

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	16/05/2018	Versión	4.0	Página 1 de 7

Tipo de Auditoria	Presencial (X)	Remota ()
Fecha informe (dd/mes/año)	07/12/2018	
Auditoría Interna (marcar con x)	Programada (X)	Especial ()
Proceso auditado / Tema	Gestión de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TI)	
Líder del proceso auditado	JUAN CAMILO ZULUAGA MORILLO Director Oficina de Planeación.	

1. DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORIA INTERNA

Fecha reunión de apertura:	25 / 09 / 2018	Vigencia auditada:	2018
Líder del Equipo Auditor:	Óscar Hernán Serrato González		
Equipo Auditor (Nombres, cargos y dependencias)	Óscar Hernán Serrato González, Profesional Especializado (03) – Dirección de Recursos Físicos.		
Titulares dependencias visitadas o consultadas	Nombre	Dependencia	
	Juan Camilo Zuluaga Morillo	Director Oficina de Planeación	
	Alesaed Cossio Contreras	Grupo de Informática y Sistemas. Asesor asignado a la Oficina de Planeación – Grupo de Tecnología e Informática mediante memorando 201823200005003 de 05 de febrero.	

2. OBJETIVO Y ALCANCE DE LA AUDITORIA INTERNA

2.1. Objetivo:

Verificar el desarrollo del ciclo Planear, Hacer, Verificar, Actuar – PHVA, la actualización normativa y el cumplimiento del objetivo del proceso de GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES (TI), en concordancia con los objetivos institucionales.

2.2. Alcance:

La auditoría involucra el análisis de las evidencias de la gestión del proceso entre el segundo semestre de 2017 y el primer semestre de 2018, así como la actualización del Sistema de Gestión de la Calidad de la Auditoría General de la República –AGR, a través de la verificación del ciclo PHVA en el proceso de GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES (TI). Dado el componente técnico de este proceso, se precisa que el alcance de la presente auditoría no abarca objetivos que impliquen experticia técnica relacionada con el proceso auditado.

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 2 de 7

2.3. Criterios:

Constitución Política de Colombia - Art 209, 269, 274.
Ley 80 de 1993,
Ley 152 de 1994,
Ley 1474 de 2011 (art. 74)
Ley 1150 de 2007 y Decretos reglamentarios,
Decreto 272 de 2000,
Decreto 1693 de 2012,
Decreto 2573 de 2014,
Decreto 2573 de 2014,
Decreto 1078 de 2015.
Decreto 1081 de 2015
Decreto 1083 de 2015.
Decreto 124 de 2016
Resolución Orgánica 06 de 2016
NTC 9001:2015
Sistema de Gestión de Calidad Institucional.

3. ASPECTOS EVALUADOS EN LA AUDITORIA INTERNA

Aspecto	SI	PARCIAL	NO
3.1. Seguimiento Plan de Mejoramiento (Unificado con todas las fuentes de información, según el procedimiento de EV.130.P10.P).		X	
3.2. Gestión frente al mapa de riesgos del proceso (incluidos los riesgos de corrupción).		X	
3.3. Gestión frente a la medición de indicadores.		X	
3.4. Gestión frente al POA del proceso.		X	
3.5. Gestión frente a los informes externos de responsabilidad del proceso. (Según Agenda de Informes Externos de la AGR, elaborada por la OCI y actualizada por los responsables).			X

4. RESULTADOS DETALLADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA

4.1 Fortalezas

Se evidencia la disposición de los funcionarios para atender la auditoría interna y la entrega oportuna de la información requerida.

4.2 No Conformidades

No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
1	Procedimiento GD.120.P10.P Elaboración, actualización y modificación de documentos y registros del SGC. Paso 1 y la Metodología identificada	Se evidenció en la caracterización del proceso que se incluye el "Procedimiento para la mejora de los aplicativos misionales", el cual no existe en el SGC.

