

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

ÁREA AUDITADA: GERENCIA SECCIONAL MAGDALENA		
TIPO DE AUDITORÍA: Auditoría Interna ☒ Auditoría de Cumplimiento ☐ Auditoría de seguimiento ☐ Auditorías específicas: ☐ Auditorías de sistemas o de TIC: ☐ ¿Cuál?		
LUGAR DE DESARROLLO DE LA AUDITORÍA Gerencia Seccional ☒ Oficina Local ☐ PAPF ☐ Otro ☐ ¿Cuál?		
FORMA DE DESARROLLO DE LA AUDITORÍA: Presencial ☒ Remota ☐ Mixta ☐		
VIGENCIA: 2023		
FECHA DE INICIO: 21/06/2024		FECHA DE FINALIZACIÓN: 24/06/2024
TIPO DE INFORME:	Preliminar ☐ Definitivo ☒	Fecha: 05/08/2024.

1. PROTECCIÓN ANIMAL

1.1 PROCESO MISIONAL

1.2 SUBPROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ANIMAL

1.3 UNIDAD AUDITABLE

PRA-SPA-I-055 INSTRUCTIVO PARA VIGILANCIA DE PLANTAS DE ACOPIO, PROCESADORAS, PASTEURIZADORAS, QUESERAS, PULVERIZADORAS DE LECHE

1.4 OBJETIVO

Evaluar que la implementación del instructivo se esté llevando a cabo acorde con las tareas y lineamientos establecidos en el mismo, se de alcance al objetivo propuesto y cumplimiento a lo establecido en la resolución 1779 de 1998.

1.5. ALCANCE

La auditoría se basó en la verificación del cumplimiento de las tareas establecidas en el instructivo PRA-SPA-I-055 INSTRUCTIVO PARA VIGILANCIA DE PLANTAS DE ACOPIO, PROCESADORAS, PASTEURIZADORAS, QUESERAS, PULVERIZADORAS DE LECHE, durante la vigencia 2023, por parte de las oficinas locales de Santa Martha y Fundación, de la Gerencia Seccional Magdalena.

De acuerdo con los lineamientos del instructivo, se evaluó la coherencia del desarrollo de las actividades de las visitas de IVC a plantas de acopio, procesadoras, pasteurizadoras, queseras y pulverizadoras de leche, con las resoluciones 004003 de abril 14 de 2023 y 0013315 de octubre 6 de 2023.

De igual manera, se evaluó la implementación de los controles establecidos para la mitigación de los riesgos asociados al instructivo.

1.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

Se presentó limitación al alcance en relación a la revisión de las tareas planteadas en el instructivo, dada la imposibilidad de encontrar los soportes, debido a que el procedimiento no se implementa, por cuanto la información no existe.

1.7. CRITERIOS

Ley 395 de 1997 por la cual se declara el interés social nacional y como prioridad sanitaria la erradicación de la Fiebre Aftosa en todo el territorio colombiano y se dictan otras medidas encaminadas a este fin”

Decreto 3044 de 1997 Por el cual se reglamente la Ley 395 de 1997

Resolución 1779 de 1998 Por medio de la cual se reglamenta el Decreto 3044 del 23 de diciembre de 1997

PRA-SPA-I-055 Instructivo para vigilancia de plantas de acopio, procesadoras, pasteurizadoras, queseras, pulverizadoras de leche

PRA-SPA-008 Instructivo plan de acción de la dirección técnica de vigilancia epidemiológica

1.8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

1.8.1 METODOLOGÍA

Se solicitó a la Dirección Técnica de vigilancia Epidemiológica la infraestructura correspondiente a plantas lecheras (acopiadoras, pasteurizadoras, pulverizadoras) ubicadas en el departamento de Magdalena.

La auditoría se llevó a cabo de manera presencial en la Gerencia Seccional de Magdalena, específicamente en las oficinas locales de Santa Marta y Fundación. En cada oficina local se desarrolla una entrevista con el funcionario encargado de llevar a cabo las actividades establecidas en el instructivo PRA-SPA-I-055 INSTRUCTIVO PARA VIGILANCIA DE PLANTAS DE ACOPIO, PROCESADORAS, PASTEURIZADORAS, QUESERAS, PULVERIZADORAS DE LECHE, cuyo objetivo fue conocer cómo y cuáles fueron las tareas desarrolladas durante la vigencia 2023.

Se revisaron y analizaron las directrices enviadas por la Dirección Técnica de Vigilancia Epidemiológica (DTVE), asociadas al cumplimiento de las metas establecidas para el Plan de Acción Operativo (PAO), de la vigencia 2023, en el cual se encuentra el indicador 50.08.07.20 que corresponde a las visitas de seguimiento asociadas al instructivo auditado. Se hace revisión y análisis del instructivo PRA-SPA-008 INSTRUCTIVO PLAN DE ACCIÓN DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.

Se realizó revisión de las formas 3-234 “Vigilancia a plantas acopiadoras y procesadoras de leche”, a fin de verificar los evidenciado en las plantas y procesadoras visitadas durante la vigencia 2023 por parte de las oficinas locales de Santa Marta y Fundación.

1.8.1.2 MUESTRA

Teniendo en cuenta la distancia de las oficinas locales que cuentan con plantas acopiadoras y/o procesadoras de leche, se define la participación de las oficinas locales de Santa Marta y Fundación, que cuentan con una (1) y dos (2) plantas, respectivamente.

1.8.3 FORTALEZAS

El recurso humano con el que cuenta la Seccional Magdalena poseen la capacidad para generar una mejora continua que favorezca las actividades para la detección temprana de enfermedades de control oficial.

1.8.4 RESULTADOS

Observación 1: Ninguna de las tareas establecidas en el instructivo PRA-SPA-I-055 PLANTAS DE ACOPIO, PROCESADORAS, PASTEURIZADORAS, QUESERAS, PULVERIZADORAS DE LECHE, son realizadas, incumpliendo el artículo décimo quinto de

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS – GERENCIA SECCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO

la resolución 1779 de 1998 “Por medio de la cual se reglamenta el Decreto 3044 del 23 de diciembre de 1997”, dado que la vigilancia no se realiza al total de establecimientos acopiadores y procesadores de leche. De igual manera, no se da cumplimiento al instructivo PRA-SPA-008 INSTRUCTIVO PLAN DE ACCIÓN DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, específicamente los lineamientos relacionados con el indicador 50.08.07.20 Visitas de vigilancia a plantas de acopio y procesadoras de leche.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Magdalena, Dirección Técnica de Vigilancia Epidemiológica y Coordinación Epidemiológica.

La observación se basa en que el desarrollo de las actividades de vigilancia a plantas de leche no se fundamenta en las que se encuentran establecidas en el instructivo auditado, se realizan de acuerdo con las directrices enviadas por la DTVE, asociadas al cumplimiento de los indicadores del PAO, las cuales son enviadas a la Seccional mensualmente, a través de la solicitud de cumplimiento de las metas establecidas a cada uno de los indicadores del PAO. No obstante, al hacer revisión del instructivo correspondiente, se evidenció que las instrucciones del instructivo PRA-SPA-I-008 son idénticas a las establecidas en el instructivo PRA-SPA-I-055. Acorde con lo anterior, no fue posible evidenciar las razones por las cuales las directrices no dan cumplimiento a los instructivos.

El instructivo PRA-SPA-I-055 establece enviar un oficio a todas las plantas de acopio y procesadoras de leche existentes en la jurisdicción de la oficina local, en la cual se notifican sus responsabilidades y se solicita la información de todos los proveedores, la cual incluye el RUV de vacunación. Para aquellos establecimientos que incumplen con el envío de información o no se valida la información enviada, se debe programar visita de vigilancia y de corroborarse o continuar con el incumplimiento, se debe iniciar proceso sancionatorio (PAS).

Por el contrario, las directrices de la DTVE establecen realizar visitas de vigilancia a un número específico de plantas de acopio y/o procesadoras. Las visitas son notificadas, mensualmente, a la Coordinación Epidemiológica de Barranquilla, donde se consolida la información y se remite al líder de vigilancia epidemiológica, a fin de que registre la información, que corresponde al indicador 50.089.07.20, en el aplicativo Diamante, como responsabilidad del PAO.

Recomendaciones

1. Se requiere asegurar que todos los funcionarios se concienticen de la necesidad de dar cumplimiento al sistema de gestión de la entidad, a fin de que, todas las actividades que desarrollen se lleven a cabo acorde con la documentación oficial (procedimientos, instructivos, guías, etc) con la que cuenta el instituto, la cual no solo tiene por objeto el alcance de los objetivos misionales, si no, la trazabilidad del compromiso institucional y el aseguramiento de la mejora continua. Adicionalmente, permite establecer un control para detectar diferencias entre las directrices enviadas desde el nivel central y las oficialmente establecidas, de forma que se evite cometer errores en campo que afecten el objetivo institucional de preservar y hacer vigilancia al estatus sanitario del país.
2. Se debe asegurar que las directrices emitidas por la DTVE estén acordes con los documentos establecidos para el desarrollo de las actividades institucionales.
3. Se requiere hacer revisión de los documentos oficializados en el aplicativo Diamante y establecer su pertinencia y la de las tareas en él establecidas, a fin de definir su vigencia y la correcta implementación de la normatividad que le cobija.

Observación 2: Se evidenció el incumplimiento del artículo décimo quinto de la resolución 1779 de 1998, sin que se realizara comunicación alguna, por parte de la oficina local, a la Gerencia Seccional o a la Coordinación Epidemiológica, ni se iniciara el proceso sancionatorio correspondiente, incumpliendo lo establecido en el instructivo PRA-SPA-I-055.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Magdalena y Coordinación Epidemiológica.

Recomendación

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. El incumplimiento de la normatividad institucional, conlleva a un PAS, por cuanto es necesario asegurar que se gestionen todos los procesos que ameriten la intervención de la acción punitiva, como una herramienta de cumplimiento de la normatividad institucional, en pro de preservar el estatus sanitario del país.

Observación 3: Se evidenció que no se cuenta con una base de datos de infraestructura, consolidada, real, para plantas de leche, asociado a que no se está retroalimentando la información con la Gerencia Seccional y la Coordinación Epidemiológica, a través de la forma 3-1137, como se encuentra establecido en el instructivo PARA-SPA-I-055.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Magdalena y Coordinación Epidemiológica.

La observación se basó en que el instructivo PRA-SPA-I-055 establece que en caso de que las oficinas locales tengan conocimiento de plantas de acopio y/o procesadoras nuevas, es necesario realizar visita y diligenciar la forma 3-254 y la forma 3-1137 “Registro infraestructura: información básica plantas lecheras” y notificar la información a la Gerencia Seccional y la Coordinación Epidemiológica, a fin de actualizar la información. No obstante, Se evidenció que la base de datos de infraestructura, consolidada, para plantas de leche no se encuentra actualizada, dado que aquellas que fueron visitadas en la vigencia 2023 no corresponden a las que hacen parte de la base de datos. Adicionalmente, se pudo establecer la existencia de queseras que no hacen parte de la base de datos de infraestructura consolidada, a nivel nacional, lo cual evidencia que no se realiza el reporte de plantas de leche nuevas, a través de la forma 3-1137.

Recomendación

1. Es necesario asegurar la retroalimentación desde las oficinas locales, respecto a la información de plantas lecheras, ya sea por su creación o cierre, a fin de el ICA poder contar, permanente, con una base de datos que permita hacer vigilancia y mitigar el riesgo de propagación del virus de fiebre aftosa.

Observación 4: Se evidenciaron falencias en el diligenciamiento de la forma 3-254, dado que no se hace acorde con su instructivo de diligenciamiento, específicamente en el registro de los hallazgos de la visita.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena y Coordinación Epidemiológica.

