



AUDITORÍA

GENERAL DE LA REPÚBLICA - COLOMBIA

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 Auditoria	Presencial (X)	Remota ()
Fecha informe (dd/mes/año)	14/12/2018	
Auditoría Interna (marcar con x)	Programada (X)	Especial ()
Proceso auditado / Tema	Orientación Institucional	
Líder del proceso auditado	Rodrigo Tovar Garcés - Auditor Auxiliar	

1. DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORIA INTERNA

Fecha reunión de apertura:	4/10/2018	Vigencia auditada:	2018
Líder del Equipo Auditor:	María José Hernández Burbano		
Equipo Auditor (Nombres, cargos y dependencias)	María José Hernández Burbano - Profesional Especializado Grado 03 (e)		
Titulares dependencias visitadas o consultadas	Nombre	Dependencia	
	Rodrigo Tovar Garcés	Auditoría Auxiliar	
	Juan Camilo Zuluaga Morillo	Oficina de Planeación	
	Diana Carolina Villalba Erazo	Oficina de Estudios Especiales y Apoyo Técnico	

2. OBJETIVO Y ALCANCE DE LA AUDITORIA INTERNA

2.1. Objetivo:

Verificar el desarrollo del ciclo Planear, Hacer, Verificar, Actuar -PHVA-, la actualización normativa y el cumplimiento del objetivo del proceso en concordancia con los objetivos institucionales.

2.2. Alcance:

La auditoría involucra el análisis de las evidencias de la gestión del proceso durante la vigencia 2018 y de la actualización del Sistema de Gestión de la Calidad de la Auditoría General de la República -AGR-, a través de la verificación del ciclo PHVA en el proceso.

El alcance puede abarcar tiempo adicional o anterior, siempre y cuando se encuentre debidamente justificado.

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

2.3. Criterios:

C.P. Art. 29, 116, 209, 267, 269 y 274; Decreto 841 de 1990; Ley 42 de 1993; Ley 152 de 1994; Ley 190 de 1995; Ley 610 de 2000; Ley 906 de 2004; Ley 1474 de 2011; Ley 794 de 2003; Ley 1437 de 2011; Ley 1564 de 2012; Decreto 111 de 1996; Decreto 568 de 1996; Decreto-Ley 272 de 2000; Decreto 2844 de 2010; Decreto 2641 de 2011; Decreto 019 de 2012; Decreto 2482 de 2012; Decreto 1081 de 2015; Decreto 1083 de 2015; Ley 1437 de 2011; Ley 1474 de 2011; Ley 1712 de 2014; Ley 1755 de 2015; Ley 1757 de 2015; Decreto 103 de 2015; Decreto 124 de 2016; Decreto 1499 de 2017; Resolución 007 de 2006; Resolución 008 de 2006; Resolución 005 de 2010; Resolución 012 de 2014; Resolución Orgánica 06 de 2016; Sistema de Gestión de Calidad; Norma NTC ISO 9001:2015.

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

Se resalta la disposición de los funcionarios para atender la auditoría, respecto del suministro de la información y el apoyo a la labor del equipo auditor.

De conformidad con el trabajo de campo adelantado y las entrevistas, se pudo evidenciar en términos generales que hay conocimiento de la estructura del Sistema de Gestión de Calidad de la AGR, el Plan Operativo Anual del proceso de Orientación Institucional y la documentación necesaria para el desarrollo de las funciones de cada dependencia.

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	Procedimiento GD.120.P10.P	Se pudo evidenciar que el normograma se encuentra desactualizado, ya que la

