

**EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
FICHA EJECUTIVA DE EVALUACIÓN
II SEMESTRE 2019**

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombre del Proceso:	Proceso: Direccionamiento Estratégico Procedimiento: Elaboración Plan Estratégico – Planeación Presupuestal – Gestión de la Información – Administración de Riesgos.
Tipo de auditoría:	Aseguramiento Integrado: Cumplimiento, Operaciones y Controles.
Dependencia responsable del proceso	Dirección General
Líder del proceso	Asesora Experta con funciones de Planeación Karina Johanna Blanco Marín -
Periodo evaluado de 2019	Del 1 de noviembre 2018 al 30 de septiembre

II. METODOLOGIA UTILIZADA

El Experto con Funciones de Control Interno juntamente con el profesional de apoyo del área, para el desarrollo de la función de aseguramiento, aplican 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.

III. ASPECTOS POSITIVOS

Ejecución del grueso de las actividades para la construcción del Plan Estratégico Institucional PEI 2019 -2022 de la Entidad en concordancia con los lineamientos establecidos para la elaboración de este. Diligencia en el momento de actualizar el Plan de Acción con el PEI, siendo el primero coherente con las actividades a ejecutar, en concordancia con lo proyectado en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Cumplimiento en el reporte de los diferentes mecanismos de seguimiento del Gobierno Nacional y demás obligaciones por parte de la Agencia Nacional de Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente ANCP -CCE.

IV. OPINIÓN GENERAL

El Proceso de Direccionamiento Estratégico presenta aspectos relevantes a fortalecer de manera expedita, con objeto de consolidar la gestión institucional de la Entidad, a partir de

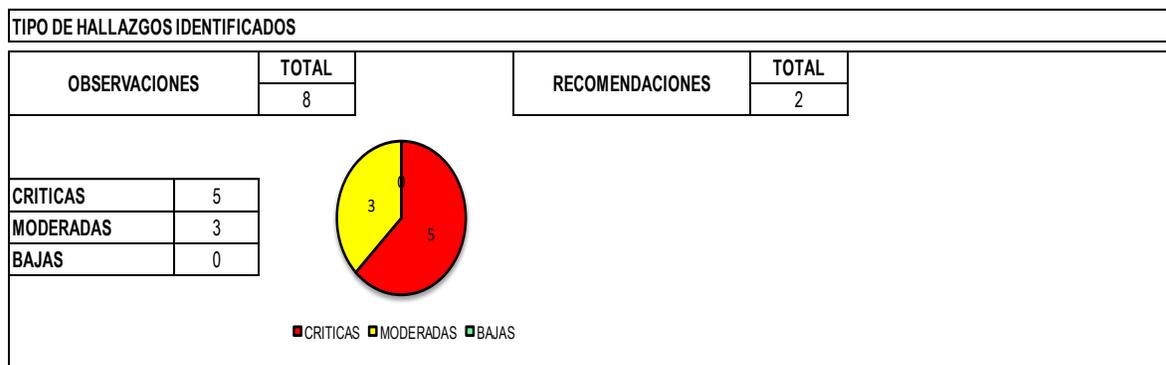


la delimitación de lineamientos claros, efectivos y oportunos que permitan la consecución de resultados que satisfagan las necesidades ciudadanas y generen Valor Público.

En cumplimiento de las normas señaladas para la planeación institucional y a la luz de la dimensión No. 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Colombia Compra Eficiente ha desarrollado diferentes acciones para cumplir las políticas de Gestión y Desempeño Institucional asociadas a citada dimensión.

Sin embargo, se identifica que la ejecución de esta no es articulada, por lo que no se soporta de manera idónea el desarrollo de la Cadena de Valor del proceso, presentando debilidad en el mismo.

RESULTADOS CON BASE EN LOS RIESGOS IDENTIFICADOS



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

V. DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EVIDENCIADAS

- Revisado y analizado el proceso de Direccionamiento Estratégico y sus procedimientos, se observó que este no tiene documentado como entrada para establecer la línea estratégica que debe seguir la organización a corto y mediano plazo, el Decreto 4170 de 2011, eludiendo lo regulado en la dimensión No. 2 del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

La situación expuesta no permite determinar si el Direccionamiento Estratégico se orienta al dar cumplimiento al propósito fundamental de la Entidad.



