

**EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
FICHA EJECUTIVA DE EVALUACIÓN
II SEMESTRE 2018**

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombre del Proceso:	Proceso de Gestión de Aplicaciones GA-PR-01. Procedimientos: Procedimiento de gestión de cambios GA-PRC-GC-01, Procedimiento de desarrollo de software interno GA-PR-DS-01, Procedimiento pruebas de aceptación GA-PRC-PA-0. Proceso de Gestión de Operaciones GO-PR-01. Procedimientos: Gestión de Solicitudes GO-PR-GS-01, Gestión de problemas GO-PR-GP-01, Gestión de incidentes GO-PRC-GI-01. Proceso Seguridad de la Información SI-PR-01. Procedimientos: Gestión de Acceso Lógico SI-PRC-GAL-01, Gestión de Riesgos de Seguridad de la Información SI-PRC-GRSI-01
Dependencia responsable del proceso	Subdirección de Información y Desarrollo Tecnológico
Líder del proceso	Dana Shirley Pineda Marín
Periodo evaluado	Del 1 de julio de 2017 a 31 de mayo de 2018

II. METODOLOGIA UTILIZADA

El Experto con Funciones de Control Interno para el desarrollo de la función de aseguramiento, aplica el Estatuto de Auditoría, el Código de Ética y la carta de representación, así como los lineamientos de las normas internacionales de auditoría, basadas en riesgos. Aplicación de técnicas de auditoría, entrevista, revisión documental y sistemas de información.

III. ASPECTOS POSITIVOS

En el desarrollo de la auditoría se evidenció la aplicación de mejores prácticas para el cumplimiento de las funciones de la Subdirección de Información y Desarrollo, como el Sistema GLPI, utilización de Jira y otras herramientas que permiten el seguimiento a las actividades.



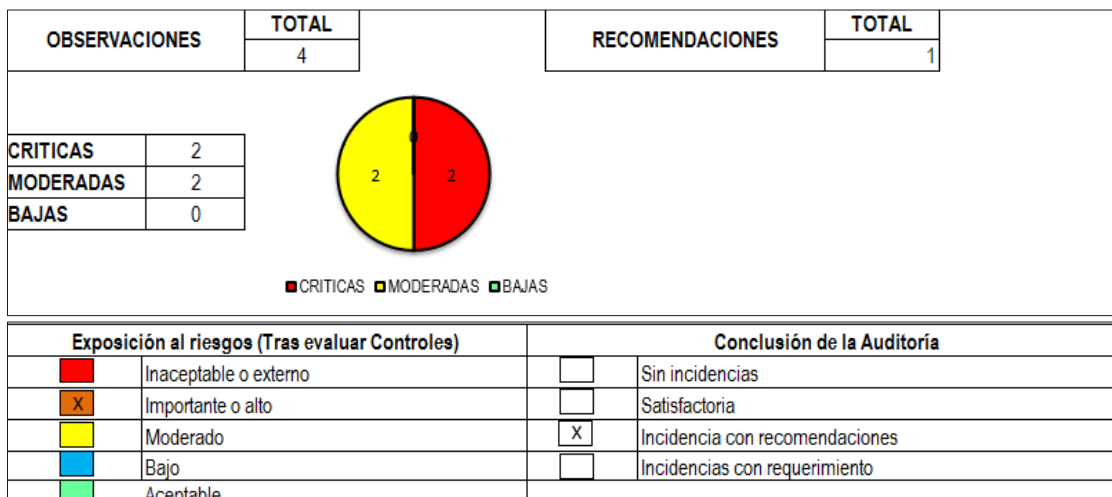
IV. OPINIÓN GENERAL

Finalizada la aplicación de las pruebas de auditoría se logró dar cumplimiento al objeto de esta, evidenciando que los procesos de Gestión de Aplicaciones, Gestión de Operaciones y Seguridad de la Información, así como los procedimientos asociados, se encuentran dentro del marco de la gestión de Tecnología de la Información, que permiten el desarrollo y cumplimiento de sus objetivos.

No obstante, se evidenciaron aspectos que requieren análisis los cuales se citaran en el desarrollo del presente informe, relacionados con los controles aplicados y no documentados, procedimientos no aplicados, debilidad en el seguimiento de los riesgos y en los indicadores de los procedimientos, que afectan el Sistema de Control Interno.

En cumplimiento del alcance de la auditoría se aplicó el formato de autoevaluación, sobre el cumplimiento de los aspectos relacionados con la ISO 27001 para la seguridad de la información, del cual se obtuvo una calificación del 97%, pero es necesario revisar la aplicación de aspectos calificados como negativos incluso los positivos.

RESULTADOS CON BASE EN LOS RIESGOS IDENTIFICADOS



V. DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EVIDENCIADAS.

Revisada la aplicación de los procesos y procedimientos caracterizados en el mapa de Procesos de CCE y publicado en la página Web, se evidenció que no se da estricto cumplimiento a las actividades allí señaladas, debido a lo siguiente:

- El ciclo de mejor PHVA, se encuentra definido en cada una de sus etapas a nivel de proceso, no de forma correcta, diferente situación se presenta con los procedimientos que no cierran el ciclo.
- Los proceso y procedimientos auditados se elaboraron en el año 2016, por lo que las normas legales se encuentran desactualizados.
- En las fichas de caracterización no se identifican los controles, las políticas de operación no se encuentran definidas correctamente, por lo anterior no operan como mecanismos de control.



- Las salidas de los procesos y procedimiento no se definen claramente, generando dificultades para su revisión.
- Se citan normas técnicas que no se aplican en la ejecución de los procesos, como la ISO 14001:2004, OSHAS 18001:2007.

El proceso de Seguridad de la Información cuenta en el mapa de procesos, con el procedimiento SI-PRC-GAL-01 Gestión de Acceso Lógico, el cual no se aplica.

En el proceso SI-PR-01 Seguridad de la Información, se encuentran las actividades 3, 5, 6 que no se ejecutan, generando incumplimiento y debilidades en este aspecto.

Revisado el mapa de riesgos de procesos y corrupción no se evidenció continuidad en el proceso de gestión de riesgos asociados a los procesos auditados. Lo anterior puede generar que se materialicen riesgos y no traten correctamente.

Los indicadores presentan la siguiente situación:

Los indicadores definidos y publicados en el mapa de procesos del Proceso Gestión de Aplicaciones son:	El proceso de Gestión de Operaciones cuenta con los siguientes indicadores en el mapa de procesos:	En el proceso de Seguridad de la Información .
<ul style="list-style-type: none"> * Porcentaje de cumplimiento en la implementación de controles de cambio * Porcentaje de despliegues de emergencia * Cumplimiento de proyectos o cambios planeados * Control de defectos. <p>En la ficha de gestión IDT del 19 de julio de 2018, que permite realizar el seguimiento en el comité de la Subdirección, no se encuentra el registro del indicador denominado: "Cumplimiento de proyectos o cambios planeados".</p> <p>En la ficha del indicador "Porcentaje de despliegues de emergencia", se define como el umbral $\% DE \leq 10\%$ pero los resultados en la ficha de seguimiento del comité de área se encuentra el valor de 92%. De igual forma, en el</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Disponibilidad de los sistemas de información durante el periodo (DSI) * Índice de abandono de llamadas * Satisfacción del usuario con soporte de la mesa de servicio * Tiempo medio de atención * Porcentaje de solicitudes solucionadas (PSS) * Tiempo promedio de solución de solicitudes (TPS) * Porcentaje de incidentes resueltos * Tiempo promedio de solución de incidentes (TPI) * Porcentaje de problemas solucionados (PPS) * Tiempo promedio de solución de problemas (TPP) <p>En la ficha de seguimiento del comité de la Subdirección de Información y Desarrollo, se revisan los indicadores: % Nivel Atención Semanal MS tablero, % Casos solucionados del periodo, Problemas nuevo en el periodo,</p>	<p>Se evidenciaron diferentes indicadores, en el mapa de procesos, fichas de seguimiento del comité y plan de acción:</p> <p>En la ficha de seguimiento del comité se realiza seguimiento a los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> * % Estado tratamiento Riesgos SI (vuln. cerradas o aceptadas / total vuln.) * # Incidentes de Seguridad <p>En el mapa de procesos se encuentran los siguientes:</p>



Los indicadores definidos y publicados en el mapa de procesos del Proceso Gestión de Aplicaciones son:	El proceso de Gestión de Operaciones cuenta con los siguientes indicadores en el mapa de procesos:	En el proceso de Seguridad de la Información .
<p>plan de acción los valores reportados corresponden a 100% y 100% en los dos últimos periodos.</p> <p>Lo anterior no permite establecer la medición real de los resultados del procedimiento, generando información diferente para el análisis sobre comportamiento de este.</p>	<p>gestión de reclamos # Nuevas PQRS, atención PQRS.</p> <p>En el plan de acción se encuentran los siguientes: Porcentaje de casos atendidos, Porcentaje de abandono, el último indicador en la primera medición de 2018 obtuvo calificación de 53%, señalando que no se cumplió con la meta, pero en el umbral de la ficha del indicador es de 20%</p> <p>Como se observa no se presenta claridad sobre los diferentes indicadores en las herramientas de control definidas.</p>	<p>* 'Número de accesos no autorizados</p> <p>* 'Número de riesgos críticos</p> <p>* 'Número de riesgos materializados que no fueron identificados</p> <p>En el plan de acción los indicadores se encuentran definidos:</p> <p>Porcentaje de riesgos de seguridad mitigados o cerrados, Número de incidentes de seguridad, en las 2 mediciones del año 2018 para el primer riesgo los resultados son: 25% y 28% respectivamente. No se evidenció que se hayan documentado y ejecutado actividades de mejora resultado de la medición, y la diferencia de resultados no permite establecer el comportamiento del proceso.</p> <p>Lo anterior no permite realizar la medición del proceso y procedimientos ya que difieren los indicadores, uno no se aplica como el de "Número de riesgos</p>



Los indicadores definidos y publicados en el mapa de procesos del Proceso Gestión de Aplicaciones son:	El proceso de Gestión de Operaciones cuenta con los siguientes indicadores en el mapa de procesos:	En el proceso de Seguridad de la Información .
		materializados que no fueron identificados."