Se evidenció que la forma 3-254 no permite identificar la planta de leche visitada, no obstante, la forma fue modificada y la versión 3 ya cuenta con la información completa. La revisión y análisis de las formas, correspondientes a las visitas realizadas durante la vigencia 2023 permitieron establecer falencias en el diligenciamiento de las mismas, dado que no se diligencia el campo de observaciones de acuerdo con el instructivo de diligenciamiento, de la misma.

Recomendación

1. Realizar revisión de la forma 3-254, a fin de asegurar la pertinencia y totalidad de los datos en ella solicitados. Adicionalmente, asegurar el buen diligenciamiento de las formas involucradas con el instructivo, de forma tal que el ICA pueda confiar en la información colectada en campo, de manera que su análisis sea lo suficientemente fiable para la toma de decisiones.

1.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

Analizado el riesgo establecido en el mapa de riesgos institucional, relacionado con el instructivo PRA-SPA-I-055, no se evidenció materialización del mismo. No obstante, dado que ninguna de las tareas establecidas en el instructivo, son realizadas, se incrementa la probabilidad de materialización del riesgo, por cuanto se recomienda establecer como un control asociado al procedimiento, de forma tal que se mitigue el riesgo de no identificar oportunamente la presencia de fiebre aftosa, a través de la identificación de predios sin vacunación.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

1.10. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

- En la seccional Magdalena, el instructivo PRA-SPA-I-055 INSTRUCTIVO PARA VIGILANCIA DE PLANTAS DE ACOPIO, PROCESADORAS, PASTEURIZADORAS, QUESERAS, PULVERIZADORAS DE LECHE, no está implementado.
- En la Seccional Magdalena no se da cumplimiento al artículo décimo quinto de la Resolución 1779 de 1998 “Por medio de la cual se reglamenta el Decreto 3044 del 23 de diciembre de 1997”.
- En la Seccional Magdalena no se realiza revisión de los procedimientos, previo a la realización de las actividades establecidas para dar cumplimiento a los objetivos misionales.

Se hace necesario realizar de manera periódica revisión por parte de la alta dirección y, a través de esta, verificar la implementación de los diferentes documentos de gestión oficializados en el Sistema de Información Diamante y aquellos documentos normativos que hacen parte del mismo, de forma tal que el equipo de trabajo de la Seccional, no solo realice las actividades conforme se encuentra establecido, si no que retroalimente al nivel nacional respecto a discrepancias que se generen entre las directrices por ellos emitidas y los documentos oficiales, a fin de definir las modificaciones a las que hubiere lugar y de esta manera, evitar no dar cumplimiento a la normatividad nacional en el desarrollo de las actividades institucionales.

2. PROTECCIÓN VEGETAL

2.1 PROCESO MISIONAL

2.2 SUBPROCESO DE SANIDAD VEGETAL

2.3 UNIDAD AUDITABLE

PRV-SPV-I-031 - CONTROL OFICIAL DE *Fusarium oxysporum* f. sp. *cubense* raza 4 tropical EN CULTIVOS DE PLÁTANO Y BANANO

2.4 OBJETIVO

Verificar la ejecución y el cumplimiento del instructivo “PRV-SPV-I-031 - Acciones fitosanitarias para el control oficial de *Fusarium oxysporum* f. sp. *cubense* raza 4 tropical (recientemente clasificado como *Fusarium odoratissimum* sp. nov Maryani, Lombard, Kema & Crous, 2019), en cultivos de plátano y banano”, el cual se encuentra formalizado en el sistema de información Diamante del Instituto, de dicho instructivo se verificará la normatividad aplicable, gestión oportuna, tiempos establecidos, la implementación de controles y la gestión del riesgo.

2.5. ALCANCE

Verificación del instructivo “PRV-SPV-I-031-Acciones fitosanitarias para el control oficial de *Fusarium oxysporum* f. sp. *cubense* raza 4 tropical (recientemente clasificado como *Fusarium odoratissimum* sp. nov Maryani, Lombard, Kema & Crous, 2019), en cultivos de plátano y banano”, gestionado por la Gerencia Seccional Magdalena, durante la vigencia 2023.

Igualmente, este alcance puede ser extendido a otras vigencias o procedimientos, cuando la Oficina de Control Interno lo considere necesario y podrá verse limitado cuando no se suministre la información solicitada, o se haga de manera parcial.

2.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

Durante el desarrollo de la auditoría no se presentó limitación alguna que no permitiera lograr el alcance establecido en la planeación de la auditoría.

2.7. CRITERIOS

Resolución 2895 de 2010. “Por medio de la cual se establecen las plagas cuarentenarias sometidas a control oficial ausentes y presentes en el territorio nacional”

Resolución 2398 de 2011. “Por medio de la cual se prohíbe el ingreso al país de cualquier material de plátano, banano y musáceas ornamentales provenientes de los países que tengan reporte de la presencia del hongo *Fusarium oxysporum* f. sp. *cubense* raza 4 tropical (Foc RT4)”.

Resolución 3593 de 2015. “Por medio de la cual se crea el mecanismo para establecer, mantener, actualizar y divulgar el listado de plagas reglamentadas de Colombia”.

Resolución 11912 de 2019. “Por medio de la cual se declara el estado de emergencia fitosanitaria en el territorio nacional por la presencia de la enfermedad conocida como Marchitez de las musáceas por Foc R4T”

Resolución 17334 de 2019. “Por medio de la cual se establece el plan de bioseguridad y vigilancia fitosanitaria para la Marchitez por *Fusarium* en predios de producción de plátano y banano registrados ante el ICA para la exportación en fresco”.

Instructivo: PRV-SPV-I-031. Control oficial de *Fusarium oxysporum* f. sp. *cubense* raza 4 tropical en cultivos de plátano y banano.

2.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

2.8.1 METODOLOGÍA

En concordancia con el procedimiento “Desarrollo de auditoría interna basada en riesgo”, de la Oficina de Control Interno, se definió la siguiente ruta para la ejecución de la auditoría:

1. Planeación de la auditoría: A través de la forma 4-934 V.6 Planeación de la Auditoría, se establecieron los criterios básicos como el proceso, subproceso, unidad auditable, área auditada, vigencia, objetivo, alcance, riesgos, entre otros.
2. Anuncio de auditoría.
3. Realizar el recorrido de las actividades del procedimiento “PRF-SPF-P-004 – Cuarentena posentrada en recinto privado de especies de plantas y otros artículos reglamentados”, para posterior elaboración de lista de chequeo.
4. Decisión de revisar la totalidad de visitas, según el listado aportado por la Gerencia Seccional Magdalena.
5. Revisión y análisis de los expedientes digitales, completando las listas de chequeo, con el fin de identificar las debilidades en la ejecución del instructivo, adicionalmente se elaboran los papeles de trabajo correspondientes a las falencias halladas.
6. Socialización con la Gerencia Seccional Magdalena, de las debilidades encontradas durante la revisión de las visitas.
7. Análisis de las debilidades encontradas durante la revisión, que se traducen posteriormente en observaciones dentro del informe preliminar.
8. Socialización del informe preliminar con el área auditada, con el fin de que sea revisado y analizado, en caso de tener comentarios al respecto, se espera que sea remitida la discusión correspondiente.

2.8.1.2 MUESTRA

Las validaciones para esta auditoria se adelantaron a las visitas gestionadas durante el 01 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023, los cuales corresponden a un universo de 688 visitas, verificando el cumplimiento de los lineamientos dispuestos para tal fin. Las visitas revisadas pueden ser consultadas en el anexo 1.

2.8.3 FORTALEZAS

Las visitas y demás documentación correspondiente con la ejecución del instructivo, se encuentra digitalizada en su totalidad, permitiendo el fácil acceso a la información.

2.8.4 RESULTADOS

Observación 5: Incumplimiento al instructivo “PRV-SPV-I-031 - control oficial de *Fusarium oxysporum* f. sp. cubense raza 4 tropical en cultivos de plátano y banano”, tareas 4, 4.1, 4.2 y 5, en razón a que en ninguna de estas se utiliza la forma 3-1319 “Acta de compromiso para la atención de un evento sospecho de marchitez de las musáceas por *Fusarium* raza 4 tropical, según Resolución de Emergencia 11912 de 2019”.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena

La observación se sustenta teniendo en cuenta que, al momento de la revisión de la ejecución del instructivo, se indicó por parte del profesional responsable en la gerencia seccional, desconocimiento total de la forma.

Recomendación:

1. Realizar socialización y capacitación en cuanto a las actividades y formas que se deben utilizar en la ejecución del procedimiento, con el fin de evitar incurrir en la materialización de riesgos, por omitir la toma de información necesaria.

Observación 6: Incumplimiento al instructivo “PRV-SPV-I-031 - control oficial de *Fusarium oxysporum* f. sp. cubense raza 4 tropical en cultivos de plátano y banano”, apartado “Nota”, debido a que no se está realizando el envío al líder nacional en la Dirección Técnica de Sanidad Vegetal, de las formas 3-1030 “Prevención, vigilancia o control”, 3-1031 “Tratamiento de brotes de plagas agrícolas” y 3-1032 “Inspección fitosanitaria”, los últimos tres días hábiles de cada mes, tal cual lo establece el procedimiento.**

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena

Recomendación:

1. Realizar el envío de las formas 3-1030, 3-1031 y 3-1032 en el tiempo establecido por el procedimiento, teniendo en cuenta que dicha información es el insumo para la consolidación de la evaluación de plagas realizada por las Gerencias Seccionales.

Observación 7: Debilidades en el diligenciamiento de la forma 3-439 “Formato de visita a predios”, ya que se encontraron espacios en blanco, específicamente lo correspondiente a “4. No. de Comisión, 15. Coordenadas, 16. Asistente Técnico del Cultivo, 19. Se requirió tomar muestra y 21. Firma de quien atiende la visita”.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena

Recomendaciones:

1. Realizar capacitación sobre el correcto diligenciamiento de las formas utilizadas dentro de la ejecución del instructivo, evitando lo sucedido en las formas de las visitas a los predios: La Misericordia, La Verdad, Flor de la Canela, Bretañita, La Gloria #1, La Gloria #2, La

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Playa, La Playa 2, Guaimaral 4, La Gloria, La Palma, La Vega, Las Delicias, Bethel, Casa Grande, Caballo 1, La Mami, Remanzo N°1, Remanzo N°2, Santa Rita, La Palma, La Estrella-Caracola, La Madona, La Rosita, La Unión 3, Santa Felicia, Remanzo +1, Los Hermanos, San Jacinto, Pandora, Paraiso #1, Doña Muñe, Virginia #1, La Gran Vietano, La Silvia, Lina 1-2 y Caballo 1.
- El funcionario encargado debe diligenciar la Forma 3-439 vigente, completamente, con información veraz, sin tachones, ni enmendaduras. Cuando no tenga información deberá colocar NS (No Sabe) o NR (No Responde). Si la información solicitada No Aplica, deberá escribir NA.
 - Establecer un punto de control en el cual se realice la revisión de las formas, previo envío a la Dirección Técnica de Sanidad Vegetal y en caso de necesitar correcciones, hacer las respectivas solicitudes a los técnicos de campo.

Observación 8: Desactualización del instructivo “PRV-SPV-I-031 - control oficial de *Fusarium oxysporum* f. sp. cubense raza 4 tropical en cultivos de plátano y banano”, teniendo en cuenta que, desde la Dirección Técnica de Sanidad Vegetal se están enviando directrices que no concuerdan con las establecidas dentro del mismo, como la remisión de la información de vigilancia los primeros días de cada mes, adicionalmente, se cita a la Gerencia General en la tarea 3 “Notificación de la cuarentena al propietario del predio afectado”, pero no se encuentra en el cuadro resumen de las tareas, por otra parte, en el numeral 3 “formas”, se hace referencia a la forma 3-1319, la cual a la fecha no se encuentran dentro del sistema de información Diamante,

Área responsable: Dirección Técnica de Sanidad Vegetal.

