

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 17

Tipo de Auditoria	Presencial ()	Remota (X)
Fecha informe (dd/mes/año)	11-12-2020	
Auditoría Interna (marcar con x)	Programada (X)	Especial ()
Proceso auditado / Tema	Evaluación, control y mejora/Plan de mejoramiento (administración de acciones correctivas, preventivas y de mejora)	
Líder del proceso auditado	Mariana Gutierrez Dueñas	

1. DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORIA INTERNA

Fecha reunión de apertura:	23-07- 2020	Vigencia auditada:	2019
Líder del Equipo Auditor:	Luis Alejandro Barrera Bernal		
Equipo Auditor (Nombres, cargos y dependencias)	Gloria Ibarra Insuasti, Natalia Patricia Ramirez		
Titulares dependencias visitadas o consultadas	Nombre	Dependencia	
	Jimena Duque Botero	Auditoria Delgada para la Vigilancia del Control Fiscal	
	Diana Marcela Jaramillo Montoya	Oficina de Planeación	
	Carlos Oscar Vergara Rodriguez	Oficina jurídica	
	Tatiana Ordoñez Vasquez	Dirección de Responsabilidad Fiscal	
	Maria Paula Rueda Mantilla	Dirección de Recursos Físicos	
	Elizabeth Monsalve Camacho	Dirección de Talento Humano	
Nancy Gonzalez Sarmiento	Dirección de Recursos Financieros		

2. OBJETIVO Y ALCANCE DE LA AUDITORIA INTERNA

2.1. Objetivo:

Realizar auditoria interna al proceso de evaluación control y mejora en su componente de Plan de mejoramiento para observar el cumplimiento del proceso EV.130.P10.P

2.2. Alcance:

El alcance la actual auditoria y dadas las circunstancias de trabajo remoto en casa, buscará comprobar el cumplimiento y eficacia de las actividades de mejora propuestas para los procesos en el plan de mejora propuesto entre el 1 de noviembre de 1998 y 31-12-2019.

2.3. Criterios:

Procedimiento EV.130.P10.P, NTC-ISO 9001 Capitulo 10 Mejora.

3. ASPECTOS EVALUADOS EN LA AUDITORIA INTERNA

Aspecto	SI	PARCIAL	NO
Realiza la verificación de la efectividad del plan de mejoramiento, de acuerdo con los términos del procedimiento. EV.130.P10.P de los procesos	X		
• Orientación Institucional			

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 9 de 17

<ul style="list-style-type: none"> • Recursos Físicos y Financieras • Gestión de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones • Proceso Auditor • Participación Ciudadana • Gestión de Procesos Fiscales • Gestión de Talento Humano • Gestión Documental • Gestión Jurídica • Evaluación, Control y Mejora 			
--	--	--	--

4. RESULTADOS DETALLADOS DE LA AUDITORIA INTERNA

4.1 Fortalezas

El desarrollo de los aplicativos y repositorios como el POAS Manager, la madurez del SGC de la entidad permitieron acceder a la mayoría de las evidencias y hacer el seguimiento al desarrollo y cumplimiento de las acciones propuestas al Plan de Mejoramiento, así como medir la efectividad de varias de las acciones desarrolladas para corregir lo observado.

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>Se revisó el Plan de Mejoramiento del Proceso Orientación Institucional, de acuerdo con el alcance de la auditoría remota encontrando lo siguiente:</p> <p>NC 8. Las acciones de mejoramiento que tienen que ver con la actualización del normo-grama se cumplieron y fueron efectivas para eliminar la No Conformidad detectada. Las evidencias incorporadas guardan relación con las acciones. Se recomienda el cierre de la No Conformidad.</p> <p>1. Se adjuntó captura de pantalla de un correo institucional del 21 de enero de 2019, solicitando la inclusión de unos períodos para reportar una actividad en el POAS MANAGER.</p> <p>2. Se anexó Acta de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del 19 de marzo de 2019, mediante la cual fueron aprobadas por el mismo, las modificaciones al SGC.</p>
		<p>N.C 1. Persiste la N.C detectada como quiera que las acciones formuladas no son efectivas para eliminarla. No hay evidencia de que los registros soporte de los procedimientos OI.120.P01.P y OI.120.P06.P, se encuentren archivados y consolidados, de acuerdo con la TRD y el Manual de organización de archivos. No es viable el cierre de la No Conformidad.</p> <p>Además, se recomienda formular una acción orientada a eliminar la causa de la N.C. (capacitación sobre la TRD).</p> <p>1. Se adjuntó un archivo Excel de la propuesta de actualización de la TRD.</p> <p>2. Y un acta de revisión de la TRD de la Oficina de Planeación de fecha 13 de febrero de 2019, en la que se concluyó que requiere de algunos ajustes.</p> <p>Evidencias aportadas durante el término de suspensión del cierre de auditoría:</p> <p>Se adjuntó fotografía (carátula) a través de la cual se comprueba la existencia de una carpeta relacionada con el procedimiento OI.120.P01.P de formulación y modificación del plan estratégico, con los lineamientos de la TRD. Por tanto se recomienda el cierre de la No Conformidad.</p>

Procedimiento		AUDITORIA INTERNA				
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 9 de 17
		<p>N.C 2 Las acciones de mejoramiento se cumplieron. Fueron efectivas para responder a los riesgos detectados en auditoría anterior relacionados con la incorporación de evidencias congruentes con las actividades. Los soportes de las acciones guardan coherencia con las acciones. Se recomienda el cierre de la No Conformidad.</p> <p>1. Se incorporó memorando interno de fecha 14 de marzo de 2019, enviado por la Oficina de Estudios Especiales a la Oficina de Planeación, solicitando aprobación de los documentos del procedimiento OI.140.P10. "Gestión de estudios especiales y necesidades de cooperación" y su actualización en el SGC. Se anexo el inventario documental respectivo.</p> <p>2. Se anexó imagen del F08 para control de documentos y registros con las modificaciones.</p>				
		<p>N.C 2(1) Según la evidencia aportada se realizaría una programación electrónica semanal en el calendario del correo electrónico, para la realización de las reuniones y sus correspondientes actas", de lo cual no hay evidencia de su cumplimiento. No es viable el cierre de la No Conformidad.</p> <p>Además se recomienda proponer una acción para capacitar a los servidores de la dependencia en la formulación de acciones de mejora por autocontrol que fue la causa que originó la No Conformidad.</p> <p>Se adjuntó acta de reunión del 18 de marzo del año 2019, con la participación de los responsables del proceso de Participación Ciudadana y la Oficina de Estudios Especiales y de Apoyo Técnico, en la que se dejó registrado la elaboración de una programación electrónica semanal en el calendario del correo electrónico para la realización de las reuniones y sus correspondientes actas.</p> <p>Evidencias aportadas durante el término de suspensión del cierre de auditoría:</p> <p>Se adjuntaron las actas de reunión semanal de seguimiento al SIA-ATC de la Oficina de Estudios Especiales, correspondiente a los meses de marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre y diciembre del año 2019, con lo cual se comprueba que se realizaron las reuniones semanales de seguimiento a los requerimientos ciudadanos y se levantaron las correspondientes actas. Las acciones fueron efectivas para eliminar la No Conformidad detectada en auditoría anterior. Por lo tanto se recomienda el cierre de la misma.</p>				
		<p>N.C 2(2) La acción de mejoramiento se cumplió y fue efectiva para responder a los riesgos detectados en auditorías anteriores relacionados con la formulación de indicadores y las evidencias adecuadas como soporte de la acción. Igualmente, los soportes guardan coherencia con la No Conformidad. Se recomienda el cierre de la misma.</p> <p>1. Se llevó a cabo una reunión, el 18 de marzo del año 2019, con la participación de los responsables del proceso de participación ciudadana y la oficina de estudios especiales y de apoyo técnico, mediante la cual se hizo nueva formulación del indicador</p> <p>2. Se realizó una prueba de escritorio por parte de los profesionales presentes, con un ejemplo para validar la propuesta.</p>				
No. Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)					
2	Se revisó el Plan de Mejoramiento del Proceso de Recursos Físicos y Financieros, de acuerdo con el alcance de la auditoría encontrando lo siguiente:					
	<p>OBS 35. La acción de mejoramiento relacionada con el tema de riesgos, se cumplió y fue efectiva para eliminar la observación. La evidencia incorporada es coherente con la acción propuesta. Se recomienda el cierre de la observación.</p> <p>No obstante, se sugiere proponer una acción de mejoramiento que elimine la causa que generó la observación relacionada con La falta de claridad al momento de identificar los eventos propios del riesgo y el error al registrar la información en el aplicativo.</p> <p>Se adjuntó archivo Excel de la propuesta de ajustes a los riesgos de gestión y corrupción del proceso recursos financieros.</p>					

