

AUDITORÍA

GENERAL DE LA REPÚBLICA - COLOMBIA

INFORME AUDITORIA INTERNA – OFICINA DE CONTROL INTERNO

Proceso	EVALUACIÓN, CONTROL Y MEJORA					
Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	06/10/2017	Versión	4.0	Página 1 de 5

Tipo de Informe (marcar con x)	Preliminar ()	Definitivo (x)
Tipo de Auditoría	Presencial (X)	Remota ()
Fecha informe (dd/mes/año)		
Auditoría Interna (marcar con x)	Programada (X)	Especial ()
Proceso auditado / Tema	Evaluación, Control y Mejora	
Líder del proceso auditado	Director Oficina de Planeación –Dra. Diana Marcela Jaramillo Montoya-	

1. DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORIA INTERNA

Fecha reunión de apertura:	8 de octubre de 2017	Vigencia auditada:	2017
Líder del Equipo Auditor:	Jeimmy Lorena Viracacha Peña		
Equipo Auditor (Nombres, cargos y dependencias)	Jeimmy Lorena Viracacha Peña, Profesional Universitario grado 01, de la Dirección de Talento Humano		
Titulares dependencias visitadas o consultadas	Nombre	Dependencia	
	DIANA MARCELA JARAMILLO MONTROYA	Oficina de Planeación	
	GLORIA ELENA RIASCOS MORA	Oficina de Control Interno	

2. OBJETIVO Y ALCANCE DE LA AUDITORIA INTERNA

2.1. Objetivo: Verificar el cumplimiento del objetivo del proceso, el desarrollo del ciclo PHVA y la actualización normativa para el logro de los objetivos institucionales.

2.2. Alcance: La auditoría involucra el análisis de las evidencias de la actualización del Sistema de Gestión de la Calidad de la Auditoría General de la República –AGR- según los cambios de la NTC-ISO 9001:2015, a través de la verificación del ciclo PHVA en el Proceso Evaluación. Control y Mejora que se aplican tanto en el nivel central como en el desconcentrado.

Criterios Legales: Ley 87 de 1993, Ley 489 de 1993, Ley 42 de 1993, Capítulo VI, Decreto Ley 272 de 2000 art. 20, Decreto 1537 de 2001, Sentencias C-1339 de 2000, C-1176 de 2004, C-599 de 2011 y Concepto Consejo de Estado Radicado No. 11001-03-06-000-2, Decreto 648 de 2015, Decreto 1081 de 2015, Decreto 1083 de 2015, Decreto 124 de 2016. Resolución Orgánica 12 de 2014 de la AGR.

NTC 9001:2015

- 4.4 Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos
- 6.1 Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades
- 6.2 Objetivos de la Calidad y planificación para lograrlos
- 8.6 Liberación de los productos y servicios
- 8.7 Control de las Salidas no conformes
- 9. Evaluación de desempeño

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	06/10/2017	Versión	4.0	Página 2 de 5

- 9.1 Seguimiento Medición, Análisis y Evaluación
- 9.1.3 Análisis y evaluación
- 9.2 Auditoria Interna
- 10. Mejora

1. RESULTADOS DETALLADOS DE LA AUDITORIA INTERNA

4.1 Fortalezas

Se evidenció disposición del equipo auditado para la entrega de información y la atención de la auditoría. Existe toma de conciencia del SGC por parte de los auditados.

4.2 No Conformidades

No.	Requisito que se incumple	Resultados encontrados	Identificación concreta de la evidencia en que el auditor fundamenta la No Conformidad
1	Numeral 7.5 literal b Información Documentada, 8.1 Planificación y control operacional literal E, Numeral 1. de la norma ISO 9001:2015.	Durante el trabajo de campo no se observó en la carpeta de Acta de Comité Institucional la presentación del informe consolidado del grado de vulnerabilidad de la entidad al representante de la Alta Dirección y al Comité de Coordinación Institucional con corte a 30 de abril y a 31 de agosto de cada año establecido en el paso 12 del procedimiento EV.130.P13.P. del SGC por parte de la OCI, sin embargo, se verificó que el mismo reposa en el aplicativo SIA POAS MANAGER.	Se identifica una no conformidad, frente al cumplimiento del paso 12 del procedimiento EV.130.P13.P. del SGC, toda vez que no se puede determinar la toma de decisiones frente informe consolidado del grado de vulnerabilidad de la entidad, por parte de la Alta Dirección y el Comité Institucional.
2	Numeral 9.2 Auditoria Interna, 9.2.1 Literal A Numeral 1 Requisitos propios de la organización para la auditoria interna, de la norma ISO 9001:2015.	Frente al cumplimiento de auditoria interna, se solicitó aleatoriamente la carpeta de la Auditoría realizada al proceso de Gestion Financiera del 2017, de la cual se evidenció el incumplimiento del procedimiento EV.130.P12.P, AUDITORÍA INTERNA del SGC	Durante el trabajo de campo se evidenció el incumplimiento del procedimiento EV.130.P12.P, AUDITORÍA INTERNA del SGC.
3	Numeral 9.1.2	Durante el trabajo de campo	

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	06/10/2017	Versión	4.0	Página 3 de 5

No.	Requisito que se incumple	Resultados encontrados	Identificación concreta de la evidencia en que el auditor fundamenta la No Conformidad
	satisfacción del cliente, de la norma ISO 9001:2015.	se observó que mediante acta núm. 9 del 17 de agosto de 2017, se presentó el informe de medición de satisfacción del usuario, no obstante, no se observaron evidencias de las directrices o políticas de mejoramiento frente a la conclusión que señala la disminución en el nivel de satisfacción del usuario (el cual disminuyo el 2.2%), incumpliendo lo establecido en el paso 20 del procedimiento OI. 200.P03.P.	No se observaron evidencias de las directrices o políticas de mejoramiento por parte del Comité Institucional frente a la conclusión que señala la disminución en el nivel de satisfacción del usuario (el cual disminuyo el 2.2%). Lo anterior constituye incumplimiento del paso 20 del procedimiento OI. 200.P03.P