Con relación a metodología aplicada para la gestión de riesgos de seguridad de la información, se evidenció:

- No presenta fecha elaboración, revisión, aprobación.
- Se establece como criterio la ISO 31000, pero no se aplica de acuerdo con sus lineamientos, el paso inicial es la definición del contexto y no se observó este documento durante la auditoría.
- Se refiere al Oficial de Seguridad de la Información, no se identifica quien ejerce ese rol.

La matriz de riesgos:

No es claro si el riesgo es de integridad, confiabilidad o disponibilidad, se describen los tres riesgos, pero las acciones no están dirigidas a cada uno de ellos. Ejemplo R-Poxta.

La evaluación del riesgo inherente se mantiene como riesgo residual, en la matriz se cita que el "Estado" en tratamiento, no se logró evidenciar que acciones se adelantan para el tratamiento del riesgo.

No se realiza el seguimiento correspondiente a los riesgos de seguridad de la información por el área responsable en la Subdirección de Información y Desarrollo, los responsables de los activos de información no los monitorean.

Se han materializado riesgos en la Subdirección de Negocios, de acuerdo con la información suministrada por el responsable del tema, pero no se documentó y no se adelantaron las medidas necesarias como respuesta a la ocurrencia del evento.

Lo anterior evidencia debilidades en la gestión de los riesgos de seguridad de la información, presentando vulnerabilidad en los activos de información identificados.

VI. RECOMENDACIÓN DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con los resultados se sugiere:

A la fecha se encuentran en revisión y ajuste los proceso y procedimientos, por lo que se sugiere, subsanar los aspectos citados anteriormente, con el objeto de fortalecer los elementos del Sistema de Control Interno y la gestión por procesos. Documentar los procesos y procedimiento necesarios para gestionar la Seguridad de la Información, de acuerdo con la ISO 27001:2013, norma citada como requisito del proceso auditado, definir la pertinencia de este requisito en el proceso de Seguridad de la Información.

Realizar la gestión de los riesgos de proceso y corrupción asociados a la Subdirección de Información y Desarrollo.



Revisar la formulación de los indicadores, definir claramente si corresponden a eficiencia, eficacia o efectividad y unificar las unidades de medida, para el correcto análisis y toma de decisiones.

Actualizar los elementos de la gestión de riesgos de Seguridad de la Información, para lo cual se sugiere revisar la pertinencia de aplicar la metodología de riesgos definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública de fecha agosto 2018, en especial lo relacionado con la gestión del riesgo de seguridad digital.

Revisar los aspectos relacionados con la seguridad de la información y adelantar un plan de fortalecimientos para dar cumplimiento a la norma ISO 27001. Definir si se toma como norma aplicable al proceso y procedimientos de la Subdirección de TI, o solo los aspectos relacionados con la Política Digital.

APORTE AUDITORÍA: Los hallazgos u observaciones y recomendaciones de auditoría inciden en los siguientes aspectos:

Obligaciones legales: (Misionales, laborales, ambientales, seguridad información)	1
Obligaciones de cumplimiento (Sistema de Control Interno, MIPG, procedimientos)	1
Mejora de procedimientos de control	1
Mejora de los procedimientos y documentación de los mismos	1
Gestión y mitigación de los riesgos	1

VII. PLAN DE MEJORAMIENTO

El líder del proceso auditado remitió dentro de los términos definidos en el plan de auditoría el plan de mejoramiento correspondiente.

JUDITH ESPERANZA GÓMEZ ZAMBRANO

Asesor Experto con Funciones de Control Interno



**EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
FICHA EJECUTIVA DE EVALUACIÓN
II SEMESTRE 2018**

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombre del Proceso:	PIT-PR-01 Proceso de Planeación de TI
Dependencia responsable del proceso	Subdirección de Información y Desarrollo Tecnológico
Líder del proceso	Dana Shirley Pineda Marín
Periodo evaluado	1 de julio de 2017 a 31 de julio de 2018

II. METODOLOGIA UTILIZADA

El Experto con Funciones de Control Interno para el desarrollo de la función de aseguramiento, aplica el Estatuto de Auditoría, el Código de Ética y la carta de representación, así como los lineamientos de las normas internacionales de auditoría, basadas en riesgos. Aplicación de técnicas de auditoría, entrevista, revisión documental y sistemas de información.

III. ASPECTOS POSITIVOS

El grupo que desarrolla las actividades del proceso de Planeación de TI, demuestran conocimientos específicos sobre los aspectos objeto del proceso auditado.

IV. OPINIÓN GENERAL

Una vez aplicadas las pruebas de auditoría que permitieron cumplir el objetivo del ejercicio de aseguramiento, se evidenció que el proceso PIT-PR-01 Planeación de TI, se ejecuta en cada una de sus actividades definidas para la gestión de TI en la Agencia de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente ,CCE, no obstante, es necesario articular la secuencia de sus actividades, aplicando los principios del Marco de Referencia para la Gestión de TI del Estado colombiano, desarrollado por Min tic, soportado con el Plan Estratégico de Tecnología de la Información, PETI, aspectos definidos como base para la implementación de la estrategia de Gobierno en Línea Decreto 2573 de 2014, hoy Decreto 1008 de 2018 Política de Gobierno Digital.

De igual forma, se definieron salidas del proceso que no cumplen con el requisito como “Plan Estratégico de TI aprobado”, documento que a la fecha no cuenta con este trámite, es el que marca el inicio del proceso de planeación TI.


Finalmente se evidenció que este proceso, no cuenta con los elementos necesarios para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno como los controles, indicadores, políticas de operación y riesgos, que permitan dar claridad frente a si lo ejecutado corresponde a la línea estratégica y prioridades de CCE como soporte para el cumplimiento de los objetivos.








RESULTADOS CON BASE EN LOS RIESGOS IDENTIFICADOS

OBSERVACIONES	TOTAL	RECOMENDACIONES	TOTAL
	4		2

CRITICAS	3
MODERADAS	1
BAJAS	0



■ CRITICAS ■ MODERADAS ■ BAJAS

Exposición al riesgos (Tras evaluar Controles)		Conclusión de la Auditoría	
	Inaceptable o externo	<input type="checkbox"/>	Sin incidencias
	Importante o alto	<input type="checkbox"/>	Satisfactoria
	Moderado	<input checked="" type="checkbox"/>	Incidencia con recomendaciones
	Bajo	<input type="checkbox"/>	Incidencias con requerimiento
	Aceptable		

V. DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EVIDENCIADAS

Una vez revisada la información generada por la Subdirección de Información y Desarrollo Tecnológico encargada de ejecutar el proceso PIT-PR-01 Proceso de Planeación de TI del mapa de procesos publicado en la página web de CCE, se encontró que no cumple con la estructura definida en este mapa, ya que no cuenta con procedimientos, indicadores y riesgos, incumpliendo lo señalado en el Manual Operativo de MIPG adoptado por el Decreto 1499 de 2017 3ª Dimensión: Gestión con Valores para Resultados, numeral 3.2.1.1 Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, Trabajar por procesos.

Lo anterior, evidencia debilidades en el Sistema de Control Interno con niveles de exposición de riesgos altos, debido a la carencia de elementos que permitan controlar efectivamente el proceso para garantizar razonablemente el cumplimiento de sus objetivos.

En la ficha del proceso se define como requisito legal el Decreto 2573 de 2014 Gobierno en línea y el Marco de Referencia Arquitectura de TI - MinTIC entre otros, al solicitar la información sobre el MR, el auditado remitió 3 archivos relacionados con el contrato suscrito con EVERIS, con fecha de creación 30 de noviembre de 2014.

El Contrato de consultoría No CCE-045-3-2013 29 de mayo 2013 contratista E veris Spin SL, se revisó en los aspectos relacionados con AE, y se consolidaron los resultados en el ANEXO No 1 ARQUITECTURA EMPRESARIAL EVERIS vf.

En el documento de Min tic: G.GEN.03. Guía General de un Proceso de Arquitectura Empresarial Guía técnica. Versión 1.3. 31 de mayo de 2016, en la página 12 señala lo siguiente: "Se dice que una institución cuenta con una Arquitectura Empresarial cuando ha desarrollado un conjunto de ejercicios o proyectos, siguiendo la práctica estratégica antes mencionada para generar capacidades de gestión de TI, ha logrado conectar lo misional con TI y además ha logrado diseñar un mapa de ruta de transformación de TI y lo ha integrado al Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI)."



Debido a la evidencia obtenida y analizada, se manifiesta que el Marco de Referencia de Arquitectura de TI, no se encuentra actualizado y no hace parte fundamental en la planeación de TI, incumpliendo el marco normativo y el requisito legal del mismo en especial el Decreto 1078 DE 2015, Decreto 1008 de 2018.

Revisados los entregables relacionados con AE, en la aplicación de la propuesta presentada para el modelo tecnológico entregable P27, se encontró que la Subdirección de Información y Desarrollo Tecnológico se estructuró de acuerdo con esta propuesta, tema aclarado en la reunión cierre. El archivo 20141230_Informe_Implementacion_Procesos TI, con fecha de 2014, corresponde a la propuesta con los aspectos a trabajar.

Revisadas las salidas del proceso PIT-PR-01 Proceso de Planeación de TI, establece en la actividad No 1 "Plan estratégico de TI aprobado", a la fecha de la auditoría se encuentra publicado en la página web de CCE, "Plan Estratégico de Tecnologías de Información - PETI 2017 - 2020" con fecha julio 2018, el cual se encuentra en ejecución por parte de la Subdirección de Información y Desarrollo Tecnológico, pero no se ha surtido el proceso de aprobación, esta situación ya se había identificado y comunicado en la auditoría de gestión realizada en el año 2017.