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)
	Elaboración, actualización y modificación de documentos y registros, pasos 1 y 3 del SGC. 7.5.1 Información Documentada, literal a) de la norma NTC ISO 9001:2015.	Última actualización incluye solo normas de la vigencia 2014, sin incorporar disposiciones como el Decreto 1083 de 2015, el Decreto 612 de 2018, la Resolución Orgánica 05 de 2018 (Creación OPPCF) y Reglamentaria 012 de 2015 (GIA); normativa que versa sobre temas específicos de gestión de las dependencias que participan en el proceso de Orientación Institucional.
2	Procedimiento EV.130.P10.P Pasos 6 y 7 del SGC. 10.1 Generalidades de la norma NTC ISO 9001:2015	<p>Se encontró incumplimiento en las evidencias registradas como soportes del Plan de Mejoramiento, en las Oportunidades de Mejora relacionadas con los ejercicios de autocontrol a cargo de la Oficina de Estudios Especiales y Apoyo Técnico, teniendo en cuenta que las evidencias registradas en el aplicativo respecto a las acciones de mejora planteadas no corresponden con la descripción de la meta, como se puede ver a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Por acciones de autocontrol se ha identificado la necesidad de revisar y mejorar los documentos de registro y soporte, del procedimiento OI.140.P10.P tales como formatos, instructivos y demás documentos que evidencian el desarrollo de dicho procedimiento. <p>“Modificar el inventario documental y realizar la respectiva divulgación y difusión del cierre de la acción y de las modificaciones realizadas”. La evidencia que se encontró registrada en el sistema es la TRD del 17/07/2017 (Acta No. 001 de 2017 del Comité de Archivo), lo que no significa que se haya adelantado la revisión y ajuste al inventario documental en el periodo comprendido entre el 01/02/2018 y el 31/08/2018. Así mismo, tampoco se realizó la divulgación y difusión del cierre de la acción y de su modificación.</p> <p>Por acciones de autocontrol se ha identificado la necesidad de mejorar la oportunidad, eficiencia y eficacia en las respuestas que la Oficina de Estudios Especiales y Apoyo Técnico brinda a los ciudadanos que realizan requerimientos mediante los mecanismos de participación ciudadana y allegados a la Oficina mediante el Sistema de Información de la Auditoría especializado para la atención a los ciudadanos (SIA-ATC).</p> <p>En las acciones del plan de mejoramiento formuladas por ejercicio de autocontrol y relacionadas con la atención de requerimientos ciudadanos, se identificó para la acción: “Elaboración de un acta semanal que evidencie las acciones desarrolladas según los lineamientos y directrices la oportunidad de mejora”, que de las 38 actas que debían estar reportadas en el aplicativo POAS MANAGER correspondientes al periodo comprendido entre el 19/01/2018 al 26/10/2018, se encontraron solo 20 actas semanales suscritas entre el 19/01/2018 al 25/06/2018, pero no se registraron en el sistema las actas correspondientes a los meses de julio, agosto, septiembre y octubre de 2018. Así mismo, se pudo verificar que en el periodo comprendido entre el 06/04/2018 al 27/04/2018 se recibieron los requerimientos SIA ATC 2018000233 del 10/04/2018 (Esperanza Salazar) y SIA ATC 2018000239 del 09/04/2018</p>

Myth

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

No.	Requisito que se incumple	Condición (Descripción de la situación que corresponde al incumplimiento y la evidencia que fundamenta la No Conformidad)
		(Gladys Saavedra de León), los cuales no fueron incluidos en las respectivas actas de revisión correspondientes a las semanas del 9 al 12 y del 16 al 20 de abril de 2018; incumpliendo así con el requisito de elaboración semanal de actas. Adicionalmente los indicadores planteados que corresponden al “Porcentaje de conformidad en la oportunidad, Conteo del número de días requeridos y Porcentaje de calificación sobre el cumplimiento para dar respuesta a los requerimientos ciudadanos”, no se relacionan de manera explícita en las actas de seguimiento, por lo cual se observa oportunidad de mejora en la formulación de los indicadores y las evidencias registradas como soporte para el cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento.
3	Ley 594 de 2000, Títulos IV, V y VI. GD.233.P02.P, pasos 9 y 10 del SGC 7.5.3.1 Control de la información documentada de la norma NTC ISO 9001:2015	En el desarrollo del proceso auditor se evidenció que los registros soporte de los procedimientos OI.120.P01.P (Formulación y modificación del Plan Estratégico Institucional), OI.120.P06.P (Identificación, formulación, ejecución y seguimiento de proyectos) y OI.120.P08.P (Programación Presupuestal) no se encuentran archivados y consolidados de acuerdo con las series documentales de la TRD y según la Metodología para la organización de archivos – MOA (GD.233.P02.P), lo cual dificultó la verificación de los soportes y podría generar riesgos relacionados con la seguridad de la información.

4.3 Observaciones

No.	Requisito relacionado	Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)
1	Procedimiento OI.120.P6. Identificación, formulación, ejecución y seguimiento de proyectos. 7.5.1 Información Documentada, literal b) de la norma NTC ISO 9001:2015.	Se pudo establecer que el procedimiento OI.120.P6.P (Identificación, formulación, ejecución y seguimiento de proyectos) actualizado el 16 de noviembre de 2017 contiene elementos similares del procedimiento EV.120.P09.P (Medición a la gestión de la AGR – Pasos 19, 20, 23 y 24), actualizado el 28 de agosto de 2018, particularmente en el acápite de Seguimiento de Proyectos de Inversión - Seguimiento Integrado a la Gestión (pasos 12, 13, 14 y 16 OI.120.P6.P); lo que puede generar duplicidad en los procesos por falta de integración o armonización respecto de las actividades y objetivos de los mismos, cuya finalidad no es otra que el seguimiento de proyectos.