Recomendación:

- Realizar actualización del instructivo, teniendo en cuenta el quehacer diario del control oficial de *Fusarium*, incluyendo todas las formas que deben ser diligenciadas y el tiempo de envío para consolidación en las Oficinas Nacionales.

2.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

Nombre del Riesgo	Objetivo Estratégico	Zona Inherente	Causa	Controles Existentes
SGC Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por el establecimiento y dispersión de plagas reglamentadas como consecuencia de la omisión o incumplimiento de los lineamientos establecidos.	Aumentar la admisibilidad sanitaria de productos agropecuarios en el exterior	ALTA	* Limitada disponibilidad de recursos para atender actividades misionales *Falta de personal con experiencia y conocimiento * Falta de articulación institucional y coordinación interna de programas fitosanitarios *Falta de estrategias de comunicación del riesgo *Falta de aplicación y verificación a los lineamientos establecidos * Falta de actividades de control a la movilización vegetal.	1. El personal del puesto de control realiza vigilancia a la movilización de material vegetal. 2. Los responsables en Gerencias Seccionales ejecutan las actividades establecidas en el Plan de Acción o actúan ante emergencias fitosanitarias. (Erradicación de brotes).

Tabla 2. Riesgos asociados en el mapa de riesgos institucional 2023. Elaboración propia de la Oficina de Control Interno. SGC = Estratégico.

En la presente auditoría, no se materializaron los riesgos identificados en el mapa de riesgos institucional.

2.9.1. RIESGO ADICIONAL ASOCIADO IDENTIFICADO POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO, QUE NO SE ENCUENTRA EN EL MAPA INSTITUCIONAL

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

El siguiente riesgo identificado, puede ser evaluado por la Dirección Técnica de Sanidad Vegetal, para ser incluido como riesgo de gestión.

RIESGO ADICIONAL NO IDENTIFICADO EN LA GESTIÓN	CAUSAS
Posibilidad de afectación en la gestión, por estadísticas consolidadas sin el total de los datos recolectados durante las visitas de vigilancia y control, pudiendo indicar valores erróneos.	*Debilidad en los controles de revisión de la información recolectada en campo. *Desconocimiento de los procedimientos, guías e instructivos, por parte de los profesionales encargados del trámite.

Tabla 3. Ejemplo de sugerencia acerca de la elaboración e implementación del mapa de riesgos para el Subproceso. Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

2.10. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

1. En aras de mitigar la materialización de situaciones similares a las abordadas en el presente informe, se sugiere implementar mecanismos de control y revisión de las visitas realizadas en campo, previo a la consolidación realizada en Oficinas Nacionales.
2. Se sugiere actualizar el instructivo, teniendo en cuenta que se deben actualizar las formas utilizadas dentro de este, así como las directrices de remisión de información a la Dirección Técnica de Sanidad Vegetal.
3. Se sugiere revisar y actualizar del mapa de riesgos, teniendo en cuenta que la falta de información puede materializar situaciones que no reflejen la gestión real del Instituto.
4. Establecer un plan de mejoramiento para subsanar las observaciones encontradas en la auditoría, incluyendo en éste, acciones de mejora efectivas, que logren subsanar las debilidades que hacen parte integral del presente informe y realizar seguimiento periódico al cumplimiento de lo establecido.

3. PROTECCIÓN VEGETAL

3.1 PROCESO MISIONAL

3.2 SUBPROCESO DE SANIDAD VEGETAL

3.3 UNIDAD AUDITABLE

PRV-SPV-I-041 - INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL FITOSANITARIO EN PREDIOS DE PALMA DE ACEITE

3.4 OBJETIVO

Verificar la ejecución y el cumplimiento del instructivo “PRV-SPV-I-041 - Inspección, Vigilancia y Control fitosanitario en predios de palma de aceite”, el cual se encuentra formalizado en el sistema de información Diamante del Instituto, de dicho instructivo se verificará la normatividad aplicable, gestión oportuna, tiempos establecidos, la implementación de controles y la gestión del riesgo.

3.5. ALCANCE

Verificación del instructivo “PRV-SPV-I-041 - Inspección, Vigilancia y Control fitosanitario en predios de palma de aceite”, gestionado por la Gerencia Seccional Magdalena, durante la vigencia 2023.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Igualmente, este alcance puede ser extendido a otras vigencias o procedimientos, cuando la Oficina de Control Interno lo considere necesario y podrá verse limitado cuando no se suministre la información solicitada, o se haga de manera parcial.

3.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

Durante el desarrollo de la auditoría no se presentó limitación alguna que no permitiera lograr el alcance establecido en la planeación de la auditoría.

3.7. CRITERIOS

Decreto 4765 de 2008. Por la cual se modifica la estructura del Instituto Colombiano Agropecuario, ICA y se dictan otras disposiciones.

Resolución ICA 4170 de 2014. Por medio de cual se declaran las plagas de control oficial en el cultivo de palma de aceite en el territorio nacional y se establecen las medidas fitosanitarias para su manejo y control.

Resolución ICA 62151 de 2020. Por medio de la cual se establecen los requisitos para el registro ante el ICA de los predios productores de palma de aceite.

Resolución ICA 065768 de 2020. Por la cual se adopta el Manual de Proceso Administrativo Sancionatorio PAS, del Instituto Colombiano Agropecuario – ICA.

Instructivo: PRV-SPV-I-041 - Inspección, Vigilancia y Control fitosanitario en predios de palma de aceite.

3.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

3.8.1 METODOLOGÍA

En la ejecución de la auditoría interna, se tuvieron en cuenta diferentes técnicas, con el fin de obtener evidencias suficientes, tales como: comparación, indagación, comprobación y verificación, que permitieron obtener y evaluar la evidencia de auditoría, proporcionando una base razonable para la determinación de las debilidades encontradas.

3.8.1.2 MUESTRA

Las validaciones para esta auditoría se adelantaron a las visitas gestionadas durante el 01 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023, los cuales corresponden a un universo de 260 visitas, verificando el cumplimiento de los lineamientos dispuestos para tal fin. Las visitas revisadas pueden ser consultadas en el anexo 2.

3.8.3 FORTALEZAS

Las visitas y demás documentación correspondiente con la ejecución del instructivo, se encuentra digitalizada en su totalidad, permitiendo el fácil acceso a la información.

3.8.4 RESULTADOS

Observación 9: Incumplimiento al instructivo “PRV-SPV-I-041 - Inspección, Vigilancia y Control fitosanitario en predios de palma de aceite”, tareas 9 y 12, en razón a que durante la vigencia 2023 no se realizaron ni enviaron al responsable nacional, los informes narrativos de la situación fitosanitaria del cultivo, así como, las actividades de comunicación del riesgo sobre las principales plagas.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena.

El profesional encargado de la ejecución del instructivo indica que no se realizaron los informes por desconocimiento.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS – GERENCIA SECCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO

Con relación a las educomunicaciones, se indica por parte del profesional, que al estar presentes las enfermedades de control, no es necesario realizar este tipo de actividad con los productores.

Recomendaciones:

1. Elaborar y enviar trimestralmente los informes narrativos de la situación fitosanitaria del cultivo, en especial de las plagas de control oficial o de los brotes inusuales de plagas o de plagas no reportadas anteriormente en el cultivo, con el fin de contar con toda la información suficiente para mantener actualizada la situación del estatus fitosanitario del país y en caso de ser necesario, tomar las medidas correspondientes para la mitigación de riesgos.
2. Solicitar orientación a la Dirección Técnica de Sanidad Vegetal, con el fin de establecer actividades de comunicación de riesgo, sobre la normativa vigente, plagas del cultivo presentes y ausentes, su manejo y control, acordes a la situación fitosanitaria del departamento del Magdalena.

Observación 10: Debilidades en el diligenciamiento de la forma 3-439 “Formato de visita a predios”, ya que se encontraron espacios en blanco o mal diligenciados, específicamente lo correspondiente a “6. CC, 7. Teléfono, 13. Área predio, 16. Asistente Técnico del Cultivo, 19. Se requirió tomar muestra y 21. Firma de quien atiende la visita”, denotando bajo control de la información recolectada en campo.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena

Recomendaciones:

1. Realizar capacitación sobre el correcto diligenciamiento de las formas utilizadas dentro de la ejecución del instructivo, evitando lo sucedido en las formas de la totalidad de las visitas revisadas.
2. El funcionario encargado debe diligenciar la Forma 3-439 vigente, completamente, con información veraz, sin tachones, ni enmendaduras. Cuando no tenga información deberá colocar NS (No Sabe) o NR (No Responde). Si la información solicitada No Aplica, deberá escribir NA.
3. Establecer un punto de control en el cual se realice la revisión de las formas, previo envío a la Dirección Técnica de Sanidad Vegetal y en caso de necesitar correcciones, hacer las respectivas solicitudes a los técnicos de campo.

Observación 11: Inconsistencias entre la información reportada durante la auditoría, específicamente se encuentran 241 formas 3-439 “Formato de visita a predios” escaneados, lo cual no concuerda con la información de la forma 3-1030 “Prevención, vigilancia o control” donde se registraron 265 visitas.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena

Recomendación:

1. Establecer un punto de control en el que se revise que la información contenida en la 3-1030 “Prevención, vigilancia o control” se encuentre acorde a lo ejecutado en campo, adicionalmente, que todas las visitas contenidas en dicha forma tengan el respaldo en físico de la forma 3-439 “Formato de visita a predios”.

3.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

Para esta unidad auditable se encuentran los riesgos citados en: Tabla 2. Riesgos asociados en el mapa de riesgos institucional 2023.

En la presente auditoría, no se materializaron los riesgos identificados en el mapa de riesgos institucional.

3.9.1. RIESGO ADICIONAL ASOCIADO IDENTIFICADO POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO, QUE NO SE ENCUENTRA EN EL MAPA INSTITUCIONAL

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Para la unidad auditable “PRV-SPV-I-041 - Inspección, Vigilancia y Control fitosanitario en predios de palma de aceite”, teniendo en cuenta las debilidades encontradas durante el proceso de auditoría, la Oficina de Control Interno propone tener en cuenta el riesgo propuesto en la Tabla 3 del presente informe.

3.10. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

1. Se sugiere implementar mecanismos de control y revisión de las visitas realizadas en campo, previo al envío de la información a la Dirección Técnica de Sanidad Vegetal y en caso de encontrar debilidades, implementar las medidas correctivas del caso.
2. Analizar la posibilidad incluir el riesgo propuesto por la Oficina de Control Interno, con el fin de actualizar del mapa de riesgos, teniendo en cuenta que la falta de información puede materializar situaciones que no reflejen la gestión real del Instituto.
3. Establecer un plan de mejoramiento para subsanar las observaciones encontradas en la auditoría, incluyendo en éste, acciones de mejora efectivas, que logren subsanar las debilidades que hacen parte integral del presente informe y realizar seguimiento periódico al cumplimiento de lo establecido.

4. PROTECCIÓN VEGETAL

4.1 PROCESO MISIONAL

4.2 SUBPROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA FITOSANITARIA

4.3 UNIDAD AUDITABLE

PRV-SPV-I-030 - VIGILANCIA DEL HLB DE LOS CÍTRICOS Y SU VECTOR *DIAPHORINA CITRI*

4.4 OBJETIVO

Verificar la ejecución y el cumplimiento del instructivo “PRV-SPV-I-030 - Vigilancia del HLB de los Cítricos y su vector *Diaphorina citri*”, el cual se encuentra formalizado en el sistema de información Diamante del Instituto, de dicho instructivo se verificará la normatividad aplicable, gestión oportuna, tiempos establecidos, la implementación de controles y la gestión del riesgo.

4.5. ALCANCE

Verificación del instructivo “PRV-SPV-I-030 - Vigilancia del HLB de los Cítricos y su vector *Diaphorina citri*”, gestionado por la Gerencia Seccional Magdalena, durante la vigencia 2023.