El Plan Estratégico de Tecnologías de Información - PETI 2017 - 2020, publicado en julio de 2018 presenta en el registro de modificaciones "Creación del documento" el 19 de julio de 2018. Este documento en el pie de página presenta como logo " Prosperidad para todos " nombre dado al Plan de Desarrollo 2010-2014 aprobado con la Ley N° 1450 del 16 junio 2011 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014. En la página 32 se encuentra lo siguiente: XVI. Iniciativas PETI 2017-2010, con fundamento en la evidencia analizada se encontró que el documento publicado requiere una nueva revisión para ajustar aspectos de forma, así como los aspectos técnicos requeridos para que cumpla su propósito que es ser el mecanismo utilizado para expresar la Estrategia de TI. El PETI hace parte integral de la estrategia de la institución y es el resultado de un adecuado ejercicio de planeación estratégica de TI. Cada vez que una institución pública hace un ejercicio o proyecto de Arquitectura Empresarial, su resultado debe ser integrado al PETI, aspectos señalado por la guía de Min Tic.

De igual forma es necesario revisar el PETI de CCE, para alinearlo con la estrategia de TI sectorial, cadena de valor, indicadores y riesgos entre otros ítems, que generan incumplimientos sobre los aspectos de proceso de planeación de TI y marco legal.

La actividad 7 del proceso PIT-PR-01 Proceso de Planeación de TI "Gestionar los proyectos de TI" presenta como salidas los siguientes documentos: Marco de trabajo de gestión de proyectos, Oficina de Proyectos - PMO, Portafolio de proyectos de TI, Matriz de seguimiento a proyectos de TI, en la revisión documental del SharePoint se evidenció debilidades en la trazabilidad de los documentos de los proyectos revisados, se encontraron formatos de presentación del proyecto sin diligenciar y la carta de presentación en la misma situación, durante la auditoría, se procedió a su organización.

La situación encontrada, no permite conocer por parte de un usuario de la información, distinta a la persona que la administra, la gestión de los proyectos y el estado actual de los mismos y diferentes enfoques para la aplicación de la metodología definida. Lo anterior evidencia incumplimiento de la actividad 9 del proceso auditado, definida como "Ejecutar el proceso de archivo".



VI. RECOMENDACIÓN DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con los resultados se sugiere:

Desarrollar los diferentes componentes del Sistema de Control Interno del proceso, como los procedimientos, riesgos, indicadores para el control efectivo a sus actividades y la gestión de TI, incorporando los aspectos relacionados con el marco de referencia de arquitectura empresarial para la gestión de TI. Revisar y actualizar la caracterización del proceso par que se identifique la cadena de valor e interrelación de las actividades.

Realizar los ejercicios de AE con la periodicidad requerida que permitan orientar las prioridades de CCE, frente al modelo de negocio y gestión de TI, en coordinación con los diferentes líderes de procesos, para fortalecer la Planeación del proceso de TI orientada al cumplimiento de los objetivos estratégicos de CCE.

Aplicar la Guías de Min tic o las herramientas disponibles y apropiadas de acuerdo con la naturaleza de la agencia.

Actualizar el PETI aplicando los lineamientos de Mini tic y de acuerdo con los resultados del ejercicio de AE, para definir las prioridades de TI, incluyendo los lineamientos sectoriales.

Realizar la gestión documental de los proyectos de acuerdo con las tablas de retención documental, para los proyectos en ejecución y los futuros. Actualizar la metodología para los proyectos de TI definido elementos de aplicación de acuerdo con el proyecto gestionado., no a todos se aplican los mismos lineamientos.

Incluir en el análisis del plan de infraestructura tecnológica los riesgos asociados.

Documentar las acciones desarrolladas del PETI

APORTE AUDITORÍA: Los hallazgos u observaciones y recomendaciones de auditoría inciden en los siguientes aspectos:	
Obligaciones legales: (Misionales, laborales, ambientales, seguridad información etc.).....	2
Obligaciones de cumplimiento (Sistema de Control Interno, MIPG, procedimientos internos).....	1
Mejora de procedimientos de control interno.....	1
Mejora de los procedimientos y documentación de los mismos	1
Gestión y mitigación de los riesgos.....	1

VII. PLAN DE MEJORAMIENTO

El líder del proceso auditado remitió dentro de los términos definidos en el plan de auditoría el plan de mejoramiento correspondiente.

JUDITH ESPERANZA GÓMEZ ZAMBRANO

Asesor Experto con Funciones de Control Interno



**EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
FICHA EJECUTIVA DE EVALUACIÓN
II SEMESTRE 2018**

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombre del Proceso:	Procedimiento Gestión Contable GF-PRC-GC-02. Procedimiento de Gestión de Tesorería GF-PRC-GT-02
Dependencia responsable del proceso Líder del proceso	Secretaría General Silvia Juliana Ramírez Rosas
Periodo evaluado	1 de julio de 2017 a 31 de julio de 2018

II. METODOLOGIA UTILIZADA

El Experto con Funciones de Control Interno para el desarrollo de la función de aseguramiento, aplica el Estatuto de Auditoría, el Código de Ética y la carta de representación, así como los lineamientos de las normas internacionales de auditoría, basadas en riesgos. Aplicación de técnicas de auditoría, entrevista, revisión documental y sistemas de información.

III. ASPECTOS POSITIVOS

En el desarrollo de la auditoría se evidenció el compromiso de las personas que ejecutan los procedimientos de Contabilidad y Tesorería, los mecanismos de interacción para el desarrollo y aplicación de los controles en forma conjunta que permiten el cumplimiento de los requerimientos normativos a las diferentes instancias, así como el conocimiento técnico especializado aplicado en las actividades realizadas.






IV. OPINIÓN GENERAL

Finalizada la aplicación de las pruebas de auditoría se logró el cumplimiento del objetivo planteado, evidenciando que los procedimientos de Gestión Contable GF-PRC-GC-02 y Gestión de Tesorería GF-PRC-GT-02, se ejecutan. La contabilidad de CCE se desarrolla a través de la aplicación de las etapas reconocimiento, medición posterior, revelación y demás aspectos en cumplimiento de la Resolución 193 de 2016 de la CGN y el Manual de Política Contable de CCE. A su vez y la función de Tesorería se ejecuta con apego estricto de las normas relacionadas con los bancos, requisitos para pagos y procedimientos definidos en el SIIF. Los informes legales a entidades como la DIAN y la Secretaria de Hacienda Distrital y la Contaduría General de la Nación, se cumplen aplicando los requerimientos señalados y cumpliendo los términos correspondientes.

No obstante, lo anterior, se identificaron aspectos que requieren revisión y ajuste, en el marco del Sistema de Control Interno y MIPG, que se presentan en el desarrollo del presente informe.



RESULTADOS CON BASE EN LOS RIESGOS IDENTIFICADOS

OBSERVACIONES		TOTAL	RECOMENDACIONES		TOTAL
		4			1
CRITICAS	0	 <p>■ CRITICAS ■ MODERADAS ■ BAJAS</p>			
MODERADAS	4				
BAJAS	0				
Exposición al riesgos (Tras evaluar Controles)			Conclusión de la Auditoría		
	Inaceptable o externo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sin incidencias	
	Importante o alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Satisfactoria	
	Moderado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Incidencia con recomendaciones	
	Bajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incidencias con requerimiento	
	Aceptable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

V. DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EVIDENCIADAS

Revisadas las fichas de caracterización de los procedimientos de Gestión Contable GF-PRC-GC-02 y Gestión de Tesorería GF-PRC-GT-02, se encontró lo siguiente:

No se identifica plenamente el ciclo de mejora continua PAVH, se cuenta solo con el hacer lo que no permite identificar oportunidades de mejora para los procedimientos.

No se definen los controles necesarios para mitigar los riesgos contables y de tesorería. No se evidencia la secuencia de las actividades debido a que en los procedimientos se incluyen actividades para la ejecución del crédito con el BID.

Los procedimientos no cuentan con las políticas de operación como mecanismos de control definidas por el MIPG.

Lo anterior, evidencia debilidades en los elementos del Sistema de Control Interno, exponiendo los procesos a niveles de riesgos alto, debido a la carencia de los aspectos señalados.

El procedimiento de Gestión Contable GF-PRC-GC-02 cuenta con el siguiente objetivo “Realizar el registro de los movimientos económicos y financieros de la entidad” y el alcance lo siguiente: “Inicia con el registro de las operaciones económicas de la entidad y termina con el análisis financiero de la entidad”, este último, el alcance, representa la extensión de las actividades del proceso contable, pero el objetivo solo señala el registro de los hechos, pero no el análisis.

El procedimiento contable está definido con 17 actividades “H” de las cuales ninguna se identifica como control.

No se evidencia la segregación de funciones para estas actividades, se identifican que el Gestor de Secretaría General es el responsable de registrar, autorizar y conciliar los temas contables, hasta que al final del procedimiento el Director General firma los Estados financieros. De acuerdo con COSO, Sistema de Control Interno MIPG, define:



Segregación de Funciones Control Interno

La segregación de funciones es un método que usan las organizaciones para separar las responsabilidades de las diversas actividades que intervienen en la elaboración de los estados financieros, incluyendo la autorización y registro de transacciones, así como mantener la custodia de activos.

De igual forma el Especialista Financiero Banca/Organismos Multilateral, también desarrollo las actividades en su totalidad.

Los controles asociados a los riesgos del procedimiento de la Gestión Contable incluyen aquellos que permiten cumplir el objetivo de este, no obstante, el mapa de riesgos publicado en la página web de CCE, señala que los controles son inexistentes para varios eventos, generando inconsistencias frente al documento publicado y los controles aplicados. En el mapa de Riesgos de corrupción no se encuentran riesgos asociados a la Gestión Contable.