Procedimiento		AUDITORIA INTERNA				
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 9 de 17
		<p>N.C 36 Las acciones de mejoramiento que tienen que ver con el tema de vigencias futuras y plan de compras y adquisiciones formuladas, se cumplieron. Las evidencias corresponden a la descripción de las actividades y las acciones fueron efectivas para eliminar la causa que originó la NC. Se recomienda el cierre de la misma.</p> <p>1. Se adjuntó un memorando interno, con fecha 3 de abril del año 2019, dirigido por el secretario general a los directores de recursos físicos y recursos financieros, mediante el cual se establece las fechas de presentación del proyecto de vigencias futuras en la entidad, cuando se trate de una vigencia fiscal normal o posterior a la elección presidencial.</p> <p>2. Igualmente se anexó el acta de la reunión mensual de seguimiento al plan de compras y adquisiciones, con fecha 4 de marzo del año 2019, con la participación de los funcionarios de recursos físicos de la entidad.</p>				
		<p>N.C 37 Las acciones de mejoramiento relacionadas en el plan de compras y adquisiciones, se cumplieron y fueron efectivas para eliminar la causa generadora de la No Conformidad. Las evidencias aportadas tienen relación con las acciones. Se recomienda el cierre de la No Conformidad.</p> <p>Se adjuntaron actas de reinducción y seguimientos al plan de compras y adquisiciones de los meses de febrero, marzo, abril, mayo, junio y julio.</p>				
No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)				
3		<p>Se revisó el Plan de Mejoramiento de la Gestión de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, de acuerdo con el alcance de la auditoría interna, encontrando lo siguiente:</p>				
		<p>N.C 162019 La acción de mejoramiento relacionada con la revisión y actualización de la caracterización del proceso se cumplió y se consiguió el resultado esperado respecto de la No Conformidad. La evidencia subida corresponde a la acción. Se recomienda el cierre de la No Conformidad.</p> <p>1. Se adjuntó acta de reunión de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, del 22 de noviembre de 2019, en la cual se mencionó la aprobación de las mejoras en el Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p>2. Se anexó acta del 14 de noviembre de 2019, mediante la cual se presentaron, revisaron y aprobaron las mejoras a los procedimientos TI.120.P03.P "Atención a usuarios de la plataforma tecnológica y TI.120.P01.P "Administración de la Infraestructura tecnológica", a la caracterización del proceso y al normograma.</p>				
		<p>N.C 172019 Las acciones de mejoramiento propuestas que tienen que ver con la revisión y actualización del procedimientos TI.120.P03.P "Atención a usuarios de la plataforma tecnológica y TI.120.P01.P "Administración de la Infraestructura tecnológica" y los formatos TI.120.P03.ID y TI.120.P03.F02, a la caracterización del proceso y al normograma, se cumplieron y fueron efectivas para eliminar las causas generadoras de la No Conformidad. Los soportes anexados guardan relación con las acciones formuladas. Se recomienda el cierre de la No Conformidad.</p> <p>1. Se adjuntó acta de reunión de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, del 22 de noviembre de 2019, en la cual se mencionó la aprobación de las mejoras en el Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p>2. Y acta de reunión del equipo técnico MECI-CALIDAD, fechada el 14 de noviembre de 2019, mediante la cual se emite concepto favorable para las mejoras presentadas.</p>				
		<p>N.C 182019 La acción de mejoramiento relacionada con los pasos 14,17,20 y 21 del procedimiento TI.120.P01.P "Administración de la Infraestructura tecnológica" y el anexo 05 que tiene que ver con el plan de recuperación de fallas se cumplió y se logró el resultado esperado respecto de la No Conformidad. Las reuniones incluyeron capacitación de los servidores del área de planeación. Las evidencias incorporadas tienen congruencia con la acción formulada. Se recomienda el cierre de la No Conformidad.</p>				