- Evaluada la ficha de caracterización del proceso de Direccionamiento Estratégico y sus procedimientos, se observó que dichos documentos no contemplan de forma detallada las actividades a ejecutar con el propósito de dar cumplimiento al objetivo definido en estos. Por ejemplo, el procedimiento de Planeación Presupuestal no permite identificar la relación existente con el procedimiento de Gestión Presupuestal liderado por la Secretaría General para delimitar la administración del presupuesto sin discriminar si son recursos de funcionamiento y/o inversión. De igual forma, se observó que los controles no están adecuadamente diseñados y su aplicación no se realiza de manera permanente. La gestión documental del proceso no muestra la trazabilidad que soporta el desarrollo de la Cadena de Valor.

Lo expuesto, incumple aspectos establecidos en la dimensión No. 3 del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en lo concerniente al fortalecimiento organizacional y la simplificación de procesos.

- Con relación al procedimiento de Gestión de la Información, el Equipo Auditor a través de la revisión del cumplimiento de este, pudo observar que las actividades ejecutadas por sus miembros, no se ajustan al objetivo y alcance definido. Aunado a lo anterior, no se observó la *“Definición de lineamientos para la elaboración de documentos y herramientas de Inteligencia de Negocios”* cuyo responsable de efectuar la actividad es el Director General; de igual forma, las actividades No. 2 y 3 del procedimiento, corresponden a acciones que se ejecutan en el marco de la atención de PQRS.

Frente al cumplimiento de la actividad No. 7 y de acuerdo con el documento en versión Word suministrado, denominado *“Monitoreo del SECOP I junio 2019”*, no se evidenció que este hubiese surtido un trámite de revisión y aprobación y tuviese definido destinatario, para determinar el uso de la información en el momento de la toma de decisiones. Igualmente, no se evidencia fecha de elaboración y se cotejó que el documento no fue elaborado en una plantilla institucional.

Lo citado, denota incumplimiento de la dimensión Gestión con Valores para Resultados del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

- No se observó que el proceso de Direccionamiento Estratégico tenga actualizada la valoración y tratamiento de sus riesgos por lo que estos no están siendo gestionados, eludiendo lo establecido en el literal "f" del Artículo 2 de la Ley 87 de 1993 y la dimensión No. 7 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y generando incertidumbre frente al cumplimiento de los objetivos del proceso al no identificar las desviaciones de forma oportuna.
- Revisado el Cuadro de Mando Estratégico de la Entidad, se identificó que el proceso de Direccionamiento Estratégico tiene el indicador *“Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Acción”*, el cual con relación al objetivo del indicador *“Medir el porcentaje*



de avance de las iniciativas definidas del cronograma de planeación" no permite encontrar la coherencia entre la información que genera el instrumento y el cumplimiento del objetivo del proceso.

Sumado a lo anterior, se observó que mencionado cuadro tiene documentados cincuenta y dos (52) indicadores asociados a los diferentes procesos de la Entidad, de los cuales veinticuatro (24) correspondientes al 48% del total de los indicadores, se registran dentro de la categoría "Otro", no se evidenciaron lineamientos que permitan determinar a que hace referencia citada categoría.

Lo expuesto, incumple el literal "j" del Artículo 4 de la Ley 87 de 1993 y lo instado por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, generando incertidumbre frente a la información tenida en cuenta para monitorear la gestión de la Entidad y tomar decisiones de forma oportuna.

- Se evidenció que la Agencia Nacional de Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente ANCP- CCE no ha dado cumplimiento a lo instado en el Decreto 612 de 2018 al no integrar los planes que allí se relacionan; es de precisar que el pronunciamiento emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, asociado al alcance y nivel de aplicación de dicho decreto, define: (...) *"Es importante señalar que el decreto no pretende agrupar instrumentos ni metodologías para la formulación de los diferentes planes, solamente unifica su fecha de presentación y su propósito es orientar a las entidades a que de manera articulada definan todo lo necesario para hacia la consecución de los objetivos y metas institucionales, de modo tal que los responsables puedan desagregar cada uno de los temas en rutas de acción detalladas, de forma articulada y orientada al direccionamiento estratégico de la entidad"* (...)

Lo anterior, no permite establecer si la Entidad evalúa de forma holística los diferentes aspectos definidos en el MIPG, que constituyen la gestión institucional.

