

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 6					

Tipo de Auditoría	Presencial ()	Remota (x)
Fecha informe (dd/mes/año)	13/10/2020	
Auditoría Interna (marcar con x)	Programada (x)	Especial ()
Proceso auditado / Tema	ORIENTACIÓN INSTITUCIONAL	
Líder del proceso auditado	Luz Jimena Duque Botero Auditora Auxiliar	

1. DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORIA INTERNA

Fecha reunión de apertura:	21/08/2020	Vigencia auditada:	segundo semestre del 2019 y primer semestre de 2020
Líder del Equipo Auditor:	DILY MARINA MAESTRE ZABALA		
Equipo Auditor (Nombres, cargos y dependencias)	BIBIANA GUTIÉRREZ ROMERO - Profesional Universitario Grado 01- DTH NATALIA PATRICIA RAMIREZ PEREZ - Profesional Universitario Grado 01- OCI		
Titulares dependencias visitadas o consultadas	Nombre	Dependencia	
	LUZ JIMENA DUQUE BOTERO	Auditora Auxiliar	
	SANDRA SILVA	Asesora Oficina de Auditora Auxiliar	
	VLASOV DAVID VEGA ROCHA	Director de la Oficina de Estudios Especiales y Apoyo Técnico	
	LILIANA PATRICIA ORTIZ OSPINO	Asesora Oficina de Estudios Especiales y Apoyo Técnico	
	DIANA MARCELA JARAMILLO	Directora Oficina de Planeación	
JOSE ROLANDO SARMIENTO	Profesional Oficina de Planeación		

2. OBJETIVO Y ALCANCE DE LA AUDITORIA INTERNA

- 2.1 Objetivo de la Auditoría Interna:** Verificar el desarrollo del ciclo PHVA y el cumplimiento del objetivo del proceso en concordancia con los objetivos institucionales.
- 2.2 Alcance de la Auditoría Interna:** La auditoría involucra el análisis de las evidencias de la gestión de proceso, segundo semestre del 2019 y primer semestre de 2020 y la actualización del sistema de gestión de calidad de la AGR, a través de la verificación del ciclo PHVA
- 2.3 Criterios Auditoría (CLIO):** Marco Normativo aplicable: Constitución Política de Colombia arts. 62, 209, 226, 269, 274, 339, Ley 489 1993, Ley 87 de Noviembre 29 de 1993, artículo 4, literales a, b y c, artículo 8, Ley 152 de 1994, Ley 190 de 1995, Ley 318 de 1996, Ley 374 de 2002, Ley 1474 de 2011 -Estatuto Anticorrupción art. 74, Decreto 111 1996-Estatuto Orgánico de Presupuesto, Decreto 568 1996 art. 12, Decreto Ley 272 de 2000, Decreto 1081 de 2015, Decreto 1083 de 2015, Decreto 124 de 2016, Circular 004 de 2005 del Consejo Asesor de Control Interno, Circular externa de la vigencia actual emitida por Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Departamento Nacional de Planeación, Directiva de Conectividad de la Presidencia de la República, Resolución Orgánica 012 y 019 del 2005, Resolución Orgánica 08 y 012 del 2006, Resolución Orgánica 05 del 2010. NTC ISO 9001:2015 Sistema de Gestión, Cumplimiento plan de mejoramiento, mapa de riesgos, POAS.

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 2 de 6

3. ASPECTOS EVALUADOS EN LA AUDITORIA INTERNA

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

4. RESULTADOS DETALLADOS DE LA AUDITORIA INTERNA

4.1 Fortalezas

<p>El Proceso de Orientación Institucional es un proceso estratégico transversal dentro de la Auditoría General de la República, liderado por la Auditoría Auxiliar que vincula la Oficina de Estudios Especiales y Apoyo Técnico y la Dirección de Planeación.</p> <p>Dentro del proceso de auditoría interna remota, se evidenció como principal fortaleza el conocimiento y la apropiación del proceso y sus diferentes procedimientos por parte de los Directivos involucrados; así como el interés en realizar la actualización de los documentos del proceso, acorde con las oportunidades de mejora que se han ido identificando en el curso de las actividades.</p> <p>Se evidencia una adaptación al desarrollo de actividades en casa, en pro de dar cumplimiento a las actividades previstas en el plan de mejoramiento, en el POA y control a los mapas de riesgos de gestión y de corrupción.</p>
--