Igualmente, este alcance puede ser extendido a otras vigencias o procedimientos, cuando la Oficina de Control Interno lo considere necesario y podrá verse limitado cuando no se suministre la información solicitada, o se haga de manera parcial.

4.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

Durante el desarrollo de la auditoría no se presentó limitación alguna que no permitiera lograr el alcance establecido en la planeación de la auditoría.

4.7. CRITERIOS

Instructivo: PRV-SPV-I-030 - Vigilancia del HLB de los Cítricos y su vector *Diaphorina citri*.

4.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

4.8.1 METODOLOGÍA

En la ejecución de la auditoría interna, se tuvieron en cuenta diferentes técnicas, con el fin de obtener evidencias suficientes, tales como: comparación, indagación, comprobación y verificación, que permitieron obtener y evaluar la evidencia de auditoría, proporcionando una base razonable para la determinación de las debilidades encontradas.

4.8.1.2 MUESTRA

Las validaciones para esta auditoria se adelantaron a las visitas gestionadas durante el 01 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023, los cuales corresponden a un universo de 52 visitas, verificando el cumplimiento de los lineamientos dispuestos para tal fin.

Las visitas verificadas se listan a continuación:

No.	VEREDA (DIRECCIÓN)	PREDIO	No.	VEREDA (DIRECCIÓN)	PREDIO
1	CORDOBITA	PAPARE	27	MATA'E CAÑA	MATA'E CAÑA
2	MUNDO NUEVO	LA ALICIA	28	MATA'E CAÑA	MATA'E CAÑA
3	URQUIJO	LA ESPERANZA	29	MATA'E CAÑA	MATA'E CAÑA
4	GUAIMARAL	FINCA EMPERATRIZ	30	San Isidro	El Porvenir
5	GUAIMARAL	FINCA EMPERATRIZ	31	San Isidro	El Porvenir
6	SAN ANTONIO	VILLA TESCA	32	San Isidro	El Porvenir
7	GUAMAL	TRANQUILANDIA	33	BOLLERO	San Exposito
8	GUAMAL	TRANQUILANDIA	34	BOLLERO	VillaMary
9	MEJICO	EL POTRERITO	35	Germania	La America
10	MEJICO	LA GRACIELA	36	Germania	Mosquito
11	LA AGUJA	TRES ESQUINAS	37	Germania	Sur America
12	LA AGUJA	CANAAN	38	SANTA ANA	Traspatio
13	LA AGUJA	VILLA YALILE	39	SANTA ANA	Santa Elena
14	LA AGUJA	EL REPOSO	40	SANTA ANA	Traspatio
15	LA AGUJA	ROXANA	41	SANTA ANA	Traspatio
16	LA AGUJA	BALDIO CARRETERA NACIONAL	42	Janeiro	El Damasco
17	GUAIMARAL	FINCA EMPERATRIZ	43	San Sebastian	los Piñones
18	GUAIMARAL	FINCA EMPERATRIZ	44	San Sebastian	Sin nos dejan
19	SABANAS DEL MARAÑON	VILLA LEDYS	45	SANTA ANA	Traspatio
20	CASCAJAL	COSTA RICA	46	SANTA ANA	Traspatio
21	CASCAJAL	COSTA RICA	47	SANTA ANA	Traspatio
22	KM 14	LA GRANJA	48	SANTA ANA	Traspatio
23	KM 14	VILLA OMAIRA	49	SANTA ANA	Traspatio
24	SAN ANTONIO	VILLA TESCA	50	SANTA ANA	Traspatio
25	SALVADORA	VILLA LIGIA	51	MATA'E CAÑA	MATA'E CAÑA
26	LA ABARCA	LOS MAMONES	52	San Isidro	El Porvenir

Tabla 4. Visitas de HLB verificadas durante la auditoría. Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

4.8.3 FORTALEZAS

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Las visitas y demás documentación correspondiente con la ejecución del instructivo, se encuentra digitalizada en su totalidad, permitiendo el fácil acceso a la información en el formato digital.

Los profesionales con que cuenta el instructivo para su operación y desarrollo, tienen conocimientos idóneos y consistentes de la normatividad y los requerimientos legales establecidos en ella.

4.8.4 RESULTADOS

Observación 12: Incumplimiento al instructivo “PRV-SPV-I-030 - Vigilancia del HLB de los Cítricos y su vector Diaphorina citri”, tarea 1, en razón a que no se encuentra soporte alguno de la creación de una ruta de vigilancia en puntos estratégicos, teniendo en cuenta las vías de comunicación, traspacios, zonas urbanas y áreas silvestres.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena

Recomendación:

1. Elaborar la ruta de vigilancia a seguir en cada una de las visitas que se realizaran, conservando la trazabilidad del análisis técnico efectuado por el profesional encargado en la seccional.

Observación 13: Incumplimiento al instructivo “PRV-SPV-I-030 - Vigilancia del HLB de los Cítricos y su vector Diaphorina citri”, tarea 6, teniendo en cuenta que no se encuentra la publicación de los resultados de laboratorio positivos a Candidatus liberibacter asiaticus de la vigencia 2023, dentro de la plataforma Sistema de Información de Plagas de Colombia - SIPCO.

Área responsable: Dirección Técnica de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria.

Recomendación:

1. Si las muestras resultan ser positivas, realizar el registro en el Sistema de Información de Plagas de Colombia - SIPCO y notificar a la Dirección Técnica de Sanidad Vegetal para las acciones correspondientes.

Observación 14: Debilidades en el diligenciamiento de la forma 3-439 “Formato de visita a predios”, ya que se encontraron espacios en blanco o mal diligenciados, específicamente lo correspondiente a “4. No. De Comisión, 7. Teléfono, 14. Área sembrada, 15. Coordenadas, 16. Asistente Técnico del Cultivo y 19. Se requirió tomar muestra, denotando bajo control de la información recolectada en campo.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena

Recomendaciones:

1. Realizar capacitación sobre el correcto diligenciamiento de las formas utilizadas dentro de la ejecución del instructivo, evitando lo sucedido en las formas revisadas.
2. El funcionario encargado debe diligenciar la Forma 3-439 vigente, completamente, con información veraz, sin tachones, ni enmendaduras. Cuando no tenga información deberá colocar NS (No Sabe) o NR (No Responde). Si la información solicitada No Aplica, deberá escribir NA.
3. Establecer un punto de control en el cual se realice la revisión de las formas, previo envío a la Dirección Técnica y en caso de necesitar correcciones, hacer las respectivas solicitudes a los técnicos de campo.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

4.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

Durante la presente auditoría se detectó la debilidad planteada en la observación 13, por lo cual se puede inferir la materialización de los siguientes riesgos:

Nombre del Riesgo	Objetivo Estratégico	Zona Inherente	Causa	Controles Existentes
SGC Posibilidad de afectación reputacional por reportar tardíamente la presencia de plagas reglamentadas en el país.	Prevenir y controlar riesgos sanitarios y fitosanitarios, efectuando una estricta vigilancia epidemiológica.	EXTREMA	*Deficiente sistema de información para la captura y consolidación de la información. *Deficiencia en la oportunidad de vinculación personal a los programas de vigilancia fitosanitaria *Recursos insuficientes para el manteamiento de los programas de vigilancia fitosanitaria *Limitaciones en la capacidad analítica de diagnóstico *Retrasos en la comunicación del responsable técnico a nivel seccional.	1. La DT. de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria y los responsables en Gerencias Seccionales realizan seguimiento a la información entregada referente a las acciones de vigilancia fitosanitarias adelantadas por la red de sensores internos (equipo de funcionarios del sistema nacional de vigilancia fitosanitario) para la detección oportuna de plagas cuarentenarias en sistemas productivos agrícolas y forestales, a través de las bases de datos de consolidación de información y aplicativos.
COR Posibilidad de afectación reputacional por omitir o comunicar tardíamente la ocurrencia de eventos fitosanitarios para favorecer a terceros.	Prevenir y controlar riesgos sanitarios y fitosanitarios, efectuando una estricta vigilancia epidemiológica.	ALTA	* Deficiente sistema de información * Solicitud o recepción de dádivas * Presiones indebidas de terceros * Falla en el monitoreo y seguimiento en las actividades.	1. La Dirección Técnica de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria realiza acciones de seguimiento a los programas de vigilancia fitosanitaria en Gerencias Seccionales, a través de revisiones físicas y/o virtuales.

Tabla 5. Riesgos asociados en el mapa de riesgos institucional 2023. Elaboración propia de la Oficina de Control Interno. COR = Corrupción, SGC = Estratégico.

La materialización del riesgo se debe posiblemente a una falta de la aplicación de los controles establecidos, por parte de la Dirección Técnica de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria, también puede ser un indicador de que los controles existentes no son suficientes para evitar las posibles causas que generan la materialización, por lo que se sugiere realizar un análisis de los aspectos mencionados para mitigar el riesgo.

4.9.1. RIESGO ADICIONAL ASOCIADO IDENTIFICADO POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO, QUE NO SE ENCUENTRA EN EL MAPA INSTITUCIONAL

Para la unidad auditable “PRV-SPV-I-030 - Vigilancia del HLB de los Cítricos y su vector *Diaphorina citri*”, teniendo en cuenta las debilidades encontradas durante el proceso de auditoría, la Oficina de Control Interno propone tener en cuenta el riesgo propuesto en la Tabla 3 del presente informe.

4.10. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

1. Se sugiere implementar mecanismos de control y revisión de las visitas realizadas en campo, previo al envío de la información a la Dirección Técnica de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria y en caso de encontrar debilidades, implementar las medidas correctivas del caso.
2. Analizar la posibilidad incluir el riesgo propuesto por la Oficina de Control Interno, con el fin de actualizar del mapa de riesgos, teniendo en cuenta que la falta de información puede materializar situaciones que no reflejen la gestión real del Instituto.
3. Realizar el registro de los resultados de laboratorio positivos a *Candidatus liberibacter asiaticus*, dentro del Sistema de Información de Plagas de Colombia – SIPCO, con el fin de conservar la trazabilidad del estatus fitosanitario del país, pudiendo presentar información fidedigna en caso de ser requerida.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

4. Establecer un plan de mejoramiento para subsanar las observaciones encontradas en la auditoría, incluyendo en éste, acciones de mejora efectivas, que logren subsanar las debilidades que hacen parte integral del presente informe y realizar seguimiento periódico al cumplimiento de lo establecido.

5. PROTECCIÓN VEGETAL

5.1 PROCESO MISIONAL

5.2 SUBPROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA FITOSANITARIA

5.3 UNIDAD AUDITABLE

VE-FITO-P-019 - REGISTRO DE PREDIOS PRODUCTORES DE VEGETALES PARA LA EXPORTACIÓN EN FRESCO

5.4 OBJETIVO

Verificar la ejecución y el cumplimiento del procedimiento “VE-FITO-P-019 - Registro de predios productores de vegetales para la exportación en fresco”, el cual se encuentra formalizado en el sistema de información Diamante del Instituto, de dicho procedimiento se verificará la normatividad aplicable, gestión oportuna, tiempos establecidos, la implementación de controles y la gestión del riesgo.

5.5. ALCANCE

Verificación del procedimiento “VE-FITO-P-019 - Registro de predios productores de vegetales para la exportación en fresco”, gestionado por la Gerencia Seccional Magdalena, durante la vigencia 2023.

Igualmente, este alcance puede ser extendido a otras vigencias o procedimientos, cuando la Oficina de Control Interno lo considere necesario y podrá verse limitado cuando no se suministre la información solicitada, o se haga de manera parcial.

5.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

Durante el desarrollo de la auditoría no se presentó limitación alguna que no permitiera lograr el alcance establecido en la planeación de la auditoría.

5.7. CRITERIOS

Resolución 824 del 2022 “Por la cual se establecen los requisitos para el registro ante el ICA de los lugares de producción, exportadores y emparadoras de vegetales para la exportación en fresco”.