- Revisado el documento PDF denominado *"Caracterización de usuarios"* proporcionado por el auditado, el cual registra fecha de creación el 30/07/2019; no se evidenció que este se hubiese estructurado en armonía con la "Guía de Caracterización de Ciudadanos, Usuarios y Grupos de Interés" emitida de manera conjunta por el Departamento Administrativo de la Función Pública, Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, Departamento Nacional de Planeación y Programa Nacional de Servicio al Ciudadano.

De igual manera, no se observaron soportes que permitan dar cuenta de la metodología utilizada para la recolección de información necesaria en el momento de construir el documento. De acuerdo con la información aportada por el auditado, y tal como lo señala la Caracterización de Usuarios, los insumos utilizados para su construcción, fueron los producidos en el marco del Convenio Interadministrativo

4



No. 911 de 2017 suscrito entre El Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y la Entidad y ejecutado por el operador CINTEL; revisados los entregables de este convenio, no se encontraron documentos soportes para la construcción de la "Caracterización de Usuarios del Ecosistema de Compras Públicas". Por lo anterior, Control Interno infiere que la caracterización de usuarios de la organización, vigente, no se soporta en información suficiente que establezca de manera idónea los usuarios a los que se debe dirigir y con quienes se deben construir los planes y programas de la organización.

- En el marco de la aplicación de las pruebas de auditoría y revisados todos los elementos que intervienen en el proceso de Direccionamiento Estratégico, no se observaron soportes que permitan constatar que para efectuar los ejercicios de planeación tales como la construcción del Plan Estratégico Institucional PEI, se hayan delimitado y aplicado elementos propios de la Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública, eludiendo de este modo lo instado en la Ley 1757 de 2015 y la dimensión No. 2 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, así como lo regulado en el documento "Orientaciones para Promover la Participación Ciudadana en los Procesos de Diagnóstico y Planeación de la Gestión Pública". Versión No. 1 de julio de 2018 emitido por el DAFP. Con relación a este aspecto, el auditado aportó evidencia que permite cotejar que se realizó la divulgación en la página web de la Entidad, del documento preliminar para observaciones, sin embargo, no se evidenciaron soportes que den cuenta de la participación o no de la ciudadanía, así como que sustenten el análisis hecho por la organización, para culminar la formulación del PEI.

Lo mencionado, genera incertidumbre frente al adecuado desarrollo de la Cadena de Valor para la creación de Valor Público por parte de la Entidad.

VI. RECOMENDACIONES DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con los resultados se sugiere:

- Se estudie la pertinencia de elaborar un plan de trabajo para el rediseño del Modelo de Operación por Procesos de la organización, armonizado a las funciones establecidas para la ANCP -CCE y en cumplimiento del propósito central, la misión y la visión de esta, el cual permita la creación de la Cadena de Valor para satisfacer las necesidades e intereses de los usuarios.
- Con el objeto de fortalecer la Administración de Riesgo al interior de la Entidad, actualizar la Política de Riesgos frente a aspectos como: El apetito, la tolerancia del riesgo y la frecuencia del monitoreo de los riesgos de conformidad con su valoración, entre otros aspectos relevantes; así como el procedimiento definido en el proceso



de Direccionamiento Estratégico, con el fin de obtener un mayor grado de madurez frente a este aspecto.

- **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 2019**

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombre del Proceso:	Proceso: Gestión de Talento Humano Procedimiento: Reclutamiento y Selección – Capacitación y Desarrollo – Bienestar Social e Incentivos – Liquidación de Nómina.
Tipo de auditoría:	Aseguramiento integrado: Cumplimiento y Controles
Dependencia responsable del proceso	Secretaría General
Líder del proceso	Secretaria General Claudia Ximena López Pareja
Periodo evaluado	Del 1 de enero 2018 al 30 a agosto 30 de 2019

II. METODOLOGIA UTILIZADA

El Experto con Funciones de Control Interno juntamente con el profesional de apoyo del área, para el desarrollo de la función de aseguramiento, aplican 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.

III. ASPECTOS POSITIVOS

Actualización y desarrollo de los instrumentos para la efectiva gestión del Talento Humano, a la luz del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, así como coherencia entre los planes que ejecuta el proceso de Talento Humano.

IV. OPINIÓN GENERAL

El Proceso de Gestión de Talento Humano guarda relación directa con lo establecido por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión; se evidencia la actualización periódica de los diferentes documentos que soportan la Gestión del proceso, los cuales se aplican de acuerdo con los requerimientos pertinentes.