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	7.5.2 Creación y Actualización	<p>Dentro de la verificación de los documentos en la intranet se evidenció que la caracterización y el normograma se encuentran desactualizados, ya que hay normas que están derogadas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley 872 2003: Ley derogada de acuerdo con lo dispuesto en el inciso final del artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, con la expedición del Decreto 1499 de 2017 • Decreto 2145 de 1999: Derogado por el Decreto 1083 de 2015 • Decreto 1537 2001: Derogado por el Decreto 1083 de 2015 • Decreto 841 1990: Derogado por el Decreto 2844 de 2010 artículo 33 del Departamento Nacional de Planeación <p>De igual manera que el procedimiento OI.120.P02.P en su base legal tiene el decreto derogado (Decreto 2145 de 1999) y el procedimiento OI.200.P03 en su base legal tiene los decretos derogados (Decreto 2145 de 1999 y Decreto 1537 2001).</p>

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 3 de 6

No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
		<p>Se observa desactualización normativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Desactualización de la caracterización y el normograma, debido a que encuentran derogadas los Decreto 841 1990, Decreto 2145 de 1999, Decreto 1537 2001. En el procedimiento OI.120.P02.P en su base legal tiene el decreto derogado (Decreto 2145 de 1999). El procedimiento OI.200.P03 en su base legal tiene el decreto derogado (Decreto 2145 de 1999 y Decreto 1537 2001) <p>Requisitos que se incumplen: 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. 7.5 Información Documentada 7.5.1 Generalidades (a) de la norma NTC-ISO 9001:2015</p>

4.3 Observaciones

No.	Requisito relacionado	Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)
1	9.1. Seguimiento medición Análisis y evaluación	<p>Mediante acceso al aplicativo SIA POAS, en revisión y verificación del cumplimiento de las actividades correspondientes al Proceso de Orientación Institucional, se identificaron los siguientes aspectos:</p> <p>Durante el primer semestre de la vigencia 2020 se evidencian adjuntos de todas las actividades y seguimiento hecho por la Oficina de Control Interno.</p> <p>Cumplimiento de las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Actividad 4.3.3 Coordinar la elaboración y presentación de la propuesta de reestructuración institucional, acorde a la nueva transformación del control fiscal. * Actividad 3.1.1 Liderar, asesorar, formular y presentar un proyecto de inversión para financiar para el modelo de formación especializada en auditoría y control fiscal territorial para el SINACOF, en coordinación con Auditoría Delegada para la Vigilancia y la Oficina de Estudios Especiales y Apoyo Técnico. * Actividades 1.2.2 Implementar una estructura metodológica y de unificación de criterios del conocimiento especializado para la vigilancia fiscal. PI Fortalecimiento de la gestión del conocimiento especializado para la vigilancia de la gestión fiscal nacional. <p>De acuerdo a lo anterior y habiendo revisado el aplicativo POAS para el Plan de Acción correspondiente al Proceso de Orientación Institucional y sus actividades propuestas, se observa que aun cuando todas y cada una de las actividades cuentan con un archivo adjunto como evidencia, y aclarando que cada una de ellas tiene el registro de seguimiento hecho para el periodo que corresponde, no obstante, se identifica que en varias de las actividades tanto del primer como del segundo periodo se presentan errores al abrir el archivo, por lo que no es posible aclarar el contenido del mismo o en ocasiones se adjuntan documentos que no cuentan con las formalidades exigidas por la actividad.</p> <p>Así las cosas, y observando que aun cuando las dependencias actúan de forma diligente, y oportuna, se recomienda suministrar la información coherente, pertinente, clara y precisa en cuanto a la evidencia se refiere, ya que en el segundo periodo se reitera en algunas de las actividades por parte de la OCI, la ocurrencia de estas situaciones.</p> <p>La evidencia es precisamente el soporte de la ejecución y el desarrollo de la actividad correspondiente y por medio de ella en interacción con los demás registros exigidos al interior de la entidad, que permiten medir o indicar el avance de ejecución de los logros propuestos para prevenir futuros inconvenientes en el desarrollo de la misión de la organización.</p> <p>De lo anterior, tenemos que se identifica un cumplimiento de las actividades planteadas a corte 30 de junio,</p>