4.3 Observaciones

No.	Requisito relacionado	Resultados encontrados	Identificación concreta de la evidencia en que el auditor fundamenta la Observación
1	Numeral 6.1.2 literal 6, número 2 de la norma ISO 9001:2015.	Se verificaron dos riesgos a fin de determinar el cumplimiento de los controles establecidos. 1. No realizar evaluaciones o seguimientos a los procesos de la entidad lo que no permitiría tener un control sobre los sistemas de gestión de la entidad Se evidenció que los indicadores establecidos no permiten medir el cumplimiento de cada una de las acciones planteadas para los riesgos número RV003, RV004, toda vez que el mismo solo hace referencia a la acción número 4. <i>Mantener actualizados los procedimientos.</i>	Durante el trabajo de campo se evidenció que los indicadores establecidos no están adecuadamente alineados a la acción que están pretendiendo medir para los riesgos número RV003, RV004, por lo que se identifica una oportunidad de mejora con el fin de que se haga un análisis de la eficacia del indicador establecido frente a la acción y el control establecido para el riesgo.
2	Numeral 9.1.1 Literal D. Seguimiento medición, análisis y evaluación de la	Durante el trabajo de campo se verificó que el último informe de Medición de la Gestión fue presentado el 17	

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	06/10/2017	Versión	4.0	Página 4 de 5

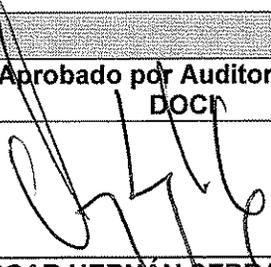
No.	Requisito relacionado	Resultados encontrados	Identificación concreta de la evidencia en que el auditor fundamenta la Observación
	norma ISO 9001:2015	<p>de agosto de 2017, ante el Comité Institucional, según acta 9 de 2017, correspondiente al trimestre 7 de la anualidad.</p> <p>No se encontró en la carpeta de actas de comité de 2017, registro de la presentación del informe de Medición de la Gestión del trimestre 8, incumpliendo lo establecido en el procedimiento EV.120.P09.P del SGC. Paso 2; debido a que la Oficina de Planeación amplió el plazo establecido de cierre hasta el día 3 de noviembre de 2017, como producto de una solicitud mediante correo electrónico.</p> <p>Así mismo, el auditado manifiesta que a la fecha de la auditoria, el informe se encuentra en proyección para ser presentado ante el Comité Institucional.</p>	<p>Se identifica una oportunidad de mejora respecto del análisis y el control de los términos previstos para reportar la información en el aplicativo SIA POAS Manager requerida para el informe de medición de la gestión, de tal forma que la Oficina de Planeación, la Oficina de Control Interno y la Alta Dirección puedan contar con los insumos necesarios para la toma de decisiones.</p>
3	<p>Numerales 8.7 control de las salidas conformes, Liderazgo y Compromiso, 5.1.2 Enfoque al Cliente literales a y b de la NORMA ISO 9001:2015.</p>	<p>Durante el trabajo de campo, se evidenció que existe un informe, el cual es solicitado por la Alta Dirección, Oficina de Planeación, Oficina de Control interno, frente al producto no conforme, no obstante, el mismo es solicitado a discrecionalidad del Auditor, lo cual no es acorde con el paso 7 del procedimiento EV.120.P01.P, tampoco se evidenció que dentro de las once (11) actas, la Alta Dirección impartiera directrices frente al informe del producto no conforme solicitado a la Delegada, por lo que se identifica una oportunidad de mejora</p>	<p>Se identifica una oportunidad de mejora en la revisión del procedimiento EV.120.P01.P, frente a las fechas establecidas para la remisión de información del producto no conforme, toda vez que no se están generando dentro de los términos establecidos. De igual forma, se identifica una oportunidad de mejora frente al registro de revisión del informe por parte de la Alta Dirección.</p>
4	numeral 8.1 planificación y control operacional	<p>Durante el trabajo de campo se verificó la programación inicial y la modificación al</p>	<p>Se identifica una oportunidad frente al cronograma y la</p>

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	06/10/2017	Versión	4.0	Página 5 de 5

No.	Requisito relacionado	Resultados encontrados	Identificación concreta de la evidencia en que el auditor fundamenta la Observación
	de la norma ISO 9001:2015	<p>PAAI, así:</p> <p>Mediante Acta número 2 del 2017 del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, el programa anual de auditorías internas PAAI para la vigencia 2017, del cual se pudo observar que existen intervalos de tiempo prolongados en los cuales no se detallan las demás actividades realizadas en el proceso, evidencia reflejada en los meses febrero, abril, julio, octubre..</p>	<p>programación del programa anual de auditoria Interna, con el fin de que se optimice el uso de los recursos.</p>

2. CONCLUSIONES (frente al objetivo de la auditoría)

Los resultados de la auditoría interna permiten verificar el cumplimiento del objetivo del proceso y el desarrollo del ciclo PHVA para el logro de los objetivos institucionales. Se detectaron oportunidades de mejora relacionadas en las No conformidades y las observaciones.

5. FIRMAS		
Líder del Equipo Auditor	Equipo de Auditores (Si participa un Auditor junior especifique)	Aprobado por Auditor Líder – DOC
 JEIMMY LORENA VIRACACHA PEÑA	 JEIMMY LORENA VIRACACHA PEÑA	 OSCAR HERNAN SERRATO G.