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 3 de 7

No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
	<p>como GD.120.P10.A02. Numeral 8. Seguimiento y actualización.</p> <p>4.4.1 g. (implementar cambios en procesos)</p> <p>4.4.2 literales a y b. (confianza en realización de lo planificado)</p>	
2	<p>Metodología para la elaboración, actualización y modificación de documentos y registros del SGC GD.120.P10.A02, numeral 2.2.3.2 Marco normativo externo e interno, numeral 8. Seguimiento y actualización.</p> <p>GD.120.P10.A02 Manual de Calidad AGR, numeral 2.5 Alcance</p> <p>7.5 Información documentada, literal b (información del SGC)</p> <p>7.5.2 Creación y actualización, literales a y c</p>	<p>Se evidenciaron las siguientes inconsistencias y desactualización de documentos del SGC correspondientes al proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> En el normograma del proceso se evidencia que faltan normas relevantes, tales como los decretos 415 de 2016 y 1083 de 2015 y las Resoluciones Ordinarias 240 de 2009 (Crea el Comité Anti-trámites y Gobierno en Línea), norma modificada parcialmente por la Resolución Reglamentaria 05 de 2014; Resolución Orgánica 10 de 2017 (Crea y reglamenta el Grupo de Tecnologías y las Comunicaciones). <p>Adicionalmente el documento publicado señala dos versiones (2.2) y (3.0), aspecto inconsistente con control del documentos del SGC.</p> <ul style="list-style-type: none"> En los procedimientos TI.120.P01.P Administración de la Infraestructura tecnológica (V. 1.8) y TI.120.P03.P Atención a usuarios de la plataforma tecnológica, se observa que la base legal se soporta exclusivamente en el Decreto 272 de 2000, lo cual no se ajusta al instructivo del formato GD.120.P10.IF04, Base legal que la define como: <i>"toda la normatividad y leyes que involucra este procedimiento."</i> En el formato TI.120.P03.ID Inventario documental, se evidencia desactualización en su contenido, a saber: <ul style="list-style-type: none"> Teniendo en cuenta que la mesa de ayuda no opera porque fue reemplazada por otra aplicación, no se utiliza el anexo 02 Manual de uso general de la mesa de ayuda AGR – Helpdesk No se utiliza el Formato F01 Planilla de registro de soporte a usuario. Se utiliza pero no está incluido, el formato TI.120.P03.F02 Planilla de registro atención a usuarios. Se evidenció el uso de un formato diferente al aprobado en el SGC. En el formato TI.120.P03.F02 Planilla de registro de atención a usuarios, se evidencia que se incluyeron columnas tales como, medio de solicitud, tiempo de respuesta y ticket número, columnas que no contiene el formato del SGC.
3	<p>Procedimiento TI.120.P01.P Administración de</p>	<p>En la verificación del procedimiento TI.120.P01.P Administración de infraestructura tecnológica, no fue suministrada evidencia del</p>

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 4 de 7

No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
	<p>infraestructura tecnológica, Pasos 2, 3, 10, 17, 20, 21</p> <p>4.4 Sistema de gestión y sus procesos</p> <p>4.4.1 literal g. Evaluar estos procesos e implementar cualquier cambio necesario para asegurarse que estos procesos logran los resultados previstos.</p> <p>4.4.2 literales a y b.</p> <p>7.1.3 Infraestructura, literal d) tecnologías de la información y la comunicación</p>	<p>cumplimiento de los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paso No. 2: revisión anual de los documentos anexos del procedimiento, sin documentos y registros en el procedimiento ni evidencia suministrada - Paso No. 3: revisión del PETIC y los documentos anexos, no se suministró el acta establecida como registro, siendo además un punto de control del procedimiento. - Paso No. 10: relaciona el documento denominado manual de sistemas con código TI.120.P01.A05, el cual no coincide con el documento aprobado en el SGC, dicho código corresponde al Plan de recuperación de fallas. - Paso No. 17: Este paso relaciona el formato TI.120.P03.F01 mesa de ayuda, sin embargo, en la columna de documentos y registros relaciona otro formato, codificado con el F02. Adicionalmente la mesa de ayuda no opera actualmente, teniendo en cuenta que fue reemplazada por el <u>Centro de Servicio al Usuario</u>, denominado así en el correo electrónico o <u>Centro de Atención al Usuario</u> en el icono de la intranet, por lo cual no se utiliza este formato. - Pasos Nos. 20 y 21 Establece "realizar backup de los servidores de acuerdo a lo establecido en el TI.120.P01.A04 Manual de copias de seguridad y respaldo", no se evidencia el cumplimiento de lo descrito, ya que estas actividades son realizadas a través de la Orden de Compra 21621 de 2017 suscrita con UNE. <p>El anexo TI.120.P01.A04 Copias de Seguridad y Respaldo (Versión 2.1) evidencia desactualización en sus contenidos (ej. pág. 8: "Utilizar cinco (5) juegos de cintas (...)", pág. 9 : "después de cada 20 procesos de backup se recomienda hacer uso de las cintas de limpieza."</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se evidencia en el anexo TI.120.P01.A05 Plan de recuperación ante fallas (Versión 1.1), numeral 2.3 Identificación de Sistemas de Información, que incluye, entre otros los numerales 7°. Aplicativo de reserva de salas y 8°. Sistema de Información Bibliográfica y de Archivo – SIBA, los cuales no se encuentran operando. - Igualmente, el Sistema SIA Observa y la base de datos para la consulta de información digitalizada en archivo central – TEGUIA, no se encuentran relacionados en el numeral 2.3. Identificación de Sistemas de Información. - Se observa que el procedimiento TI.120.P01.P no establece la relación ni el paso en el cual corresponde aplicar el anexo

