

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

<b>Proceso</b>	EVALUACIÓN, CONTROL Y MEJORA				
<b>Procedimiento</b>	AUDITORIA INTERNA				
<b>Código</b>	EV.130.P12.F10	<b>Fecha</b>	16/05/2018	<b>Versión</b>	4.0   Página 1 de 4

<b>Tipo de Auditoría</b>	<b>Presencial ( )</b>	<b>Remota ( X )</b>
<b>Fecha informe (dd/mes/año)</b>	25/06/2021	
<b>Auditoría Interna (marcar con x)</b>	<b>Programada ( X )</b>	<b>Especial ( )</b>
<b>Proceso auditado / Tema</b>	Gestión de Recursos Físicos y Financieros	
<b>Líder del proceso auditado</b>	Dr. Daniel Eduardo Ramirez Echeverri – Secretario General	

**1. DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORIA INTERNA**

<b>Fecha reunión de apertura:</b>	8 de junio de 2021	<b>Vigencia auditada:</b>	2020
<b>Líder del Equipo Auditor:</b>	Bibiana Gutiérrez Romero		
<b>Equipo Auditor</b> (Nombres, cargos y dependencias)	Yicelly Castellanos Zapata - Profesional Universitario Grado 01 - Control Fiscal Bibiana Gutiérrez Romero - Profesional Universitario Grado 01 - Talento Humano		
<b>Titulares dependencias visitadas o consultadas</b>	<b>Nombre</b>	<b>Dependencia</b>	
	Sandra Patricia Silva Mejia	Directora Recursos Fisicos	

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

**2.1. Objetivo:**

Evaluar de manera virtual la gestión adelantada por el proceso de Recursos Físicos, a través de la verificación del ciclo PHVA, y el cumplimiento de su mandato legal, enfocado al logro de los objetivos institucionales de la AGR.

**2.2. Alcance:**

El alcance de la auditoría interna se realizara a través de medio virtual, la evaluación de la gestión del proceso de Recursos Físicos, con pruebas selectivas, realizadas a lo ejecutado durante la vigencia 2020, a través de la verificación del ciclo PHVA.

**2.3. Criterios:**

Constitución Política de Colombia art 209, 269, 274. Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, Decreto 272 de 2000, Decreto 1081 de 2015, Decreto 1083 de 2015, Decreto 124 de 2016, Estatuto Orgánico de Presupuesto, Decreto de liquidación del Presupuestado de la Vigencia, Decreto de Austeridad, Resolución Orgánica de Delegación del Gasto, Resolución Anual de Desagregación de Presupuesto.

NTC ISO 9001:2015

Sistema de Gestión

<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 4

### 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>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.</p> <p>Adicionalmente se evidencio que la Dirección de recursos físicos, a la fecha de inicio de auditoria interna, ya habían radicado memorando ante MECI, para actualización de sus procedimientos.</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	<p>Guía de Administración del Riesgo DAFP: 3.2 Evaluación de Riesgos – 3.2.2 Valoración de los controles – diseño de controles paso 3.</p> <p>6.1: Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades, 6.1.1. y 6.1.2. de la Norma ISO 9001:2015</p>	<p>Se identificaron riesgos en los cuales no se plantearon controles como lo señala la Guía de Administración del Riesgo DAFP, en el numeral 3.2 Evaluación de Riesgos – 3.2.2 Valoración de los controles – diseño de controles paso 3, los culés indica que “<i>el control debe tener un propósito que indique para qué se realiza, y que ese propósito conlleve a prevenir las causas que generan el riesgo (verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar)</i>”, según la información registrada en el Mapa de Riesgos en el aplicativo POAS Manager en los siguientes riesgos:  RRF_9-control (TAG en equipo portátil)  RRF_10-control (PAC), RRF_11 (Informe mensual de seguimiento de los contratos), situación que se validó en la vigencia 2021, y aun se sigue presentando.</p>
2	<p>Procedimiento RF.233.P24.P Elaboración Plan de Adquisición, paso 7 y 10</p> <p>Procedimiento GD.233.P02.A1 Metodología para la Organización de Archivos numeral 3. Organización de Archivos, 3.1</p>	<p>En el Procedimiento RF.233.P24.P Elaboración Plan de Adquisición se evidenció incumplimiento en el paso 7:” Autoriza modificación al PAA” y el paso 10: “Imprime y archiva la confirmación del registro de las modificaciones del Plan Anual de Adquisiciones”.</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 3 de 4

