

**INFORME AUDITORIA INTERNA – OFICINA DE CONTROL INTERNO**

|                      |                              |              |            |                |     |                       |
|----------------------|------------------------------|--------------|------------|----------------|-----|-----------------------|
| <b>Proceso</b>       | EVALUACIÓN, CONTROL Y MEJORA |              |            |                |     |                       |
| <b>Procedimiento</b> | AUDITORIA INTERNA            |              |            |                |     |                       |
| <b>Código</b>        | EV.130.P12.F10               | <b>Fecha</b> | 16/05/2018 | <b>Versión</b> | 4.0 | <b>Página 1 de 11</b> |

|   |  |                     |
|---|--|---------------------|
| <b>Tipo de Auditoria</b>                | <b>Presencial ( x )</b>                | <b>Remota ( )</b>   |
| <b>Fecha informe (dd/mes/año)</b>       | 27 de septiembre de 2019               |                     |
| <b>Auditoría Interna (marcar con x)</b> | <b>Programada ( x )</b>                | <b>Especial ( )</b> |
| <b>Proceso auditado / Tema</b>          | Orientación Institucional              |                     |
| <b>Líder del proceso auditado</b>       | Jaime Escobar Vélez – Auditor Auxiliar |                     |

**1. DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORIA INTERNA**

|  |  |                                  |               |
|--|--|----------------------------------|---------------|
| <b>Fecha reunión de apertura:</b>                      | 21 de agosto de 2019   | <b>Vigencia auditada:</b>        | 2018-4—2019-5 |
| <b>Líder del Equipo Auditor:</b>                       | Jeimmy Lorena Viracacha Peña   |                                  |               |
| <b>Equipo Auditor (Nombres, cargos y dependencias)</b> | Omar Camilo Riaño S.- profesional universitario Grado 01<br>Jeimmy Lorena Viracacha Peña- profesional universitario Grado 01 |                                  |               |
| <b>Titulares dependencias visitadas o consultadas</b>  | <b>Nombre</b>  | <b>Dependencia</b>               |               |
|  | Diana Carolina Villalba Erazo  | Directora de Estudios Especiales |               |
|  | Juan Camilo Zuluaga  | Director oficina Planeación      |               |

**2. OBJETIVO Y ALCANCE DE LA AUDITORIA INTERNA**

- 2.1. Objetivo: Verificar el desarrollo del ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar –PHVA-la actualización normativa y el cumplimiento del objetivo del proceso en concordancia con los objetivos institucionales.
- 2.2. Alcance: La auditoría involucra el análisis de la gestión del proceso durante el último trimestre del 2018 y primer trimestre de la vigencia 2019, las evidencias conforme el SGC y la norma ISO 9011:2015 a través de la verificación del ciclo PHVA. El alcance puede abarcar tiempo adicional o anterior.
- 2.3. Criterios: Constitución Política de Colombia -artículos 29,116, 209, 267, 269 y 274 , Decreto 272 de 2000, Ley 850 de 2003, Ley 489 de 1998- Capitulo VIII, Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo-Título I, II y III, Ley 1474 de 2011- artículos 73, 74, 78 y 79, Decreto 4836 de 2011,, Decreto 3286 de 2004, Ley 1757 de 2015, Ley 152 de 1994, Decreto Ley 019 de 2012, Decreto 103 de 2015, Ley 594 de 2000, Resolución orgánica 06 de 2019, , Ley 1955 de 2019, Resolución orgánica 08 de 2019, Resolución orgánica 05 de 2010, Resolución Reglamentaria 07 de 2014, Resolución Orgánica 09 de 2007, Norma ISO 9001:2015

**3. ASPECTOS EVALUADOS EN LA AUDITORIA INTERNA**

| <b>Aspecto</b>  | <b>SI</b> | <b>PARCIAL</b> | <b>NO</b> |
|---|-----------|----------------|-----------|
| 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         |                |           |

|                      |                   |              |            |                |     |                |
|----------------------|-------------------|--------------|------------|----------------|-----|----------------|
| <b>Procedimiento</b> | AUDITORIA INTERNA |              |            |                |     |                |
| <b>Código</b>        | EV.130.P12.F10    | <b>Fecha</b> | 16/05/2018 | <b>Versión</b> | 4.0 | Página 2 de 11 |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 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 AUDITORIA INTERNA

##### 4.1 Fortalezas

Existe conciencia por parte de los auditados y liderazgo de la Alta Dirección frente al seguimiento del SGC. El proceso cuenta con personal calificado para el cumplimiento de sus metas y fines propuestos. El compromiso de los funcionarios entrevistados frente a la mejora continua. Se evidenció disposición del equipo auditado para la entrega de información y la atención de la auditoría. El proceso ha realizado mejoras producto de la auditoria interna realizada en la vigencia 2018. La gestión en la creación del Observatorio de Política del Control Fiscal como fortalecimiento al proceso de Gestión del Conocimiento dentro del marco de MIPG, dirigido al sector público, académico y social.

##### 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.  | Paso 3 y 12 del procedimiento OI.140.P05.P | Una vez revisada la unidad documental 140 serie 48 subserie OI de la TRD denominada Publicaciones Institucionales 2018, se evidenció que acta número 1 del 17 de septiembre de 2018, en la cual la Directora de Estudios Especiales llevó a cabo la aprobación del informe de gestión 2017-2018 en el marco de publicaciones institucionales de la AGR. El documento se encuentra firmado por los siguientes funcionarios: un funcionario del Grupo de Comunicaciones, un contratista y por dos funcionarias de la Oficina de Estudios Especiales. No obstante, el paso 12 del procedimiento OI.140.P05.P resalta que la autorización de las publicaciones las realiza el Comité de Comunicaciones acta que no fue suministrada durante el trabajo de campo por lo que se evidencia incumplimiento.<br><br>Revisadas las actas número 1, 2 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,11, 12 y 13 de 2018, acta del 14 de enero de 2019 No se evidencia cumplimiento del paso 3 del procedimiento OI.140.P05.P en cuanto a la presentación del Plan de Comunicaciones ante el Comité de Coordinación institucional o Comité de Gestión y Desempeño Institucional. |
| 2.  | EV.120.P09.P paso 12 y 14                  | Una vez revisado el procedimiento EV.120.P09.P capítulo de seguimiento a los proyectos de inversión se identificó que el formato EV.120.P09.F06 (formato de seguimiento integrado de gestión) no es utilizado por los funcionarios a cargo de los proyectos de inversión, no se evidencia cumplimiento del paso 14 reunión semestral.  |

##### 4.3 Observaciones

| No.         | Requisito relacionado  | Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)   |             |                     |             |  |         |   |
|-------------|--|--|-------------|---------------------|-------------|--|---------|---|
| 1.          | Paso 10 procedimiento GD.233.P02.P<br><br>Literal a) numeral 7.5.3 Control de la Información Documentada | Los siguientes registros producto de las actividades del proceso no se encuentran conformados según la Tabla de Retención Documental versión 3.0 vigencia 2017. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Dependencia</th> <th>Dep1/Serie/Subserie</th> <th>observación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>120/5/1</td> <td>El formato GJ.110.P05.F01 aplica únicamente para la Oficina Jurídica procedimiento GJ.110.P05.P</td> </tr> </tbody> </table> | Dependencia | Dep1/Serie/Subserie | observación |  | 120/5/1 | El formato GJ.110.P05.F01 aplica únicamente para la Oficina Jurídica procedimiento GJ.110.P05.P |
| Dependencia | Dep1/Serie/Subserie  | observación  |             |                     |             |  |         |   |
|             | 120/5/1  | El formato GJ.110.P05.F01 aplica únicamente para la Oficina Jurídica procedimiento GJ.110.P05.P  |             |                     |             |  |         |   |

|               |                   |       |            |         |     |                |
|---------------|-------------------|-------|------------|---------|-----|----------------|
| Procedimiento | AUDITORIA INTERNA |       |            |         |     |                |
| Código        | EV.130.P12.F10    | Fecha | 16/05/2018 | Versión | 4.0 | Página 3 de 11 |