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 5 de 7

No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
		TI.120.P01.A05 Plan de recuperación de fallas.
4	EV.130.P13.P Procedimiento Administración de riesgos. Paso 10 6.1. Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades, 6.1.2, literal b, numeral 2.	Se observa que se reporta como materializado el riesgo RTIC008 Fallas en la prestación de los servicios de tecnología de información y comunicaciones (enlaces de comunicaciones, líneas telefónicas), sin embargo, no se realizó la formulación del Plan de mejoramiento, incumpliendo el paso No. 10 del procedimiento EV.130.P13.P, Procedimiento Administración de riesgos.
5	6.1. Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades.	Durante el trabajo de campo se evidenció, como consta en impresión del aplicativo POAS MANAGER (01/11/2018), que 28 de los riesgos identificados para el proceso no registraban controles en el módulo Administración de Riesgos. Con posterioridad a la verificación inicial, se observó que fue diligenciada la columna de controles existentes sobre los cuales se verificó una muestra y se evidenció lo siguiente: Para el riesgo RTIC002 se evidenció que la acción de seguimiento incluye tres acciones (1°. Identificar puntos de contacto con entidades, 2°. Implementar estrategias de seguridad, 3° Suscribirse a boletines), sin embargo, el indicador no es coherente pues se relaciona solo con la primera acción (Número de contactos con entidades). En el riesgo RTIC003 se presenta la misma situación.

4.3 Observaciones

No.	Requisito relacionado	Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)
1	7.3 Toma de conciencia. Literales c y d.	Se identificaron oportunidades de mejora respecto de la toma de conciencia sobre el SG, específicamente en la comprensión de la contribución de los funcionarios a la eficacia del sistema y las implicaciones del incumplimiento de requisitos, considerando los resultados de las entrevistas en los cuales se observó que existen dudas en la aplicación de pasos de los procedimientos y demás situaciones descritas en este informe.
2	Metodología para la elaboración, actualización y modificación de documentos y registros del SGC GD.120.P10.A02, numeral 2.2.3.2 Marco normativo externo e interno, numeral 8. Seguimiento y actualización.	<ul style="list-style-type: none"> Se evidenció falta de oportunidad en la actualización del Anexo TI.120.P01.A01 PETIC, Plan Estratégico de Tecnología de la Información y las Comunicaciones 2015 - 2017 (Versión 4.1) de 16/11/2017 y publicado en el SGC hasta la primera semana de noviembre de 2018, teniendo en cuenta que es un plan de nivel estratégico y debe ser armonizado con el Plan Estratégico de la entidad, que se aprobó mediante Acta de Comité Institucional del 24 de noviembre de 2017.