Procedimiento		AUDITORIA INTERNA				
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 9 de 17
		<p>1. Se adjuntó acta de reunión de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, del 22 de noviembre de 2019, en la cual se mencionó la aprobación de las mejoras en el Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p>2. Y acta de reunión del equipo técnico MECI-CALIDAD, fechada el 14 de noviembre de 2019, mediante la cual se emite concepto favorable para las mejoras presentadas.</p>				
		<p>N.C 192019 Las acciones de mejoramiento asociadas a los riesgos del proceso se cumplieron y se logró eliminar la causa que las produjo. Las reuniones incluyeron capacitación de los servidores del área de planeación. Los soportes subidos guardan coherencia con las acciones propuestas. Se recomienda el cierre de la No Conformidad.</p> <p>1. Se adjuntó formato 08 para control de documentos y registros, fechado el 27 de febrero de 2019, mediante el cual se solicitó la modificación de los riesgos identificados para el proceso de TICS.</p> <p>2. Se anexó acta de reunión de revisión de riesgos fechada el 13 de febrero de 2019, con la participación de los servidores del área de planeación y archivo adjunto del listado de asistencia firmado.</p>				
		<p>N.C 202019 La acción de mejoramiento que tiene que ver con la actualización de la matriz de riesgos se ejecutó, los soportes anexados guardan relación con ella y se cumplió la efectividad de la misma. Se sugiere el cierre de la No Conformidad.</p> <p>1. Se anexó acta de mesa de trabajo para la evaluación, análisis y propuesta de actualización de riesgos, con fechas 6 de marzo y 24 de abril de 2019, con la participación del coordinador, profesionales y contratistas de la oficina de planeación.</p> <p>2. Se adjuntaron correos institucionales del 7 y 14 de marzo de 2019, mediante los cuales se solicita y actualiza en el Poas Manager la matriz de riesgos del proceso Tics.</p>				
		<p>N.C 212019 La acción de mejoramiento asociada a la actualización del anexo TI.120.P01.A01 PETIC con el nuevo Plan Estratégico 2020-2023, se ejecutó y cumplió con el resultado esperado. La evidencia subida corresponde a la actividad. Se sugiere el cierre de la No Conformidad.</p> <p>Se anexó documento "Plan estratégico de tecnología de la información PETI 2020-2023.</p>				
		<p>N.C 222019 Las acciones de mejoramiento encaminadas a actualizar el anexo TI.120.P01.A05 "Plan de recuperación ante fallas", se realizaron. Los soportes subidos corresponden a las actividades. Se cumplió con la efectividad de las mismas. Se sugiere el cierre de la No Conformidad.</p> <p>1. Se incorporó acta de reunión de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, del 22 de noviembre de 2019, en la cual se mencionó la aprobación de las mejoras en el Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p>2. Y acta de reunión del equipo técnico MECI-CALIDAD, fechada el 14 de noviembre de 2019, mediante la cual se emite concepto favorable para las mejoras presentadas.</p>				
		<p>N.C 232019 Las acciones de mejoramiento que tienen que ver con la inclusión en el anexo TI.120.P01.A05 "Plan de recuperación ante fallas", la actualización y asignación de roles y responsabilidades para la atención de fallas, se cumplieron y fueron efectivas para responder a los riesgos detectados en auditoría anterior. Así mismo, los soportes guardan coherencia con la No Conformidad detectada. Se recomienda el cierre de la misma.</p>				
No. Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)					
4	Se revisó el Plan de Mejoramiento de Participación Ciudadana de acuerdo con el alcance de la auditoría interna, encontrando lo siguiente:					
	<p>N.C 1 Las acciones de mejoramiento relacionadas con el incumplimiento de algunos pasos del procedimiento de participación ciudadana PC.210.P02.P y del manejo de correspondencia institucional se ejecutaron y fueron efectivas para eliminar la causa que las originó. Las evidencias incorporadas tienen relación con las acciones. Se propone el cierre de la No Conformidad.</p> <p>1. Se adjuntaron correos institucionales dirigidos por el profesional Omar Camilo Riaño al profesional Heyner Palacios, con fechas 9, 18 y 25 de enero de 2019 y 6 de febrero del mismo año, mediante los cuales remite los informes semanales, en cumplimiento a las actividades de auto-capacitación del Plan de Mejoramiento que debe cumplir en relación con el SIA ATC 12018000012.</p> <p>2. Se anexó Circular interna del 15 de febrero de 2019 enviada por el Secretario General al nivel central y Gerencias Seccionales de la entidad, con directrices de carácter administrativo y documental en el manejo de las comunicaciones institucionales.</p>					

Procedimiento		AUDITORIA INTERNA				
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 9 de 17
		<p>1. Se adjuntó memorando interno de planeación, con fecha 2 de febrero de 2019, con recomendaciones sobre la necesidad y el uso de los documentos del SGC.</p> <p>2. Se anexó memorando de la Auditora Delegada a la coordinadora del grupo de participación ciudadana, con directrices para enfrentar la atención oportuna de las peticiones cuando se den incrementos inusuales en el volumen de recepción de las mismas.</p> <p>3. Se cargó acta de reunión de socialización de Comité de Coordinación Institucional y seguimiento a compromisos de la Dirección de Control Fiscal de fecha 7 de febrero de 2019.</p> <p>4. Se adjuntó memorando interno de la Dirección de Control Fiscal a los servidores del grupo de control fiscal, con fecha 8 de febrero de 2019, sobre instrucciones a la atención y trámite de peticiones ciudadanas.</p>				
		<p>5. Se cargó memorando interno de Talento Humano a los servidores de esa oficina, con fecha 11 de febrero de 2019, para que, previamente al inicio de vacaciones, se realice la asignación o reasignación, según el caso de las peticiones pendientes de trámite.</p> <p>N.C 3 La acción de mejoramiento asociada a la atención de fondo de las peticiones ciudadanas se cumplió y fue efectiva para lograr el resultado esperado. La evidencia corresponde a la acción. Se propone el cierre de la No Conformidad.</p> <p>Se adjuntó correo institucional del Auditor General con fecha 27 de marzo de 2019, dirigido a todos los funcionarios sobre el tema de atención de fondo a las peticiones ciudadanas.</p>				
		<p>N.C 4 La acción de mejoramiento encaminada a reforzar en todos los funcionarios de la AGR el conocimiento de la articulación que existe entre el envío de las encuestas con las respuestas de fondo y el indicador de satisfacción, se cumplió y se produjo el resultado esperado. La evidencia guarda congruencia con la acción. Se sugiere el cierre de la No Conformidad.</p> <p>Se anexó correo institucional de la Directora de Talento Humano para el profesional Heyner Palacios, con fecha 1 de febrero de 2019, para el tema de la capacitación.</p>				
		<p>N.C 5 La acción de mejoramiento que tiene que ver con el uso de los formatos que no están vigentes, para la fecha, en el SGC, relacionados con la atención y trámite de los requerimientos ciudadanos, se cumplió y se produjo el objetivo esperado. La evidencia guarda relación con la acción. Se recomienda el cierre de la No Conformidad.</p> <p>Se adjuntó el memorando interno indicado con fecha 20 de febrero de 2019 con recomendaciones sobre la importancia y necesidad del uso adecuado de los documentos del SGC.</p>				
		<p>N.C 6 Las acciones de mejoramiento orientadas a fortalecer el funcionamiento de las líneas telefónicas locales en las Gerencias Seccionales y a actualizar la Carta de Trato Digno al ciudadano, se cumplieron y se logró su efectividad. Los soportes anexados corresponden a las acciones formuladas. Se recomienda el cierre de la No Conformidad.</p> <p>1. Se adjuntó memorando interno del Gerente Seccional de Medellín dirigido a la oficina de planeación, con fecha 16 de enero de 2019, con información sobre el funcionamiento de las líneas telefónicas locales.</p> <p>2. Se anexó circular interna con fecha 28 de marzo de 2019 dirigida a todos los Gerentes Seccionales de la AGR, por la Secretaria General, con el fin de establecer responsabilidades sobre la activación o suspensión de las líneas telefónicas.</p> <p>3. Se adjuntó memorando interno, con fecha 4 de junio de 2019, dirigido a la Auditora Delegada por la Directora de Recursos Físicos de la entidad, sobre la habilitación de líneas telefónicas para la atención del ciudadano.</p> <p>4. Se incorporó actualización de la Carta de Trato Digno al ciudadano, con fecha 6 de junio de 2019.</p>				
		<p>N.C 7 Las acciones de mejoramiento relacionadas con el cumplimiento del Plan de Mejoramiento de la vigencia enero-agosto de 2018, se cumplieron y fueron efectivas frente a las observaciones efectuadas en anterior auditoría, sobre el tema de atención y trámite de requerimientos ciudadanos. Las evidencias subidas guardan relación con las acciones propuestas. Se propone el cierre de la No Conformidad.</p> <p>1. Se cargó correo institucional del ingeniero José Antonio Mantilla al profesional Heyner Palacios, del 3 de mayo de 2019, sobre pruebas elaboradas al funcionamiento del aplicativo SIA-ATC-salida no conforme.</p> <p>2. Se cargó correo institucional del 10 de mayo de 2019 del profesional Heyner Palacios, dirigido a los ingenieros José Antonio Mantilla y Carlos Alberto Sierra sobre la validación favorable de las pruebas SIA-ATC.</p> <p>3. Se incorporaron 5 archivos adjuntos sobre la campaña de sensibilización visual de contenido</p>				