| No. | Requisito relacionado  | Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)  |  |   |  |  |
|-----|--|---|--|---|--|--|
|     | Norma ISO 9001:2015<br>Literal b) numeral 7.5.3.2 Control de la Información Documentada<br>Norma ISO 9001:2015 | Oficina de Planeación   | 120/14/23                                      | El expediente físico contiene únicamente las actas, no se evidencia los anexos documentales |  |  |
|     |  |   | 120/14/24                                      | Los registros se encuentra digital pero no existe expediente físico                         |  |  |
|     |  |   | 120/16/40                                      | Los registros se encuentran en la serie 120/14/8  |  |  |
|     |  |   |  |   | La carpeta del proyecto de inversión a cargo de la oficina de planeación TICS no tiene identificación de la unidad documental  |  |
|     |  |   |  | 120/19/1  | La carpeta se encuentra sin descripción de la unidad documental y no contiene el registros de la ejecución en físico solo en soporte digital.  |  |
|     |  | Despacho Auditor Auxiliar   |  | 200/5/1   | El formato GJ.110.P05.F01 el cual aplica únicamente para la Oficina Jurídica procedimiento GJ.110.P05  |  |
|     |  | Oficina de Estudios Especiales  |  | 140/5/1   | El formato GJ.110.P05.F01 el cual aplica únicamente para la Oficina Jurídica procedimiento GJ.110.P05  |  |
|     |  |   |  | 140/18/16   | Plan anual de comunicaciones se encuentra en la intranet no está el expediente físico.   |  |
|     |  |   |  | 140/19/2  | Los registros de los proyectos de inversión se encuentran de forma digital y los productos como guías metodologías, estudios especializados y diagnósticos hacen parte de cada expediente contractual y publicación en la web. |  |
|     |  |   |  | 140/48/1  | El arte final se encuentra en CD la TRD señala que el tipo de soporte es papel   |  |
|     | 140/60   |   | Los registros se encuentran en soporte digital |   |  |  |
| 2.  | Numeral 5.2 política Norma ISO 9001:2015<br>Decreto 272 de 2000.   | <p>Efectuada la revisión al reporte realizado de los indicadores versión 1 y versión 2 del Tablero de Control registrados en el aplicativo POAS MANAGER, se encontraron inconsistencias frente a la periodicidad y la meta establecida</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Versión 1 Indicador OI_1: La meta establecida y el reporte efectuado no es coherente con la periodicidad establecida en el Manual de Calidad Versión 12 de 2018.</li> <li>Versión 2 Indicador OI_1: El periodo de seguimiento señala que se hace en junio y diciembre, sin embargo el reporte se efectuó el 8 de julio de 2019.</li> </ol> <p>El procedimiento OI.120.P04.P <i>revisión del Sistema de Gestión de Calidad por la alta dirección</i>, no tiene establecido puntos de control frente a la periodicidad de revisión por parte de la alta dirección. Sin embargo, el Manual de Calidad versión 12 en el numeral 9.3.1 estableció realizar dos revisiones al año del Sistema de Gestión de la Calidad en el Proceso de Orientación Institucional, por lo que una vez verificada la trazabilidad se evidenció que únicamente durante la vigencia 2018, se realizó una revisión mediante Acta 1 del 15 de agosto de 2018, correspondiente al primer semestre 2018.</p> |  |   |  |  |

|                      |                   |              |            |                |     |                |
|----------------------|-------------------|--------------|------------|----------------|-----|----------------|
| <b>Procedimiento</b> | AUDITORIA INTERNA |              |            |                |     |                |
| <b>Código</b>        | EV.130.P12.F10    | <b>Fecha</b> | 16/05/2018 | <b>Versión</b> | 4.0 | Página 4 de 11 |

| No     | Requisito relacionado   | Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)  |        |       |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |
|--------|---|---|--------|-------|----|------------|----|------------|----|------------|----|------------|----|------------|----|------------|----|------------|----|------------|----|------------|----|------------|
|        |   | El Manual técnico de Calidad 2018 versión 12, se evidenció que el numeral 5.3 <i>roles, responsables y autoridades en la organización, la Resolución Reglamentaria 011 de 2015</i> se encuentra derogada por la Resolución Reglamentaria 04 de 2019. La Resolución Orgánica No. 012 de 2014 derogó los artículos del 4 al 9 por la resolución orgánica 003 del 2018. En el punto 7.1.1 del Manual estableció a la Entidad como Auditoria General de la Nación situación contraria a lo establecido en el Decreto 272 de 2000.   |        |       |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |
| 3.     | <p>anexo 1 del procedimiento GD.233.P02 <i>Metodología para la organización de archivos</i></p> <p>Acuerdo 042 de 2002, <i>Por el cual se establecen los criterios para la organización de los archivos de gestión en las entidades públicas y las privadas (...).</i></p> <p>Ley 594 del 2000 (Ley General de Archivos)</p> <p>Circular Interna Archivo General de la Nación No.13 de 1999</p> <p>Literal b) numeral 7.5.3.2 Norma ISO 9001:2015</p> | <p>Una vez revisada la gestión documental del proceso se evidencio incumplimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Oficina de Planeación: revisadas las actas semanales de SIA ATC se encontró que el acta 12 del 22 de marzo de 2019 no tiene firma de un funcionario, las actas 45 del 3/12/2019 acta 6 del 8/02/2019, acta 7 del 13/02/2019 no tienen firma del Director de oficina.</li> <li>La Carpeta de anteproyecto de presupuesto 2019, una vez revisada se encontró que: el acta de anteproyecto de presupuesto número 01 del 08 de marzo de 2019, no tiene las firmas del Director de la Oficina de Planeación y los profesionales Fabián Gonzalo Rodríguez, Adriana Lucia Tovar Grimaldo e Iván de Jesús Chinome Reyes. Acta 1 de 13 de marzo de 2019 sin firma del funcionario Fabián Rodríguez. Memorando interno 20191200009723 del 15 de marzo de 2019 sin firma del funcionario que proyectó. Acta 3 del 20 de marzo de 2019 no tiene firma del funcionario Fabián Rodríguez.</li> <li>Oficina de Estudios Especiales: revisadas las actas semanales de SIA ATC se encontró que las siguientes actas se encuentran firmadas en tinta azul:</li> </ol> <table border="1" data-bbox="662 1066 1271 1266"> <thead> <tr> <th>NUMERO</th> <th>FECHA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>36</td><td>12/10/2018</td></tr> <tr><td>37</td><td>22/10/2018</td></tr> <tr><td>38</td><td>29/10/2018</td></tr> <tr><td>39</td><td>02/11/2018</td></tr> <tr><td>40</td><td>06/11/2018</td></tr> <tr><td>42</td><td>16/11/2018</td></tr> <tr><td>43</td><td>23/11/2018</td></tr> <tr><td>44</td><td>27/11/2018</td></tr> <tr><td>49</td><td>11/01/2019</td></tr> <tr><td>63</td><td>26/04/2019</td></tr> </tbody> </table> | NUMERO | FECHA | 36 | 12/10/2018 | 37 | 22/10/2018 | 38 | 29/10/2018 | 39 | 02/11/2018 | 40 | 06/11/2018 | 42 | 16/11/2018 | 43 | 23/11/2018 | 44 | 27/11/2018 | 49 | 11/01/2019 | 63 | 26/04/2019 |
| NUMERO | FECHA   |   |        |       |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |
| 36     | 12/10/2018  |   |        |       |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |
| 37     | 22/10/2018  |   |        |       |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |
| 38     | 29/10/2018  |   |        |       |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |
| 39     | 02/11/2018  |   |        |       |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |
| 40     | 06/11/2018  |   |        |       |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |
| 42     | 16/11/2018  |   |        |       |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |
| 43     | 23/11/2018  |   |        |       |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |
| 44     | 27/11/2018  |   |        |       |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |
| 49     | 11/01/2019  |   |        |       |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |
| 63     | 26/04/2019  |   |        |       |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |
| 4.     | <p>Literal b) numeral 5.2.2 Norma ISO 9001:2015</p>   | <p>El numeral 5.2 del Manual técnico de calidad versión 2018, estableció que la comunicación de la política se hace a través de diferentes canales de comunicación como es la página Web Institucional y carteleras informativas. Sin embargo, durante trabajo de campo se seleccionó aleatoriamente funcionarios de las dependencias Planeación, Estudios especiales, Dirección de Recursos Financieros, Secretaria General, Despacho Auditor general y Dirección de Responsabilidad fiscal a fin de determinar la eficacia de la comunicación, entendimiento y aplicación de la política de calidad, de lo cual se identificó que los funcionarios auditados de todas las dependencias excepto la Oficina de Planeación conocen como único medio de divulgación la intranet- SGC- Documentos-Manual de Calidad Versión 12. De igual forma se evidencio que no existe conocimiento respecto de su contenido por lo que los funcionarios solo se remiten a la lectura del documento evidenciando que la comunicación establecida no es efectiva.</p>  |        |       |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |    |            |