Se identificaron aspectos que requieren atención inmediata debido a la relevancia del tema, como es el caso de la elaboración liquidaciones. De igual manera, se hace relevante que la Entidad siga efectuando las gestiones a lugar, que permitan implementar la carrera administrativa para la provisión de empleos.

7



RESULTADOS CON BASE EN LOS RIESGOS IDENTIFICADOS

OBSERVACIONES		TOTAL	RECOMENDACIONES		TOTAL
		3			1
					
CRITICAS	1				
MODERADAS	2				
BAJAS	0				
		■ CRITICAS ■ MODERADAS ■ BAJAS			
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	
■ X	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

- En el marco de la ejecución del trabajo de aseguramiento, no se evidenció que Colombia Compra Eficiente haya dado cumplimiento a lo establecido en el Capítulo 1 del Título V de la Ley 909 de 2004 así como el Artículo 15 del Decreto 4170 de 2011 con relación a la aplicación del Sistema de Carrera Administrativa, para la provisión de los empleos de la planta de la Entidad cuya naturaleza responde a este orden; no obstante, se observaron soportes que permiten dar cuenta de las comunicaciones entre la Comisión Nacional del Servicio Civil CNSC y la Agencia.

La situación mencionada, podría generar la materialización de riesgos de cumplimiento.

- Con objeto de verificar el cumplimiento del procedimiento denominado "Reclutamiento y Selección" Cod. CCE-GTH-PR-01 versión 1, se revisaron los documentos generados en el marco del ejercicio de provisión definitiva del cargo Gestor T1 Grado 15, en donde no se evidenció que el servidor público hubiese "Aceptado" o "Rechazado" el nombramiento, eludiendo así lo instado en el Artículo 2.2.5.1.6 del Decreto 648 de 2017.

Lo anterior, constituye la materialización de un riesgo de cumplimiento.

- Revisadas doce (12) liquidaciones de exfuncionarios generadas durante la vigencia 2018, se encontraron diferencias asociadas entre los valores pagados frente a lo que se debía liquidar; las diferencias evidenciadas, están relacionadas con aspectos como, el reconocimiento de la prima de servicios sin que se constituyera el derecho de pago, de conformidad con lo instando en el Artículo 58 del Decreto 1042 de 1978, así como, el cálculo de las doceavas para el pago de las primas, e inconsistencias



en la base para liquidar los aportes al Fondo Nacional del Ahorro. La verificación ejecutada, se presenta en el Anexo No. 1, de este informe.

Lo observado incumple el Decreto 1042 de 1978, lo que constituye la materialización de riesgo de tipo financiero.

VI. RECOMENDACIÓN DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con los resultados se sugiere:

- Se identifican oportunidades de mejora, las cuales se socializaron en las mesas ejecutadas en el marco de dicho trabajo; que requieren se revisen con mayor detalle por parte de los responsables para así fortalecer la gestión administrativa de la Entidad en la materia.

VII. PLAN DE MEJORAMIENTO

El líder del proceso auditado no 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 2019**

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL

II.

Nombre del Proceso:	Proceso: Seguridad y Salud en el Trabajo Procedimiento: Exámenes Médicos Ocupacionales - Reporte e Investigación de Accidentes e Incidentes de Trabajo – Gestión del Cambio
Tipo de auditoría:	Aseguramiento integrado: Cumplimiento y Controles
Dependencia responsable del proceso	Secretaría General
Líder del proceso	Secretaria General Claudia Ximena López Pareja
Periodo evaluado 2019	Del 1 de noviembre de 2018 al 31 de octubre 2019

III. METODOLOGIA UTILIZADA

El Experto con Funciones de Control Interno juntamente con el profesional de apoyo del área, para el desarrollo de la función de aseguramiento, aplican 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.

IV. ASPECTOS POSITIVOS

El Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo SG- SST de la Entidad obtuvo una calificación de 66.25 puntos asignada por la Administradora de Riesgos Laborales ARL Colmena, en contraste, para la vigencia 2018, mencionada ARL asignó 87.25 puntos a dicho sistema; aumentando así, en 21 puntos el grado de implementación del SG -SST como resultado de las actividades que se adelantaron.