Procedimiento: VE-FITO-P-019 - Registro de predios productores de vegetales para la exportación en fresco.

5.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

5.8.1 METODOLOGÍA

En la ejecución de la auditoría interna, se tuvieron en cuenta diferentes técnicas, con el fin de obtener evidencias suficientes, tales como: comparación, indagación, comprobación y verificación, que permitieron obtener y evaluar la evidencia de auditoría, proporcionando una base razonable para la determinación de las debilidades encontradas.

5.8.1.2 MUESTRA

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

Las validaciones para esta auditoria se adelantaron a las visitas gestionadas durante el 01 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023, los cuales corresponden a un universo de 297 trámites, verificando el cumplimiento de los lineamientos dispuestos para tal fin.

Para la toma de la muestra de auditoría, se utilizó el libro de Excel de la caja de herramientas de la función pública, denominado “7. Aplicativo muestreo”, con un tamaño de población (N) = 297, error muestral (E) = 10%, proporción de éxito (P) = 10% y un nivel de confianza (Z) = 90%, teniendo como resultado una muestra optima de 23 expedientes, la cual fue seleccionada dividiendo la base de datos de trámites en grupos de 13 y seleccionando el mismo número al azar dentro de los grupos, que para este caso con la formula “=ENTERO(ALEATORIO()*13)”, se obtuvo el número 5.

El listado de los expedientes seleccionados se muestra a continuación:

MUNICIPIO	NOMBRE LUGAR PRODUCCION	FECHA VISITA
ZONA BANANERA	LA LOLA	27/01/2023
ZONA BANANERA	VILLA ESPERANZA	8/02/2023
PUEBLOVIEJO	MAJOCRIBE	16/02/2023
SANTA MARTA	LA LOMA DEL TIGRE	15/03/2023
ARACATACA	LA CELESTE	16/03/2023
ZONA BANANERA	CAPUYO 2	28/03/2023
ZONA BANANERA	MARITZA	4/04/2023
ZONA BANANERA	PLAYA LINDA	20/04/2023
ZONA BANANERA	ELVIA ROSA	5/05/2023
ZONA BANANERA	VILLA CIELO	24/05/2023
ZONA BANANERA	PORVENIR 4	31/05/2023
ZONA BANANERA	LA ISABELA	16/08/2023
ZONA BANANERA	LA NANCY	2/11/2023
CIENAGA	SERANKUA	16/11/2023
ZONA BANANERA	EL EDEN	16/11/2023
ZONA BANANERA	BELLA MARIA	22/11/2023
ZONA BANANERA	EQUIVOCACION 3	23/11/2023
ZONA BANANERA	EQUIVOCACION 2	24/11/2023
ZONA BANANERA	LA GINA	25/11/2023
ZONA BANANERA	LA BIARIS	19/12/2023
ZONA BANANERA	LA PALMITA	21/12/2023
ZONA BANANERA	LA DOLORES	22/12/2023
ZONA BANANERA	SAN MARTIN	23/12/2023

Tabla 6. Expedientes de registro revisados. Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

5.8.3 FORTALEZAS

Las visitas y demás documentación correspondiente con la ejecución del procedimiento, se encuentra ordenada dentro de los expedientes en físico, permitiendo el fácil acceso a la información que se requirió.

Los profesionales con que cuenta el trámite para su operación y desarrollo, tienen los conocimientos idóneos y consistentes de la normatividad actualizada y los requerimientos legales establecidos en ella.

5.8.4 RESULTADOS

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

Observación 15: Debilidades en el diligenciamiento de la forma 3-1060 “visita técnica de verificación de requisitos para el registro ICA como predio productor de vegetales para la exportación en fresco”, específicamente en algunas casillas como: “Altura y Concepto técnico final”, siendo este último, el factor definitivo para otorgar el registro.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena

Recomendación:

- 1. Realizar capacitaciones sobre el correcto diligenciamiento de las formas y establecer un punto de control, en el cual se revise la información recolectada en campo, con el fin de no perder la trazabilidad del trámite.

Observación 16: Desactualización del procedimiento “VE-FITO-P-019 - Registro de predios productores de vegetales para la exportación en fresco”, teniendo en cuenta que cita la Resolución 448 del 20 de enero de 2016, derogada por la Resolución 824 del 2022 desde el veintiocho (28) de enero de 2022.

Área responsable: Dirección Técnica de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria.

Recomendación:

- 1. Realizar la actualización del procedimiento, teniendo en cuenta lo establecido dentro de la Resolución 824 del 2022 “Por la cual se establecen los requisitos para el registro ante el ICA de los lugares de producción, exportadores y empacadoras de vegetales para la exportación en fresco”.

5.9. RIESGO DE LA UNIDAD AUDITABLE:

El siguiente riesgo del Mapa de Riesgos Institucional, se encuentra asociado a la unidad auditable:

Nombre del Riesgo	Objetivo Estratégico	Zona Inherente	Causa	Controles Existentes
COR Posibilidad de afectación reputacional por emitir registros de vegetales para exportación, plantación forestal comercial o certificado de movilización de madera sin cumplimiento de requisitos normativos, incurriendo en el favorecimiento a un tercero.	Prevenir y controlar riesgos sanitarios y fitosanitarios, efectuando una estricta vigilancia epidemiológica.		*Falta de sistematización de la información requerida dentro del proceso de registro * Falta de capacitación al personal encargado de la ejecución de las actividades * Presiones por parte de terceros * Corrupción del personal * Sobrecarga laboral	1. Los profesionales de la DT de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria validan la información presentada en el aplicativo VUT y forestales, a partir de una muestra del 10% de los registros generados en el semestre, se genera un reporte de los resultados obtenidos y se comunica a las dependencias responsables por medio de memorando. 2. Los profesionales en la Gerencia Seccional realizan revisión y aprobación del cumplimiento de los requisitos para la emisión de registros de vegetales para exportación, el cual se documenta a través del proyecto de Resolución. 3. El responsable jurídico en la Gerencia Seccional, revisa y da Vo.Bo sobre el cumplimiento de los requisitos de registros de plantaciones forestales comerciales, a través de

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

				memorando o correo electrónico.
--	--	--	--	---------------------------------

Tabla 7. Riesgos asociados en el mapa de riesgos institucional 2023. Elaboración propia de la Oficina de Control Interno. COR = Corrupción, SGC = Estratégico.

En la presente auditoría, no se materializó el riesgo identificado en el mapa de riesgos institucional.

5.9.1. RIESGO ADICIONAL ASOCIADO IDENTIFICADO POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO, QUE NO SE ENCUENTRA EN EL MAPA INSTITUCIONAL

El siguiente riesgo identificado, puede ser evaluado por la Dirección Técnica de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria, para ser incluido como riesgo de gestión.

RIESGO ADICIONAL NO IDENTIFICADO EN LA GESTIÓN	CAUSAS
Posibilidad de afectación reputacional por otorgar registros de vegetales para exportación, con requisitos establecidos en normatividad que no se encuentra vigente.	*Debilidad en los controles de revisión de la información recolectada en campo. *Desconocimiento de la normatividad vigente, por parte de los profesionales encargados del trámite.

Tabla 8. Ejemplo de sugerencia acerca de la elaboración e implementación del mapa de riesgos para el Subproceso. Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

5.10. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

1. Se sugiere implementar mecanismos de control y revisión de las visitas realizadas en campo, antes de otorgar el respectivo registro, con el fin de no perder la trazabilidad de las visitas realizadas en campo para la verificación de requisitos.
2. Analizar la posibilidad incluir el riesgo propuesto por la Oficina de Control Interno, con el fin de actualizar del mapa de riesgos, teniendo en cuenta que la ejecución de procedimientos con normatividad derogada, puede concluir en la materialización del riesgo asociado a la unidad auditable.
3. Establecer un plan de mejoramiento para subsanar las observaciones encontradas en la auditoría, incluyendo en éste, acciones de mejora efectivas, que logren subsanar las debilidades que hacen parte integral del presente informe y realizar seguimiento periódico al cumplimiento de lo establecido.

6. GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS.

6.1. APOYO

6.2. SUBPROCESO N/A.

6.3. UNIDAD AUDITABLE

GRFIN-GI-P-005 V.8 PROCEDIMIENTO DE INGRESOS.
GF-GI-P-008 V4 FACTURACIÓN Y RECAUDO.
GRFIN-SAF-P-013 V1 PROCEDIMIENTO DE RECAUDO DEL SNRI.

6.4. OBJETIVO

Verificar la ejecución y el cumplimiento de los procedimientos: GF-GI-P-008 V4 Facturación y Recaudo y GRFIN-SAF-P-013 V1 Procedimiento de Recaudo del SNRI, GRFIN-GI-P-005 V.8 Procedimiento de Ingresos, los cuales se encuentran formalizados en el sistema de información Diamante del Instituto, evaluando de manera independiente los controles que permiten mitigar, transferir y eliminar los riesgos críticos que puedan afectar el desempeño de los objetivos del proceso, así mismo, se verificará la normatividad aplicable.

6.5. ALCANCE

Evidenciar la planificación, organización, control, registro y supervisión eficiente de los recursos financieros por concepto de ingresos, el cumplimiento de las funciones asignadas a los recaudadores de servicios tarifados, verificando la aplicación de actividades en la gestión del recaudo de los servicios tarifados, conforme a la Resolución de Tarifas vigente, teniendo como resultado la expedición de la facturación relacionada, en pro de la misión Institucional, actividades comprendidas en el periodo entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2023, gestionado por la Gerencia Seccional Magdalena.

Igualmente, este alcance puede ser extendido a otras vigencias o procedimientos, cuando la Oficina de Control Interno lo considere necesario y podrá verse limitado cuando no se suministre la información solicitada, o se haga de manera parcial.

6.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

Durante el desarrollo de la auditoría no se presentó limitación alguna que no permitiera lograr el alcance establecido en la ejecución de la auditoría.

6.7. CRITERIOS

Para el desarrollo de este trabajo se consideraron los siguientes criterios normativos:

- Constitución Política de Colombia, Artículos 209 y 211.
- Ley 1437 de 2011 *“Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”*.
- Ley 019 de 2012 *“Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública”*.
- Directiva Presidencial No. 04 de 2012 *“Eficiencia Administrativa y Lineamientos de la Política Cero Papel en la Administración Pública”*.
- Régimen de Contabilidad Pública
- Acuerdo 000015 del 19 de diciembre de 2007 *“Por el cual se establecen las tarifas para los servicios técnicos que presta el Instituto Colombiano Agropecuario, ICA”*.
- Ley 594 de 2000 *“Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones”*.
- Decreto 2609 de 2012 *“Por el cual se reglamenta el Título V de la Ley 594 de 2000, parcialmente los artículos 58 y 59 de la Ley 1437 de 2011 y se dictan otras disposiciones en materia de Gestión Documental para todas las Entidades del Estado”*, Compilado con el Decreto 1080 de 2015.
- Estatuto Tributario Art. 615, 616 y 617.
- Decreto 1001 de 1997 *“Por el cual se reglamentan los artículos 616-1, 616-2 el Estatuto Tributario y se dictan otras disposiciones.”* Art. 17
- Circular SISAD 20234100123 del 29/12/2023 *“Lineamientos Implementación de Recaudo para Servicios Tarifados de Control a la Movilización y Trazabilidad Animal a Partir del 1 de Enero de 2024”*.

6.8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La reunión de apertura se realizó el 21 de mayo de 2024 en las instalaciones de la Sede Principal de la Gerencia Seccional Magdalena, Ubicada en el Municipio de Santa Marta, mediante encuentro con el Gerente Seccional Magdalena, el enlace de la Oficina de Control Interno, y el equipo auditor OCI para presentación de la agenda a desarrollar; la reunión de cierre se realizó el 24 de mayo de 2024, en la misma Oficina.