No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
	Definición de expediente.	
3	9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación, 9.1.1 Generalidades literal (c) y 9.1.3 Análisis y Evaluación, literales c y d de la norma ISO 9001:2015.	<p>En trabajo de campo se verificó en el aplicativo POAS Manager, en el Tablero de Control del proceso auditado, y se observaron los siguientes inconsistencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la hoja de vida: Ejecución del Plan de Compras RF_5 en la periodicidad y frecuencia de la medición se estableció que la misma se realizaría de manera Mensual, sin embargo, en trabajo de campo, se observó un incumplimiento a la frecuencia de su medición, por lo tanto, se evidencio reportes trimestrales y no mensuales.</li> <li>• Adicionalmente se observó que las evidencias no son consistentes con el indicador por cuanto adjuntan ejecución presupuestal del PAA con corte al 30 de septiembre y al 31 de diciembre, y lo que el indicador está midiendo es la ejecución del Plan de Compras.</li> <li>• Se verifico el indicador RF_5 Ejecución del Plan de Compras y RF_6 Seguimiento al Inventario Individual y se observa que los dos indicadores propuesto para la vigencia 2020 no garantizan la medición de todos los procedimientos que tiene el Proceso Recursos Físicos, como lo es el RF.233.P12.P Manejo de Inventarios el cual establece es su objetivo <i>“Manejar y controlar la totalidad de los bienes muebles e inmuebles que pertenecen a la Auditoria General de la República y aquellos por los cuales es responsable”</i>.</li> </ul> <p>Cabe anotar que la situación descrita anteriormente a 15 de junio del año en curso aun se mantiene.</p>
4	10.2 No Conformidad y Acción Correctiva 10.2.1 literal (a) -1 y literal (d) de la Norma ISO 9001:2015.	<p>Verificada la muestra seleccionada en el Plan de mejoramiento de las acciones abiertas de la ultima auditoria realizada al Proceso de Recursos Físicos en el aplicativo POAS Manager, en la No conformidad N° 8. <i>“Incumplimiento procedimiento Ingreso de bienes al almacén se pudo establecer que el ingreso del celular GSM Nuevo....”</i>, se observaron los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acción de mejora: <i>“Actualizar y estableccer en el manual un término prudencial para el ingreso de los elemenetos adquiridos por la entidad. El Director de Recursos físicos verificará en el Sysman el ingreso de los elementos adquiridos dentro de los dos (2) meses siguientes a la compra.”</i></li> <li>- Descripción de la meta: <i>“Manual modificado en lo relacionado y Memorando socializando el manual y el procedimiento de inventarios”,</i></li> </ul> <p>Se evidencio por cuanto a hoy 15 junio del 2021, que no sea cumplido por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• al revisar en la intranet en el SGC, Mapa de Procesos de Recueeros físicos se encuentra el procedimiento RF.233.P12 Manejo de Inventarios con la versión 4.3 del 16/11/2017, de igual manera el RF.233.P12.A01 Manual</li> </ul>

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

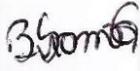
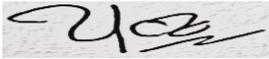
No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
		<p>Manejo de Inventarios con versión 2.1 del 19/11/2015</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una de las evidencias adjuntas es inconsistente (se evidencia memorando radicado 20182330039643 del 27-11-2018 en donde se solicita a planeación actualización de procedimiento Gestión Documental, Manejo de correspondencia, Metodología para la Organización de Archivos, indica que envía el formato F8, con el fin de citar a MECI para revisión y autorización).</li> </ul>

#### 4.3 Observaciones

No.	Requisito relacionado	Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)
1	6.2 objetivos de la Calidad y Planificación para lograrlos, 6.2.1, numeral (d) y (g) de la Norma ISO 9001:2015.	Una oportunidad de mejora en cuanto a la descripción de las tareas en el Plan de Acción en el aplicativo POAS Manager, por cuanto se evidencio dentro de la muestra seleccionada, en el procedimiento de Inventarios existe una actividad solo para inventarios individuales de funcionarios, mas no se evidencio actividades para el control total del procedimiento de Inventarios (Ingreso y salida de bienes al almacén, Baja de inventarios, traslado entre funcionarios) igualmente no se evidencia una tarea específica de seguimiento al Plan de Anual de Adquisición (PAA).

#### 5. CONCLUSIONES (frente al objetivo de la auditoría)

Los resultados de la auditoría interna al proceso Gestión de Recursos Físicos, permiten concluir que se cumplió con el 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 descritas en el presente informe.

5. FIRMAS		
Líder del Equipo Auditor	Equipo de Auditores (Si participa un Auditor junior especifique)	Aprobado por Auditor Líder – DOCI
 <hr/> Bibiana Gutiérrez Romero	 <hr/> Yicelly Castellanos Zapata	 <hr/> Diana Marcela Jaramillo Montoya