V. OPINIÓN GENERAL

El Proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Agencia Nacional de Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente, se encuentra armonizado con el marco normativo tomado como criterio para efectuar el trabajo de aseguramiento. Se evidenció

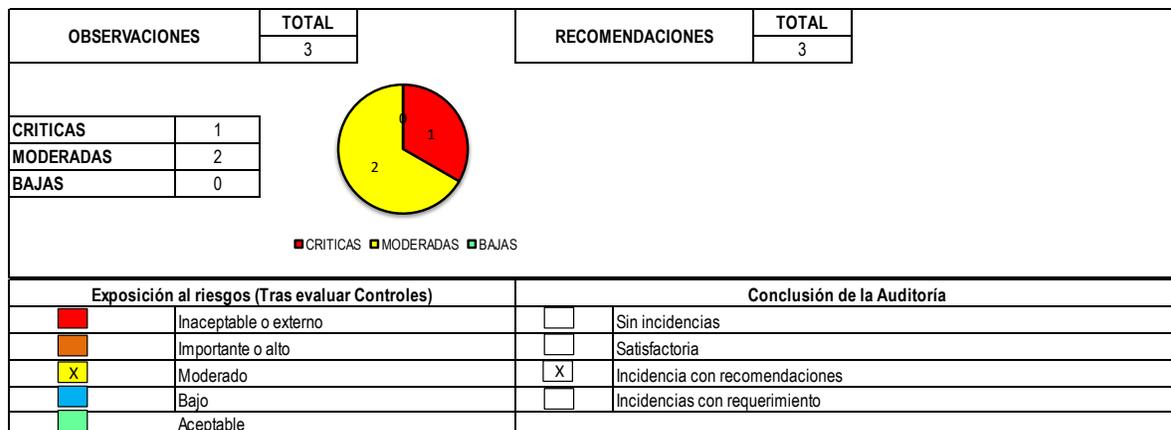
10



homogeneidad y consistencia en la operación del SG-SST, así como la ejecución permanente de actividades que permiten la consolidación de este al interior de la organización. Control Interno identificó aspectos susceptibles a mejorar con el fin de obtener un mayor nivel de madurez del SG -SST y dar cumplimiento total a dicho articulado normativo, los cuales se exponen a lo largo del presente documento.

Es de mencionar que teniendo en cuenta que para la vigencia 2019 se efectuó la estructuración del proceso y sus procedimientos, es la primera vez que Control Interno ejecutó un trabajo de aseguramiento sobre el particular.

RESULTADOS CON BASE EN LOS RIESGOS IDENTIFICADOS



VI. DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EVIDENCIADAS

- Conforme las evidencias aportadas por el proceso, se encontró que la Entidad cuenta con tres (3) informes de evaluación ocupacional correspondientes a niveles de ruido, iluminación y confort térmico los cuales fueron emitidos por parte del Proveedor Gestión Integral del Riesgo Ocupacional S.A.S en diciembre de la vigencia 2016; con relación a los dos últimos, se observó que se emitieron recomendaciones con el objeto de fortalecer aspectos evaluados; con corte a octubre de la vigencia 2019 el Equipo Auditor no evidenció que se hubieran adelantado por parte de la Entidad acciones para acoger estas recomendaciones. De igual forma, el Artículo 16 de la Resolución 312 de 2019 establece que se deben "Realizar mediciones ambientales de los riesgos prioritarios, provenientes de peligros químicos, físicos y/o biológicos" y presentarse al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo. Para la vigencia 2018 y 2019 no se observó que se hubieran realizado las mediciones, o que la organización hubiese ejecutado un análisis para determinar si había o no necesidad de efectuar la actualización de mencionadas mediciones.



La situación expuesta no permite contar con información oportuna para la toma de decisiones con relación al SG-SST.

- Con relación a la obligatoriedad de realizar auditorías anuales al SG -SST y de acuerdo con la información suministrada en el marco de la reunión de cierre, se evidenció documento denominado "*Auditoría en Seguridad y Salud en el Trabajo cierre año 2018*" de fecha 26/12/2019, analizado dicho documento, se identificó que este, es una lista de chequeo, por lo que no se observó que cumpliera con los mínimos para constituirse como un informe de auditoría. De igual forma, se identificó que dentro del Plan de Trabajo 2019 se encuentra programada la auditoría al SG-SST la cual, conforme lo manifestado por la colaboradora que lidera la ejecución de acciones propias del sistema, será realizada por integrantes del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST a partir del 15 de diciembre del año en curso.