Lo anterior evidencia incumplimiento al MIPG en lo relacionado con el Sistema de Control Interno, componente Gestión de Riesgos y el Decreto 124 de 2016 Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC riesgos de corrupción.

En el procedimiento de Gestión de Tesorería GF-PRC-GT-02, la actividad inicial presenta como proveedor interno "políticas y plan operativo de la gestión financiera" frente a este tema, es necesario señalar que ese no es el proveedor, es una entrada o insumo para iniciar el procedimiento, de igual forma no se cuenta o no se logró identificar a cuál política de refiere esa actividad.

Se encuentran actividades que no se ejecutan en este proceso como la No 6. BID, actividad 3. CUN las cuales se debe revisar.

El contratista de tesorería aplica controles que le permiten cumplir con el objetivo del proceso, pero no están definidos en la caracterización correspondiente.

Los riesgos se encuentran desactualizados, el denominado "Rigidez en la tenencia de recurso en bancos" ya no es pertinente debido a la normatividad vigente relacionada con que solo por 5 días se pueden tener los recursos en los bancos y en CCE, no se tienen recursos que puedan generar este riesgo. No se evidenció el seguimiento de los riesgos publicados en la página web de CCE.

Se presenta debilidades en la gestión de riesgos, debido a que el mapa de riesgos publicado fue construido con una metodología diferente a lo otros riesgos de otros procesos del mapa, generando incertidumbre sobre la evaluación de los controles y la exposición del riesgo en el procedimiento. En el mapa de Riesgos de corrupción no se encuentran riesgos asociados a la Gestión de Tesorería.

Lo anterior evidencia incumplimiento al MIPG en lo relacionado con el Sistema de Control Interno, componente Gestión de Riesgos y el Decreto 124 de 2016 Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC riesgos de corrupción.

Los procedimientos de Gestión Contable GF-PRC-GC-02 y Gestión de Tesorería GF-PRC-GT-02, presenta indicadores que no corresponden a lo identificado como de eficiencia, eficacia, o efectividad.



El Indicador ID6 del procedimiento Gestión Contable señala como objetivo "mide la efectividad de los registros contables realizados trimestralmente" identificado como un procedimiento de efectividad, debido a la naturaleza del procedimiento es necesario revisar la categoría del indicador.

El indicador ID8 del procedimiento Gestión de Tesorería, señala lo siguiente "El indicador mide la ejecución del PAC vía el pago de las obligaciones" en la meta no identifica cuales son los porcentajes permitidos para la ejecución del PAC de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Hacienda y Crédito Públicos que están para inversión entre 90% - 100% y en gastos generales y funcionamiento entre 95% - 100%.

No se evidencia la revisión de los Estados Financieros en el Comité Corporativo para la toma de decisiones correspondientes.

Lo anterior, evidencia la necesidad de realizar la medición correspondiente y correcta a los procedimientos auditados, sobre su desempeño que permita tomar decisiones para su mejora, como lo establece el MIPG en la dimensión evaluación de resultados.

VI. RECOMENDACIÓN DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con los resultados se sugiere:

A la fecha se encuentran actualización los procesos y procedimientos, por lo que se sugiere tener en cuenta los aspectos señalados, con el objeto de fortalecer estos aspectos.

En la revisión y ajuste del procedimiento incluir los aspectos señalados.

Actualizar el mapa de riesgos y los controles, así como los responsables de las actividades.

Revisar los aspectos señalados, frente a los controles y los riesgos asociado al procedimiento de Gestión de Tesorería.

Revisar y ajustar los indicadores que permitan medir la gestión de los procedimientos de Gestión de Contabilidad y Gestión de Tesorería. Actualizar la hoja de vida de los indicadores de acuerdo con el formato enviado por la Asesora Experta con Funciones de Planeación.

Ajustar los procedimientos de Gestión de Contabilidad y Gestión de tesorería de acuerdo con la decisión tomada resultado de la pertinencia de incluir o no las actividades para ejecución del crédito BID.

APORTE AUDITORÍA: Los hallazgos u observaciones y recomendaciones de auditoría inciden en los siguientes aspectos:	
Obligaciones legales: (Misionales, laborales, ambientales, seguridad información etc.).....	<input type="text"/>
Obligaciones de cumplimiento (Sistema de Control Interno, MIPG, procedimientos internos).....	<input type="text" value="1"/>
Mejora de procedimientos de control interno.....	<input type="text" value="1"/>
Mejora de los procedimientos y documentación de los mismos	<input type="text" value="1"/>
Gestión y mitigación de los riesgos.....	<input type="text" value="1"/>



VII. PLAN DE MEJORAMIENTO

El líder del proceso auditado remitió dentro de los términos definidos en el plan de auditoría el plan de mejoramiento correspondiente.

JUDITH ESPERANZA GOMEZ ZAMBRANO

Asesor Experto con Funciones de Control Interno



**EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
FICHA EJECUTIVA DE EVALUACIÓN
II SEMESTRE 2018**

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombre del Proceso:	Procedimiento Defensa jurídica GJ-PRC-DJ-02.
Dependencia responsable del proceso Líder del proceso	Secretaría General Silvia Juliana Ramírez Rosas
Periodo evaluado	2 de enero de 2018 a 30 de septiembre de 2018

II. METODOLOGIA UTILIZADA

El Experto con Funciones de Control Interno para el desarrollo de la función de aseguramiento, aplica el Estatuto de Auditoría, el Código de Ética y la carta de representación, así como los lineamientos de las normas internacionales de auditoría, basadas en riesgos. Aplicación de técnicas de auditoría, entrevista, revisión documental y sistemas de información.

III. ASPECTOS POSITIVOS

En el desarrollo de la auditoría se evidenció la aplicación de las diferentes herramientas definidas por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, como la relacionada con la calificación de riesgos de los procesos jurídicos, y los parámetros para el cálculo de la provisión contable, así como la política de prevención del daño antijurídico aprobada.

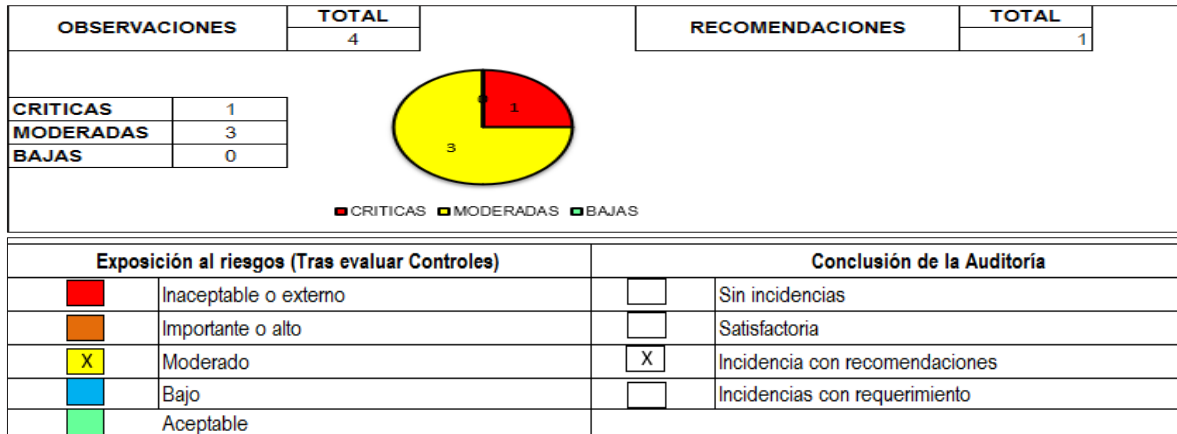
IV. OPONIÓN GENERAL

Finalizada la aplicación de las pruebas de auditoría se cumplió con el objetivo de esta. El Asesor Experto con Funciones Control Interno en diferentes momentos del presente año, realizó seguimiento a la gestión adelantada en el Comité de Conciliación, y al Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa del Estado Colombiano - Ekogui - en cumplimiento del marco normativo correspondiente, presentando los resultados al líder del proceso y al Director de CCE, que permitieron revisar la trazabilidad de las diferentes actividades de la defensa jurídica de CCE.

La auditoría se basó en la revisión del Procedimiento Defensa Jurídica GJ-PRC-DJ-02 y los diferentes elementos del Sistema de Control Interno, los expedientes documentales de los 22 procesos en que CCE hace parte, la consulta del estado de los procesos en la rama judicial y Ekogui, retomando los resultados de los seguimientos anteriores relacionados con los resultados del proceso de aseguramiento, se observa que la representación judicial se ejecuta dentro del contexto señalado para este aspecto, no obstante, se identificaron aspectos que requieren ajustarse los cuales se citan a continuación.



RESULTADOS CON BASE EN LOS RIESGOS IDENTIFICADOS



V. DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EVIDENCIADAS

Revisada la ficha de caracterización del Procedimiento Defensa jurídica GJ-PRC-DJ-02, se encontró lo siguiente:

Si bien se cuentan con elementos del Sistema de Control Interno, mapa de riesgos, indicadores, procesos y procedimientos documentados, ejercicio de autocontrol, no se evidencia la aplicación de los mismos con la rigurosidad que exige la Ley 87 de 1993 y ahora el Modelo COSO Decreto 1499 de 2017, 7ª dimensión Modelo Integrado de Planeación y Gestión, generando debilidades en la gestión por procesos, gestión de riesgos e implementación de controles documentados.

El Procedimiento Defensa jurídica GJ-PRC-DJ-02, no cuenta con la definición del ciclo de mejora continua PHVA, carece de políticas de operación como mecanismos de control.

No se evidencia la secuencia de las actividades para la definición del procedimiento, el publicado a la fecha del presente informe contiene dos secciones: A. Representación Judicial y B. Acción de repetición, solo con actividades del HACER, con el objetivo orientado a "Garantizar los intereses por activa o por pasiva de Colombia Compra Eficiente a través de los mecanismos judiciales existentes", asociado a la primer sección del procedimiento, pero el objetivo no se orienta a la acción de repetición aunque este mecanismos hace parte de la defensa jurídica.