|               |                   |       |            |         |     |                |
|---------------|-------------------|-------|------------|---------|-----|----------------|
| Procedimiento | AUDITORIA INTERNA |       |            |         |     |                |
| Código        | EV.130.P12.F10    | Fecha | 16/05/2018 | Versión | 4.0 | Página 5 de 11 |

| No | Requisito relacionado   | Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)  |
|----|---|---|
| 5. | <p>Paso 4 procedimiento EV.130.P13.P Administración de Riesgos.</p> <p>Numeral 6.1.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades y 9.1.3 literal e). Análisis y Evaluación de la norma ISO 9001:2015</p> <p>Paso 1 Procedimiento GD.120.P10.P Elaboración, actualización y modificación de documentos y registros SGC.</p> <p>Literal a) numeral 7.5.1. Información documentada-generalidades Norma ISO 9001:2015</p> | <p>El proceso cuenta con 10 riesgos los cuales se encuentran definidos en el Mapa de Riesgos en el aplicativo SIA POAS MANAGER, de los cuales los riesgos R0I009 Y R0I010 no tienen controles establecidos.</p> <p>Frente al seguimiento al mapa de riesgos se revisaron los reportes realizados durante el cuarto y quinto periodo de los cuales se observó que el 30 de abril de 2019, se evaluó el riesgo RI03 <i>Que se no se actualicen los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad</i> estableciendo que se habían actualizado las 10 caracterizaciones, sin embargo se observó que la caracterización del proceso Orientación Institucional fue modificada el 19 de marzo de 2019, sin embargo, se constató que en la columna "Entidad" los actos administrativos descritos a continuación se encuentran modificados o derogados :La Resolución Orgánica 014 de 2005 fue derogada por la resolución reglamentaria 04 de 2019. La Resolución 012 de 2005, y el capítulo II de la Resolución 019 de 2005 fueron derogadas por la Resolución Orgánica 04 de 2008, la cual a su vez fue modificada por la Resolución Orgánica 12 de 2013 y derogada por la Resolución 012 de 2014 y en esta última fueron derogados los artículos 4, 5, 6, 7, 8, 9 por la Resolución Orgánica 03 de 2018.</p>   |
| 6. | <p>Literal d) numeral 10.2 No conformidad y acción correctiva Norma ISO 9001:2015</p> <p>Paso 7 y 9 procedimiento EV.130.P10.P.</p>   | <p>Una vez verificado el Plan de Mejoramiento del proceso registrado en el aplicativo SIA POAS MANAGER, se observó que la evidencia de la actividad denominada <i>Realizar control aleatorio y periódicos sobre las evidencias que se anexan al aplicativo POAS Manager</i> propuesta en la acciones descritas en el cuadro anexo no corresponden con la descripción de la meta, en cuanto el archivo adjunto es un pantallazo del cargue de las evidencias al 100% en el aplicativo más no del control aleatorio y periódico de las evidencias que se adjuntan según la acción propuesta, por lo que se identificó que las actividades propuestas para eliminar la causa raíz no fue efectiva.</p> <p>1. Hallazgo 3 Se encontraron inconsistencias en el registro de los soportes de cumplimiento del Plan de Mejoramiento, en las Oportunidades de Mejora relacionadas con los ejercicios de autocontrol a cargo de la Oficina de Estudios Especiales y Apoyo Técnico, teniendo en cuenta que las evidencias registradas en el aplicativo respecto a las acciones de mejora planteadas no corresponden con la descripción de la meta, como se puede ver a continuación: a. Por acciones de autocontrol se ha identificado la necesidad de revisar y mejorar los documentos de registro y soporte, del procedimiento OI.140.P10.P tales como formatos, instructivos y demás documentos que evidencian el desarrollo de dicho procedimiento.</p> <p>2. Hallazgo 3 Se encontraron inconsistencias en el registro de los soportes de cumplimiento del Plan de Mejoramiento, en las Oportunidades de Mejora relacionadas con los ejercicios de autocontrol a cargo de la Oficina de Estudios Especiales y Apoyo Técnico. "Elaborar el formato para la elaboración de los estudios, documentos o guías". La evidencia registrada en el aplicativo no corresponde con la descripción de la meta, que exigía la presentación del documento para la elaboración de los estudios, documentos o guías metodológicas y su respectivo instructivo revisado y ajustado. Por el contrario se encontró registrado el memorando 20181400004353 del 31/01/2018 mediante el cual se solicitó a la Dirección de Planeación, el estudio y aprobación de los formatos e instructivos del procedimiento OI.140.P10.P y se adjuntan los formatos OI.140.P10.P, OI.140.P10.F01, OI.140.P10.F02, OI.140.P10.F02 y OI.140.P10.F02.</p> <p>3. Hallazgo 3 Se encontraron inconsistencias en el registro de los soportes de cumplimiento del Plan de Mejoramiento, en las Oportunidades de Mejora relacionadas con los ejercicios de autocontrol a cargo de la Oficina de Estudios Especiales y Apoyo Técnico. c. "Revisar y realizar los ajustes necesarios al documento estrategia de cooperación nacional e internacional, revisar sus formatos y sus instructivos". La descripción de la meta exigía como evidencia que el documento de Estrategia de Cooperación fuera revisado y ajustado; por el contrario lo que se encontró fue la propuesta de Procedimiento de Gestión de la cooperación institucional y como anexo el pantallazo de una presentación sobre Estrategia de Cooperación del 5/10/2018.</p> <p>4. Hallazgo 3 Se encontraron inconsistencias en el registro de los soportes de cumplimiento del Plan de Mejoramiento, en las Oportunidades de Mejora relacionadas con los ejercicios de autocontrol a cargo de la Oficina de Estudios Especiales y Apoyo Técnico. "Revisar cada paso, acción y documentos soportes del procedimiento OI.140.P10.P y ajustar según las modificaciones a que hayan lugar". Se encontró registrado en el POA el documento OI.140.P10.F03 Instructivo para la Elaboración de Análisis, investigaciones o estudios especializados; no así lo exigido en la descripción de la meta, que es el procedimiento OI.140.P10.P</p> |

|               |                   |       |            |         |     |                |
|---------------|-------------------|-------|------------|---------|-----|----------------|
| Procedimiento | AUDITORIA INTERNA |       |            |         |     |                |
| Código        | EV.130.P12.F10    | Fecha | 16/05/2018 | Versión | 4.0 | Página 6 de 11 |