De acuerdo a lo expuesto previamente, el Equipo Auditor no evidenció que para la vigencia 2018 se diera cumplimiento efectivo a lo estipulado en el Artículo 4 de la Resolución 1111 de 2017, que señala: "La Alta Dirección liderará y se comprometerá con la aplicación de los Estándares Mínimos y la elaboración, ejecución y seguimiento del plan de trabajo anual, así como el cumplimiento en la ejecución de las auditorías internas para identificar fallas y oportunidades de mejora al interior del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo" (...) en razón a que el documento citado previamente donde se concluye el ejercicio de auditoría efectuado no refleja el análisis de resultados

- Revisada la documentación aportada en el ejercicio de aseguramiento por parte del proceso auditado, no se observó que la Entidad cuente con un procedimiento para la identificación y evaluación de las especificaciones en SST de las compras y adquisición de productos y servicios, tal como lo establece el Artículo 16 de la Resolución 312 de 2019.

La situación observada constituye la materialización de riesgo de cumplimiento que podría generar sanciones.

VII. RECOMENDACIONES DE CONTROL INTERNO

- El Equipo Auditor observó que los expedientes físicos que respaldan la gestión del Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo se encuentran organizados y bajo custodia de la colaboradora líder de implementación del sistema. Se identificó la existencia de un expediente cuyos folios son copias de documentos originales que reposan en otro archivo, por lo que se sugiere estudiar la pertinencia de almacenar solamente los archivos originales, llevando control de la producción de la documentación.



- Se encontró que la Entidad posee los planos digitales de las instalaciones que identifican las salidas de emergencia, sin embargo, estos no están ubicados en los pisos 8, 10 y 17, por lo que se sugiere instalar dichos planos en espacios visibles, con el fin de fortalecer la señalización de esta.
- Se evidenció que el proceso de Seguridad y Salud en el trabajo, cuenta con los indicadores asociados al tema definidos en el Artículo 30 de la Resolución 312 de 2019, no obstante, dichos indicadores no hacen parte del Cuadro de Mando (Matriz de indicadores) de la Entidad, por lo que Control Interno sugiere que se ejecuten las gestiones a lugar para que sean incluidos en mencionado Cuadro, con el fin de que la información que generan sea tenida en cuenta para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección.

De igual manera, se sugiere que los riesgos identificados por el proceso en aplicación de la Política de Administración de Riesgo de la organización sean documentados en la caracterización del proceso, así como los controles diseñados en ejercicio de esta tarea.

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 2019**

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombre del Proceso:	Proceso: Gestión Administrativa Procedimiento: Compra de Tiquetes – Administración Caja Menor – Gestión de Bienes
Tipo de auditoría:	Aseguramiento integrado: Cumplimiento y Controles
Dependencia responsable del proceso	Secretaría General
Líder del proceso	Secretaria General Claudia Ximena López Pareja
Periodo evaluado	Del 1 de noviembre de 2018 al 30 de septiembre 2019

II. METODOLOGIA UTILIZADA

El Experto con Funciones de Control Interno juntamente con el profesional de apoyo del área, para el desarrollo de la función de aseguramiento, aplican 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.

III. ASPECTOS POSITIVOS

Con objeto de fortalecer la gestión del proceso auditado, se han realizado actividades tales como, la actualización del manual de Política Contable articulado con el Manual Operativo para la Administración y Control de Bienes de la Agencia Nacional de Contratación Pública, la definición de Lineamientos para la Administración de la Caja Menor, así como la revisión y actualización de los inventarios individualizados.

IV. OPINIÓN GENERAL

El Proceso de Gestión Administrativa presenta avances en la formulación para el fortalecimiento de sus controles, no obstante, se observó que estos no se articulan ni están

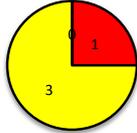


documentados en la ficha de caracterización del proceso y procedimientos para garantizar una efectiva aplicación.

Dentro de los aspectos revisados en el ejercicio de aseguramiento, no se incluyeron temas contables, en razón a que la Contraloría General de la República en la Auditoría Financiera realizada a la Agencia Nacional de Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente ANCP-CCE, auditó y se pronunció sobre estos temas.

Control Interno revisó los saldos y demás aspectos que se integran con el proceso administrativo.

