia 2017, se indicó como hallazgo que: “El equipo auditor evidenció que la Entidad no cuenta con las Tablas de Valoración Documental instrumento archivístico, que entre otras cosas, nos permite determinar cuáles son los documentos realmente históricos, realizar transferencias al Archivo General de la</p>	<p>NTC ISO 9001:2015 Numeral 10.2 No conformidad y acción correctiva.</p>



SUPERINTENDENCIA  
DE SOCIEDADES

SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES

Código :EC-F-003

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO

Fecha: 01 de Junio de  
2017

PROCESO: EVALUACIÓN Y CONTROL

Versión: 011

FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Número de Página 7 de 9

### 6.3 NO CONFORMIDAD

#### DESCRIPCIÓN

#### NORMATIVIDAD INCUMPLIDA

Nación, eliminar documentos de manera adecuada y por ende optimizar espacios en nuestra planta física...” De igual forma, el equipo auditor validó que en el acta de cierre de la visita de Inspección realizada por el Archivo General de la Nación, adelantada del 22 al 26 de Abril del 2019, se indicó que “La Superintendencia de Sociedades presuntamente incumple con lo establecido en Acuerdo 002 de 2004, al no contar con TVD aprobadas y convalidadas por el AGN, para la organización del fondo documental acumulado y valoración para la conformación del Archivo histórico”.

Lo anterior evidencia que el plan de manejo para subsanar el hallazgo encontrado en la vigencia 2017, no fue efectivo.

#### Hallazgo 7 - Gestión de Alistamiento y Hoja de Control

El hallazgo 7 de la auditoría realizada durante la vigencia 2017, menciona que: “En el análisis efectuado a los expedientes en los grupos de Régimen Cambiario, Apoyo Judicial y Gestión Documental tomados aleatoriamente como muestra, se evidenció que no se están aplicando los lineamientos del Manual de Archivo Central y de Gestión GDOC-M-001 versión 008 en cuanto al uso de la Hoja de Control, foliación y alistamiento de documentos”.

Respecto al Grupo de Apoyo Judicial continúa la deficiencia en la aplicación de la Hoja de Control, situación que se evidenció en el Informe de la visita de Inspección realizada por el Archivo General de la Nación, en el cual se indica: “Con respecto a la elaboración y diligenciamiento de la hoja de control (Acuerdo 05 de 2013, artículo 15 ) se evidenció que los expedientes en gestión de los grupos Administración de Personal y Apoyo Judicial, no cuentan con hojas de control o estas se encuentran desactualizadas”. Situación que permite ver que las acciones propuestas en el plan de mejoramiento de la vigencia 2017, no fueron efectivas.

#### Hallazgo 8 - Permisos Módulos del Sistema Postal

De la verificación efectuada a los permisos del Sistema de Gestión Documental, se encontró que dos (2) funcionarios desvinculados de la entidad en febrero de 2019, continúan con el acceso habilitado al sistema.

Lo anterior representa un incumplimiento al numeral 10.2 de la NTC ISO 9001:2015 No conformidad y acción correctiva.

 <b>SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES</b>	<b>SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES</b>	Código :EC-F-003
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO</b>	Fecha: 01 de Junio de 2017
	<b>PROCESO: EVALUACIÓN Y CONTROL</b>	Versión: 011
	<b>FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b>	Número de Página 8 de 9

## 7. CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

Como resultado de la auditoría realizada al Proceso de Gestión Documental, el equipo auditor concluye lo siguiente:

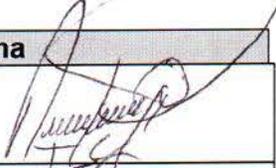
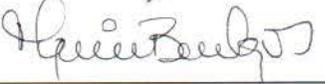
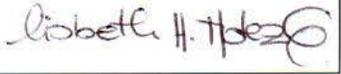
- En el desarrollo de la auditoría a la gestión del proceso, se realizó seguimiento a los aspectos atendidos en la visita de inspección realizada por el Archivo General de la Nación, teniendo en cuenta que esta se adelantó del 22 al 26 de Abril del 2019, el equipo auditor en su labor de auditoría validó que se elaboró y remitió oportunamente el Plan de Mejoramiento el cual fue entregado al Archivo General de la Nación, mediante radicación 2019-01-226665 del 30 de mayo de 2019 y se encuentra en ejecución por parte del Grupo de Gestión Documental.
- Los riesgos identificados en el proceso cumplen con los controles establecidos y se sustentan de acuerdo con las evidencias propuestas, sin embargo no se encontró registro de las actividades de monitoreo, ni evidencias en el aplicativo de Riesgos y Auditoría.
- Los indicadores de gestión del proceso correspondientes a la vigencia 2019, deben ser actualizados una vez la Oficina Asesora de Planeación efectuó la actualización de la Guía: Indicadores de Gestión acorde con los nuevos lineamientos definidos por DAFP en la Guía para la construcción y análisis de indicadores de Gestión Versión 4 del mes de mayo de 2018. Se presentó (1) no conformidad, la cual debe ser objeto de análisis para asegurar el proceso.
- El Sistema de Seguridad de la Información se encuentra conforme con la Norma NTC-ISO 27001:2013 para los numerales 6.1.3, 7.2; 7.3, 7.5, 8.1; 8.3; 10.1; 10.2 y los controles del Anexo A. Se identificaron tres (3) no conformidades sobre los numerales 6.1.2, 8.2 y los controles A7.2.2 y A11.2.9, que deben ser objeto de análisis para la mejora.
- El Sistema de Gestión Ambiental, se encuentra conforme con lo dispuesto en la Norma NTC-ISO 14001:2015 para los numerales 7.4; 9.1, 10.2, 10.3, no obstante se evidenció una (1) no conformidad sobre los numerales 7.3 y 7.5 que debe ser objeto de análisis para asegurar el sistema.
- Referente al Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015, en cuanto a la evaluación de los numerales 9.1.3; 9.3.2; 10.2; 10.3., se verificó la aplicación en el proceso, validando que se encuentran conformes. No obstante, se encontraron dos (2) no conformidades en cuanto a los numerales 7.5.2 - información documentada y 10.2 No conformidad y acción correctiva.

Se concluye que el grado de conformidad del proceso cumple en términos generales con los criterios evaluados en esta auditoría, no obstante se identificaron nueve (9) no conformidades y cinco (5) observaciones, las cuales requieren que se estructuren las acciones preventivas y correctivas necesarias, que permitan garantizar la mejora continua del proceso y por ende la madurez de los Sistemas de Gestión Integral, Institucional y de Control Interno.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los diez (10) días del mes de junio del año 2019.

## 8. RESPONSABLES INFORME DE AUDITORÍA

 <b>SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES</b>	<b>SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES</b>	Código :EC-F-003
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO</b>	Fecha: 01 de Junio de 2017
	<b>PROCESO: EVALUACIÓN Y CONTROL</b>	Versión: 011
	<b>FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b>	Número de Página 9 de 9

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Arnulfo Suárez Pinzón	Jefe Oficina de Control Interno	
Lola Graciela Venegas Castro	Auditor Líder	
Myriam del Carmen Berdugo Salazar	Auditor	
Lisbeth Heliana Hernández Garcia	Auditor	

<b>9.ANEXOS</b>
Listas de chequeo y entrevistas incluidos en el aplicativo de Riesgos y Auditoria.