| No. | Requisito relacionado  | Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)   |                  |   |   |                  |   |   |   |                  |   |  |   |                  |   |  |   |                  |    |   |   |                  |    |   |  |                  |
|-----|--|--|------------------|---|---|------------------|---|---|---|------------------|---|--|---|------------------|---|--|---|------------------|----|---|---|------------------|----|---|--|------------------|
|     |  | revisado y ajustado  |                  |   |   |                  |   |   |   |                  |   |  |   |                  |   |  |   |                  |    |   |   |                  |    |   |  |                  |
| 7.  | <p>Literal d) numeral 7.5.3.2 Control de la Información documentada Norma ISO 9001:2015</p> <p>Literal c) numeral 10.1 Mejora Norma ISO 9001:2015</p>  | <p>Mediante Resolución Orgánica número 010 del 10 de diciembre de 2018, la AGR adoptó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, una vez revisado el avance de la implementación se identificaron las siguientes situaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Información documentada: los registros que soportan el monitoreo y seguimiento a la implementación se encuentran en formato digital lo que genera riesgo frente a su conservación, almacenamiento y disposición.</li> <li>2. Mediante Acta 14 de enero de 2019, se presentó ante el Comité Institucional el POA 2019. Sin embargo, se identificó que la Oficina de Planeación para el periodo 5, no registró las actividades 4 políticas de transparencia y acceso a la información (MIPG) y 5 Política de direccionamiento y planeación (MIPG) presentadas en el POA las cuales tenían fecha final el 30 de abril de 2019.</li> <li>3. No se encontró evidencia del autodiagnóstico de las TICS y actividades registradas en POA frente a MIPG</li> <li>4. Frente al seguimiento de la implementación del Modelo integrado de Planeación y Gestión MIPG se identificó que el proceso a partir del periodo 5 realiza la tarea de Monitoreo y seguimiento a la ejecución de los planes de acción de MIPG, sin embargo existen debilidades frente a la verificación del cumplimiento de los compromisos adquiridos, toda vez que mediante Acta de seguimiento 1 del 29 de marzo de 2019, la oficina de Planeación estableció actividades para ser registradas en el aplicativo POAS MANAGER a la oficina Jurídica con fecha de cumplimiento al 30 de abril de la cuales no se encuentra evidencia de registro o solicitud de modificación de POA de las siguientes actividades 5, 7, 8, 9, 10, 12 durante los periodos 5 y 6.</li> </ol> <table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>La entidad realiza los estudios y evaluación de sus procesos anualmente, dentro del primer trimestre siguiente a la vigencia del año inmediatamente anterior.</td> <td>Se solicita a la Oficina Jurídica registrar como una actividad del POA.</td> <td>Abril 30 de 2019</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>El secretario técnico prepara un informe de la gestión del comité y de la ejecución de sus decisiones, que es entregado al representante legal del ente y a los miembros del comité cada seis (6) meses</td> <td>Se solicita a la Oficina Jurídica registrar como una actividad del POA.</td> <td>Abril 30 de 2019</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>La entidad envió el plan de acción del comité de conciliación de la siguiente vigencia fiscal a las oficinas de planeación y de control interno de la entidad.</td> <td>Se solicita a la Oficina Jurídica registrar como una actividad del POA.</td> <td>Abril 30 de 2019</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>El comité de conciliación tiene definidas actividades en el plan de acción anual para medir la eficiencia de la gestión en materia de implementación de la conciliación, mide la eficiencia de la conciliación, la eficacia de la conciliación, el ahorro patrimonial y la efectividad de las decisiones del comité de conciliación.</td> <td>Se solicita a la Oficina Jurídica registrar como una actividad del POA.</td> <td>Abril 30 de 2019</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>El Comité de Conciliación diseñó y aplicó el documento de políticas de defensa.</td> <td>Se solicita a la Oficina Jurídica registrar como una actividad del POA.</td> <td>Abril 30 de 2019</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>En el área de defensa judicial cuentan con un sistema de información digital que habilite el proceso de Gestión Documental.</td> <td>Se solicita a la Oficina Jurídica registrar como una actividad del POA, coordinar con la Dirección de Recursos Físicos la metodología para garantizar la gestión documental del proceso de defensa jurídica de la Entidad.</td> <td>Abril 30 de 2019</td> </tr> </table> | 5                | La entidad realiza los estudios y evaluación de sus procesos anualmente, dentro del primer trimestre siguiente a la vigencia del año inmediatamente anterior. | Se solicita a la Oficina Jurídica registrar como una actividad del POA. | Abril 30 de 2019 | 7 | El secretario técnico prepara un informe de la gestión del comité y de la ejecución de sus decisiones, que es entregado al representante legal del ente y a los miembros del comité cada seis (6) meses | Se solicita a la Oficina Jurídica registrar como una actividad del POA. | Abril 30 de 2019 | 8 | La entidad envió el plan de acción del comité de conciliación de la siguiente vigencia fiscal a las oficinas de planeación y de control interno de la entidad. | Se solicita a la Oficina Jurídica registrar como una actividad del POA. | Abril 30 de 2019 | 9 | El comité de conciliación tiene definidas actividades en el plan de acción anual para medir la eficiencia de la gestión en materia de implementación de la conciliación, mide la eficiencia de la conciliación, la eficacia de la conciliación, el ahorro patrimonial y la efectividad de las decisiones del comité de conciliación. | Se solicita a la Oficina Jurídica registrar como una actividad del POA. | Abril 30 de 2019 | 10 | El Comité de Conciliación diseñó y aplicó el documento de políticas de defensa. | Se solicita a la Oficina Jurídica registrar como una actividad del POA. | Abril 30 de 2019 | 12 | En el área de defensa judicial cuentan con un sistema de información digital que habilite el proceso de Gestión Documental. | Se solicita a la Oficina Jurídica registrar como una actividad del POA, coordinar con la Dirección de Recursos Físicos la metodología para garantizar la gestión documental del proceso de defensa jurídica de la Entidad. | Abril 30 de 2019 |
| 5   | La entidad realiza los estudios y evaluación de sus procesos anualmente, dentro del primer trimestre siguiente a la vigencia del año inmediatamente anterior.  | Se solicita a la Oficina Jurídica registrar como una actividad del POA.  | Abril 30 de 2019 |   |   |                  |   |   |   |                  |   |  |   |                  |   |  |   |                  |    |   |   |                  |    |   |  |                  |
| 7   | El secretario técnico prepara un informe de la gestión del comité y de la ejecución de sus decisiones, que es entregado al representante legal del ente y a los miembros del comité cada seis (6) meses  | Se solicita a la Oficina Jurídica registrar como una actividad del POA.  | Abril 30 de 2019 |   |   |                  |   |   |   |                  |   |  |   |                  |   |  |   |                  |    |   |   |                  |    |   |  |                  |
| 8   | La entidad envió el plan de acción del comité de conciliación de la siguiente vigencia fiscal a las oficinas de planeación y de control interno de la entidad.   | Se solicita a la Oficina Jurídica registrar como una actividad del POA.  | Abril 30 de 2019 |   |   |                  |   |   |   |                  |   |  |   |                  |   |  |   |                  |    |   |   |                  |    |   |  |                  |
| 9   | El comité de conciliación tiene definidas actividades en el plan de acción anual para medir la eficiencia de la gestión en materia de implementación de la conciliación, mide la eficiencia de la conciliación, la eficacia de la conciliación, el ahorro patrimonial y la efectividad de las decisiones del comité de conciliación. | Se solicita a la Oficina Jurídica registrar como una actividad del POA.  | Abril 30 de 2019 |   |   |                  |   |   |   |                  |   |  |   |                  |   |  |   |                  |    |   |   |                  |    |   |  |                  |
| 10  | El Comité de Conciliación diseñó y aplicó el documento de políticas de defensa.  | Se solicita a la Oficina Jurídica registrar como una actividad del POA.  | Abril 30 de 2019 |   |   |                  |   |   |   |                  |   |  |   |                  |   |  |   |                  |    |   |   |                  |    |   |  |                  |
| 12  | En el área de defensa judicial cuentan con un sistema de información digital que habilite el proceso de Gestión Documental.  | Se solicita a la Oficina Jurídica registrar como una actividad del POA, coordinar con la Dirección de Recursos Físicos la metodología para garantizar la gestión documental del proceso de defensa jurídica de la Entidad.   | Abril 30 de 2019 |   |   |                  |   |   |   |                  |   |  |   |                  |   |  |   |                  |    |   |   |                  |    |   |  |                  |
| 8.  | Numeral 10.1   | Se identificó que la entidad cuenta una herramienta tecnológica denominada POAS MANAGER que permite la formulación, seguimiento y control al PEI, sin embargo se   |                  |   |   |                  |   |   |   |                  |   |  |   |                  |   |  |   |                  |    |   |   |                  |    |   |  |                  |