RESULTADOS CON BASE EN LOS RIESGOS IDENTIFICADOS

OBSERVACIONES		TOTAL	RECOMENDACIONES		TOTAL
		4			1
					
CRITICAS	1				
MODERADAS	3				
BAJAS	0				
		■ CRITICAS ■ MODERADAS ■ BAJAS			
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	
■ X	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

- Revisada la formulación y aplicación del proceso y los procedimientos de la Gestión Administrativa, se observó que:

*El Procedimiento de Compra de Tiquetes CCE-GAM-PR-01 no está siendo aplicado por parte de la servidora pública responsable de la tarea, en razón a que dicho documento se estructuró incluyendo el paso a paso de actividades cuando el proveedor de servicios era SATENA; al cambiar de proveedor a SUBATOURS estas actividades ya no son ejecutables debido a la diferencia en los trámites a efectuar con el nuevo proveedor. Adicionalmente, el Equipo Auditor identificó que este procedimiento no aporta al cumplimiento del objetivo del proceso.

*El Procedimiento de Administración Caja Menor CCE-GAM-PR-02, no incluye los "Lineamientos para la administración de la caja menor" como mecanismos de control y aplicación de este. De igual forma, los arqueos que se hacen a la caja menor, como actividad de control no se encuentran documentados.



*En el Procedimiento de Gestión de Bienes CCE-GAM-PR-03, no se incluye el "Manual Operativo para la administración y control de bienes de la Agencia Nacional de Contratación Pública" como mecanismo de control para garantizar la adecuada administración de los bienes.

Las situaciones expuestas, eluden lo establecido en la Dimensión No. 3 gestión con Valores para Resultados del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, generando reprocesos e ineficiencia en el momento de efectuar las actividades propias del proceso.

- Revisados los indicadores del Proceso de Gestión Administrativa, los cuales se midieron y reportaron a través del RAE a Planeación con corte a septiembre de 2019, se encontró lo siguiente:

Teniendo en cuenta la novedad presentada asociada a la medición del tercer trimestre de la vigencia del indicador denominado "Gasto en tiquetes Aéreos", en la que no se efectuó análisis horizontal en razón a que para el mismo periodo de la vigencia anterior no se presentó la adquisición de tiquetes, se reportó la medición del indicador a Planeación, sin que se hubiese aclarado y analizado esta situación. Adicionalmente, La métrica para hacer análisis de resultados genera incertidumbre, toda vez que se plantean rangos tales como: "> 0%" que no tienen relación con los resultados de la medición.

Así mismo, se observó que, al momento de medir el indicador citado previamente, se tuvo en cuenta el valor de los tiquetes adquiridos con SATENA a través de la Orden de Compra No. 24706 por valor de \$ 6.984.447, sin que se incluyera el valor de los tiquetes de adquiridos con SUBATOURS con la Orden de Compra No. 40522 por \$3.309.050. El valor total pagado por la Entidad para la adquisición de tiquetes durante el tercer trimestre de la vigencia en curso fue \$10.293.497.

Con relación al indicador "*Facturación del Servicio Integral de Aseo y Cafetería*" se evidenció que este no tiene relación con el objetivo del proceso auditado, por cuanto no posee una métrica clara.

Lo citado anteriormente, permite observar que los indicadores definidos para el proceso de Gestión Administrativa, no se miden correctamente por lo que no generan información suficiente para la toma de decisiones, eludiendo así lo establecido en la Dimensión No. 4 evaluación de resultados del MIPG.

- En el marco de la aplicación de las pruebas de auditoria, se realizó el arqueo a la caja menor, constituida el 31 de enero de 2019 mediante Resolución No. 1759 por un monto de \$14,000,000; el 26 de noviembre de 2019, identificando que:



No se efectúa la entrega formal de recursos para sufragar gastos aprobados en la Resolución, como, por ejemplo, Transporte y pago de fotocopias en la papelería "AUROS"; incumpliendo lo establecido en literal b. del numeral 4. de los Lineamientos para la Administración de la Caja Menor, que estipula: *"Para gastos de bienes y servicios, el responsable de la Caja menor elabora el recibo de caja menor el cual deberá tener como mínimo la siguiente información (Nombre, Cédula de Ciudadanía del beneficiario, Fecha, Número consecutivo, Concepto del gasto, Valor, firma de quien recibe los recursos) y entrega el efectivo al solicitante. El original del recibo y el formato autorizado reposarán en los archivos de la caja menor de que se trate"*.