La situación anterior evidencia debilidades en el Sistema de Control Interno, y MIPG de acuerdo con la 3º dimensión: Gestión con valores para los resultados en los relacionado con política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos Trabajar por Procesos.

El Procedimiento Defensa jurídica GJ-PRC-DJ-022 publicado en la página web de CCE, cuenta con indicadores:

ID4 Efectividad de la defensa de los intereses

ID5 Efectividad en la acción de repetición

De acuerdo con la revisión de estos indicadores y la reunión realizada con la funcionaria encargada de estos temas, los indicadores no se aplican por ende se analizan.



Lo anterior evidencia debilidades en el Sistema de Control Interno y MIPG como mecanismos de control y autocontrol.

En el Procedimiento Defensa jurídica GJ-PRC-DJ-02, se encuentran definidos riesgos (Eventos) como:

"1. Incumplimiento a los pactos contractuales. 1. Incumplimiento de los deberes y responsabilidades. 1. Cambio de línea jurisprudencial. 1. No convalidación judicial de sus decisiones. 1. Incumplimiento a los pactos contractuales de la entidad. 1. Incumplimiento a los requerimientos del cliente. 1. Incumplimiento de las obligaciones laborales. Incumplimiento a las regulaciones por parte de la entidad. 1. Indebida gestión."

No se realiza seguimiento a estos riesgos, por lo que no se logra evidenciar su materialización o no, frente a los controles para su mitigación en el mapa de riesgos se señalan como "No existe".

Lo anterior, evidencia debilidades en la gestión de los riesgos por falta de controles documentados, de acuerdo con lo señalado en el Sistema de Control Interno, MIPG e incumplimiento legal señalado en la Resolución de Comisión.

Revisados los soportes de 22 procesos registrados en Ekogui se encontraron aspectos que se relacionada a continuación, los cuales se encuentran en detalle en el Anexo No 1 Listado procesos Ekogui octubre 2018 informe final:

Con relación a la gestión documental, las carpetas no se encuentran foliadas y con 3 o 4 copias el mismo documento.

- Si bien cada proceso presenta una dinámica diferente, los documentos de las carpetas presentan diferencias considerables en su contenido, revidas las TRD del Archivo General de la Nación – AGN – señala las siguientes series documentales para estas carpetas:
- “Poder, Demanda, Demanda de repetición, Contestación demanda, Estado, Recurso, Memorial, Ejecutoria de sentencias, Requerimientos judiciales, Sentencia.”
- Los números de las carpetas en varios casos no tiene los mismos del radicado de los procesos en la rama judicial.
- El proceso laboral En la rama ejecutiva se registra con el siguiente número 11001310500520170001601. En Ekogui 11001310500520170001600. Diferente número.

Se evidencia debilidad en la gestión documental de las carpetas que contienen los documentos de los procesos judiciales que adelanta CCE.

En respuesta dada por el líder del proceso, señala:

"Por temas de conservación y preservación documental la Agencia Nacional de Contratación Pública, tiene como directiva establecida en su Programa de Gestión Documental con vigencia 2016-2019 no foliar los expedientes que se encuentran en archivo de gestión centralizado hasta tanto no se vaya a realizar la transferencia primaria al archivo central, esto avalado en la Ley 200 de 1985 Numeral 24 "Responder por la conservación de los documentos, útiles, equipos, muebles y bienes confiados a su guarda o administración y rendir oportunamente cuenta de su utilización." Así como en el mini manual de Tablas de Retención Documental y Transferencias Documentales del Archivo General de la Nación.



Respecto de lo señalado por el Archivo General de la Nación en cuanto a conformación de procesos judiciales los documentos descritos en el segundo ítem son Tipologías documentales propias de este tipo de expedientes o subseries documentales.

En cuanto a la conformación de los expedientes y la totalidad de la documentación que deben contener, es claro que el juzgado es quién debe suministrar todo el contenido de la unidad documental y de igual manera la Agencia está en la obligación de tener una copia fiel y exacta de cada uno de los procesos. En cuanto al nombre del expediente está marcado con el respectivo rótulo adoptado por la entidad."

Revisada la respuesta, se observa que, para las carpetas de los 22 procesos judiciales, no se aplican controles necesarios para este tipo de documentos.

En la carpeta del proceso 11001032600020160014200 el Consejo de Estado con el auto del 05/06/2018 (folio 109) rechazó por extemporánea la solicitud de aclaración formulada por la parte demandada contra el auto del 13 de octubre de 2017, ... el auto quedó ejecutoriado el 23/10/2017 y la solicitud de aclaración se presentó el 24 del mismos mes y año. Este aspecto no se evidencia en Ekogui, pero en la rama judicial si se cita la actuación.

De acuerdo con los documentos revisados en este caso particular, la decisión tomada por CCE para solicitar aclaración no se aceptó como lo señala el auto citado, no se puede establecer la relevancia de este trámite para la defensa de los intereses de CCE.

En respuesta dada por el Abogado apoderado comentó:

"En el proceso de nulidad simple 2016-142, el señor Miguel Ángel Mejía Bravo solicitó al Consejo de Estado la medida cautelar de suspensión provisional de varios apartes del pliego de condiciones de la Licitación Pública LP-AMP-106-2016 expedido por Colombia Compra Eficiente. De la solicitud de suspensión provisional, el consejero ponente corrió traslado a Colombia Compra Eficiente y, de manera oportuna, esta Agencia se pronunció sobre lo solicitado. Mediante auto del 13 de octubre de 2017, el consejero ponente resolvió sobre la medida cautelar, decretando la suspensión provisional de los acápite IV (numeral 3), VII y X del pliego de condiciones demandado y negar la suspensión provisional de la Resolución 1065 de 2016 por medio de la cual se dio apertura a la licitación pública. De forma oportuna, esto es, el 23 de octubre de 2017, el apoderado de Colombia Compra Eficiente interpuso recurso de súplica en contra de dicha decisión tomada el 13 de octubre de 2017.

Ahora bien, al interior de la Agencia se planteó la inquietud en torno a cuál era el alcance de la suspensión provisional respecto del Acuerdo Marco de Servicios de Distribución suscrito a partir del pliego de condiciones de la Licitación Pública LP-AMP-106-2016; concretamente la inquietud versaba sobre si dicha suspensión provisional generaba algún efecto sobre el Acuerdo Marco que en ese momento se encontraba en ejecución. Luego de planteadas las posibles respuestas a ese cuestionamiento, por instrucciones del director de Colombia Compra Eficiente el apoderado de la Agencia presentó la solicitud de aclaración y/o adición del auto del 13 de octubre de 2017 al Consejo de Estado, plasmando a su vez la posición que tenía la Agencia. Con todo, dicha instrucción fue dada el 24 de octubre de 2017, por lo que en el memorial se planteó que el auto no se encontraba ejecutoriado de conformidad con el artículo 302 del Código General del Proceso, en la medida en que contra éste se había interpuesto recurso de súplica. Sin embargo, el consejero ponente tuvo por ejecutoriado el auto y, bajo esa consideración, rechazó la solicitud de adición y/o aclaración".

De igual forma, en la reunión de cierre de la auditoría la líder del proceso manifestó, que esta situación se presentó debido a una situación particular, que no modificó la decisión tomada



inicialmente por el Consejo de Estado, que los intereses de la CCE se atendieron como está establecido, finalmente manifestó que esta situación se puede presentar nuevamente dentro de las estrategias jurídicas adoptadas.

VI. RECOMENDACIÓN DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con los resultados se sugiere:

A la fecha se encuentran actualización los procesos y procedimientos, por lo que se sugiere tener en cuenta los aspectos señalados, con el objeto de fortalecer estos aspectos.

Revisar la pertinencia de los indicadores del procedimiento para su posterior aplicación y análisis para la toma de decisiones basada en evidencias y la categoría asignada "Efectividad".

Revisar los aspectos señalados, frente a los controles y los riesgos asociado al Procedimiento Defensa jurídica GJ-PRC-DJ-02

Revisar y ajustar los documentos de las carpetas de los procesos judiciales, de acuerdo con las normas del AGN sobre este aspecto, e incluir la hoja de control como lo establece el Acuerdo 05 de 2013 del AGN.

Si bien lo señalado en el proceso 11001032600020160014200 del Consejo de Estado, es un evento aislado dentro de los procesos que adelanta CCE, se sugiere establecer controles para que las estrategias jurídicas sean oportunas.

APORTE AUDITORÍA: Los hallazgos u observaciones y recomendaciones de auditoría inciden en los siguientes aspectos:	
Obligaciones legales: (Misionales, laborales, ambientales, seguridad información	1
Obligaciones de cumplimiento (Sistema de Control Interno, MIPG, procedimientos	1
Mejora de procedimientos de control interno.....	2
Mejora de los procedimientos y documentación de los mismos	1
Gestión y mitigación de los riesgos.....	1

VII. PLAN DE MEJORAMIENTO

El líder del proceso auditado remitió dentro de los términos definidos en el plan de auditoria el plan de mejoramiento correspondiente.

JUDITH ESPERANZA GÓMEZ ZAMBRANO

Asesor Experto con Funciones de Control Interno



**EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
FICHA EJECUTIVA DE EVALUACIÓN
II SEMESTRE 2018**

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombre del Proceso:	Procedimiento Gestión de Viáticos y Gastos de Viaje GTH-PRC-VGV-02.
Dependencia responsable del proceso Líder del proceso	Secretaría General Silvia Juliana Ramírez Rosas
Periodo evaluado	2 de enero de 2018 a 30 de septiembre de 2018

II. METODOLOGIA UTILIZADA

El Experto con Funciones de Control Interno para el desarrollo de la función de aseguramiento, aplica el Estatuto de Auditoría, el Código de Ética y la carta de representación, así como los lineamientos de las normas internacionales de auditoría, basadas en riesgos. Aplicación de técnicas de auditoría, entrevista, revisión documental y sistemas de información.