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 4 de 6

No.	Requisito relacionado	Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)
		y se evidencia una oportunidad de mejora en la revisión por parte del líder del proceso de que la evidencia cargada pueda ser verificada en cualquier momento y desde cualquier usuario que tenga acceso.
2	6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	<p>Los riesgos de gestión y de corrupción se encuentran definidos en el aplicativo POAS, en el cual se identifican 11 riesgos de gestión y 2 de corrupción, con la respectiva acción determinada para su seguimiento, a través del siguiente Link: http://siapoas.auditoria.gov.co/app/administracion_riesgos.aspx?proceso=4</p> <p>Aunado a lo anterior se evidencia, de acuerdo con la revisión a cargo del equipo auditor que se han cargado en debida forma los soportes en el mapa de riesgos, siendo estos coherentes con los indicadores allí descritos, no obstante, se identificó el siguiente registro que corresponde a los siguientes riesgos:</p> <p>-ROI001: No cumplir con los objetivos y metas establecidos en el Plan Estratégico y los POAS de los procesos. <u>Acción de seguimiento:</u> Seguimiento trimestral a la ejecución del Plan Estratégico y Planes Operativos anuales</p> <p>ROI004: Que se presentan demoras en la aplicación de los procedimientos para la revisión del SGC por la alta dirección. <u>Acción de Seguimiento:</u> Liderar la realización semestral de la revisión del SGC por la Alta Dirección.</p> <p>Al respecto de estos registros, se concluye que No se materializa el riesgo -ROI001: "No cumplir con los objetivos y metas establecidos en el Plan Estratégico y los POAS de los procesos".</p> <p>De acuerdo con el Informe de Medición realizado y publicado por la Oficina de Planeación y teniendo en cuenta el análisis hecho por el equipo auditor se concluye que No se materializa este riesgo, por cuanto si bien no se llega al total de 100%, se tiene un porcentaje de más del 99% de cumplimiento de objetivos y metas del Plan Estratégico y los POAS de los procesos.</p> <p>Dado lo anterior, se identifica una oportunidad de mejora en la necesidad de fortalecer en los líderes de los procesos frente a los controles que se realizan como a los funcionarios encargados frente a la descripción de criterios a la hora de describir la actividad de manera integral.</p> <p>Respecto del riesgo ROI004: Que se presentan demoras en la aplicación de los procedimientos para la revisión del SGC por la alta dirección.</p> <p>Se concluye que si hubo materialización del mismo por cuanto si se presentan demoras en el trámite de revisión del SGC por la alta Dirección y por tanto surge la observación para que como oportunidad de mejora el líder del proceso y su equipo tomen las acciones pertinentes frente a los correctivos que se deban asumir.</p>
3	7.4 Comunicación OI.140.P5 Divulgación, promoción y comunicación institucional	<p>Se identifica oportunidad de mejora en el procedimiento OI.140.P5 Divulgación, Promoción y Comunicación Institucional en los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el procedimiento - PUBLICACIÓN DE CONTENIDOS EN RED [PÁGINA WEB E INTRANET] no hay claridad en los responsables y en la periodicidad para que la información de la página Web se encuentre en su totalidad, ya que al verificar en la página Web se tiene links sin ninguna información. ▪ En los pasos 1 al 3 indica que diseña, presenta al comité el Plan Anual de Comunicaciones, sin claridad de periodicidad. ▪ No tiene identificados puntos de control ▪ No se determina con claridad en el paso 31 que indica "Presenta informes periódicos [trimestrales], con indicadores y observaciones del periodo" a quien se le presenta los informes periódicos. ▪ El OI.140.P05.A04 Anexo 4 Manual Redes Sociales, se encuentra publicado en la intranet y tiene el logo desactualizado.

