

**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 5					

Tipo de Auditoria	Presencial ( X )	Remota ( )
Fecha informe (dd/mes/año)	13/06/2019	
Auditoría Interna (marcar con x)	Programada ( X )	Especial ( )
Proceso auditado / Tema	Evaluación, Control y Mejora	
Líder del proceso auditado	Director de la Oficina de Planeación – Dr. Juan Camilo Zuluaga Morillo	

**1. DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORIA INTERNA**

Fecha reunión de apertura:	08/05/2019	Vigencia auditada:	2018 y primer trimestre del 2019
Líder del Equipo Auditor:	Óscar Hernán Serrato González		
Equipo Auditor (Nombres, cargos y dependencias)	Bibiana Gutiérrez Romero – Profesional Universitario Grado 01 – Talento Humano		
Titulares dependencias visitadas o consultadas	Nombre		Dependencia
	Juan Camilo Zuluaga Morillo		Director Oficina de Planeación
	Dily Marina Maestre Zabala		Directora Oficina de Control Interno
	Rodrigo Tovar Garcés		Auditor Auxiliar

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

**2.1. Objetivo:**

Verificar el cumplimiento del objetivo del proceso en concordancia con los objetivos institucionales y el desarrollo del ciclo Planear, Hacer, Verificar, Actuar –PHVA- de acuerdo con la normatividad aplicable, el Sistema de Gestión y la Norma ISO 9001:2015.

**2.2. Alcance:**

El alcance de la auditoría interna involucra el análisis de las evidencias de la gestión del proceso durante la vigencia 2018 y primer trimestre del 2019, el cual puede abarcar tiempo adicional o anterior, siempre y cuando se encuentre debidamente justificado.

**2.3. Criterios:**

Marco Normativo aplicable: Constitución Política de Colombia, Ley 489 1993, Ley 42 1993, Ley 87 1993, Ley 152 1994, Ley 90 1995, Ley 1474 2011, Decreto Ley 272 de 2000, Decreto 1537 2001, Decreto 1081 de 2015, Decreto 1083 de 2015, Decreto 648 de 2015, Decreto 124 de 2016, Resolución Orgánica 12 de 2014, Resolución Orgánica 003 de 2018, Sentencias C-1339 de 2000, Sentencia C-1176 de 2004, C-599 de 2011. Norma NTC ISO 9001:2015. Sistema de Gestión SG.

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

Aspecto	SI	PARCIAL	NO
3.1. Seguimiento Plan de Mejoramiento (Unificado con todas las fuentes de			

<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 5

Aspecto	SI	PARCIAL	NO
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 AUDITORIA INTERNA

##### 4.1 Fortalezas

Se evidenció conocimiento del funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad – SGC, del proceso evaluado y la disponibilidad en la entrega de información y evidencias solicitadas, por parte de los funcionarios que atendieron la auditoría interna.

##### 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	<p>Procedimiento GD.120.P10.P Elaboración, actualización y modificación de documentos y registros del SG, Paso 1 y la Metodología identificada como GD.120.P10.A02 numeral 8 Seguimiento y actualización.</p> <p>7.5 Información Documentada 7.5.2. Creación y actualización (a) y (b) de la norma NTC-ISO 9001:2015.</p>	<p>Se observa desactualización normativa, uso de formatos no vigentes expedientes incompletos, en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Desactualización de la caracterización y el normograma, debido a que no incluyen la Resolución Orgánica 003 de 2018 (4 de abril) la cual regula el funcionamiento de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.</li> <li>La caracterización incluye un Concepto del Consejo de Estado Radicado No. 11001-03-06-000-2004-01606-01; el cual se refiere al Sistema de Gestión de la Calidad, Entidades obligadas, Reglamentación de la norma técnica de calidad para la gestión pública y Ley 872 de 2003. Dicha ley se encuentra derogada y la norma mencionada perdió vigencia.</li> <li>Desactualización de la base legal del procedimiento EV.120.P01.P Control de las Salidas No Conformes, debido a que incluye una norma derogada (Ley 872 de 2003)</li> <li>Elaboración en formato desactualizado de la Resolución Orgánica 003 de 2018.</li> <li>Elaboración en formato desactualizado y publicación del Plan Anual de Auditorías inicial Vigencia 2018.</li> <li>La carpeta Documentos del SG contiene una carpeta denominada "Norma técnica de calidad", sin embargo, de acuerdo con la Circular 140 de 2017 del ICONTEC señala que a partir del 11 de septiembre de 2017 la Norma NTC GP 1000 perdió su vigencia.</li> </ul>

revisar y actualizar la carpeta ...