III. ASPECTOS POSITIVOS

En el desarrollo de la auditoría se evidenció la aplicación de controles que permiten realizar el seguimiento correspondiente al cumplimiento legal de los viáticos gastos de viaje, en cuanto a la ejecución y legalización de éstos.

IV. OPONIÓN GENERAL

Cumplido el objetivo de la auditoría, se evidenció que las actividades relacionadas con la ejecución de los viáticos y gastos de viajes se ajustan al marco normativo aplicable, se ejecutan controles que han permitido oportunamente el desplazamiento de los funcionarios y contratistas de CCE, a diferentes partes del país para cumplimiento de las actividades encomendadas en las comisiones de servicio correspondientes.

A la fecha se han ejecutado los recursos asignados presupuestalmente, a 11 de octubre con el siguiente porcentaje:

VIATICOS Y GASTOS DE VIAJE AL INTERIOR	
Compromiso	Pago
67,80%	67,80%

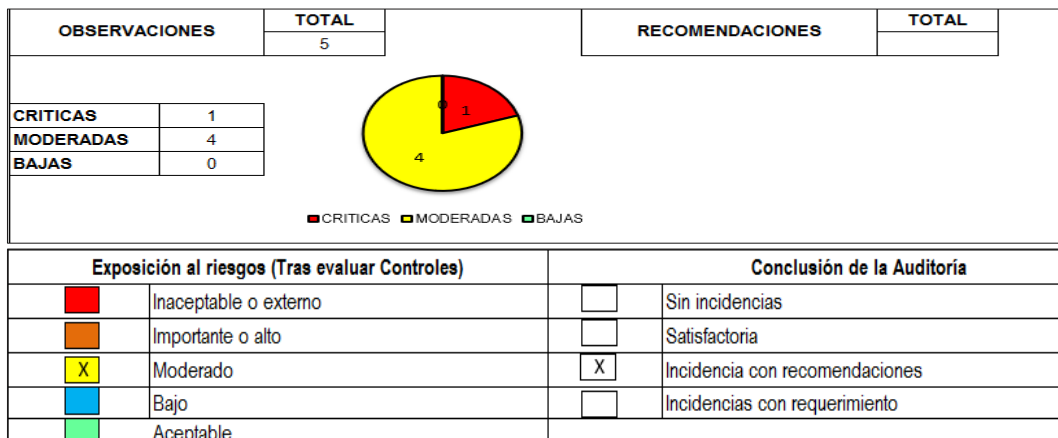
De igual forma se han atendido las invitaciones de diferentes entidades y organismos interesados en los temas relacionado con la gestión de CCE, en estos casos no generan erogación de recursos propios.

En el desarrollo de las actividades y la gestión de los viáticos se cuenta con el procedimiento documentado, así como los soportes correspondientes.



Revisadas las resoluciones que autorizan las comisiones de servicio, frente a los informes de legalización de estas, la aplicación del procedimiento y demás aspectos de gestión, se evidenciaron aspectos que requieren fortalecerse los cuales se citan a continuación.

RESULTADOS CON BASE EN LOS RIESGOS IDENTIFICADOS



V. DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EVIDENCIADAS

Revisada la ficha de caracterización del Procedimiento Gestión de Viáticos y Gastos de Viaje GTH-PRC-VGV-02, se encontró lo siguiente:

Si bien se cuentan con elementos del Sistema de Control Interno, mapa de riesgos, indicadores, procesos y procedimientos documentados, ejercicio de autocontrol, no se evidencia la aplicación de estos con la rigurosidad que exige la Ley 87 de 1993 y ahora el Modelo COSO Decreto 1499 de 2017, 7ª dimensión Modelo Integrado de Planeación y Gestión, generando debilidades en la gestión por procesos, gestión de riesgos e implementación de controles documentados.

El Procedimiento Gestión de Viáticos y Gastos de Viaje GTH-PRC-VGV-02, no cuenta con la definición del ciclo de mejora continua PHVA, carece de políticas de operación.

No se evidencia la secuencia de las actividades para la definición del procedimiento, el publicado a la fecha del presente informe contiene dos actividades del HACER, con el objetivo orientado a "Garantizar el desplazamiento en comisión de servicios...", cuando la naturaleza de esta actividad es más operativa.

La situación anterior evidencia debilidades en el Sistema de Control Interno, y MIPG de acuerdo con la 3ª dimensión: Gestión con valores para los resultados en los relacionado con política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos Trabajar por Procesos.

El Procedimiento Gestión de Viáticos y Gastos de Viaje GTH-PRC-VGV-02 publicado en la página web de CCE, cuenta con indicadores:

ID10 Oportunidad en la entrega de viáticos



ID11 Oportunidad en la legalización de viáticos.

De acuerdo con la revisión de estos indicadores y la reunión realizada con la funcionaria encargada de gestionar los viáticos, los indicadores no se aplican por ende se analizan.

Lo anterior evidencia debilidades en el Sistema de Control Interno y MIPG como mecanismos de control y autocontrol.

En el Procedimiento Gestión de Viáticos y Gastos de Viaje GTH-PRC-VGV-02, se encuentran definidos riesgos (Eventos) como:

"1. Inadecuada presupuestación de recursos financieros de funcionamiento para el rubro de viáticos, 2. Menor aprobación de recursos financieros de funcionamiento que afecten el rubro de viáticos, 3. Recorte de recursos financieros que afecten el rubro de viáticos" y " 2. Falta de planeación de desplazamientos en la sede la entidad y el lugar de la actividad, 1. Mora en el trámite para el pago de los viáticos, 1. La no entrega de los informes y documentos de cumplimiento de la comisión, 1. No ejecutar la gestión documental de legalización de comisión."

Revisados los documentos soportes de las comisiones en particular los informes de legalización, se evidenció la materialización de los riesgos como "1. La no entrega de los informes y documentos de cumplimiento de la comisión, 1. No ejecutar la gestión documental de legalización de comisión." sin que se hayan documentado acciones tendientes a revisar los controles existentes que permitan solucionar esta situación, debido a que lo informes se entregan fuera de los términos definidos en la resolución que otorga la comisión de servicio.

Lo anterior, evidencia debilidades en la gestión de los riesgos por falta de controles documentados, de acuerdo con los señalado en el Sistema de Control Interno, MIPG e incumplimiento legal señalado en la Resolución de Comisión.

Revisados los soportes de 25 comisiones, suministrados por la Secretaría General relacionados con el Procedimiento Gestión de Viáticos y Gastos de Viaje GTH-PRC-VGV-02 se encontró lo siguiente, definido cada caso en el anexo No 1. Tabla de comisiones Observaciones AUDITORÍA 2018:

- Los informes de legalización de las comisiones de servicios se tramitan fuera de términos.
- En las resoluciones se resuelve conceder la comisión por días, ejemplo: del 24 hasta el 25 de abril, revisados los días se entiende que son dos (2) días y en realidad de acuerdo con la liquidación, que es correcta, el tiempo es de día y medio (1,5).
- En informes se encontraron enmendaduras, a mano, corrigiendo fechas de las comisiones.
- Se utilizan diferentes formatos, con información incompleta para legalizar las comisiones.
- En los informes de legalización de las comisiones de servicios, presentan días diferentes a los otorgados en resolución.
- En las resoluciones de las comisiones de servicios se cita: "El comisionado deberá presentar dentro de los tres (3) días siguientes a la finalización de la comisión un informe ejecutivo sobre las actividades desplegadas en desarrollo de esta", revisados los informes correspondientes se encontraron aspectos como:

"En esta reunión planteamos la propuesta de Colombia Compra Eficiente para la estructuración de los pliegos condiciones tipo, recibimos propuestas y observaciones sobre la idea propuesta."

"socialicé los avances sobre los pliegos de condiciones tipo y recogí las principales ideas al respecto."

Si bien lo informes deben ser ejecutivos, no detallan las actividades realizadas.



Lo señalado anteriormente, evidencia aspectos por mejorar con relación a los controles y monitoreo frente a la gestión de los viáticos.

En las resoluciones de las comisiones de servicios se cita lo siguiente:

- Artículo 2. El comisionado deberá presentar dentro de los tres (3) días siguientes a la finalización de la comisión, un informe ejecutivo sobre las actividades desplegadas en desarrollo de esta. (Resolución 1547 de 2018)
- Artículo 3. los comisionados deberán presentar dentro de los tres (3) días siguientes a la finalización de la comisión, un informe ejecutivo sobre las actividades desplegadas en desarrollo de esta, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2.2.5.11.11 del Decreto 1083 de 2015. (Resolución 1615 de 2018).

Lo anterior, con base en el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública 1083 de 2015 en el CAPÍTULO 11 COMISIONES AL EXTERIOR, que señala como exigencia la presentación de un informe bimestral dirigido al Director del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, sobre la relación de las comisiones otorgadas y el valor pagado por ellas con cargo al Tesoro Público. Revisado este aspecto se encontró que corresponde a comisiones al exterior, por lo anterior no se debe aplicar como soporte a las comisiones otorgadas al interior del país, solo en el caso que se presente en CCE comisiones a exterior y pagados con los recursos citados en la norma, se deberá señalar este aspecto.

De igual forma el Decreto 648 de 2017 Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública, establece en el CAPÍTULO 5 - DE LAS SITUACIONES ADMINISTRATIVAS lo siguiente:

Artículo 2.2.5.5.21. Comisión. El empleado se encuentra en comisión cuando cumple misiones, adelanta estudios, atiende determinadas actividades especiales en sede diferente a la habitual o desempeña otro empleo, previa autorización del jefe del organismo. La comisión puede otorgarse al interior del país o al exterior.

Artículo 2.2.5.5.25. Comisión de servicio. La comisión de servicios se puede conferir al interior o al exterior del país, no constituye forma de provisión de empleos, se otorga para ejercer las funciones propias del empleo en un lugar diferente al de la sede del cargo, cumplir misiones especiales conferidas por los superiores, asistir a reuniones, conferencias o seminarios, realizar visitas de observación que interesen a la administración y que se relacionen con el ramo en que presta sus servicios el empleado.

