

INFORME AUDITORIA INTERNA – OFICINA DE CONTROL INTERNO

Proceso	EVALUACIÓN, CONTROL Y MEJORA					
Procedimiento	Auditoría interna					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	11/05/2022	Versión	4.1	Página 1 de 4

SISTEMA DE GESTIÓN AUDITADO	SGC <input checked="" type="checkbox"/> SGAS <input type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/>
Tipo de Auditoría	Presencial (<input checked="" type="checkbox"/>) Remota (<input type="checkbox"/>)
Fecha informe	12/10/2022
Auditoría Interna	Programada (<input checked="" type="checkbox"/>) Especial (<input type="checkbox"/>)
Proceso auditado / Tema	Gestión de Recursos Físicos y Financieros
Líder del proceso auditado	Daniel Eduardo Ramírez Echeverri - Secretario General

1. DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORIA INTERNA

Fecha reunión de apertura:	16/09/2022	Vigencia auditada:	2°. Semestre 2021 a Agosto de 2022
Líder del Equipo Auditor:	Diana Marcela Jaramillo Montoya		
Equipo Auditor	Yucely María Galvis Villamizar – Profesional Universitario - Gerencia Seccional Cúcuta Ricardo Antonio Rodríguez Cárdenas – Profesional Especializado – OCI. Control Interno Andrés Felipe Padrón Hernández – Profesional Especializado - Oficina de Planeación José Francisco García Méndez – Contratista - Oficina de Control Interno		
Titulares dependencias visitadas o consultadas	Nombre	Dependencia	
	Martha Lucía Huertas Conde	Dirección de Recursos Físicos	
	Beatriz Moreno Ramírez	Dirección de Recursos Financieros (Encargada)	

2. OBJETIVO Y ALCANCE DE LA AUDITORIA INTERNA

- 2.1. Objetivo: Verificar el desarrollo del ciclo PHVA, la actualización normativa y el cumplimiento del objetivo del proceso Gestión de Recursos Físicos y Financieros para el logro de los objetivos institucionales.
- 2.2. Alcance: Comprende el análisis de las evidencias de la gestión del proceso de Gestión de Recursos Físicos y Financieros, correspondiente al periodo comprendido entre el 01 de junio de 2021 hasta el 31 de agosto de 2022, la verificación de la aplicación de lo documentado en el SGC de la Auditoría General de la República de los procedimientos: RF.231.P14.P Procedimiento de Manejo Contable, RF.231.P16.P Procedimiento Manejo de Presupuesto, RF.231.P19.P Procedimiento Caja Menor, RF.233.P12 Manejo de Inventarios, RF.233.P24 Plan Anual de Adquisiciones, además de mapa de riesgos, planes de mejoramiento, tablero de control, informes externos y medición de indicadores.
- 2.3. Criterios: Marco Normativo aplicable: Constitución Política de Colombia arts. 62, 209, 226, 269, 274, 339, Ley 80 de 1993, Estatuto tributario, 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 734 de 2002, Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción art. 74, Decreto 111 de 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, Régimen de Contabilidad Pública para Entidades de Gobierno, Resoluciones emitidas por la Contaduría General de la Nación, Circular

Proceso	EVALUACIÓN, CONTROL Y MEJORA				
Procedimiento	Auditoria interna				
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	11/05/2022	Versión	4.1
Página 2 de 4					

externa de la vigencia actual emitida por Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Departamento Nacional de Planeación, Resolución Orgánica 012 y 019 del 2005, Resolución Orgánica 08 y 012 del 2006, Resolución Orgánica 05 del 2010. NTC ISO 9001:2015, Sistema Integrado de Planeación y Gestión, Cumplimiento Plan de Mejoramiento, Mapa de Riesgos, Tablero de Control POAS.

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 y riesgos de soborno).	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

La disposición y cumplimiento por parte del proceso auditado, con la entrega de la información y evidencias solicitadas por el equipo auditor.

Los resultados de la auditoría interna permiten verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso de gestión de Recursos Físicos y Financieros, de los procedimientos auditados en concordancia con los objetivos institucionales, excepto por lo notificado en el punto 4.2 de este informe.