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)
2	<p>OI.120.P8.P Programación presupuestal.</p> <p>4.4.2 literal a) Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos. NTC ISO 9001:2015</p> <p>7.5.1 literal b) Generalidades NTC ISO 9001:2015</p>	<p>En el marco de la revisión del procedimiento OI.120.P8.P (Programación presupuestal), se pudo observar que si bien la responsabilidad de dicho procedimiento se encuentra en cabeza de la Dirección de la Oficina de Planeación, la ejecución del mismo para la vigencia 2018 se lideró por la Dirección de Recursos Financieros, lo cual podría afectar el cumplimiento de las funciones establecidas respecto de las disposiciones legales y el procedimiento para ambas áreas.</p> <p>Las evidencias de ejecución del procedimiento OI.120.P8.P fueron entregadas por la Dirección de Recursos Financieros, pese a que dicho registro debía ser entregado por la Dirección de Planeación, lo que además podría afectar el control por parte del responsable del procedimiento y el control efectivo de los documentos.</p>
3	<p>Procedimiento EV.130.P10.P Pasos 6 y 7 del SGC.</p> <p>10.1 Generalidades de la norma NTC ISO 9001:2015</p>	<p>Se encontraron inconsistencias en el registro de los soportes de cumplimiento del Plan de Mejoramiento, en las Oportunidades de Mejora relacionadas con los ejercicios de autocontrol a cargo de la Oficina de Estudios Especiales y Apoyo Técnico, teniendo en cuenta que las evidencias registradas en el aplicativo respecto a las acciones de mejora planteadas no corresponden con la descripción de la meta, como se puede ver a continuación:</p> <p>➤ Por acciones de autocontrol se ha identificado la necesidad de revisar y mejorar los documentos de registro y soporte, del procedimiento OI.140.P10.P tales como formatos, instructivos y demás documentos que evidencian el desarrollo de dicho procedimiento.</p> <p>“Elaborar el formato para la elaboración de los estudios, documentos o guías”. La evidencia registrada en el aplicativo no corresponde con la descripción de la meta, que exigía la presentación del documento para la elaboración de los estudios, documentos o guías metodológicas y su respectivo instructivo revisado y ajustado. Por el contrario se encontró registrado el memorando 20181400004353 del 31/01/2018 mediante el cual se solicitó a la Dirección de Planeación, el estudio y aprobación de los formatos e instructivos del procedimiento OI.140.P10.P y se adjuntan los formatos OI.140.P10.P, OI.140.P10.F01, OI.140.P10.IF01, OI.140.P10.F02 y OI.140.P10.IF02.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Revisar y realizar los ajustes necesarios al documento estrategia de cooperación nacional e internacional, revisar sus formatos y sus instructivos”. La descripción de la meta exigía como evidencia que el documento de Estrategia de Cooperación fuera revisado y ajustado; por el contrario lo que se encontró fue la propuesta de Procedimiento de Gestión de la cooperación institucional y como anexo el pantallazo de una presentación sobre Estrategia de Cooperación del 5/10/2018. • “Revisar cada paso, acción y documentos soportes del procedimiento OI.140.P10.P y ajustar según las modificaciones a




nyhb

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)
		que hayan lugar". Se encontró registrado en el POA el documento OI.140.P10.IF03 Instructivo para la Elaboración de Análisis, investigaciones o estudios especializados; no así lo exigido en la descripción de la meta, que es el procedimiento OI.140.P10.P revisado y ajustado.

5. CONCLUSIONES (frente al objetivo de la auditoría)

Los resultados de la auditoría interna permitieron 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 detalladas en las no conformidades y observaciones del presente informe.

5. FIRMAS		
Líder del Equipo Auditor	Equipo de Auditores (Si participa un Auditor junior especifique)	Aprobado por Auditor Líder – DOCI
 MARÍA JOSÉ HERNÁNDEZ BURBANO	 MARÍA JOSÉ HERNÁNDEZ BURBANO	 CAMPO ELÍAS VEGA ROCHA Director Oficina de Control Interno

Versión 3.2 - Acta de

COPIA DE CICLO PHVA 16 de mayo de 2018