Artículo 2.2.5.5.29. Informe de la comisión de servicios. Los servidores públicos, con excepción de los Ministros y Directos de Departamento Administrativo, deberán presentar ante su superior inmediato y dentro de los tres (3) días siguientes a la finalización de la comisión que le haya sido conferida, un informe ejecutivo sobre las actividades desplegadas en desarrollo de la misma.

En este contexto de las situaciones administrativas del Decreto 648 de 2017 correspondiente para las comisiones al interior del país y no lo que se está reiterando en las resoluciones de comisión de servicios de CCE, con fundamento en el Decreto 1083 de 2015.

Lo anterior, permite evidencias debilidades en la aplicación del marco normativo correspondiente a las actividades de la gestión de viáticos.



VI. RECOMENDACIÓN DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con los resultados se sugiere:

A la fecha se encuentran actualización los procesos y procedimientos, por lo que se sugiere tener en cuenta los aspectos señalados, con el objeto de fortalecer estos aspectos.

Revisar la pertinencia de los indicadores del procedimiento para su posterior aplicación y análisis para la toma de decisiones basada en evidencias.

Revisar los aspectos señalados, frente a los controles y los riesgos asociado al Procedimiento Gestión de Viáticos y Gastos de Viaje GTH-PRC-VGV-02.

Fortalecer los controles para el Procedimiento Gestión de Viáticos y Gastos de Viaje GTH-PRC-VGV-02, aplicarlos estrictamente a los funcionarios o contratistas que realizan comisiones en representación de CCE.

Revisar las normas asociadas a las actividades del Procedimiento Gestión de Viáticos y Gastos de Viaje GTH-PRC-VGV-02 y ajustarlas en las resoluciones de las comisiones.

APORTE AUDITORÍA: Los hallazgos u observaciones y recomendaciones de auditoría inciden en los siguientes aspectos:	
Obligaciones legales: (Misionales, laborales, ambientales, seguridad información etc.).....	1
Obligaciones de cumplimiento (Sistema de Control Interno, MIPG, procedimientos internos).....	1
Mejora de procedimientos de control interno.....	2
Mejora de los procedimientos y documentación de los mismos.....	1
Gestión y mitigación de los riesgos.....	1

VII. PLAN DE MEJORAMIENTO

El líder del proceso auditado remitió dentro de los términos definidos en el plan de auditoría el plan de mejoramiento correspondiente.

JUDITH ESPERANZA GÓMEZ ZAMBRANO

Asesor Experto con Funciones de Control Interno



**EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
FICHA EJECUTIVA DE EVALUACIÓN
II SEMESTRE 2018**

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombre del Proceso:	Proceso: Gestión Documental Procedimientos GD-PRC-TRD-02 Tablas de Retención Documental GD-PRC-RD-02 Recepción y Distribución GD-PRC-AR-02 Organización de Archivos
Dependencia responsable del proceso Líder del proceso	Secretaría General Silvia Juliana Ramírez Rosas
Periodo evaluado	2 de enero de 2018 a 31 de octubre de 2018

II. METODOLOGIA UTILIZADA

El Experto con Funciones de Control Interno para el desarrollo de la función de aseguramiento, aplica el Estatuto de Auditoría, el Código de Ética y la carta de representación, así como los lineamientos de las normas internacionales de auditoría, basadas en riesgos. Aplicación de técnicas de auditoría, entrevista, revisión documental y sistemas de información.

III. ASPECTOS POSITIVOS

La Agencia para la Contratación Pública Colombia Compra Eficiente, CCE, a través del personal designado para la Gestión Documental, vienen adelantado los trámites correspondientes ante el Archivo General de la Nación, AGN, con el objeto de lograr la convalidación de las Tablas de Retención Documental, TRD, en cumplimiento de la ley 594 de 2000.

Se resalta la actualización del procesos y procedimientos para la gestión documental y publicados en el mapa de procesos publicado en la página web de CCE.

IV. OPONIÓN GENERAL

Culminada la aplicación de las pruebas de auditoría se logró el cumplimiento del objetivo del proceso de aseguramiento, al proceso de Gestión Documental y los procedimientos, así como al marco normativo correspondiente.

Dentro de los aspectos identificados, se observó la aplicación de los procedimientos caracterizados y su actualización, la gestión ante el AGN para la convalidación de las TRD, la elaboración y publicación en la página web de CCE de instrumentos archivísticos y la aplicación de elementos de la política cero papel.

La Agencia, ha dado cumplimiento a diferentes aspectos relacionados con la Ley 594 de 200 y los decretos reglamentarios, pero no ha logrado la articulación de los instrumentos desarrollados a la

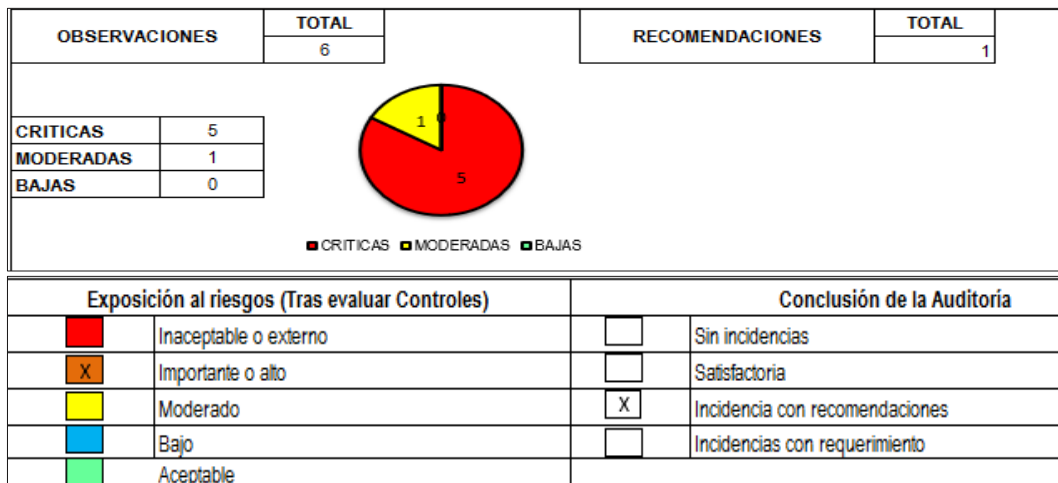


gestión institucional con los demás planes, ley de transparencia, política digital y herramientas tecnológicas para lograr una efectiva gestión documental.

El tema auditado cuenta con un amplio marco normativo que se debe cumplir y trascender al mejoramiento de los mecanismos para la producción, organización y conservación de la información que genera CCE a través de cumplimiento de sus funciones, para permitir el logro efectivo de los derechos de la ciudadanía, frente a los temas del Sistema de Compra Pública.

Los aspectos identificados para fortalecer se presentan a continuación.

RESULTADOS CON BASE EN LOS RIESGOS IDENTIFICADOS



V. DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EVIDENCIADAS

En el proceso y procedimientos para la gestión documental en CCE aprobados en el 2015 y el 2018, no están definidos en el estricto cumplimiento del artículo 2.8.2.5.9 del Decreto 1080 de 2015 (Decreto 2609 de 2012 artículo 9) los mínimos exigidos son: Planeación, producción, gestión y trámite, organización, transferencia, disposición de documentos, preservación a largo plazo y valoración.

Se encontraron en los procedimientos, diferentes actividades para la transferencia documental, disposición de documentos, recuperación las cuales se relacionan con lo citado en el artículo 22 de la Ley 594 de 2000 frente a los procesos para la gestión documental, pero hacen falta los definidos en el artículo 2.8.2.5.9 del Decreto 1080 de 2015 (Decreto 2609 de 2012 artículo 8), el cual reglamentó el título V de la ley de archivo.

De igual forma, revisado el Programa de Gestión Documental, PGD, aprobado por el Comité Directivo y el Comité de Desarrollo Administrativo el 31 de mayo de 2016, en el ítem "I. Lineamientos del proceso de gestión documental", hace referencia a los procesos señalados la normativa en citada.



Lo anterior evidencia incumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2.8.2.5.9 del Decreto 1080 de 2015 y el PGD de CCE, y al PGD generando riesgos para la ejecución del ciclo vital de la documentación.

En el procedimiento de 2015 denominado Instrumentos archivísticos TRD GD-PRC-TRD-02 y el denominado procedimiento de instrumentos archivísticos TRD CCE-GDO-PR-01 de 2018, no incluyen la totalidad de los instrumentos archivísticos para la gestión documental definidos en el artículo en el artículo 2.8.2.5.8 del Decreto 1080 de 2015 aunque ya se encuentran elaborados y publicados, aparecen como entrada del proceso de Gestión Documental en algunos casos, a saber:

- a) El Cuadro de Clasificación Documental (CCD). (En actualización)
- b) La Tabla de Retención Documental (TRD). (En el AGN)
- c) El Programa de Gestión Documental (PGD). (vigencia 31 de mayo de 2016 al 30 de mayo de 2019 página web CCE)
- d) Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR). (Actualizado 2018)
- e) El Inventario Documental. (Desactualizado e incompleto)
- f) Un modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos. (No se ha elaborado)
- g) Los bancos terminológicos de tipos, series y subseries documentales. (Construido en 2018)
- h) Los mapas de procesos, flujos documentales y descripción las funciones de las unidades administrativas la entidad. (Mapa de procesos CCE)
- i) Tablas de Control de Acceso para el establecimiento categorías adecuadas de derechos y restricciones de acceso y seguridad aplicables a los documentos. (En construcción).

Revisado el inventario documental de acuerdo con la clasificación definida, se encontró que contractual no la ha construido para el 2018, se encuentran 2012, y 2013. Las órdenes de compra no tienen inventario, las resoluciones están hasta el 2015. la Dirección General no ha elaborado el inventario, talento humano de fecha 2016.