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 9 de 17

	dirigida a todos los funcionarios, durante los meses de marzo a mayo de 2019, difundida por la Oficina de Estudios Especiales, sobre la atención al ciudadano.
	<p>N.C 8 Las acciones de mejoramiento asociadas a los ajustes efectuados al aplicativo SIA-ATC se cumplieron y se logró el resultado esperado. Los soportes incorporados guardan relación con las acciones propuestas. Se sugiere el cierre de la No Conformidad.</p> <p>1. Se anexó captura de pantalla del mensaje enviado por la profesional Elizabeth Chaves al profesional Heyner Palacios, con fecha 21 de diciembre de 2018, sobre la publicación del Manual del Ciudadano.</p> <p>2. Se adjuntó captura de pantalla del mensaje enviado por el asesor Alesaed Cossio al profesional Heyner Palacios, con fecha 01 de febrero de 2019, sobre la funcionalidad relacionada con la visualización del semáforo que muestra los días vencidos o en trámite.</p> <p>3. Se incorporó captura de pantalla del mensaje enviado por el profesional Heyner Palacios, con fecha 05 de febrero de 2019 a la Auditora Delegada, sobre la mejora que subsana el semáforo que muestra los días vencidos o en trámite, en el aplicativo SIA-ATC.</p> <p>4. Se adjuntó captura de pantalla del mensaje enviado por la Auditora Delegada a la Oficina de Planeación, con fecha 09 de mayo de 2019, sobre la actualización en el SGC del Manual de Usuarios del SIA-ATC.</p>
	<p>N.C 9 La acción de mejoramiento asociada a la auto-capacitación efectuada por Secretaria General, sobre el procedimiento de atención de peticiones ciudadanas, por una respuesta extemporánea al ciudadano, se efectuó y se logró el resultado esperado. Los soportes anexados tienen relación con las acciones propuestas. Se propone el cierre de la No Conformidad.</p> <p>Se adjuntaron actas de auto-capacitación fechadas el 20 de febrero, 22 de marzo y 22 de abril de 2019, en cumplimiento de la acción de mejoramiento formulada.</p>
	<p>N.C 10 Las acciones de mejoramiento que tienen que ver con la auto-capacitación efectuada por la Oficina de Recursos Físicos sobre el procedimiento de atención de peticiones ciudadanas y los ejercicios de control, se efectuaron y se logró el resultado esperado. Los soportes incorporados corresponden a las acciones propuestas. Se sugiere el cierre de la No Conformidad.</p> <p>1. Se cargó un acta de capacitación de los servidores encargados de la radicación de comunicaciones oficiales recibidas, de fecha 14 de junio de 2019, de acuerdo con el procedimiento de manejo de correspondencia de la entidad.</p> <p>2. Se incorporaron actas fechadas el 6 de junio y 12 de julio de 2019, sobre los ejercicios de control efectuados con los servidores del área de correspondencia de Recursos Físicos, con las especificaciones de la acción de mejoramiento.</p>
	<p>N.C 11 Las acciones de mejoramiento asociadas a la auto-capacitación en los procedimientos GJ.110.P05.P y PC.210.P02.P y la remisión de las actas semanales de control de términos de las peticiones ciudadanas, se efectuaron y se logró el resultado esperado. Las evidencias incorporadas corresponden a las acciones propuestas. Se sugiere el cierre de la No Conformidad.</p> <p>1. Se incorporaron capturas de pantalla de cuatro informes semanales durante el mes de septiembre del año 2019, elaborados por la profesional encargada de la atención de los dos derechos de petición, en los cuales se materializó las salidas no conformes, con las especificaciones señaladas en la acción de mejoramiento.</p> <p>2. Se anexaron actas de seguimiento semanal de requerimientos ciudadanos correspondientes a los meses de agosto, septiembre y octubre de 2019, a cargo de la Oficina Jurídica.</p>
	<p>N.C 17 La acción de mejoramiento relacionada con el establecimiento de los controles a los riesgos de seguridad de la información, se ejecutó y fue efectiva para el logro del objetivo esperado. La evidencia cargada es coherente con la acción.</p> <p>NOTA: Esta No Conformidad aún no puede cerrarse dado que cuenta con otras dos acciones de mejoramiento que no hacen parte del alcance de esta auditoría. La fecha de inicio de las mismas está señalada para el año 2020.</p>

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 9 de 17

No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
5		Se revisó el Plan de Mejoramiento del Proceso de Gestión de Procesos Fiscales de acuerdo con el alcance de la auditoría interna, encontrando lo siguiente:
		N.C 6. El avance de las actividades y tareas registradas en el aplicativo SIA POAS MANAGER, se reportan y se plasman en las actas de seguimiento de acuerdo con lo establecido en el procedimiento EV.120.P09.P. versión 4, como se propuso en el instructivo respondiendo a lo evidenciado en la No Conformidad. En trabajo de campo se evidenció instructivo del 21-11-2018 para evitar nuevamente la materialización del riesgo, por lo tanto se sugiere el cierre de la No Conformidad.
		N.C 7. El reporte de los procesos de responsabilidad fiscal en el aplicativo SIA MISIONAL observados se actualizaron en el sistema y se actualizaron los procesos PF.212.P1, P2, P3 y P4 el 17-06-2019 como se propuso en las actividades respetivas. Se evidenció en trabajo de campo que los procesos PF.212.P1, P2, P3 y P4 se actualizaron el 17-06-2019. Por otro lado se evidencia el retiro de la acción de mejoramiento con memorando del 26-12-2019. por lo tanto, se sugiere el cierre de la No Conformidad.
		N.C 8. La elaboración de un Instructivo recordando la necesidad de diligenciar el formato de análisis de viabilidad en cada uno de los procesos y su aplicación permiten corregir lo observado. Se evidencia la elaboración de un instructivo con fecha de 21-11-2018 donde se da instrucción sobre el diligenciamiento del formato "Análisis de viabilidad de apertura de proceso de responsabilidad fiscal" identificado con el código PF.212.P02.FI37 respondiendo a la causa por lo tanto se sugiere el cierre la No Conformidad.
		N.C 10. Se evidenció la sustanciación y respuesta al requerimiento evaluado, además de la elaboración y socialización del instructivo con el fin de cumplir lo establecido en el paso 8 del procedimiento para tramitar procesos de responsabilidad fiscal PF.212.P03.P del SGC y el artículo 14 de la Ley 1755 de 2015. Instructivo con fecha de 21-11-2018 donde se dan instrucciones para cumplir lo establecido en el paso número 8 del procedimiento para tramitar procesos de responsabilidad fiscal PF.212.P03.P del SGC y el artículo 14 de la Ley 1755 de 2015. Teniendo en cuenta que esta responde a la causa identificada y por tanto se sugiere el cierre de la No Conformidad.
		N.C 11. Ante la ausencia de las notificaciones por aviso que trata el artículo 69 de la ley 1437 de 2011, se formuló el instructivo y se socializó con los funcionarios de la Secretaría Común. Se evidencia instructivo con fecha de 21-11-2018 donde se dan instrucciones para surtir el trámite de notificación y citación personal que tratan los artículos 67 y 68 de la Ley 1437 de 2011 y darle actividad al proceso. Teniendo en cuenta que estas responden a la causa identificada, por lo tanto se sugiere el cierre la No Conformidad.
		N.C 12. Se elaboraron las actas semanales de revisión de los requerimientos ciudadanos, cumpliendo lo establecido en el procedimiento PC.210.P02.P paso 19 y corrigiendo lo observado En trabajo de campo se evidencia la elaboración las respectivas actas por lo cual se considera superada la irregularidad y por lo tanto se sugiere el cierre la No Conformidad.
		N.C 14. Para la vinculación del tercero civilmente responsable en los procesos de responsabilidad fiscal, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 44 de la Ley 610 de 2000 se desarrolló y socializó el instructivo respectivo. Instructivo con fecha de 21-11-2018 donde se indican los lineamientos para la vinculación del tercero responsable cumpliendo el artículo 44 de la Ley 610 de 2000 para responder a la causa observada, por lo tanto se sugiere el cierre de la No Conformidad.