Procedimiento	AUDITORIA INTERNA					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	16/05/2018	Versión	4.0	Página 5 de 6

No.	Requisito relacionado	Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)
		<p>Acta 01-2020 del Comité de Gestión y Desempeño realizada el día 9 de enero, en la página 20 se evidencia la aprobación del eslogan y su logo, según lo indica el paso 12, en la revisión en la intranet el OI.140.P05.A04 Anexo 4 Manual Redes Sociales, tiene el logo de la entidad desactualizado.</p> <p>En la verificación de la página Web:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se encuentra el Plan Comunicación 2018, no se encuentra el del 2019 y 2020, que está recién aprobado ▪ Se encuentran links sin información, como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestión Misional ✓ Coadyudancia-Mapas de Aprobación de APP ✓ Temas de Impacto- Estudios (no encontrado) ✓ Seguimiento de temas de interés nacional ✓ Nuevo Sistema de control Fiscal ▪ Gestión del Conocimiento <ul style="list-style-type: none"> ✓ Biblioteca –Publicaciones Institucionales –Foros Nacionales, foros Internacionales y Encuentro Nacionales ✓ Análisis de datos para el control Fiscal –Análisis y Estudios (no encontrado) ✓ Observatorio de Políticas Pública del control Fiscal ✓ Cooperación –Informes ✓ Reflexión para la vigilancia de la Gestión fiscal ✓ Foros, encuestas y debates del control fiscal- Blog del control Fiscal ✓ Capacitación y formación del Control –fiscal y control social – Monitoreo de Capacitación <p>En entrevista con el Director de Estudios Especiales y su colaboradora, indicaron que, con la nueva política de comunicaciones, que fue aprobada por el comité de Gestión y Desempeño en el Acta No.16-2020 del 24 de junio en la página 13, allí se plantean todo lo referente las comunicaciones de la entidad y manifiesta que a través de los correos institucionales se realiza la socialización y comunicación con los actores internos y se encuentra en trámite la actualización de la página web.</p> <p>En cuanto a los puntos de control del procedimiento OI.140.P5 Divulgación, Promoción y Comunicación Institucional, se tiene claridad que faltan los puntos de control, por esta razón está dentro del análisis y rediseño para la actualización y presentación ante el Equipo Técnico MECI.</p> <p>De manera que se evidencia una oportunidad de mejora en la periodicidad con que se hace la actualización de los documentos, se recomienda celeridad en este aspecto y priorizar la actualización de estos.</p>
4	9.3 Revisión por la Dirección OI.120.P04 Revisión del Sistema de Gestión de Calidad por la Alta Dirección	<p>Se identifica una oportunidad de mejora en el procedimiento OI.120.P04 Revisión del Sistema de Gestión de Calidad por la Alta Dirección, en los siguiente aspecto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se tiene determinados puntos de control ▪ En el procedimiento no se evidencia términos para la consolidación, entrega y reunión, pero en el instructivo OI.120.P04I en la página 2 se indica "<i>Teniendo en cuenta la misión de la AGR, es conveniente que esta Revisión por la Dirección se realice semestralmente. Por lo tanto, la solicitud de información de los resultados de la gestión desarrollada por los procesos se recomienda sea solicitada en los primeros días de los meses de julio y enero</i>", <p>Identificamos que esta reunión de revisión por la Alta Dirección y esta revisión no se realizó en el primer semestre del 2020 en atención a las modificaciones del trabajo que se presentaron en este semestre con ocasión de la Pandemia.</p> <p>Criterios evaluados: GD.120.P10.A02 Metodología para la Elaboración, Actualización, Modificación y Control de los Documentos que Conforman los Procesos y Procedimientos del SGC, numeral 2. Levantamiento de Procedimientos - 2.2.3.1Asignación de tiempos de ejecución para las actividades.</p>





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

No.	Requisito relacionado	Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)
		- 2.2.3.4 Puntos de control. Teniendo en cuenta el procedimiento se sugiere tener en cuenta las oportunidades de mejora planteadas y realizar la revisión del SGC.

5. CONCLUSIONES (frente al objetivo de la auditoría)

La Auditoría Interna remota al Proceso de Orientación Institucional, fue satisfactoria ya que pudimos identificar que existe una apropiación por parte de la entidad para el cumplimiento del objetivo del proceso en concordancia con los objetivos institucionales y el desarrollo del ciclo PHVA.

Finalmente surgieron una No conformidad y cuatro observaciones, las cuales serán objeto de análisis por parte de la Entidad para tomar las acciones pertinentes frente a ellas y asumirlas como oportunidades de mejora.

5. FIRMAS		
Líder del Equipo Auditor	Equipo de Auditores (Si participa un Auditor junior especifique)	Aprobado por Auditor Líder – DOCI
 DILY MARINA MAESTRE ZABALA	 BIBIANA GUTIERREZ ROMERO  NATALIA PATRICIA RAMIREZ	 DILY MARINA MAESTRE ZABALA