|               |                   |       |            |         |     |                |
|---------------|-------------------|-------|------------|---------|-----|----------------|
| Procedimiento | AUDITORIA INTERNA |       |            |         |     |                |
| Código        | EV.130.P12.F10    | Fecha | 16/05/2018 | Versión | 4.0 | Página 7 de 11 |

| No.           | Requisito relacionado   | Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)   |   |         |                |             |        |   |  |   |        |   |  |   |        |   |   |  |        |   |   |  |       |   |  |   |       |   |  |   |       |   |   |  |       |   |  |   |        |   |   |  |
|---------------|---|--|---|---------|----------------|-------------|--------|---|--|---|--------|---|--|---|--------|---|---|--|--------|---|---|--|-------|---|--|---|-------|---|--|---|-------|---|---|--|-------|---|--|---|--------|---|---|--|
|               | Mejora Norma ISO 9001:2015  | evidenciaron oportunidades de mejora frente a su utilidad:<br>1. El módulo de Proyecto de Inversión se encuentra formulado pero no tiene seguimientos.<br>2. Oportunidad de mejora frente al control de fecha establecida para el cumplimiento de actividades, toda vez que la fecha de fin de meta establecida en la tarea de la actividad 1.1.3 <i>Desarrollar herramientas para la normalización metodológica y de criterios del conocimiento especializado para la vigilancia fiscal del periodo 5 del proceso de Orientación Institucional</i> es inferior a la subtarea.   |   |         |                |             |        |   |  |   |        |   |  |   |        |   |   |  |        |   |   |  |       |   |  |   |       |   |  |   |       |   |   |  |       |   |  |   |        |   |   |  |
| 9.            | 7.1.5 Recursos de seguimiento y medición<br>7.1.5.1.  | Una vez revisados los documentos y la descripción de seguimiento adjuntos al reporte del periodo cuarto y quinto en el POA a cargo de la oficina de Estudios Especiales, se evidenció que los mismos no permiten llevar a cabo la medición según el indicador establecido o el cumplimiento total de la tarea, por lo que se identifica una oportunidad de mejora frente a los reportes generados:<br><br><table border="1" data-bbox="438 766 1461 1522"> <thead> <tr> <th>NO. ACTIVIDAD</th> <th>PERIODO</th> <th>TAREA/SUBTAREA</th> <th>OBSERVACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.2.16</td> <td>4</td> <td>Ejecutar el plan anual de formación y capacitación 2018 funcionarios AGR</td> <td>La descripción de la evidencia de cumplimiento no permite establecer cuántos funcionarios fueron capacitados durante el trimestre</td> </tr> <tr> <td>1.2.16</td> <td>4</td> <td>Evaluar el plan anual de formación y capacitación 2018</td> <td>La evidencia no permite establecer el cumplimiento de la actividad toda vez que en el adjunto solo se encuentra la calificación de los funcionarios pero no la evaluación del PAFC y las necesidades para planes futuros.</td> </tr> <tr> <td>1.2.17</td> <td>4</td> <td>Implementar y monitorear la estrategia de cooperación institucional</td> <td>La evidencia no permite establecer el monitoreo de la estrategia</td> </tr> <tr> <td>1.2.17</td> <td>4</td> <td>Elaborar los análisis, investigaciones y estudios especiales de las temáticas y líneas definidas 2018</td> <td>Se adjuntó evidencia únicamente del estudio de Pos acuerdo, durante trabajo de capo se revisó el estudio de análisis contralorías.</td> </tr> <tr> <td>3.1.1</td> <td>4</td> <td>Ejecutar y hacer seguimiento a los protocolos de prensa, relaciones públicas, imagen corporativa y eventos que se proyecten en el RECI</td> <td>Del análisis de la evidencia de cumplimiento se observa que no se registra el seguimiento realizado el protocolo de prensa.</td> </tr> <tr> <td>3.4.2</td> <td>4</td> <td>Implementar Observatorio de Política Pública de Control Fiscal</td> <td>La evidencia adjunta, no permite verificar el cumplimiento de la subtarea el cargue de la información deber coherente con la descripción y el indicador</td> </tr> <tr> <td>4.2.3</td> <td>4</td> <td>Realizar la revisión y ajustes a los documentos del SGC, relativos al proceso</td> <td>La evidencia no permite medir el indicador</td> </tr> <tr> <td>2.2.3</td> <td>5</td> <td>Realizar el seminario de "Reflexiones para la Vigilancia Fiscal"</td> <td>La evidencia no es coherente con la actividad, durante trabajo de campo se verificó que no se realizó el seminario se envió el libro por medio magnético a los magistrados del Consejo de Estado.</td> </tr> <tr> <td>3.2.16</td> <td>5</td> <td>Actualizar la información que debe publicar la AGR en página web, de acuerdo al "tablero de control página web" relativa al proceso</td> <td>La evidencia no permite establecer el cumplimiento total de la tarea de conformidad con el cuadro de control web</td> </tr> </tbody> </table> | NO. ACTIVIDAD   | PERIODO | TAREA/SUBTAREA | OBSERVACIÓN | 1.2.16 | 4 | Ejecutar el plan anual de formación y capacitación 2018 funcionarios AGR | La descripción de la evidencia de cumplimiento no permite establecer cuántos funcionarios fueron capacitados durante el trimestre | 1.2.16 | 4 | Evaluar el plan anual de formación y capacitación 2018 | La evidencia no permite establecer el cumplimiento de la actividad toda vez que en el adjunto solo se encuentra la calificación de los funcionarios pero no la evaluación del PAFC y las necesidades para planes futuros. | 1.2.17 | 4 | Implementar y monitorear la estrategia de cooperación institucional | La evidencia no permite establecer el monitoreo de la estrategia | 1.2.17 | 4 | Elaborar los análisis, investigaciones y estudios especiales de las temáticas y líneas definidas 2018 | Se adjuntó evidencia únicamente del estudio de Pos acuerdo, durante trabajo de capo se revisó el estudio de análisis contralorías. | 3.1.1 | 4 | Ejecutar y hacer seguimiento a los protocolos de prensa, relaciones públicas, imagen corporativa y eventos que se proyecten en el RECI | Del análisis de la evidencia de cumplimiento se observa que no se registra el seguimiento realizado el protocolo de prensa. | 3.4.2 | 4 | Implementar Observatorio de Política Pública de Control Fiscal | La evidencia adjunta, no permite verificar el cumplimiento de la subtarea el cargue de la información deber coherente con la descripción y el indicador | 4.2.3 | 4 | Realizar la revisión y ajustes a los documentos del SGC, relativos al proceso | La evidencia no permite medir el indicador | 2.2.3 | 5 | Realizar el seminario de "Reflexiones para la Vigilancia Fiscal" | La evidencia no es coherente con la actividad, durante trabajo de campo se verificó que no se realizó el seminario se envió el libro por medio magnético a los magistrados del Consejo de Estado. | 3.2.16 | 5 | Actualizar la información que debe publicar la AGR en página web, de acuerdo al "tablero de control página web" relativa al proceso | La evidencia no permite establecer el cumplimiento total de la tarea de conformidad con el cuadro de control web |