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 9 de 17

No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
6		<p>Se revisó el Plan de Mejoramiento del Proceso de Gestión de Talento Humano de acuerdo con el alcance de la auditoría interna, encontrando lo siguiente:</p> <p>N.C 2. Para cumplir con el Procedimiento TH-232-P01-FI04. Verificación de requisitos, en las hojas de vida de los funcionarios y teniendo en cuenta las observaciones de la auditoría, se desarrollaron mesas de trabajo y la actualización del procedimiento, normograma y mapa de riesgos.</p> <p>Acta de reunión del 20-12-2019 donde la Directora de TH reitera la revisión y diligenciamiento del formato de requisitos. Se evidencia acta del 14-11- 2019 donde se expone ante el Equipo MECI-CALIDAD la revisión y reforma de los procesos a cargo de TH. Estudio de mejoras del procedimiento TH.232.P01. P específicamente en lo que tiene que ver con el formato TH.232.P01.F04, Estudio de mejoras del procedimiento TH.232.P21.P Retiro, traslado, reubicación o permuta de funcionarios; Estudio de mejoras del procedimiento TH.232.P08.P Apertura, actualización y control de las historias laborales de funcionarios y exfuncionarios. Además se observa que los documentos se actualizaron con fecha 22-11-2019, por lo tanto se sugiere el cierre de la No Conformidad.</p> <p>N.C 13. Para actualizar el procedimiento TH.232.P12.P Elaboración, ejecución y seguimiento del Plan de Capacitación, las normas y documentos desactualizados, se analizó y propuso su actualización.</p> <p>En trabajo de campo se observó que la dependencia realizó la gestión y el procedimiento TH.232.P12.P se actualizó el 12-09-2019 actualizando la normatividad vigente, por lo tanto se sugiere el cierre la No Conformidad</p>
7		<p>Se revisó el Plan de Mejoramiento del Proceso de Gestión Documental de acuerdo con el alcance de la auditoría interna, encontrando lo siguiente:</p> <p>N.C 01. Para responder a la falta de controles se propuso el diseño de un formato para el adecuado control de las Series y Sub-series documentales transferidas por las dependencias y que garanticen la correcta medición del indicador.</p> <p>Formatos GD.233.P01,F11, Versión1.1 diligenciados en los meses de enero, febrero y marzo de 2019, donde se hace la remisión de correspondencia, por lo tanto se sugiere el cierre la No Conformidad</p> <p>N.C 02. Para actualizar y hacer control a los recorridos y manejo de correspondencia institucional, se solicitó la derogación de una resolución y aplicar el procedimiento de correspondencia.</p> <p>Gestión de la dependencia para eliminar la Resolución Orgánica 014 del 2005, pues los recorridos de correspondencia están regulados en el proceso GD.233.P01.P el cual tiene fecha del 19-03-2019, por lo tanto se sugiere el cierre la No Conformidad</p> <p>N.C 03. Ante la observación se propuso revisar el tablero de control de los indicadores del proceso GD para garantizar el adecuado diligenciamiento y cumplimiento de las metas establecidas.</p> <p>Se evidencia el acta del 18-02-2019 donde se actualizan los indicadores GD1 y GD5, por lo tanto se sugiere el cierre la No Conformidad</p> <p>N.C 04. Ante la observación se propuso revisar el tablero de control de los indicadores del proceso GD y el mapa de riesgos, para garantizar el adecuado diligenciamiento y cumplimiento de las metas establecidas.</p> <p>Se evidencia el acta del 18-02-2019 donde se actualizan los indicadores GD1 y GD5, por lo tanto se sugiere el cierre de la No Conformidad.</p>

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 16 de 17

No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
		<p>N.C 05. En el procedimiento GD.233.P03.P (transferencias documentales al archivo central) en los numerales 2, 3 y 4 se relacionaba como Metodología para la organización de archivos el anexo 01 (GD.233.P02.A01), documento que no se encontraba vigente en el SGC, por lo cual se propuso actualizarlo.</p> <p>Se evidencia que el procedimiento GD.233.P02 Metodología para la organización de archivos. esta actualizado con fecha de 19-03-2019, por lo cual se cumplió la actividad y por ello se levanta la No Conformidad.</p>
		<p>N.C 06. Ante los problemas de programación de las Transferencias documentales, se propuso acciones para su ajuste en 2019 evitando coincidir con actividades que afecten su desarrollo y recordando la obligatoriedad del cumplimiento de las transferencias al archivo central en las fechas establecidas.</p> <p>Se evidenció en trabajo de campo el memorando del 19-01-2019 informando la programación de las entregas documentales articulada con las diferentes dependencias. Por lo cual se cumple la actividad y por lo tanto se sugiere el cierre la No Conformidad</p>
		<p>N.C 07. Para el cumplimiento de los tiempos de retención y traslado al archivo se propuso actualizar el procedimiento GD.233.P03.P (transferencias documentales al archivo central), incluyendo un formato de control que garantice identificar la correcta y total remisión de Series y Subseries.</p> <p>Se evidenció en trabajo de campo que el procedimiento GD.233.P03 Transferencias documentales esta actualizado con fecha de 23-03-2019, por lo cual se cumplió la actividad y por lo tanto se sugiere el cierre la No Conformidad.</p>
No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
8		<p>Se revisó el Plan de Mejoramiento del Proceso de Gestión jurídica de acuerdo con el alcance de la auditoría interna, encontrando lo siguiente:</p> <p>N.C 38. Para el cumplimiento del trámite de respuesta de acciones de tutela, se propuso incluir la revisión y aprobación por parte del Director Jurídico en cada documento de contestación de acción de tutela y el formato GJ.110.P01.F04 en todos los expedientes de actuaciones de tutela.</p> <p>Esta no conformidad que trata sobre el trámite de tutelas, en trabajo de campo se evidenció la certificación del 15-05-2019 expedida por el líder del proceso y las correcciones en los trámite de tutela analizados en la auditoría, por lo tanto se sugiere el cierre la No Conformidad</p>
		<p>N.C 39. Capacitar a los apoderados de la entidad en la obligación de actualización en el sistema EKogui y ajustar el procedimiento GJ.110.P04.P para incluir las obligaciones frente al aplicativo EKogui para cumplir 3o del artículo 10 del Decreto 2052 de 2014 y la Circular Externa No. 10 el 18 de marzo de 2015 de ANDJE.</p> <p>Se evidenció la actualización del procedimiento GJ.110.P04 el 22-11-2019 incorporando los pasos de control respecto al registro en E Kogui y la capacitación a los funcionarios de la Oficina sobre el manejo de la aplicación, por lo tanto se sugiere el cierre la No Conformidad</p>
		<p>N.C 40. Se propuso ajustar el procedimiento GJ.110.P04.P para incluir las obligaciones frente a la actualización de los diferentes perfiles en el aplicativo eKogui, tal como se evidenció en auditoría.</p> <p>Se evidenció en el trabajo de campo que el procedimiento GJ.110.P04 se actualizó el 22-11-2019 y se incorporaron los perfiles respecto al registro en E Kogui por lo tanto se sugiere el cierre la No Conformidad</p>
		<p>N.C 41. Ante la observación del seguimiento de los proyectos de ley relacionados con el ejercicio del control fiscal, se propuso impartir instrucciones precisas por parte del Director a todos los</p>