La auditoría se realizó en consideración a las diferentes técnicas de auditoría como es la indagación, verificación, comprobación, e inspección física, que permitieron obtener, evaluar evidencias proporcionando así base razonable para la determinación de la observación encontrada.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Conforme al objetivo y alcance previamente definido, el desarrollo del trabajo se abordó siguiendo las etapas que se describen a continuación:

- Identificación de: Procedimiento de ingresos GRFIN-GI-P-005 V.8, Procedimiento de Facturación y Recaudo GF-GI-P-008 V4, Procedimiento de Recaudo del SNRI GRFIN-SAF-P-013 V1, su riesgo y controles asociados dentro del flujo de los procesos del Instituto, con el fin de determinar si los mismos están operando y contribuyen al cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Identificación y validación de las normas, leyes y políticas relativas al procedimiento objeto de evaluación.
- Validación de la idoneidad de los soportes.
- Verificación de Plan de Mejoramiento Interno y Contraloría General de la República.
- Verificación de los procesos de autorización y segregación de funciones.
- Verificación de Consignaciones originales, a nombre del tercero que requiere el servicio, validando banco, cuenta de recaudo, fecha, valor.
- Confirmación de la existencia de las actas de verificación como resultados de los arqueos a cajas recaudadoras.
- Verificación de la existencia de la Resolución de designación como responsable del seguimiento, control y verificación de los ingresos percibidos por la Seccional o Contrato de Prestación de Servicios con obligaciones específicas.
- Verificación de la existencia de la Programación de visitas para la realización de los arqueos a cajas recaudadoras y la comunicación al Grupo de Gestión Financiera.
- Verificación de la existencia de Memorando de envío de partidas identificadas.
- Verificación de la existencia de la forma 4-1001 Control Diario de los Ingresos, debidamente diligenciado.

Del análisis de la información anterior, permitirá obtener y evaluar la evidencia de auditoría, proporcionando una base razonable para la determinación de las debilidades y fortalezas.

6.8.1 METODOLOGÍA

Una vez realizada la apertura de la auditoría, el Gerente (e) Seccional Magdalena, autoriza a los encargados de los procedimientos, atender la auditoría en las fechas previamente acordadas.

La auditoría fue desarrollada mediante la revisión sistemática de cada uno de los procedimientos, atendiendo a las etapas propias de auditoría, verificando el archivo de documentos dentro de la vigencia 2023,

Dentro de las técnicas de Auditoría que fueron empleadas para obtener evidencia suficiente sobre las cuales emitir observaciones, recomendaciones y conclusiones respecto al procedimiento auditado, se incluyen:

- Entrevistas con los encargados de: Procedimiento de ingresos GRFIN-GI-P-005 V.8, Procedimiento de Facturación y Recaudo GF-GI-P-008 V4, Procedimiento de Recaudo del SNRI GRFIN-SAF-P-013 V1
- Solicitud de información de cada uno de los procedimientos.
- Revisión base de datos con información.
- Observación y análisis de actividades y trámites dentro de los procedimientos.
- Revisión de documentos en cada uno de los procedimientos.

Adicionalmente se realizaron las siguientes actividades:

- Entrevistas con los funcionarios que operan cada uno de los procedimientos pertinentes para conocer la operación del proceso.
- Revisión documental relacionada con las diferentes etapas de los procedimientos que hacen parte de la cadena de valor de estos.
- Verificación de información en el sistema de información Diamante.
- Verificación Identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos de los procedimientos.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

Observación: Es el resultado de la comparación de la Condición (situación detectada o hechos identificados) con el Criterio que se refiere al deber ser (cumplimiento de normas, reglamentos, lineamientos o procedimientos). Las observaciones deben ser objeto de formulación de acciones tendientes a eliminar de fondo las causas que las originaron, las cuales harán parte del correspondiente plan de mejoramiento.

6.8.2 MUESTRA

Las validaciones para esta auditoria se adelantaron de manera selectiva a los recibos de los informes de recaudos diarios SIGMA-SNRI realizados durante el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023, los cuales corresponden a un universo de 189 folios con 460 recibos, de donde a través de una técnica de muestreo aleatorio simple, se extrajo una muestra de ciento sesenta y ocho recibos (168) que al interior cuenta con recibos de recaudos diarios, verificando el cumplimiento de los lineamientos dispuestos para tal fin.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	
AUDITORÍA: Gerencia Seccional Magdalena Oficina Santa Marta	
Muestreo Aleatorio Simple para estimar la proporción de una población	
Contraloría Delegada / Gerencia Departamental:	Instituto Colombiano Agropecuario - ICA
Sujeto ó Punto de Control:	Procedimiento de Ingresos
Cálculo de la muestra para:	Recibos Informes de
Período Terminado:	31 de diciembre de 2023
Preparado por:	Helmer Antonio Silva Ladino
Fecha:	21/05/2024
Revisado por:	Juan Fernando Palacio Ortiz
Fecha:	21/05/2024
Referencia de P/T	Papel de trabajo aplicativo muestreo

INGRESO DE PARAMETROS	
Tamaño de la Población (N)	460
Error Muestral (E)	4%
Proporción de Éxito (P)	10%
Nivel de Confianza	97%
Nivel de Confianza (Z) (1)	2,170

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Fórmula **265**

Muestra Óptima **168**

Formula para poblaciones infinitas

$$n = \frac{Z^2 * P * Q}{E^2}$$

Formula para poblaciones finitas

$$n = \frac{P * Q * Z^2 * N}{N * E^2 + Z^2 * P * Q}$$

Z= Valor de la distribución normal estándar de acuerdo al nivel de confianza
E= Error de muestreo (precisión)
N= Tamaño de la Población
P= Proporción estimada
Q= 1-P

6.8.3 FORTALEZAS

La Gerencia General ha fortalecido el proceso de Gestión de Recursos Financieros a nivel nacional para las unidades auditables: GRFIN-GI-P-005 V.8 Procedimiento de Ingresos, GF-GI-P-008 V4 Facturación y Recaudo, GRFIN-SAF-P-013 V1 Procedimiento de Recaudo del SNRI, al interior de la Seccional Magdalena Oficina Santa Marta, mediante:

- Disposición y receptividad para la auditoria, entrega de documentos y registros de las actividades realizadas por la unidad auditable.
- Oportunidad en la entrega de la información y disposición del personal auditado para el desarrollo de la auditoría.
- Equipo comprometido con su labor y que trabajan para el cumplimiento de sus objetivos.
- ERP-Aplicativo SNRI: Sistema Nacional de Recaudo del ICA para la expedición de facturación a partir de los ingresos que se perciben por concepto de los servicios tarifados de la Entidad.
- Se evidenció disposición en la aceptación de la Asesoría por parte del Auditor hacia los auditados para el avance del proceso con base en las oportunidades de mejora encontradas.
- Interés en la mejora continua del proceso, encabezado por el Gerente Seccional (e), Coordinador del Grupo de Gestión Financiera y Responsable del seguimiento y control de ingresos, Responsable del manejo de recaudo, Expedidor de GSMI en la oficina principal sede Santa Marta.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- La contratación de personal para el apoyo de la gestión de la unidad auditable.
- Organización del archivo de los informes de recaudos diarios para la vigencia 2023.
- Participación del Líder de la unidad auditada en el desarrollo de la Auditoría.
- Adecuada atención al cliente.
- Se cuenta con Paz y Salvo, certificación del control diario a los ingresos del año 2023 emitido desde el Grupo de Gestión Financiera.

6.8.4 RESULTADOS

Realizada la verificación de los criterios establecidos en el plan de auditoría y de acuerdo con el alcance y objetivos de esta auditoría, se relaciona el resultado obtenido, a continuación:

Observación 17: Fallas en la ejecución del procedimiento de ingresos “GRFIN-GI-P-005 V.8 - PROCEDIMIENTO DE INGRESOS, 2.2. Procedimiento de Ingresos en Seccionales y Oficinas Nacionales, 2.2.1. Asignación de responsable y Seguimiento.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena.

Condición:

Realizado el relevamiento de información y entrevista con el responsable del manejo del recaudo en la oficina principal sede Santa Marta, se evidenció que no se cuenta con soportes de los siguientes puntos de control:

- “Programa de Visitas”, descrito en la actividad número tres (3) del Procedimiento de Ingresos en Seccionales y Oficinas Nacionales, 2.2.1. Asignación de Responsable y Seguimiento.
- “Actas de Verificación”, descrito en la actividad número cuatro (4) del Procedimiento de Ingresos en Seccionales y Oficinas Nacionales, 2.2.1. Asignación de Responsable y Seguimiento.

Criterio:

- Procedimiento de Ingresos en Seccionales y Oficinas Nacionales, se evidenció que la Unidad en su ítem 2.2. Procedimiento de Ingresos en Seccionales y Oficinas Nacionales, 2.2.1. Asignación de Responsable y Seguimiento, actividad 3 “Programar la realización de los arqueos a cajas recaudadoras y comunicarla al Grupo de Gestión Financiera y dar cumplimiento a la realización de los arqueos”.
- RESOLUCIÓN ICA No. 00019623 del 28/12/2023, artículo Segundo “Aparte de las funciones inherentes a su cargo, el funcionario será el responsable del recaudo de los ingresos por concepto de los servicios que presta el instituto y los demás ingresos que se generen en la oficina de recaudo, ubicada en la sede principal de Santa Marta, de igual manera las siguientes funciones:”

Recomendaciones:

- Al interior de la Seccional Magdalena mediante documento escrito, realizar la programación de los arqueos a cajas recaudadoras comunicando de esta, al Grupo de Gestión Financiera.
- Al interior de la Seccional Magdalena una vez realizado los comités primarios (reuniones) mediante actas se deje por escrito los resultados de los arqueos a cajas recaudadoras.
- Dar cumplimiento al procedimiento de Ingresos en Seccionales y Oficinas Nacionales en lo que respecta a la Programación de visitas.
- Revisar y ajustar el procedimiento de Ingresos en Seccionales y Oficinas Nacionales conjuntamente entre Gestión de Recursos Financieros – Líder del proceso, quien implementa el Sistema de Gestión de Calidad - SGC, Gerente Seccional, y el Responsable del seguimiento y control de ingresos.

Observación 18: Debilidades en los Resultados del Plan de Mejoramiento.

Área Responsable: Gerencia Seccional Magdalena

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

Condición:

Realizado el relevamiento de la información del plan de mejoramiento correspondiente a la Gerencia Seccional Magdalena - Gestión de Recursos Financieros vigencias 2016, 2017, 2018, cuenta con cinco (5) observaciones vencidas desprendidas en quince (/15) acciones (año 2016 cuatro (4) acciones, año 2017 cinco (5) acciones, año 2018 seis (6) acciones) vencidas, se evidenció que no se ha dado cumplimiento a las fechas establecidas en las acciones de mejora del plan de mejoramiento correspondiente.

Criterio:

- Artículo 9 de la Ley 87 de 1993 establece que la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, es uno de los componentes del Sistema de Control Interno de nivel gerencial o directivo encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la revaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas, objetivos previstos, esto en concordancia con lo estipulado en la séptima dimensión del Manual Operativo del Sistema Integrado – MIPG.
- En el ámbito de la cuarta dimensión “Evaluación de Resultados” del Manual Operativo del Sistema Integrado – MIPG, establece, los planes de mejoramiento como medios para identificar y subsanar las posibles causas de las fallas, emitir recomendaciones y priorizar requerimientos para el mejoramiento continuo de la gestión institucional, cuarta dimensión que es transversal a la 7ma dimensión “Control Interno”.
- Concepto DAFP **56641** del 2016 “Aclaraciones acerca de los planes de mejoramiento individual”. Radicado No. 20169000074572 del 11 de marzo de 2016.
- Concepto DAFP **314001** del 2017 “Aclaraciones con respecto a la formulación de los planes de mejoramiento producto de las auditorías de los entes de control”. Radicado No. 20172060311482 del 05 de diciembre de 2017.
- Concepto DAFP **052441** del 2024 “Concepto planes de mejoramiento. Radicado No. 20242060077382 del 26 de enero de 2024”.
- Resolución 5580 de 2004 de la Contraloría General de la República “por la cual se reglamenta la metodología de los planes de mejoramiento y se modifica parcialmente la Resolución Orgánica 5544 de 2003”. Resolución 003 de 2005 de la Auditoría General de la República “por la cual se dictan normas sobre planes de mejoramiento de las contralorías”.