Lo anterior genera incumplimiento a lo señalado en el artículo 2.8.2.5.8 del Decreto 1080 de 2015, generando riesgos en la gestión documental.

CCE cuenta con el PGD define actividades a corto mediano y largo plazo en varios aspectos, para este análisis se revisaron los relacionados con la administración documental:

PGD Metas a mediano plazo para el 2018:

Programa de gestión documental actualizado, Plan institucional de archivos actualizado, Cuadros de clasificación documental actualizados, Tablas de retención documental actualizadas, Documento de actualización de la caracterización de los usuarios, Documento de actualización de la evaluación de canales de atención y su uso, Documento de actualización de la evaluación de espacios físicos y demás requerimientos administrativos, Proceso de gestión documental y sus anexos actualizados, Guías actualizadas, Identificación de aspectos y evaluación de impactos ambientales actualizado, Matriz de Riesgos.

El PINAR 2018 cuenta con los siguientes PLANES Y PROYECTOS ASOCIADOS:

Plan de Riesgo Operativo, Evaluar el actual Programa de Gestión Documental PGD, Concertar una vez convalidadas las TRD, un plan de capacitación a nivel general de la entidad, Desarrollar un plan estratégico informático.



En el Plan Estratégico 2017 -2020 y en Plan de Acción de CCE 2018, no se encuentran actividades relacionadas con la Gestión Documental, incumpliendo lo citado en el Artículo 2.8.2.5.10. del Decreto 1080 de 2015."Obligatoriedad del programa gestión documental. Todas las entidades del Estado deben formular un Programa Gestión Documental (PGD), a corto, mediano y largo plazo, como parte del Plan Estratégico Institucional y del Plan de Acción Anual". De igual forma, no se evidencia la aprobación del PINAR actualizado en el 2018 por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Lo anterior evidencia, la falta de articulación y continuidad de estos instrumentos archivísticos, sí como el seguimiento y documentación correspondiente de estas actividades, exponiendo a CCE a una inefectiva gestión documental e incumplimiento legal.

En cumplimiento del Artículo 2.8.2.1.14. Del Comité Interno de Archivo. Parágrafo. "En las entidades del orden nacional las funciones del Comité Interno de Archivos serán cumplidas por el Comité de Desarrollo Administrativo establecido en el Decreto número 2482 de 2012 (hoy Decreto 1499 de 2017) del Decreto 1080 de 2015, CCE, a través de la Resolución 1564 de 2018 creó el Comité Institucional de Gestión y Desempeño en cumplimiento del Decreto 1499 de 2017 e incluyó las funciones del Comité de Archivo en el Artículo 3 numeral "11. Cumplir las funciones en materia de archivo de que trata el Decreto 2578 de 2012 o las normas que lo modifiquen, subroguen o deroguen".

En este orden de ideas, el Comité de Archivo debe cumplir las funciones definidas en el artículo 2.8.2.1.16 de Decreto 1080 de 2015, durante el año 2018 no se evidencian actas del Comité Gestión y Desempeño que permitan evidenciar que se hayan revisado los temas relacionados con la gestión archivística.

Lo citado anteriormente, evidencia incumplimiento al decreto citado y debilidades en la gestión documental.

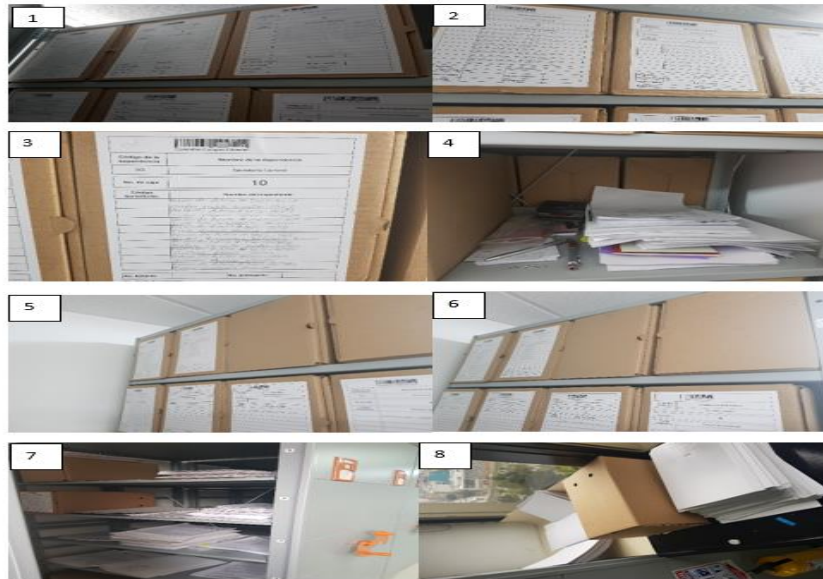
La ley 594 de 2000 establece en el ARTÍCULO 13. Instalaciones para los archivos. La administración pública deberá garantizar los espacios y las instalaciones necesarias para el correcto funcionamiento de sus archivos. En los casos de construcción de edificios públicos, adecuación de espacios, adquisición o arriendo, deberán tenerse en cuenta las especificaciones técnicas existentes sobre áreas de archivos.

Revisado el archivo de gestión piso 10 y central piso 8 se encontró lo siguiente:



Archivo gestión piso 10

Registro Fotográfico 22 de noviembre 2018



Las cajas no se encuentran todas rotuladas (5), independientemente de la convalidación de las TRD, no se cuenta con la hoja de control que permita realizar el control efectivo a los documentos de cada carpeta, se observa desorden en los estantes de las cajas (4), el material usado para actualizar las carpetas se encuentra fuera del archivo y sin control (8).

Se encontraron documentos sin archivar del año 2014 y otros años (7).

Lo anterior evidencia incumplimiento al artículo 13 de la ley 594 de 2000, al artículo 2.8.2.5.8 del Decreto 1080 de 2015 relacionado con los procesos de "organización y disposición de documentos", el PGD de CCE que también los señala.

Este incumplimiento aumenta el riesgo de pérdida de los documentos, y debilidad en la gestión documental de CCE.



Archivo central

Registro Fotográfico 22 de noviembre 2018



El archivo Central de CCE, se evidencia que se está destinando a otro uso, (3,4,5,6). No se han realizado transferencias primarias debido a que no se han convalidado las TRD por parte del AGN.

El archivo Central a la fecha cuenta con la entrega realizada por el Min tic, en cumplimiento del Decreto 4170 de 2011 Artículo 17. "Transferencia de archivos. El Departamento Nacional de Planeación y/o el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones transferirán a la Agencia Nacional de Contratación Pública -Colombia Compra Eficiente-, los archivos que por su naturaleza tengan relación con las competencias de la Agencia, dentro de los dos meses siguientes a la entrada en funcionamiento de esta en los términos que señalen los representantes legales a través de las Secretarías Generales".

Es importante señalar que el Departamento Nacional de Planeación, DNP, no ha realizado la entrega señalada en este artículo, evidenciando incumplimiento al Decreto Ley 4170 de 2011.

Lo anterior evidencia incumplimiento al artículo 13 de la ley 594 de 2000, al artículo 2.8.2.5.8 del Decreto 1080 de 2015 relacionado con los procesos de "organización y disposición de documentos", el PGD de CCE que también los señala.

Este incumplimiento aumenta el riesgo de pérdida de los documentos, y debilidad en la gestión documental de CCE.



VI. RECOMENDACIÓN DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con los resultados se sugiere:

Documentar y aplicar los procesos relacionados en el Decreto 1080 de 2015 artículo 2.8.2.5.9

Desarrollar y aplicar la totalidad de los instrumentos archivísticos definidos en el Decreto 1080 de 2015 Capítulo V Gestión Documental.

Actualizar, articular y aplicar los instrumentos archivísticos en CCE.

Realizar el seguimiento a la Gestión Documental, a través del cumplimiento de las funciones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Comité de Archivo.

Definir los espacios necesarios para la aplicación de las normas de archivo relacionadas con la organización y disposición de los documentos.

Gestionar y finiquitar la entrega de la información que se debió realizarse "dos meses siguientes a la entrada en funcionamiento de esta en los términos que señalen los representantes legales a través de las Secretarías Generales". Decreto 4170 de 2011.

Establecer los mecanismos de medición de la Gestión Documental y los riesgos.

Revisar la aplicación de la política cero papel, definiendo los lineamientos, articulación con los aspectos de política digital, gestión ambiental, MIPG que permitan gestionar, documentar y conservar la información de CCE.

Finalmente, es importante recordar lo señalado en Código Disciplinario Único Ley 734 de 2002, con relación a los aspectos documentales:

"CAPITULO SEGUNDO - DEBERES

ARTÍCULO 34. Deberes. Son deberes de todo servidor público:

5. Custodiar y cuidar la documentación e información que por razón de su empleo, cargo o función conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebidos.

ARTÍCULO 35. Prohibiciones. A todo servidor público le está prohibido:

13. Ocasionar daño o dar lugar a la pérdida de bienes, elementos, expedientes o documentos que hayan llegado a su poder por razón de sus funciones."



APORTE AUDITORÍA: Los hallazgos u observaciones y recomendaciones de auditoría inciden en los siguientes aspectos:

Obligaciones legales: (Misionales, laborales, ambientales, seguridad información etc.).....	1
Obligaciones de cumplimiento (Sistema de Control Interno, MIPG, procedimientos internos).....	1
Mejora de procedimientos de control interno.....	2
Mejora de los procedimientos y documentación de los mismos.....	1
Gestión y mitigación de los riesgos.....	1

VII. PLAN DE MEJORAMIENTO

El líder del proceso auditado remitió dentro de los términos definidos en el plan de auditoría el plan de mejoramiento correspondiente.

JUDITH ESPERANZA GÓMEZ ZAMBRANO

Asesor Experto con Funciones de Control Interno