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 16 de 17

		funcionarios que intervienen en el proceso de Gestión Jurídica sobre la rigurosidad, oportunidad, forma, medios, contenidos y parámetros de reporte y registro de la información que periódicamente se debe rendir al POA. Se evidencia constancia de la sustanciadora en la que se pronuncia sobre la nulidad del proceso GJ 110.P13.003.2015, por lo cual se corrige lo identificado y por lo tanto se sugiere el cierre la No Conformidad.
		N.C 42. Se propuso Decretar la nulidad pertinente para corregir la indebida notificación en el proceso GJ.110.P13.003.2015 en el proceso auditado. De acuerdo con lo propuesto en el Plan de Mejoramiento se evidenció que el procedimiento GJ.110.P13.P se actualizó el 22-11-2019 y los 3 procesos auditados y con inactividad, tuvieron decisión de fondo, por lo tanto se sugiere el cierre la No Conformidad
No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
9		Se revisó el Plan de Mejoramiento del Proceso de Evaluación, Control y Mejora de acuerdo con el alcance de la auditoría interna, encontrando lo siguiente:
		N.C 2 Ante la evidencia de que algunas auditorías internas revisadas no contienen todos los registros establecidos en el procedimiento se propuso Actualizar la tabla de retención documental de acuerdo con la última versión del procedimiento Se evidenció que las acciones propuestas para solucionar la No Conformidad, como fueron la actualización del procedimiento EV.130.P12.P el 22-11-2019 y la tabla de retención, por lo tanto se sugiere el cierre la No Conformidad
		N.C 3 Para cumplir con la formulación de los planes mejoramiento se propuso mejorar el procedimiento EV.130.P10.P Plan de Mejoramiento, incluyendo puntos de control para garantizar que todas las NC y observaciones se incluyan en el plan Se evidencio en el trabajo de campo la gestión de las acciones propuestas para la actualización del procedimiento EV.130.P10.P incluyendo puntos de control, este se actualizó efectivamente el 22-11-2019, por lo tanto, se sugiere el cierre de la No Conformidad.
		N.C 4 Teniendo en cuenta que el procedimiento EV.120.P01.P Control de las Salidas No Conformes se encontraba desactualizado, se propuso y tramitó su actualización. Se evidenció en trabajo de campo, la solicitud para actualización e inclusión en el procedimiento EV.120.P01.P de informes de las dependencias, lo cual efectivamente sucedió el 22-11-2019, por lo tanto se sugiere el cierre de la No Conformidad.

4.3 Observaciones

No.	Requisito relacionado	Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)
1	NTC-ISO 9001-2015, Capitulo 10 Mejora - Paso 10 del Procedimiento EV.130.P10.P	Se revisó el Plan de Mejoramiento del Proceso Orientación Institucional, de acuerdo con el alcance de la auditoría encontrando lo siguiente:
		Observación 2 Persiste la Observación registrada, como quiera que de acuerdo con la evidencia incorporada, no es posible deducir que la duplicidad de actividades en los procedimientos haya cesado. Se anexó una captura de pantalla del 1 de abril de 2019, de un correo para el grupo MECI, con el cual se adjuntan los procedimientos EV.120.P09.P y OI.120.P06.P para su revisión. Evidencias aportadas durante el término de suspensión del cierre de auditoría: Se adjuntaron los procedimientos EV.120.P09.P y OI.120.P06.P que se encuentran debidamente actualizados en el SGC, mediante los cuales se comprueba que fue atendida la observación sobre la duplicidad de actividades en el aparte de "seguimiento a los proyectos de inversión". Por esta razón se procede a cerrar la misma.

Procedimiento		AUDITORIA INTERNA				
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 16 de 17
		<p>Observación 3 La observación hace alusión a un tema de "funciones" asumidas por el área de recursos financieros, siendo la oficina de planeación la responsable de dicho procedimiento. No obstante, los soportes incorporados, se refieren a la tabla de retención documental.</p> <p>No se evidencia coherencia entre los soportes incorporados y la observación de auditoría. No se recomienda el cierre de la observación. Además, se sugiere proponer una acción orientada a eliminar la causa de la observación.</p> <p>1. Se adjuntó acta de reunión de la oficina de planeación, del 13 de febrero del año 2019, en la que se revisó la tabla de retención documental, con la participación del director, asesores y profesionales de la dependencia.</p> <p>2. Y un archivo Excel con la propuesta de actualización de la misma.</p> <p>Evidencias aportadas durante el término de suspensión del cierre de auditoría:</p> <p>Se adjuntaron fotografías (en JPG) sobre la existencia de la carpeta de anteproyecto del presupuesto con la actualización y según los parámetros de la TRD. De acuerdo con la observación registrada, era necesario establecer la delimitación de funciones.</p>				
		<p>Observación 3(1) Las acciones de mejoramiento se cumplieron y fueron efectivas para responder a los riesgos detectados en auditoría anterior asociados a la necesidad de revisar, y mejorar los documentos de registro y soporte, del procedimiento OI.140.P10.P. Igualmente, los soportes guardan coherencia con la observación registrada. Se recomienda el cierre de la misma.</p> <p>Igualmente, se sugiere formular en el plan de mejoramiento la actividad concerniente a las debilidades que existen en la dependencia con respecto a la formulación de las acciones de mejora de autocontrol.</p> <p>1. Se anexó una petición, con fecha 14 de marzo de 2019, dirigida a la oficina de planeación para la aprobación de los documentos que hacen parte del procedimiento OI.140.P10P "Gestión de estudios especiales y necesidades de cooperación", por parte del equipo MECI- CALIDAD, con los anexos respectivos.</p> <p>2. Se incorporaron capturas de pantalla de seguimiento en el POA a las actividades de la Oficina de Estudios Especiales y Apoyo Técnico, correspondientes al quinto y sexto trimestre del año 2019.</p>				
		<p>Observación 3(2) Las acciones de mejoramiento se cumplieron y fueron efectivas para responder a los riesgos detectados en auditoría anterior relacionados con el formato OI.140.P10.F03 "para la elaboración de análisis, investigaciones o estudios especiales". Igualmente, los soportes guardan coherencia con la observación registrada. Se recomienda el cierre de la misma.</p> <p>1. Se incorporó en el aplicativo el soporte de solicitud a la Oficina de Planeación de aprobación por parte del equipo MECI de los documentos que hacen parte del procedimiento OI.140.P10P "Gestión de estudios especiales y necesidades de cooperación", entre los cuales se encuentra el formato OI.140.P10.F03 "para la elaboración de análisis, investigaciones o estudios especiales", con los anexos respectivos.</p> <p>2. Se anexó captura de pantalla seguimiento en el POA a las actividades de la Oficina de estudios especiales y apoyo técnico, correspondientes al sexto trimestre del año 2019.</p>				
		<p>Observación 3(3) Las acciones de mejoramiento se cumplieron y fueron efectivas para responder a los riesgos detectados en auditoría anterior relacionados con la revisión y elaboración de los ajustes necesarios al documento "Estrategia de cooperación nacional e internacional" Igualmente, los soportes guardan coherencia con la observación registrada. Se recomienda el cierre de la misma.</p> <p>Se sugiere, igualmente, formular acción de mejoramiento relacionada con la dificultad en el cargue de evidencias adecuadas.</p> <p>1. Se incorporó en el aplicativo el documento "Estrategia de cooperación nacional e internacional"</p> <p>2. Se adjuntó captura de pantalla de seguimiento en el POA a las actividades de la Oficina de estudios especiales y apoyo técnico, correspondientes al sexto trimestre del año 2019.</p>				