| NO. ACTIVIDAD | PERIODO   | TAREA/SUBTAREA   | OBSERVACIÓN   |         |                |             |        |   |  |   |        |   |  |   |        |   |   |  |        |   |   |  |       |   |  |   |       |   |  |   |       |   |   |  |       |   |  |   |        |   |   |  |
| 1.2.16        | 4   | Ejecutar el plan anual de formación y capacitación 2018 funcionarios AGR   | La descripción de la evidencia de cumplimiento no permite establecer cuántos funcionarios fueron capacitados durante el trimestre   |         |                |             |        |   |  |   |        |   |  |   |        |   |   |  |        |   |   |  |       |   |  |   |       |   |  |   |       |   |   |  |       |   |  |   |        |   |   |  |
| 1.2.16        | 4   | Evaluar el plan anual de formación y capacitación 2018   | La evidencia no permite establecer el cumplimiento de la actividad toda vez que en el adjunto solo se encuentra la calificación de los funcionarios pero no la evaluación del PAFC y las necesidades para planes futuros. |         |                |             |        |   |  |   |        |   |  |   |        |   |   |  |        |   |   |  |       |   |  |   |       |   |  |   |       |   |   |  |       |   |  |   |        |   |   |  |
| 1.2.17        | 4   | Implementar y monitorear la estrategia de cooperación institucional  | La evidencia no permite establecer el monitoreo de la estrategia  |         |                |             |        |   |  |   |        |   |  |   |        |   |   |  |        |   |   |  |       |   |  |   |       |   |  |   |       |   |   |  |       |   |  |   |        |   |   |  |
| 1.2.17        | 4   | Elaborar los análisis, investigaciones y estudios especiales de las temáticas y líneas definidas 2018  | Se adjuntó evidencia únicamente del estudio de Pos acuerdo, durante trabajo de capo se revisó el estudio de análisis contralorías.  |         |                |             |        |   |  |   |        |   |  |   |        |   |   |  |        |   |   |  |       |   |  |   |       |   |  |   |       |   |   |  |       |   |  |   |        |   |   |  |
| 3.1.1         | 4   | Ejecutar y hacer seguimiento a los protocolos de prensa, relaciones públicas, imagen corporativa y eventos que se proyecten en el RECI   | Del análisis de la evidencia de cumplimiento se observa que no se registra el seguimiento realizado el protocolo de prensa.   |         |                |             |        |   |  |   |        |   |  |   |        |   |   |  |        |   |   |  |       |   |  |   |       |   |  |   |       |   |   |  |       |   |  |   |        |   |   |  |
| 3.4.2         | 4   | Implementar Observatorio de Política Pública de Control Fiscal   | La evidencia adjunta, no permite verificar el cumplimiento de la subtarea el cargue de la información deber coherente con la descripción y el indicador   |         |                |             |        |   |  |   |        |   |  |   |        |   |   |  |        |   |   |  |       |   |  |   |       |   |  |   |       |   |   |  |       |   |  |   |        |   |   |  |
| 4.2.3         | 4   | Realizar la revisión y ajustes a los documentos del SGC, relativos al proceso  | La evidencia no permite medir el indicador  |         |                |             |        |   |  |   |        |   |  |   |        |   |   |  |        |   |   |  |       |   |  |   |       |   |  |   |       |   |   |  |       |   |  |   |        |   |   |  |
| 2.2.3         | 5   | Realizar el seminario de "Reflexiones para la Vigilancia Fiscal"   | La evidencia no es coherente con la actividad, durante trabajo de campo se verificó que no se realizó el seminario se envió el libro por medio magnético a los magistrados del Consejo de Estado.                         |         |                |             |        |   |  |   |        |   |  |   |        |   |   |  |        |   |   |  |       |   |  |   |       |   |  |   |       |   |   |  |       |   |  |   |        |   |   |  |
| 3.2.16        | 5   | Actualizar la información que debe publicar la AGR en página web, de acuerdo al "tablero de control página web" relativa al proceso  | La evidencia no permite establecer el cumplimiento total de la tarea de conformidad con el cuadro de control web  |         |                |             |        |   |  |   |        |   |  |   |        |   |   |  |        |   |   |  |       |   |  |   |       |   |  |   |       |   |   |  |       |   |  |   |        |   |   |  |
| 10.           | Anexo OI.140.P05.A01 Plan Estratégico de Comunicación, prensa, Imagen y relaciones públicas | Revisado el anexo OI.140.P05.A01 Plan Estratégico de Comunicación, prensa, Imagen y relaciones públicas no se evidenció cumplimiento del numeral 6.4 del anexo tabla 2. <b>Periodicidad de medios</b> según descripción adjunta lo que genera riesgo frente al cumplimiento del objetivo de la estrategia, por lo que se identifica una oportunidad de mejora frente a la revisión de responsables y tiempos.<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Oportunidad de mejora frente al sistema digital de información en las Gerencias seccionales.</li> <li>Oportunidad de mejora frente al monitoreo de prensa divulgado en medios internos, toda vez que el monitoreo de prensa no. 1 del 6 de septiembre de 2019 publicado por el correo institucional se tituló una noticia "<i>todos los jóvenes deben tener las</i>"</li> </ul>  |   |         |                |             |        |   |  |   |        |   |  |   |        |   |   |  |        |   |   |  |       |   |  |   |       |   |  |   |       |   |   |  |       |   |  |   |        |   |   |  |