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 6 de 7

No.	Requisito relacionado	Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)
	GD.120.P10.A02 Manual de Calidad AGR, numeral 2.5 Alcance 7.5 Información documentada, literal b (información del SGC) 7.5.2 Creación y actualización, literales a y c	
3	7.1.3. Infraestructura. La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograra la conformidad de los productos y servicios.	El anexo TI.120.P01.A05 Plan de recuperación ante fallas, relaciona el numeral 2.4 Evaluación de la criticidad de los sistemas y servicios de información, en el cual se califica la criticidad en cada proceso de la Entidad. En el numeral mencionado no se especifica la relación entre las aplicaciones y los procesos del SGC, no se describe de forma concreta la forma de medir el tiempo de inactividad tolerable, se señalan horas, pero no se indica si se contabilizan por día, por semana, por mes, en días hábiles o calendario, si son continuas o discontinuas. No se identificó evidencia que permita concluir la validación de la calificación de criticidad con los responsables de los procesos. Adicionalmente se presentan las mismas inconsistencias detectadas para el numeral 2-3 (inclusión de aplicaciones que no operan y falta de inclusión de aplicaciones activas).
4	Procedimiento EV.130.P10.P Plan de mejoramiento, pasos 2 y 6 10. Mejora, 10.1, literal b. 10.2 No conformidad y acción correctiva, 10.2.1, literal a, numeral 1	En el informe de auditoría interna al proceso TI de noviembre de la vigencia 2017, se presentó una (1) no conformidad relacionada con el Plan de recuperación ante fallas. Verificados los soportes del plan de mejoramiento para la acción de fortalecimiento del Plan de recuperación ante fallas, no se suministró evidencia para corroborar el cumplimiento de las siguientes acciones: <ul style="list-style-type: none"> • Sobre la acción de "Revisar el documento de plan de fallas", no se suministró evidencia durante el trabajo de campo. • Sobre la acción de "Asignar roles y responsabilidades para ejecutar el plan de atención de fallas", no se suministró evidencia durante el trabajo de campo, cabe señalar que este aspecto fue identificado como causa raíz de esta No conformidad. • Sobre la acción de "Cada vez que se presente una falla se documenta y se aplica el análisis de causas y plan asociado", se observó como evidencia el formato que registra fallas, sin embargo, no se suministraron evidencias durante el trabajo de campo del análisis de causas y el respectivo plan.

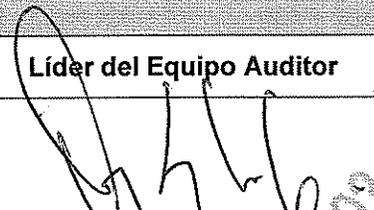
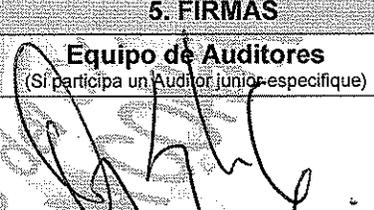
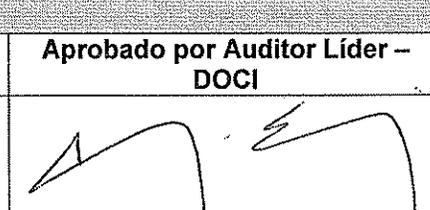
Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 7 de 7

5. CONCLUSIONES (frente al objetivo de la auditoría)

Con base en la verificación realizada se observa el desarrollo del ciclo PHVA del proceso, sin embargo, se identificaron oportunidades de mejora detalladas en las no conformidades y observaciones del presente informe.

Se identificaron inconsistencias y debilidades en el indicador TI_03, Atención oportuna de requerimientos tecnológicos, sobre el cual no se identificó evidencia que permitiera corroborar la medición del indicador, teniendo en cuenta que la Meta establecida es: *"solucionar el 100% de las solicitudes atendidas a usuarios registrados en el periodo, en un máximo de 2 horas"* y la evidencia suministrada no incluyó la medición del tiempo en horas para determinar que se cumple con el límite señalado de 2 horas. Adicionalmente se evidenciaron inconsistencias en la categoría del indicador y en el código identificador. No obstante lo anterior, no se formuló no conformidad en consideración a los soportes suministrados sobre el trámite de actualización de los indicadores.

Por otra parte, siendo el proceso de Gestión de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones un proceso transversal y que soporta la gestión de la entidad, se recomienda que se realice una auditoría interna que involucre el componente técnico requerido con el fin de evaluar el cumplimiento del objetivo del proceso, teniendo en cuenta las fallas en la conectividad y las caídas de los diferentes aplicativos y servicios de tecnología, independientemente de los niveles de tolerancia establecidos y considerando que se identificaron debilidades en las evidencias de las acciones para mejorar el Plan de recuperación ante fallas, según no conformidad detectada en la vigencia 2017.

5. FIRMAS		
Líder del Equipo Auditor	Equipo de Auditores (Si participa un Auditor junior especifique)	Aprobado por Auditor Líder – DOCI
		
OSCAR HERNÁN SERRATO GONZÁLEZ	OSCAR HERNÁN SERRATO GONZÁLEZ	CAMPO ELÍAS VEGA ROCHA

Versión 3.2 - Auditoría