Procedimiento		AUDITORIA INTERNA				
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 16 de 17
		<p>Observación 3(4) Las acciones de mejoramiento se cumplieron y fueron efectivas para responder a los riesgos detectados en auditoría anterior relacionados con la revisión del procedimiento OI.140.P10P y sus documentos soporte. Así mismo, las evidencias tienen coherencia con la observación registrada. Se recomienda el cierre de la misma.</p> <p>1. Se adjuntó, soporte de solicitud de aprobación por parte del equipo MECI, entre otros, del procedimiento OI.140.P10P "Gestión de estudios especiales y necesidades de cooperación", con los anexos respectivos.</p> <p>2. Se anexó captura de pantalla de seguimiento en el POA a las actividades de la Oficina de estudios especiales y apoyo técnico, correspondientes al sexto trimestre del año 2019.</p>				
		<p>NOTA: Las Observaciones identificadas con los números: 311, 321, 711, 911, 1011,1211, 1311, 1411, 1511 y 1811, no son objeto de análisis de esta auditoría porque corresponden a la vigencia 2020.</p>				
No.	Requisito relacionado	Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)				
2		<p>Se revisó el Plan de Mejoramiento del Proceso de Recursos Físicos y Financieros, de acuerdo con el alcance de la auditoría encontrando lo siguiente:</p> <p>Observación 35. La acción de mejoramiento relacionada con el tema de riesgos, se cumplió y fue efectiva para eliminar la observación. La evidencia incorporada es coherente con la acción propuesta. Se recomienda el cierre de la observación.</p> <p>No obstante, se sugiere proponer una acción de mejoramiento que elimine la causa que generó la observación relacionada con La falta de claridad al momento de identificar los eventos propios del riesgo y el error al registrar la información en el aplicativo.</p> <p>Se adjuntó archivo Excel de la propuesta de ajustes a los riesgos de gestión y corrupción del proceso recursos financieros.</p>				
		<p>Observación 38 Las acciones de mejoramiento asociadas a la caracterización del proceso, se ejecutaron y fueron efectivas para eliminar la causa generadora de la observación. Las evidencias aportadas tienen correspondencia con las acciones. Se recomienda el cierre de la observación.</p> <p>1. Se anexaron el formato 08 para control de documentos y registros debidamente diligenciados con la incorporación de la normatividad que menciona la observación.</p> <p>2. Se adjuntó imagen del documento "caracterización del proceso" actualizado.</p> <p>Observación 39 Las acciones de mejora ejecutadas fueron eficaces para eliminar la causa de la observación asociada al tema de las facturas de servicios públicos de algunas Gerencias Seccionales y los soportes de las metas incorporadas en el aplicativo guardan relación con ellas. Se recomienda el cierre de la observación.</p> <p>1. Se adjuntó acta de la reunión, con fecha 30 de enero de 2019, con las Gerencias Seccionales de la entidad para aclarar inquietudes sobre la falta de oportunidad en el envío de las facturas de servicios públicos.</p> <p>2. Se anexó memorando del Secretario General de la entidad a las Gerencias Seccionales de Cúcuta y Barranquilla, en el que se les solicita suscribir el Plan de Mejoramiento según la observación registrada.</p> <p>3. Se anexó captura de pantalla de la parte pertinente de la presentación del Plan de Mejoramiento solicitado.</p> <p>4. Se incorporaron archivos PDF, correspondientes a tres facturas del servicio de acueducto y alcantarillado de la Gerencia Seccional de Cúcuta de la AGR, "sin el cobro de intereses moratorios", de los meses de febrero, marzo y abril del año 2019.</p> <p>5. Se anexaron archivos de las facturas de la Gerencia Seccional de Barranquilla.</p> <p>6. Se anexaron correos electrónicos y memorando de fecha 8 de julio del año 2019 del Gerente Seccional V, dirigido a la Dirección de recursos financieros, en el que comunica la remisión de las facturas de los servicios públicos para su cancelación.</p>				
		<p>Observación 40 Las acciones de mejora formuladas fueron eficaces para eliminar la causa de la observación que tiene que ver con los elementos inservibles en bodega y el procedimiento "Manejo de inventarios". Los soportes de las actividades ejecutadas, incorporados en el aplicativo guardan correspondencia con ellas. Se recomienda el cierre de la observación.</p>				