Oficina recordando la actualización de la última versión

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA				
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0
					Página 3 de 5

No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
2	<p>Procedimiento EV.130.P12.P Auditoría Interna, paso 24.</p> <p>Procedimiento GD.233.P05.P Actualización Tablas de Retención Documental, paso 3.</p> <p>Procedimiento GD.233.P02.P Metodología para la organización de archivos, paso 1 y el anexo GD.233.P02.A1 Metodología para la Organización de Archivos, numeral 3.1 Definición de expediente.</p>	<p>Los expedientes de las auditorías internas revisadas no contienen todos los registros establecidos en el procedimiento, así: para el expediente del proceso EV vigencia 2017 no se identificó la trazabilidad de cambio de auditor interno, fechas de reunión de apertura erradas en los formatos e incluye un informe de otra auditoría. En el expediente del proceso TH 2018 no se encuentra el oficio de comunicación de la auditoría ni el formato de certificación del auditor interno; el formato de plan de visitas y de cronograma no están firmados.</p> <p>Adicionalmente se verificó que la tabla de retención documental correspondiente a la Oficina de Control Interno se encuentra desactualizada, teniendo en cuenta que relaciona el formato de contradicción y el informe preliminar, formatos eliminados del procedimiento.</p> <p style="text-align: right;">Tabla.</p>
3	<p>Procedimiento EV.130.P10.P Plan de Mejoramiento, paso 1 e Instructivo EV.130.P10.I, paso 2.</p> <p>10.2 No Conformidad y Acciones Correctivas de la norma ISO 9001:2015</p>	<p>Verificado el plan de mejoramiento de la auditoría interna del proceso TI vigencia 2018 comunicado en diciembre de 2018, se observa que no se formuló plan de mejoramiento para la observación No. 1 sobre Toma de conciencia del SG. Adicionalmente no se identificó un punto de control para garantizar que todas las no conformidades y observaciones de una auditoría interna cuentan con el plan de mejoramiento correspondiente.</p>
4	<p>Procedimiento GD.120.P10.P Elaboración, actualización y modificación de documentos y registros del SG, Paso 3 y la Metodología identificada como GD.120.P10.A02 numeral 2.2 Levantamiento de Procedimientos, 2.2.1.3 Código (área responsable del procedimiento) y numeral 8 Seguimiento y actualización.</p> <p>Procedimiento EV.120.P01.P Control de las Salidas No Conformes</p> <p>7.5 Información Documentada 7.5.2. Creación y actualización (a) y (b) de la norma NTC-ISO 9001:2015.</p>	<p>En el procedimiento EV.120.P01.P Control de las Salidas No Conformes fueron suministradas las evidencias de las actividades de la Oficina de Planeación, reciben un informe de las oficinas misionales de la entidad, el cual consolidan, para su respectiva gestión, sin embargo, estas actividades no están incluidas en el procedimiento en ninguno de los pasos, ni se define la participación de la oficina que es el área responsable del procedimiento.</p>
5	<p>Procedimiento EV.130.P10.P Plan de Mejoramiento, pasos 2, 3 y 4.</p> <p>10.2 No Conformidad y Acciones Correctivas, literal b, numeral 1 y 2, de la norma ISO 9001:2015</p>	<p>Verificada la muestra para el procedimiento EV.130.P10.P Plan de Mejoramiento, con relación a la formulación y aprobación de los planes, se observaron los siguientes aspectos:</p> <p>- No se encontró ni fue suministrada durante el trabajo de campo, el acta establecida en los pasos No. 2 y 3 del procedimiento, como parte del plan de mejoramiento de la auditoría interna al proceso TI vigencia 2018 y que se debe enviar al líder del proceso Orientación Institucional, solo se remitieron soportes de la</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 5

No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
		<p>aplicación de la técnica de los cinco por qué.</p> <p>Se observaron debilidades de coherencia entre el análisis causal y las acciones de mejoramiento de acuerdo con lo determinado en el paso No. 4 del procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La causa y el hallazgo se describen de la misma forma. Casos: Proceso GJ (NC 41), OI (NC 2), RF (NC 11, 15), TI (OBS 212019, 232019), GD (NC 4 causa contiene opiniones, no es una causa)</li> <li>- Se formuló corrección pero no se incluyó acción correctiva. Casos: Proceso GJ (NC 41), TI (OBS 212019) y OI (OBS 3 3.1, 3.2, 3.3, 3.4).</li> <li>- Acción de mejoramiento incompleta: se planteó una acción para un aspecto pero la no conformidad abarca 3 aspectos. Caso: TI OBS 232019 (solo asigna responsabilidades pero no incluye acciones para la revisión del plan de fallas ni para la documentación de las fallas y el análisis causal).</li> </ul>