|                      |                   |              |            |                |     |                |
|----------------------|-------------------|--------------|------------|----------------|-----|----------------|
| <b>Procedimiento</b> | AUDITORIA INTERNA |              |            |                |     |                |
| <b>Código</b>        | EV.130.P12.F10    | <b>Fecha</b> | 16/05/2018 | <b>Versión</b> | 4.0 | Página 8 de 11 |

| No                                   | Requisito relacionado   | Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)   |                                      |  |  |                |             |             |             |                       |  |             |                     |  |             |                     |  |             |                     |   |             |                     |   |             |                     |  |
|--------------------------------------|---|--|--------------------------------------|--|--|----------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------|--|-------------|---------------------|--|-------------|---------------------|--|-------------|---------------------|---|-------------|---------------------|---|-------------|---------------------|--|
|                                      | Numeral 7.4<br>Comunicación<br>Norma ISO<br>9001:2015   | <p><i>herramientas para ser emprendedores</i>" cuyo contenido hace alusión al perfil político del candidato número 2 por el partido centro democrático lo cual genera riesgos frente a la imagen institucional, y el cual no es acorde con lo descrito en el numeral 6.1.4 del Anexo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El numeral 6.4 estableció que la publicación de la Bitácora es mensual, sin embargo se evidenció una sola publicación del mes de marzo de 2019.</li> <li>No se evidencian gestiones frente al Anexo 1 de <i>protocolos de buen uso para el manejo de la Intranet</i> según numeral 6.1.5</li> <li>No se evidencian registros del Boletín de información y comunicaciones que trata el numeral 6.2.1.</li> <li>El numeral 6.2.2 establecido que la revista <i>Sindéresis</i> se publica de forma trimestral, sin embargo la última publicación se realizó hasta número 17 de enero de 2015.</li> <li>No se evidencia gestión frente a la actualización del perfil del señor Auditor en la enciclopedia virtual web Wikipedia.</li> <li>Auditoria APP: la aplicación no se encuentra en los motores de búsqueda de los sistema operativos de los dispositivos móviles</li> <li>Las tablas 3, 4, 5 y del numeral 6.4 no tiene definidos responsables.</li> </ul>   |                                      |  |  |                |             |             |             |                       |  |             |                     |  |             |                     |  |             |                     |   |             |                     |   |             |                     |  |
| 11.                                  | Procedimiento<br>OI.140.P05.P<br><br>Plan Estratégico<br>Institucional<br><br>8.1.<br>planificación y<br>control<br>operacional<br>Norma ISO<br>9001:2015   | <p>Durante trabajo de campo se evidenció que para el periodo 5 del POA se reportó como cumplimiento de la sub tarea de la actividad 1-2.18 la elaboración del trabajo denominado "<i>Control social y rendiciones de cuenta: factores determinantes en la vigilancia fiscal de las contralorías territoriales en Colombia</i>", no obstante no se evidencia su publicación a la fecha de auditoria, por lo que una vez revisado el procedimiento OI.140.P05.P se identificó que no existe control de términos frente a la actividad de publicaciones de impresos pasos del 11 al 16, lo que genera un riesgo frente la toma de decisiones y cumplimiento del objetivos del PEI</p>   |                                      |  |  |                |             |             |             |                       |  |             |                     |  |             |                     |  |             |                     |   |             |                     |   |             |                     |  |
| 12.                                  | Procedimiento<br>PC.210.P02.P<br>Atención de<br>peticiones<br>ciudadanas<br><br>procedimiento<br>EV.120.P01.P<br>Control de las<br>salidas no<br>conformes<br><br>Procedimiento<br>GJ.110.P05.F01<br><br>Procedimiento<br>GD.233.P02.P<br>Numeral 8<br>Operación<br>Norma ISO | <p>Durante trabajo de campo se seleccionó aleatoriamente expedientes de SIA ATC del proceso a fin de verificar el cumplimiento del procedimiento PC.210.P02.P Atención de peticiones ciudadanas, de los cuales se evidenciaron las siguientes inconsistencias:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">PAPEL DE TRABAJO REVISION PETICIONES</th> </tr> <tr> <th>NÚMERO SIA ATC</th> <th>DEPENDENCIA</th> <th>OBSERVACION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12018000600</td> <td>Oficina de Planeación</td> <td>La respuesta de petición no tiene control de correspondencia, escáner en ORFEO y no se adjuntó la encuesta solo se mencionó en el oficio</td> </tr> <tr> <td>12019000050</td> <td>Estudios Especiales</td> <td>La caratula esta diligenciada en lápiz e incompleta, el oficio de respuesta con radicado 20191400002761 no tiene control de correspondencia.</td> </tr> <tr> <td>12019000031</td> <td>Estudios Especiales</td> <td>La caratula esta diligenciada en lápiz e incompleta.</td> </tr> <tr> <td>12019000073</td> <td>Estudios Especiales</td> <td>El oficio de respuesta con radicado 20191400003791 del 11 de febrero no tiene control por parte del grupo de correspondencia.</td> </tr> <tr> <td>12019000169</td> <td>Estudios Especiales</td> <td>La caratula esta diligenciada en lápiz e incompleta, el oficio de respuesta con radicado 2019140007971 no tiene control de correspondencia.</td> </tr> <tr> <td>12019000206</td> <td>Estudios Especiales</td> <td>La caratula esta diligenciada en lápiz e incompleta, se menciona en el oficio de respuesta 20191400009171 el envió de la encuesta pero no se evidencia en el aplicativo y expediente el registro del envió</td> </tr> </tbody> </table> | PAPEL DE TRABAJO REVISION PETICIONES |  |  | NÚMERO SIA ATC | DEPENDENCIA | OBSERVACION | 12018000600 | Oficina de Planeación | La respuesta de petición no tiene control de correspondencia, escáner en ORFEO y no se adjuntó la encuesta solo se mencionó en el oficio | 12019000050 | Estudios Especiales | La caratula esta diligenciada en lápiz e incompleta, el oficio de respuesta con radicado 20191400002761 no tiene control de correspondencia. | 12019000031 | Estudios Especiales | La caratula esta diligenciada en lápiz e incompleta. | 12019000073 | Estudios Especiales | El oficio de respuesta con radicado 20191400003791 del 11 de febrero no tiene control por parte del grupo de correspondencia. | 12019000169 | Estudios Especiales | La caratula esta diligenciada en lápiz e incompleta, el oficio de respuesta con radicado 2019140007971 no tiene control de correspondencia. | 12019000206 | Estudios Especiales | La caratula esta diligenciada en lápiz e incompleta, se menciona en el oficio de respuesta 20191400009171 el envió de la encuesta pero no se evidencia en el aplicativo y expediente el registro del envió |
| PAPEL DE TRABAJO REVISION PETICIONES |   |  |                                      |  |  |                |             |             |             |                       |  |             |                     |  |             |                     |  |             |                     |   |             |                     |   |             |                     |  |
| NÚMERO SIA ATC                       | DEPENDENCIA   | OBSERVACION  |                                      |  |  |                |             |             |             |                       |  |             |                     |  |             |                     |  |             |                     |   |             |                     |   |             |                     |  |
| 12018000600                          | Oficina de Planeación   | La respuesta de petición no tiene control de correspondencia, escáner en ORFEO y no se adjuntó la encuesta solo se mencionó en el oficio   |                                      |  |  |                |             |             |             |                       |  |             |                     |  |             |                     |  |             |                     |   |             |                     |   |             |                     |  |
| 12019000050                          | Estudios Especiales   | La caratula esta diligenciada en lápiz e incompleta, el oficio de respuesta con radicado 20191400002761 no tiene control de correspondencia.   |                                      |  |  |                |             |             |             |                       |  |             |                     |  |             |                     |  |             |                     |   |             |                     |   |             |                     |  |
| 12019000031                          | Estudios Especiales   | La caratula esta diligenciada en lápiz e incompleta.   |                                      |  |  |                |             |             |             |                       |  |             |                     |  |             |                     |  |             |                     |   |             |                     |   |             |                     |  |
| 12019000073                          | Estudios Especiales   | El oficio de respuesta con radicado 20191400003791 del 11 de febrero no tiene control por parte del grupo de correspondencia.  |                                      |  |  |                |             |             |             |                       |  |             |                     |  |             |                     |  |             |                     |   |             |                     |   |             |                     |  |
| 12019000169                          | Estudios Especiales   | La caratula esta diligenciada en lápiz e incompleta, el oficio de respuesta con radicado 2019140007971 no tiene control de correspondencia.  |                                      |  |  |                |             |             |             |                       |  |             |                     |  |             |                     |  |             |                     |   |             |                     |   |             |                     |  |
| 12019000206                          | Estudios Especiales   | La caratula esta diligenciada en lápiz e incompleta, se menciona en el oficio de respuesta 20191400009171 el envió de la encuesta pero no se evidencia en el aplicativo y expediente el registro del envió   |                                      |  |  |                |             |             |             |                       |  |             |                     |  |             |                     |  |             |                     |   |             |                     |   |             |                     |  |

|               |                   |       |            |         |     |                |
|---------------|-------------------|-------|------------|---------|-----|----------------|
| Procedimiento | AUDITORIA INTERNA |       |            |         |     |                |
| Código        | EV.130.P12.F10    | Fecha | 16/05/2018 | Versión | 4.0 | Página 9 de 11 |