Procedimiento		AUDITORIA INTERNA				
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 16 de 17
		<p>1. Se adjuntó registro fotográfico sobre los elementos inservibles en bodega.</p> <p>2. Se anexó archivo sobre la propuesta de actualización del procedimiento RF.233.P12.P "Manejo de Inventarios".</p>				
		<p>Observación 41. La acción de mejoramiento relacionada con los activos intangibles a 31 de diciembre, se cumplió y fue efectiva para eliminar la observación. Los soportes incorporados guardan congruencia con la acción propuesta. Se sugiere el cierre de la observación.</p> <p>1. Se incorporó un memorando del coordinador de TIC, dirigido a la Dirección de recursos físicos, mediante el cual comunica el cálculo estimado de los valores para los aplicativos de la marca "SIA", con fecha 2 de agosto del año 2019.</p> <p>2. Se anexó un memorando de la Dirección de recursos físicos dirigido a la Dirección de recursos financieros, en el cual se informa el ingreso al Sistema "Sysman" del Sistema Integral de Auditoría (SIA), con fecha 8 de agosto de 2019.</p> <p>3. Se adjuntó un comprobante contable # 3573 del 12 de agosto de 2019, en el que se evidencia el registro en el aplicativo SIIF II Nación del registro como "software SIA Misional, SIA Contralorías, SIA ATC, SIA Observa, SIA POAS y SIA Centro de servicios, con oficio # 201923300024333, entrada de almacén 20190000105".</p>				
No.	Requisito relacionado	Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)				
3		<p>Se revisó el Plan de Mejoramiento del Proceso de Talento Humano, de acuerdo con el alcance de la auditoría encontrando lo siguiente:</p> <p>OM 10. Al revisar e procedimiento TH.232.P21.P este se actualizó el 22-11-2019. Por lo cual se cumple la acción de mejora.</p> <p>Se revisó el Plan de Mejoramiento del Proceso de Gestión Documental, de acuerdo con el alcance de la auditoría encontrando lo siguiente:</p> <p>Observación 01. En trabajo de campo se evidenció que se adelantaron las actividades y creo el formato GD.233.P03.P02 Control de Transferencias Documentales, Versión 1.0 el 19-03-2019, por ello se responde a la causa y se levanta la observación</p> <p>Observación 02. Se evidencia el acta y listado de asistencia al evento de capacitación del 11-12-2019, sobre sensibilización e información del proceso de gestión documental,</p> <p>Observación 04. Aunque la fecha de la actividad es antes del 1-11-2018 se observa el mapa de riesgos del proceso GD actualizado el 19-03-2019, por lo cual se cumple con la actividad y se levanta la observación.</p> <p>Observación 05. Aunque la fecha de algunas actividades es antes del 1-11-2018 se observa en la página web de la entidad el PINAR publicado con fecha 03-2019, por lo cual se cumple con la acción y se solicita levantar la Observación</p>				
No.	Requisito relacionado	Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)				
4		<p>Se revisó el Plan de Mejoramiento del Proceso de Gestión Jurídica, de acuerdo con el alcance de la auditoría encontrando lo siguiente:</p> <p>Observación 44. Efectuar el seguimiento de los proyectos de ley relacionados con el ejercicio del control fiscal, pero no hubo solicitudes o actividad al respecto, Por ello se observa Memorando del 21-12-2018 a la Oficina de Planeación solicitando información sobre el retiro de la actividad 1.1.2 del POA, con respuesta del 28 del mismo mes donde se informa que no es posible eliminarla, pero se calificará como cumplida al 100% para evitar futuras equivocaciones. Se recomienda el cierre de la observación.</p> <p>Observación 45. En el indicador denominado CUMPLIMIENTO DE TÉRMINOS, al calcular el indicador se incluyeron actividades que no eran actuaciones relacionadas el indicador, por lo cual se reformuló. Para corregir lo observado en auditoría se propuso Impartir instrucciones precisas a todos los funcionarios que intervienen en el proceso de Gestión Jurídica sobre la oportunidad, forma, medios, contenidos y parámetros de la información que periódicamente se debe rendir a otras instancias o procesos.</p> <p>Se observa un memorando dirigido a los funcionarios de la OJ del 21-12-2018 donde se dan instrucciones para el reporte del POA. No es clara la efectividad de actividad, pero se solicita levantar la Observación teniendo en cuenta que se cumplió la misma y esta fue aprobada. Se recomienda el cierre de la observación.</p>				

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 16 de 17

5. CONCLUSIONES (frente al objetivo de la auditoría)

El objetivo de la auditoría interna recae sobre las acciones previstas en el Plan de Mejoramiento de la AGR, con el fin de determinar la efectividad de las mismas y los criterios estipulados en el capítulo 10 –Mejora- de la norma NTC-ISO 9001-2015 y el paso 10 del procedimiento EV.130.P10.P ((administración de acciones correctivas, preventivas y de mejora) de la AGR.

De acuerdo con la norma mencionada, se deben implementar acciones que permitan mejorar los productos y servicios; corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados y mejorar el desempeño y la eficacia del SGC.





Teniendo en cuenta los criterios de auditoría, se procedió a revisar la eficacia de las acciones correctivas formuladas dentro del Plan de Mejoramiento de la entidad, por ello se realizó el análisis de las causas que generaron las No Conformidades y las Observaciones y de las evidencias incorporadas para asegurar que las acciones correctivas se implementaron completamente y son eficaces para prevenir la recurrencia de las situaciones mencionadas.

Verificadas las acciones propuestas en el plan de mejoramiento de los procesos Orientación Institucional, Recursos Físicos y Financieras, Gestión de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Proceso Auditor, Participación Ciudadana, Gestión de Procesos Fiscales, Gestión de Talento Humano, Gestión Documental, Gestión Jurídica, Evaluación, Control y Mejora, se concluye:

1. De la evaluación efectuada a la efectividad de las acciones de mejoramiento de los procesos mencionados, una (1) de ellas que corresponden al proceso de Orientación Institucional, no pueden cerrarse por las razones consignadas en el análisis individual.
2. Se evidencia una oportunidad de mejora de todas las dependencias en la formulación de acciones de mejoramiento adecuadas para eliminar las causas de las situaciones que generan incumplimiento de requisitos en general, (procedimientos, caracterización de procesos, anexos, actualización de normatividad, capacitación oportuna del talento humano de la entidad en el SGC, seguimientos y actualización del mismo plan de mejoramiento.
3. Se evidencia debilidad en la determinación de las causas de las No Conformidades y observaciones y en la incorporación de evidencias en el POAS que guarden relación o sean coherentes con las acciones propuestas.
4. Se comprueba, a través de distintas No Conformidades y Observaciones que algunas de las causas son atribuibles a falta de claridad en la definición de un riesgo, desconocimiento en la aplicación de procedimientos, deficiente experiencia en la formulación de acciones, entrenamiento poco efectivo, comunicación deficiente, insuficiente unificación de criterios para el cargue de evidencias, falta de efectividad en la implementación de un procedimiento y desconocimiento del Sistema de Gestión de Calidad.
5. Así mismo, se comprueba que frente a algunas de las causas planteadas no se propusieron acciones correctivas coherentes con el fin de eliminarlas.
6. Se recomienda tener en consideración las conclusiones de la auditoría, con el fin de cumplir con los objetivos institucionales y estratégicos, con el óptimo aprovechamiento de las herramientas y capacitación idónea de los servidores públicos.
7. Finalmente y teniendo en cuenta que el alcance de la auditoría está comprendido entre el 16 de noviembre del año 2018 al 31 de diciembre del año 2019, las que a continuación se relacionan no son objeto de evaluación en esta auditoría:

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 16 de 17
<p>Proceso Documental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación 06. • NC 09 • NC 10 • NC 11 • NC 12 • NC 13 • NC 14 • Observación 15 • Observación 16 • Observación 17 • Observación 18 • Observación 19 • Observación 20 • Observación 21 • Observación 22 <p>Proceso de Evaluación, Control y Mejora</p> <ul style="list-style-type: none"> • NC 01 • Observación 01 • Observación 02 • NC 05 <p>Proceso de Talento Humano</p> <ul style="list-style-type: none"> • NC 01 • NC 13 • OM 01 • NC 03 • OM 04 • OM 05 • OM 06 • OM 07 <p>Proceso Gestión Jurídica</p> <ul style="list-style-type: none"> • NC 43 • Observación 46 <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 311 • 321 • 711 • 911 • 1011 • 1211 • 1311 • 1411 • 1511 • 1811 						

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 16 de 17

5. FIRMAS		
Líder del Equipo Auditor	Equipo de Auditores (Si participa un Auditor junior especifique)	Aprobado por Auditor Líder – DOCI
 <hr/> Luis Alejandro Barrera Bernal	 GLORIA ALICIA IBARRA INSUASTI  Natalia Patricia Ramirez (auditor Junior)	 <hr/> Albert Ferney Giraldo Varon

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