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	Capítulo 8, numeral 8.1 Planificación y control operacional. Procedimiento RF.231.P19.P, Caja Menor. Resolución de constitución.	Verificada la Resolución 055 de 2022, de constitución de la caja menor, de acuerdo al párrafo 2 del artículo 2, se evidenció que no se ha efectuado por parte de la actual responsable de la caja menor, la designación mediante memorando del funcionario encargado del manejo de la misma, ya que el documento aportado refiere a un memorando de fecha 04/11/2014.
2	Capítulo 8, numeral 8.1 Planificación y control operacional. Procedimiento RF 231.P19.P, Caja Menor: paso 52	Incumplimiento en la ejecución mensual de los arqueos de caja menor; durante el periodo de evaluación no fueron efectuados arqueos de caja menor, situación que refleja la omisión del paso 52 determinado en el procedimiento.

Proceso	EVALUACIÓN, CONTROL Y MEJORA					
Procedimiento	Auditoría interna					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	11/05/2022	Versión	4.1	Página 3 de 4

4.3 Observaciones

No.	Requisito relacionado	Condición (Descripción de la oportunidad de mejora y la evidencia que fundamenta la observación)
1	Capítulo 8, numeral 8.1 Planificación y control operacional. Procedimiento RF.231.P14.P, Manejo contable , paso 20 Conciliaciones bancarias.	Las Conciliaciones de las tres cuentas bancarias a cargo de la Dirección Financiera, se están elaborando de forma errónea en el formato RF.231.P14.F01, Versión 1.1. del 23/06/2010, cuando el último formato diseñado y aprobado por el Sistema de Gestión de Calidad de la Entidad, es la <u>Versión 1.2. del 19/11/2015.</u> La misma situación se evidenció en la elaboración de las conciliaciones bancarias correspondientes al manejo de la caja menor a cargo de la Dirección de Recursos Físicos.
2	Capítulo 8, numeral 8.1 Planificación y control operacional. Procedimiento RF.231.P19.P, Caja Menor. Formatos de los pasos: 5, 31, 40, 44 y 56.	Incumplimiento en el diligenciamiento de los formatos actualizados y aprobados por el Sistema de Gestión de Calidad para el Procedimiento RF.231.P19.P, Caja Menor, observando que: De acuerdo a los formatos descritos en los pasos 5, 31, 40, 44 y 56 del procedimiento, podemos manifestar que no están siendo utilizados en las últimas versiones aprobadas por el SGC, nos referimos al F-04 Recibo de caja menor, F-06 Reembolso, F-08 Resolución de Apertura de caja menor, F-09 Resolución de Reembolso y F-10 Legalización de caja menor, los cuales vienen siendo diligenciados en versiones anteriores; para el caso de la resolución de constitución la están elaborando en el formato GD.233.P01.FI06 V.3.4 del 22/01/2020, en las de reembolso están utilizando un formato sin identificación y en las de legalización utilizan el formato TH.232.P16.FI.07, es decir, de otros procesos.
3	6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	El proceso auditado no pudo indicar los riesgos asociados al procedimiento RF.231.P19.P - Caja Menor y RF.231.P16.P - Manejo de presupuesto.
4	Capítulo 8, numeral 8.1 Planificación y control operacional. RF.233.P12 Manejo de Inventarios, Activos Fijos e intangibles. Paso 7 y 11	Se identificó que el soporte del comprobante de salida de consumo 71 del 15/06/22 y 118 del 31/8/22, solicitados por la GS VII Armenia y Dirección de Recursos Financieros respectivamente, no diligenciaron la solicitud de pedido de productos de almacén por la intranet. Por otro lado se observó que el soporte de solicitud de almacén del comprobante de salida de consumo 71, no registra firmas. Todos los comprobantes de salida de consumo de la muestra solicitada, no registran la firma de autorización del Director de Recursos Físicos.
5	9.1.3 Análisis y evaluación	Se observó que en los seguimientos a los indicadores del proceso de Gestión de Recursos Físicos y Financieros a pesar de que el aplicativo envía alertas a los líderes para que revisen y hagan las subsanaciones pertinentes, se evidenciaron observaciones sin subsanar de periodos anteriores.
6	10. Mejora	El Plan de Mejoramiento con fecha de diligenciamiento 04/08/2021, una vez verificada la muestra seleccionada de las acciones abiertas de la última auditoría realizada al proceso Gestión de Recursos Físicos en el aplicativo SIA POAS, en la No conformidad N° 8. "Incumplimiento procedimiento Ingreso de bienes al almacén se pudo establecer que el ingreso del celular GSM Nuevo...", tiene como evidencia "Manual de manejo de inventarios actualizado", no obstante, se cargó como evidencia, el acta de análisis causal y sin firma, que sirve como insumo para la formulación del plan de mejoramiento, por ende, la evidencia no es consistente con el plan formulado. Se evidenció que Control Interno hizo la observación correspondiente y a la fecha de la presente auditoría, no se ha subsanado por el área.