#### 4.3 Observaciones

No.	Requisito relacionado	Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)
1	<p>Procedimiento EV.130.P13.P Administración de Riesgos, pasos 1, 2 y 6.</p> <p>Guía de Administración del Riesgo DAFP,</p> <p>2.1.3 Establecimiento del contexto del proceso.</p> <p>2.2 Identificación del Riesgo – 2.2.1 Técnicas para la Redacción.</p> <p>3.2 Evaluación de Riesgos – 3.2.1. Riesgo antes y después de controles</p> <p>3.2.2 Valoración de los controles</p> <p>6.1 Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades, 6.1.1. de la norma ISO 9001:2015</p>	<p>Se evidencian oportunidades de mejora en el procedimiento EV.130.P13.P Administración de Riesgos, según la información registrada en el módulo respectivo en el aplicativo POAS Manager para los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Contexto del proceso:</b> En el proceso GD no se ha diligenciado la casilla contexto del proceso y en los procesos EV y RF se planteó de forma parcial, no incluye factores externos. (Guía Administración del Riesgo DAFP, Metodología de administración del riesgo, paso Identificación del riesgo, 2.1.3 Establecimiento del contexto del proceso)</li> <li>- <b>Redacción de riesgos:</b> En los procesos GJ (Nos. 06 y 11), OI (Nos. 06 y 07), RF (No. 011) y TH (No. 04), la redacción de los riesgos se inicia con expresiones tales como, "falta de", "Que n" expresiones que la Guía del DAFP señala se eviten. (Guía de Administración del Riesgo DAFP, 2.2 Identificación del Riesgo – 2.2.1 Técnicas para la Redacción)</li> <li>- <b>Coherencia entre las causas identificadas y los controles establecidos:</b> En los procesos EV, GJ, PA, PC, RF y TH se identifican riesgos en los cuales no se plantearon controles para todas las causas como lo señala la Guía de Administración del Riesgo DAFP, 3.2 Evaluación de Riesgos – 3.2.1. Riesgo antes y</li> </ul>

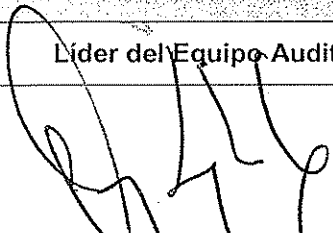
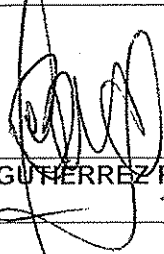
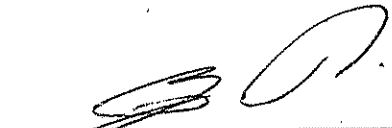
Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 5 de 5

No.	Requisito relacionado	Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)
		<p>después de controles – Controles</p> <p><b>Acciones de seguimiento o tratamiento:</b> Se evidencia en el proceso GJ (RGJ13-15) una acción sobre realización de auditorías regulares o especiales para verificar el riesgo, no obstante, esta acción no es competencia de la Oficina Jurídica, considerando que las acciones de seguimiento o tratamiento deben ser acciones establecidas por los responsables del riesgo. (Guía de Administración del Riesgo DAEP, numeral 3.2.2 Valoración de los controles, página 69 Tratamiento del riesgo)</p>
2	<p>Procedimiento EV.120.P09.P Medición de la Gestión, pasos 1 y 15</p> <p>9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación, 9.1.3 Análisis y Evaluación, literales c y d</p>	<p>Se identifican oportunidades de mejora en el procedimiento EV.120.P09.P Medición de la Gestión en los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El paso 1 indica como registro "Correo institucional", sin embargo, la citación al Comité en cuestión no se realiza por este medio.</li> <li>En el paso 15 que indica "Formula plan de mejoramiento para las Actividades y/o indicadores cuyo avance presente una ejecución por debajo de las metas establecidas, aplica procedimiento "Administración de acciones correctivas y preventivas" EV.130.P10.P", no se establecen los criterios que determinan si se formula o no un plan de mejoramiento cuando el avance es inferior a la meta definida.</li> </ul>

## 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. No obstante lo anterior, se detectaron oportunidades de mejora relacionadas en las no conformidades y observaciones identificadas en el presente informe.

Adicionalmente se verificaron las acciones de mejoramiento del proceso abiertas, es decir, dos acciones planteadas para una no conformidad (NC\_7 con fecha de diligenciamiento 27/11/2017), formulada en la auditoría interna anterior. Se concluye que la OCI puede proceder al cierre, se corroboraron las evidencias de cumplimiento de las acciones y su efectividad.

5. FIRMAS		
Líder del Equipo Auditor	Equipo de Auditores (Si participa un Auditor junior especifique)	Aprobado por Auditor Líder – DOCI
 OSCAR HERNAN SERRATO GONZÁLEZ	 BIBIANA GUTIÉRREZ ROMERO	 FELIPE BERNARDO HINCAPIE RODRÍGUEZ