De otra parte, en el momento de realizar el arqueo a la caja menor, el día 26 de noviembre de 2019, se identificaron gastos del 18 de noviembre que no fueron legalizados dentro de los cinco (5) días siguientes a su realización, tal como lo establece el Artículo 2.8.5.7 del Decreto 1068 de 2015 que insta: "La legalización de los gastos de la caja menor deberá efectuarse durante los cinco (5) días siguientes a su realización". Esta situación se presentó, debido a que la persona encargada de la administración de la Caja Menor, Analista T2 04, se encontraba en periodo de vacaciones y la clave de Sistema Integrado de Información Financiera SIIF se bloqueó, por lo que la legalización correspondiente se efectuó el 28 de noviembre de 2019.

Lo anterior, evidencia la materialización de riesgos de cumplimiento, que podrían acarrear sanciones.

En seguida se presenta el resumen del arqueo a la caja menor:

Cuenta corrientes No 031835027-61 de Bancolombia saldo:			13,734,529
Efectivo: Billeto de \$50.000	4		200,000
Billeto de \$20.000	1		20,000
Billeto de \$10.000	1		10,000
Moneda de \$2.00	2		400
Moneda de \$100	1		100
Total efectivo Caja Menor			230,500
Recibos pendientes de reembolso			38,000
Total			14,003,029
Diferencia			3,029

- En el marco de la aplicación de pruebas de auditoría el Equipo Auditor observó que los expedientes físicos que respaldan la Gestión Administrativa se encuentran bajo custodia de la Analista T2 04, no obstante, dichos documentos no están foliados y los expedientes documentales cuentan con más de doscientos (200) folios, eludiendo así lo señalado en la Ley 594 de 2000.

Los registros de las actividades que se documentan en la caracterización del proceso de Gestión Administrativa y sus procedimientos, son correos electrónicos,



al solicitar dichos registros, relacionados con la comunicación de los inventarios individualizados, no se encontraron los correos correspondientes. Lo anterior, muestra debilidades en la organización y custodia de la información que soporta la ejecución de las actividades establecidas en los procedimientos e incumple las políticas de operación del Proceso de Gestión Administrativa CCE-GAM-CP-01 a saber:

"4. La información documentada del proceso y/o procedimientos asociados, será entregada al Proceso de Gestión Documental de la Agencia, a fin de aplicar lo señalado en la Dimensión de Información y Comunicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de 2017)

5. Toda información documentada (registros) contará con lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, respecto de la consolidación y conformación de memoria histórica institucional.

6. Para el cumplimiento de la política de operación antes señalada, el líder del proceso y/o procedimiento aplicará las TRD Tablas de Retención Documental asignadas a su operación y velará por el cumplimiento de las políticas de gestión documental establecidas por la Agencia, a través del Proceso de Gestión Documental."

La situación descrita previamente constituye un riesgo de cumplimiento, y pérdida de información.

VI. RECOMENDACIONES DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con los resultados se sugiere:

- Revisado el Plan Anual de Adiciones PAA de la Entidad, publicado en el Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP, a la luz de las actividades descritas en los documentos asociados al proceso auditado, se observó la versión No. 27 del documento con corte a septiembre; se identificó que con corte a 3 de diciembre de 2019 la versión del PAA es la No. 65. En todas las versiones revisadas, registra el nombre de la servidora pública que fungió como Secretaria General hasta mayo de la vigencia en curso, por lo anterior se sugiere que se adelanten las acciones correspondientes para corregir los datos de esta publicación.

observada la ejecución del PAA del proceso de Gestión Administrativa, se indagó sobre la existencia de un procedimiento o guía que oriente a la construcción y modificación de este plan, se observó que tal lineamiento no se encuentra definido, por lo que se considera relevante adelantar esta actividad con el fin de establecer mecanismos de control y aprobación en las etapas de formulación ejecución y seguimiento.



VII. PLAN DE MEJORAMIENTO

El líder del proceso auditado se encuentra dentro de los términos definidos para el envío del plan de mejoramiento correspondiente.



JUDITH ESPERANZA GÓMEZ ZAMBRANO
Asesor Experto con Funciones de Control Interno

Aprobó: Judith Esperanza Gómez Zambrano
Asesora Experta con Funciones de Control Interno

Revisó: Angélica María Pava Riveros
Contratista Control Interno

Elaboró: Aura Fernanda Barriga Pacheco
Contratista Control Interno

Diciembre de 2019

Código del Informe: 23