Proceso	EVALUACIÓN, CONTROL Y MEJORA					
Procedimiento	Auditoría interna					
Código	EV.130.P12.F10	Fecha	11/05/2022	Versión	4.1	Página 4 de 4

5. CONCLUSIONES (frente al objetivo de la auditoría)

Concluida la auditoría interna se puede inferir, que se viene dando cumplimiento a los objetivos trazados para el proceso de Gestión de Recursos Físicos y Financieros, concordantes con los objetivos institucionales; no obstante, del ejercicio realizado se derivaron cuatro no conformidades, de los cinco procedimientos auditados.

Así mismo, es pertinente recomendar, que se valide la pertinencia de ajustar y dejar el procedimiento de caja menor a cargo de la Dirección de Recursos Financieros, ya que se trata del manejo de recursos y de una cuenta bancaria, que hacen parte de la cadena presupuestal y asumen manejo ante el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF Nación, lo cual hace que su formación o lineamiento sea más de perfil o carácter financiero.

Aunado a lo anterior, también es la oportunidad para recomendar la validación y designación de funciones a un responsable para que realice los arqueos mensuales a la caja menor, que por su perfil, a bien se podría tratar de un profesional adscrito a la Dirección Financiera.

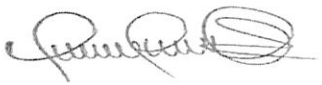
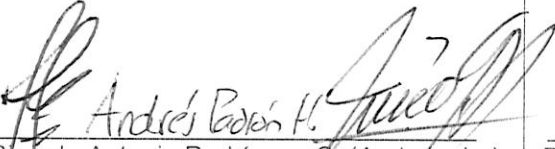
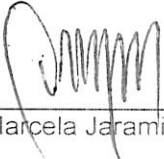
Respecto a la certificación de recibo a satisfacción o cumplimiento del objeto contractual por parte del supervisor, sería recomendable estandarizar el formato para todas las unidades ejecutoras.

Frente a las no conformidades y observaciones descritas, se debe elaborar el plan de mejoramiento, concibiendo el análisis causal de cada una, con la finalidad de construir las acciones de mejoramiento pertinentes, que conduzcan a la mitigación de su ocurrencia o que las mismas vuelvan a suceder.

Presentada la contradicción por parte del proceso auditado, se menciona frente a la Observación No. 1, y de acuerdo a la explicación manifestada se decide mantenerla, recomendando que en el menor tiempo posible soliciten al Sistema de Gestión de Calidad el ajuste y/o actualización del formato en lo referido a la marca de agua y pie de página, toda vez, que desde la vigencia 2015 vienen utilizando por error involuntario un formato desactualizado.

Así mismo, y respecto a la Observación No.3 del informe preliminar, se decide mantenerla, haciendo la recomendación, que al elaborar el plan de mejoramiento se aseguren de incluir los riesgos asociados correspondientes a los procedimientos RF.231.P19.P - Caja Menor y RF.231.P16.P - Manejo de Presupuesto.

Por lo anterior, se solicita de manera cordial, que de acuerdo a lo descrito en el paso 21 del Procedimiento EV.130.P12.P, es decir, que en el término de diez (10) días hábiles de la presentación del Informe Final, se elabore y cargue el Plan de Mejoramiento en el aplicativo POAS MANAGER, módulo plan de mejoramiento, frente a las dos (2) No Conformidades y las (6) Observaciones derivadas y registradas para el informe final.

5. FIRMAS		
Líder del Equipo Auditor	Equipo de Auditores (Si participa un Auditor junior especifique)	Aprobado por Auditor Líder – DOCI
 Yucely María Galvis Villamizar	 Ricardo Antonio Rodríguez C. (Aud. Junior) Andrés Felipe Padrón Hernández José Francisco García Méndez	 Diana Marcela Jaramillo Montoya