Recomendaciones:

1. Dar cumplimiento a las actividades programadas dentro de los plazos establecidos.
2. Interiorizar y aplicar el principio de mejora continua.
3. Presentar los avances de la ejecución del Plan de Mejoramiento.
4. Promover que las acciones se desarrollen en forma eficiente y en el tiempo estipulado.
5. Fijación de las fechas límites de implementación y cumplimiento de cada una de las acciones.
6. Promover el seguimiento a las mejoras, con lo cual se establecen las especificaciones de satisfacción y confiabilidad.

6.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

6.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL

El siguiente riesgo del Mapa de Riesgos Institucional, se encuentra asociado al procedimiento de ingresos GRFIN-GI-P-005 V.8, Procedimiento de Facturación y Recaudo GF-GI-P-008 V4, Procedimiento de Recaudo del SNRI GRFIN-SAF-P-013 V1.

Nombre del Riesgo	Objetivo Estratégico	Zona Inherente	Causa	Controles Existentes
SGC Posibilidad de afectación económica y reputacional por reconocimiento inoportuno de los ingresos	Optimizar los recursos administrativos y financieros	BAJA.	*Errores humanos en la verificación y registro. *Falta de personal. *Personal no idóneo.	1. El Grupo de Gestión Contable revisa los tipos y distribución de los movimientos de los extractos bancarios,

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

			*Entrega de información fuera de los plazos establecidos. *Entrega inoportuna de extractos bancarios. *Fallas tecnológicas en los aplicativos.	adicionalmente la verificación de los saldos iniciales y finales. 2. El Grupo de Gestión Financiera realiza identificación de los movimientos a través de los extractos bancarios.
--	--	--	---	--

Observaciones: COR = Corrupción; SGC = Estratégico

6.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO

No se evidencia materialización del riesgo asociado al procedimiento.

6.10. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

6.10.1 RECOMENDACIONES GENERALES

- Durante las sesiones de inducción y reinducción para funcionarios y contratistas, se debe familiarizar al nuevo trabajador con la entidad, sus compañeros de trabajo, su cultura, sus principales directivos y su historia. El propósito es que conozca las políticas, procedimientos, caracterización, formatos, flujogramas del proceso.
- En los ejercicios de inducción y reinducción, se debe socializar, comprender, entender y aplicar de manera correcta los procedimientos. Esto permitirá a todos los funcionarios y contratistas conocer las especificaciones, relaciones y ordenamientos de las tareas requeridas para cumplir con las actividades de un proceso, controlando las acciones que requiere la operación de la Entidad.
- Asegurarse de que las actividades descritas en los procedimientos correspondan a las que se realizan, ejecutan para el cumplimiento de dichos procedimientos.
- Contar con indicadores que permiten evaluar los resultados de la gestión frente a sus objetivos, metas y responsabilidades.
- Continuar con las buenas prácticas de realizar actas de Comité Primario (actas de verificación), logrando así sinergia con los objetivos trazados por la Gerencia en beneficio de la unidad auditable. Esto se alinea al proceso, promoviendo el autocontrol, la autoevaluación y la mejora continua mediante el seguimiento a las tareas designadas

6.10.2 CONCLUSIÓN

Se cumplió con el objetivo de revisar la información de los procedimientos GF-GI-P-008 V4 Facturación y Recaudo y GRFIN-SAF-P-013 V1 Procedimiento de Recaudo del SNRI GRFIN-GI-P-005 V.8 Procedimiento de Ingresos, verificando la existencia y efectividad de los controles, así como el cumplimiento de la normatividad vigente en cada uno de ellos. Esto contribuye al cumplimiento de los objetivos de la Seccional. Sin embargo, se detectaron debilidades que serán subsanadas en un plan de mejoramiento.

7. ATENCIÓN AL CIUDADANO

7.1. APOYO

7.2. SUBPROCESO N/A

7.3. UNIDAD AUDITABLE

ACIU-PQR-P-002 PROCEDIMIENTO REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD.

ACIU-PQR-G-001 GUIA PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA FORMA 4-019 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD.

7.4. OBJETIVO

Verificar la ejecución y el cumplimiento del procedimiento “Registro, seguimiento y control de PQRSD (ACIU-PQR-P-002) y la guía para el diligenciamiento de la forma 4-019 registro, seguimiento y control de PQRSD (ACIU-PQR-G-001, los cuales se encuentran formalizados en el sistema de información Diamante del Instituto, de dicho procedimiento y guía se verificarán la normatividad aplicable, gestión oportuna, tiempos establecidos, la implementación de controles y la gestión del riesgo.

7.5. ALCANCE

Verificación del procedimiento “Registro, seguimiento y control de PQRSD (ACIU-PQR-P-002), al igual que la guía para el diligenciamiento de la forma 4-019 registro, seguimiento y control de PQRSD (ACIU-PQR-G-001), gestionado por la Gerencia Seccional Magdalena, durante la vigencia 2023.

De otra parte, se realizará seguimiento a los planes de mejoramiento vigentes de la seccional.

Igualmente, este alcance puede ser extendido a otras vigencias o procedimientos, cuando la Oficina de Control Interno lo considere necesario y podrá verse limitado cuando no se suministre la información solicitada, o se haga de manera parcial.

7.6. LIMITACIONES AL ALCANCE

Durante el desarrollo de la auditoría no se presentó limitación alguna que no permitiera lograr el alcance establecido en la planeación de la auditoría.

7.7. CRITERIOS

Para la revisión de la ejecución del procedimiento, se tuvo en cuenta la normatividad aplicable, la cual se relaciona a continuación:

Normatividad externa:

Constitución Política de Colombia de 1991. “En sus artículos 20, 23, 74 y 209, dispone los parámetros constitucionales del derecho de petición, el derecho a la información, el derecho a acceder a los documentos públicos y los principios de la función administrativa”.

Ley 1474 de 2011. “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.”

Ley 1712 de 2014. “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.”

Ley 1755 de 2015. “Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”.

Ley 1952 de 2019. “Por medio de la cual se expide el código general disciplinario se derogan la ley 734 de 2002 y algunas disposiciones de la ley 1474 de 2011, relacionadas con el derecho disciplinario.”

Ley 2094 de 2021. “Por medio de la cual se reforma la ley 1952 de 2019 y se dictan otras disposiciones.”

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Decreto 1166 de 2016. "Por el cual se adiciona el capítulo 12 al Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, relacionado con la presentación, tratamiento y radicación de las peticiones presentadas verbalmente".

Normatividad interna:

Resolución No. 0008628 del 19 de mayo de 2022. "Por la cual se reglamenta el trámite interno de Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes de Información, Denuncias y Felicitaciones PQRSD que se formulen ante el Instituto Colombiano Agropecuario ICA".

ACIU-PQR-P-002 Procedimiento registro, seguimiento y control de PQRSD.

ACIU-PQR-G-001 Guía para el diligenciamiento de la forma 4-019 registro, seguimiento y control de PQRSD.

7.8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

En la ejecución de la auditoría interna, se tuvieron en cuenta diferentes técnicas, con el fin de obtener evidencias suficientes, tales como: comparación, indagación, comprobación y verificación, que permitieron obtener y evaluar la evidencia de auditoría, proporcionando una base razonable para la determinación de las debilidades encontradas.

7.8.1 METODOLOGÍA

La auditoría fue desarrollada mediante la aplicación sistemática de procedimientos, atendiendo a las etapas propias de auditoría.

Dentro de las técnicas de Auditoría que fueron empleadas para obtener evidencia suficiente sobre las cuales emitir observaciones, recomendaciones y conclusiones respecto al procedimiento y la guía auditada, se incluyen:

- Realizar el recorrido de las actividades del "Procedimiento registro, seguimiento y control de PQRSD - **ACIU-PQR-P-002**" y de la "Guía para el diligenciamiento de la forma 4-019 registro, seguimiento y control de PQRSD - **ACIU-PQR-G-001**", para posterior elaboración de lista de chequeo.
- Decisión de revisar las PQRSD de la seccional que se encontraban en estado "Fuera de término", "Pendiente de respuesta" y "No atendida", según el listado aportado por el Grupo de Atención al Ciudadano.
- Entrevista para la revisión y análisis del procedimiento y la guía, con el fin de identificar las debilidades en la ejecución de estos.
- Solicitud de información.
- Revisión base de datos con información.
- Revisión de documentos aportados por la seccional.
- Adicionalmente, se realizaron las siguientes actividades:
- Verificación de información en el sistema de información Diamante.
- Verificación identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos del procedimiento.
- Elaboración de los papeles de trabajo correspondientes a las falencias halladas.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

Es así como la anterior metodología permitió desarrollar la presente auditoría de gestión basada en riesgos.

7.8.2 MUESTRA

Durante la vigencia 2023, la Seccional Magdalena recibió 72 PQRSD.

Las validaciones para esta auditoria se adelantaron a las peticiones que se encontraban “Fuera de término”, “Pendiente de respuesta” y “No atendida” durante 01 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023, los cuales corresponden a un universo de 26 PQRSD, sin embargo, dentro de éstas se encuentra una petición dos veces con el mismo número teniendo en cuenta que fue recibida por medio de recepción diferente.

En la siguiente tabla se listan los PQRSD revisadas:

Número de la Petición	Estado de la Respuesta 2023
20231121242	Pendiente de Respuesta
ICA20231001916	Fuera de Término
ICA20231008870	Fuera de Término
ICA20231013273	Fuera de Término
20231122721	Pendiente de Respuesta
ICA20231003596	Fuera de Término
ICA20231014414	Fuera de Término
20231118134	Fuera de Término
ICA20231006232	Fuera de Término
20231130257	No Atendida
20231133553	Fuera de Término
20231140127	Fuera de Término
30231100219	Pendiente de Respuesta
30231100211	Fuera de Término
30231100220	Pendiente de Respuesta
20231139313	No Atendida
30231100227	No Atendida
20231136330	Fuera de Término
20231136330	Fuera de Término
20231135571	No Atendida
30231100176	Fuera de Término
20231127612	Fuera de Término
30231100273	No Atendida
30231100249	Fuera de Término
30231100228	Fuera de Término
20231131585	No Atendida

7.8.3 FORTALEZAS

- 1. La disposición por parte de la persona delegada por la Seccional Magdalena para atender el ejercicio de auditoria programado por la Oficina de Control Interno.
- 2. El profesional, con que cuenta actualmente el procedimiento para su operación y desarrollo, se encuentra informado sobre el mismo y dispuesto a seguir aprendiendo sobre los requerimiento y normatividad necesaria.

7.8.4 RESULTADOS

Observación 19: Se evidencia desactualización del procedimiento “ACIU-PQR-P-002 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD”, toda vez que se encontró que la Ley

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

734 de 2002 y la Resolución No. 091279 de 2021 se encuentran derogadas. De igual forma, se encuentra que el nombre del Grupo de Instrucción Disciplinaria está desactualizado.

Área responsable: Grupo de Atención al Ciudadano.

Recomendación:

1. Revisión constante y a fondo del procedimiento con el fin de mantenerse actualizado integralmente, teniendo en cuenta que es un documento oficial y de obligatorio cumplimiento.

Observación 20: Incumplimiento del procedimiento: “ACIU-PQR-P-002 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD” tarea 1 y 2, teniendo en cuenta que no se está enviando copia de la radicación de las peticiones al Grupo de Atención al Ciudadano y en relación con la apertura del buzón, en el soporte presentado no se observó la apertura de este en el mes de septiembre y para los meses de octubre y diciembre se registró una sola vez la apertura.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena

Recomendación:

1. Realizar seguimiento constante por parte de la persona encargada del proceso, de las tareas descritas en el procedimiento con el fin de cumplir a cabalidad y eficazmente con las mismas.