| No  | Requisito relacionado   | Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)   |
|-----|---|--|
|     | 9001:2015   |  |
| 13. | 7.4<br>Comunicación<br>7.1.2 personas<br>Norma ISO<br>9001:2015   | <p>Frente a la publicación de contenidos en red de página web e intranet, el proceso cuenta con un procedimiento identificado con el código OI.140.P05.P denominado <i>divulgación, promoción y comunicación institucional</i>, sin embargo durante trabajo de campo se identificó que existe un tablero de control de la publicación de contenido de la página web el cual no hace parte del procedimiento y el cual es registrado en las actividades de POA.</p> <p>Una vez revisada la página web de la AGR se encontró que los siguientes módulos se encuentran desactualizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El último boletín publicado es de fecha 20 de marzo de 2018.</li> <li>• El modulo zona infantil no tiene texto adecuado para el objeto de población.</li> <li>• En la sección sala de prensa – eventos 2019, foro control interno no se evidenció contenido en la galería fotográfica solo un link que re direccionada a una página externa.</li> <li>• Estudios de control fiscal: documentos de trabajo actualizado hasta la vigencia 2017.</li> </ul> |
| 14. | 7.4<br>Comunicación<br>Norma ISO<br>9001:2015<br>procedimiento<br>OI.140.P05.P                                      | <p>Durante trabajo de campo se observó que la página web de la entidad es actualizada por los web locales de cada dependencia según procedimiento OI.140.P05.P, no obstante no se observó registro del funcionario que realiza las funciones de web master según paso 26, 27 y 28, situación en la cual se evidenció la materialización de un riesgo seguridad informática en modulo sala de prensa- eventos- galería fotográfica- rendición de cuentas en el cual se encontraba alojado un virus.</p>   |
| 15. | paso 12 del<br>procedimiento<br>OI.140.P05.P<br>numeral 8.4<br>Control de los<br>procesos<br>Norma ISO<br>9001:2015 | <p>Durante trabajo de campo el auditado manifestó que durante la vigencia 2018, se hicieron 9 estudios especializados de los cuales no se evidencia estudio por parte del Comité de comunicaciones de conformidad con lo establecido en el paso 12 del procedimiento OI.140.P05.P</p>  |
| 16. | 8.1 planificación<br>y control<br>operacional<br>Norma ISO<br>9001:2015   | <p>Una vez revisado el procedimiento OI.120.P06 frente a los proyectos de inversión se observó que la Entidad cuenta con 4 proyectos de inversión con una asignación presupuestal de \$6.479.739.246 y un avance de gestión del 67.6 %. Durante trabajo de campo se identificó que no existen usuarios de respaldo para el reporte en el aplicativo SPI del DNP en el enveto que los funcionarios con clave designada no se encuentren, toda vez que las claves y usuarios son personales e intransferibles lo que puede generar riesgo frente a los reportes que se realizan en el sistema de información.</p>  |
| 17. | Numeral 7.1.3<br>b) Norma ISO<br>9001:2015  | <p>Durante trabajo de campo se evidenció que la actividad de producción de multimedia se realiza en el computador personal de la funcionaria Vanessa Acosta Lugo toda vez que los equipos de cómputo destinados para estas actividades no se encuentran en funcionamiento.</p> <p>El software para la producción de diseño gráfico y audiovisual se encuentra desactualizada la versión 6 suite CSC, lo que no permite que funcione Windows 8.1 o superior.</p>  |
| 18. | Resolución  | Mediante Resolución Orgánica número 5 de 2010 se creó el Grupo de Comunicaciones   |

|                      |                   |              |            |                |     |                 |
|----------------------|-------------------|--------------|------------|----------------|-----|-----------------|
| <b>Procedimiento</b> | AUDITORIA INTERNA |              |            |                |     |                 |
| <b>Código</b>        | EV.130.P12.F10    | <b>Fecha</b> | 16/05/2018 | <b>Versión</b> | 4.0 | Página 10 de 11 |

| No | Requisito relacionado   | Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)  |
|----|---|---|
|    | Orgánica número 5 de 2010.<br><br>Numeral 5 artículo 13 Decreto 272 de 2000 | adscrito al despacho del Auditor General, sin embargo en el SGC el responsable es la Oficina de Estudios Especiales de lo cual no se evidencia registro frente al cambio de responsable. No se evidenció que las funciones que actualmente lleva el grupo de Comunicaciones hagan parte de las funciones de la Oficina de estudios Especiales y Apoyo Técnico establecidas en el Decreto 272 de 2000, situación que puede generar un riesgo frente a su cumplimiento. |

## 5. 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, de igual forma se hace mención expresa frente a los siguientes resultados encontrados durante el trabajo de campo:

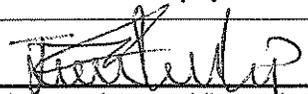
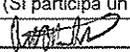
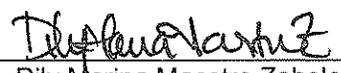
1. Se resalta la importancia de continuar con las publicaciones de la revista Sindéresis la cual se constituye según la estrategia de comunicaciones como un gran generador de opinión y propulsor de investigación y análisis en torno a las temáticas relacionadas con el control Fiscal, fortaleciendo la imagen institucional en el marco del Observatorio de política Publica de Control Fiscal.
2. Se identificó oportunidad de mejora en las jornadas de capacitación frente a la formulación de actividades, indicadores y registro de evidencias del POA.
3. Revisado el objetivo del Plan Anual de Formación y Capacitación para los funcionarios del control fiscal y los ciudadanos del control social como actividad del Plan de Inversión *capacitación y fortalecimiento de las competencias de los funcionarios en control fiscal y de los ciudadanos en Control Social Nacional* se considera pertinente su inclusión dentro del nuevo modelo integrado de gestión MIPG. De igual forma se resalta la importancia de incluir las actividades, controles y responsables dentro del SGC en tanto se hace la migración al nuevo modelo.
4. Teniendo en cuenta el presupuesto asignado para la ejecución de los proyectos inversión a cargo de la Entidad se considera pertinente incluir dentro del siguiente Plan Anual de Auditorías vigencia 2020, la programación de auditoría interna a los Convenios de Cooperación y los contratos derivados de los proyectos de inversión.
5. La Directora de Estudios Especiales resalta la importancia de fortalecer el talento humano de la dependencia para el cumplimiento de los fines y metas propuestas.
6. Se debe llevar a cabo una revisión del procedimiento OI.140.P05.P en cuanto al capítulo de monitoreo y actualización de la página web toda vez que durante trabajo de campo se identificó un virus y no existen puntos de control frente a la verificación de contenido en cada uno de los módulos de la página, y el El tablero de control de la página web no se encuentra documentado en el SGC.
7. Se identificó la necesidad de capacitar a los funcionarios de la oficina de Estudios Especiales en análisis causal y formulación de acciones de mejora toda vez que durante trabajo de campo se identificó que la acción propuesta no fue efectiva.
8. La Oficina de Estudios Especiales debe determinar la viabilidad de incluir dentro del Listado de Informes Externos los informes periódicos derivados del Observatorio de política Publica de Control Fiscal ante Colciencias.
9. Teniendo que en las políticas de Dirección de la Auditoría, la comunicación tienen un carácter estratégico y está orientada a la modernización tecnológica, construcción de la entidad institucional y al fortalecimiento de la disposición organizacional para la apertura, la interlocución y la visibilidad en sus relaciones con los públicos interno externo según lo establecido en Resolución Orgánica 05 de 2010, es necesario llevar a cabo una revisión del grupo de comunicaciones dentro de MIPG.
10. Se identificaron oportunidades de mejora frente a la utilidad del módulo de evidencias del aplicativo SIA

|                      |                   |              |            |                |     |                 |
|----------------------|-------------------|--------------|------------|----------------|-----|-----------------|
| <b>Procedimiento</b> | AUDITORIA INTERNA |              |            |                |     |                 |
| <b>Código</b>        | EV.130.P12.F10    | <b>Fecha</b> | 16/05/2018 | <b>Versión</b> | 4.0 | Página 11 de 11 |

POAS MANAGER, toda vez que no permite visualizar los indicadores propuestos para cada actividad cuando se está reportando la actividad, por lo que en los eventos registrados en el presente informe no se pudo llevar cabo su medición.

11. Se identificaron oportunidades de mejora frente a la numeración de las acciones del plan de mejoramiento del aplicativo SIA POAS MANAGER teniendo en cuenta que la clasificación se hace por fuente de información lo que genera duplicidad en el número, generando riesgo frente al registro de los soportes.
12. Teniendo en cuenta la expedición de la Resolución Orgánica 006 del 23 de abril de 2019, es necesario llevar a cabo una revisión de los documentos del SGC a fin de realizar la respectiva modificación del marco normativo.

#### 5. FIRMAS

| Líder del Equipo Auditor  | Equipo de Auditores<br>(Si participa un Auditor junior especifique)   | Aprobado por Auditor Líder –<br>DOCI  |
|---|---|---|
| <br>Jeimmy Lorena Viracacha Peña | <br>Omar Camilo Riaño Sánchez<br><br>Jeimmy Lorena Viracacha Peña | <br>Dily Marina Maestre Zabala |

Versión 3.2 – Acta 03 del CCA – del 16 de mayo de 2018  
 COPM CONTROLADA