Observación 21: Incumplimiento de la “GUIA PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA FORMA 4-019 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD - ACIU-PQR-G-001” al presentarse debilidades en la aplicación de dicha forma, por cuanto se evidenció la alteración de la presentación de esta por parte de la seccional cuando se envía al Grupo de Atención al Ciudadano, en especial en las columnas que se encuentran formuladas, lo que puede ocasionar variaciones en los datos. De igual forma se presenta incumplimiento del procedimiento “ACIU-PQR-P-002 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD” tarea 9, ya que no se lleva archivo físico de esta forma, de acuerdo con lo dispuesto en el procedimiento.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena

Recomendaciones:

1. Hacer uso del instructivo de consulta para el diligenciamiento de la forma 4-019 que se encuentra en el sistema de información Diamante.
2. Realizar, por parte de la persona encargada del proceso, revisión constante de la correcta aplicación de la forma, estableciendo puntos de control en desarrollo de esta revisión.
3. Creación del archivo físico o la revisión de las normas relacionadas con “cero papel” con el fin de realizar una propuesta al Grupo de Atención al Ciudadano respecto al tema.

Observación 22: Incumplimiento a la “Ley 1755 de 2015” por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo, art. 14 – Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones, así como el procedimiento “ACIU-PQR-P-002 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD” tarea 5, en razón a que en la muestra seleccionada se presentan solicitudes que no están cumpliendo con los términos establecidos por la Ley o que no se les dio respuesta.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena.

Esta debilidad se evidenció, en los siguientes registros de la muestra:

Número de la Petición	Estado
ICA 20231001916	Fuera de término

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

Número de la Petición	Estado
ICA 20231008870	Fuera de término
ICA 20231003273	Fuera de término
ICA 20231003596	Fuera de término
ICA 20231014414	Fuera de término
ICA 20231006232	Fuera de término
20231136330	Fuera de término
30231100228	Fuera de término
30231100219	Fuera de término
30231100211	Fuera de término
30231100176	Fuera de término
20231118134	Fuera de término
20231121242	Fuera de término
20231127612	Fuera de término
20231133553	Fuera de término
20231140127	Fuera de término
30231100249	Fuera de término

Los siguientes registros, aunque la Seccional indica que se dio respuesta, al no tener el soporte de estas, se siguen tomando como no atendidas.

Número de la Petición	Estado
30231100227	No atendida
30231100273	No atendida
20231135571	No atendida
20231139313	No atendida

Recomendaciones:

1. Implementar acciones que permitan realizar un seguimiento estricto sobre la atención oportuna de PQRSD, que implique un análisis riguroso de la naturaleza de la petición y su oportunidad, al igual que la creación de un método para llevar el control de las evidencias.
2. A través de ejercicios de socialización y capacitación, afianzar el compromiso de los servidores, con el fin de dar respuesta oportuna a los requerimientos de los ciudadanos.

Observación 23: Incumplimiento del Procedimiento “ACIU-PQR-P-002 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD” tarea 7, en razón a que no se pudo evidenciar el cumplimiento de ésta, ya que la seccional no presentó soportes que demostraran la remisión de los mensajes de alerta que se debe enviar al funcionario competente para dar la respuesta a la solicitud, lo que pudo ayudar a generar el incumplimiento de los términos de Ley.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena

Recomendaciones:

1. Implementar mecanismos de seguimiento dentro de la seccional que permitan generar alertas en relación con la presentación oportuna de las PQRSD, con el fin de prevenir el incumplimiento de los términos de Ley.
2. Crear herramientas que permitan la operación y comunicación permanente entre las diferentes áreas que hacen parte de la Seccional.

Observación 24: Incumplimiento del Procedimiento “ACIU-PQR-P-002 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD” tarea 8, ya que no se evidencia que la Seccional pusiera en conocimiento de la Subgerencia Administrativa y Financiera, los casos concretos de la falta de atención a alguna petición o al incumplimiento de los términos de respuesta, por parte de algún servidor público, para que esta a su vez lo remita al Grupo de Instrucción Disciplinaria.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena

Recomendación:

- 1. Teniendo en cuenta que la falta de atención oportuna a las PQRSD, constituyen un incumplimiento normativo, que puede ocasionar sanciones disciplinarias, tanto para el servidor público como para la entidad, se exhorta a la seccional a tomar las medidas necesarias que propendan por el cumplimiento de las normas que regulan la materia con el fin de la mejora continua del proceso.

Observación 25: Incumplimiento del Procedimiento “ACIU-PQR-P-002 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD” tarea 10, teniendo en cuenta que, de acuerdo con los tres informes solicitados como muestra, la seccional solo relacionó dos e indicó que el informe correspondiente al último trimestre de 2023 que se debía presentar en el mes de enero de 2024 no se realizó.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena

Recomendación:

- 1. Elaborar y entregar oportunamente los informes requeridos en el procedimiento, ya que la gestión correcta y oportuna de ellos, conllevan al seguimiento y control por parte del líder del proceso lo que contribuye al mejoramiento continuo.

7.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

7.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

Los siguientes riesgos, se encuentran asociados a la unidad auditable:

Nombre del Riesgo	Objetivo Estratégico	Zona Inherente	Causa	Controles Existentes
SGC Posibilidad de afectación reputacional por respuesta inoportuna y/o sin atender de PQRSD por parte de las dependencias competentes de emitir el pronunciamiento.	Optimizar los recursos administrativos y financieros.	Zona Riesgo Extrema	* Ausencia de una plataforma tecnológica que permita el seguimiento automático de la repuesta a las PQRSD que llegan a la entidad * Fallas de conectividad en las líneas de atención * Deficiencia en el suministro de insumos * Falta de compromiso de las dependencias competentes y desconocimiento de la normatividad * Falta de personal idóneo y alta rotación	1. El Grupo de Atención al Ciudadano y los enlaces en las dependencias realizan el seguimiento y control al cumplimiento de los términos establecidos para la atención de las PQRSD a través de la forma 4-019 y los correos electrónicos de seguimiento. 2. La Coordinación del Grupo de Atención al Ciudadano emite y comunica un informe sobre el incumplimiento en la respuesta de las PQRSD a la Subgerencia Administrativa y Financiera para el inicio del proceso correspondiente.
COR Posibilidad de afectación reputacional por dilación y/o demoras injustificadas en la atención de PQRSD para favorecimiento propio o de un tercero	Optimizar los recursos administrativos y financieros.	Zona Riesgo Extrema	* Presiones indebidas por parte de terceros * Falta de seguimiento por parte de los líderes de los procesos en la entidad. * Falta de ética profesional	1. El Grupo de Atención al Ciudadano realiza la actualización de las respuestas "tipo" de acuerdo a las necesidades identificadas con las áreas, estableciendo dichas respuestas en el modelo de publicación en la sede electrónica de la entidad.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Nombre del Riesgo	Objetivo Estratégico	Zona Inherente	Causa	Controles Existentes
				2. El Grupo de Atención al Ciudadano y los enlaces en las dependencias realizan el seguimiento y control al cumplimiento de los términos establecidos para la atención de las PQRSD a través de la forma 4-019 y los correos electrónicos de seguimiento. 3. La Coordinación del Grupo de Atención al Ciudadano emite y comunica un informe sobre el incumplimiento en la respuesta de las PQRSD a la Subgerencia Administrativa y Financiera para el inicio del proceso correspondiente.

Observaciones: COR = Corrupción; SGC = Estratégico.

7.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO No.1 del MAPA INSTITUCIONAL

Riesgo 1: “SGC Posibilidad de afectación reputacional por respuesta inoportuna y/o sin atender de PQRSD por parte de las dependencias competentes de emitir el pronunciamiento”, se evidencia que se materializó, al estar la seccional presentando PQRSD fuera de término o sin atender, como se puede evidenciar en los listados del numeral 1.8.2 muestra y en la observación N°4.

7.9.3 RIESGO ADICIONAL ASOCIADO IDENTIFICADO POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO QUE NO ESTÁN EN EL MAPA INSTITUCIONAL

Este riesgo identificado, pueden ser evaluado por el Grupo de Atención al Ciudadano, para ser incluido como riesgos de gestión.

RIESGO ADICIONAL NO IDENTIFICADO	CAUSAS
1. “Posibilidad de incurrir en una falta disciplinaria por no cumplimiento de los tiempos establecidos en la Ley, por parte de los funcionarios responsables del manejo de las PQRS en cada dependencia de la Institución, por no dar respuesta oportuna a las solicitudes que se reciben.	2. Desconocimiento de la normatividad interna y externa. 3. Falta de compromiso de los funcionarios responsables del manejo de PQRSD. 4. Falta de personal idóneo y alta rotación

7.10. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

- Se recomienda implementar acciones inmediatas en el seguimiento efectivo a la atención de PQRSD, con el fin de lograr impactar de manera positiva en este proceso.
- Se debe fortalecer la labor de control que ejerce la seccional sobre la respuesta oportuna de las PQRSD, para asegurar el cumplimiento de los tiempos de respuesta establecidos por la normatividad vigente para evitar vencimiento de términos e incurrir en posibles faltas disciplinarias y/o sanciones legales.
- Evaluar los motivos de los incumplimientos a las peticiones y realizar las gestiones necesarias para informar a la Subgerencia Administrativa y Financiera, con el fin que ésta lo presente al Grupo de Instrucción Disciplinaria con el fin de que se determine si se incurrió en alguna falta disciplinaria, así como las responsabilidades a que haya lugar.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Se sugiere realizar actividades constantes de socialización y capacitación del procedimiento “ACIU-PQR-P-002 Registro, seguimiento y control de PQRSD”, de la Guía para el diligenciamiento de la Forma 4-019 Registro, seguimiento y control de PQRSD - ACIU-PQR-G-001” y de la normatividad que se encuentre vigente, a los funcionarios que cumplen las labores de manejo de PQRSD, con el fin de mantenerse actualizados.
- Establecer un plan de mejoramiento para subsanar las observaciones encontradas en la auditoría, incluyendo en éste, acciones de mejora efectivas, que logren subsanar las debilidades que hacen parte integral del presente informe y realizar seguimiento periódico al cumplimiento de lo establecido.

8. GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

8.1. APOYO

8.2. SUBPROCESO SERVICIOS GENERALES

8.3. UNIDAD AUDITABLE

GRFIS-SER-P-001 PROCEDIMIENTO SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR,
ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO

8.4 OBJETIVO

Verificar la ejecución y el cumplimiento del procedimiento “Servicio parque automotor, administración, uso y cuidado (GRFIS-SER-P-001)”, el cual se encuentra formalizado en el sistema de información Diamante del Instituto, de dicho procedimiento se verificará la normatividad aplicable, gestión oportuna, tiempos establecidos, la implementación de controles y la gestión del riesgo.

8.5. ALCANCE

Verificación del procedimiento “Servicio parque automotor, administración, uso y cuidado (GRFIS-SER-P-001), gestionado por la Gerencia Seccional Magdalena, durante la vigencia 2023.

De otra parte, se realizará seguimiento a los planes de mejoramiento vigentes de la seccional.

Igualmente, este alcance puede ser extendido a otras vigencias o procedimientos, cuando la Oficina de Control Interno lo considere necesario y podrá verse limitado cuando no se suministre la información solicitada, o se haga de manera parcial.

8.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

Durante el desarrollo de la auditoría no se presentó limitación alguna que no permitiera lograr el alcance establecido en la planeación de la auditoría.

8.7. CRITERIOS

Para la revisión de la ejecución del procedimiento, se tuvo en cuenta la normatividad aplicable, la cual se relaciona a continuación:

Normatividad externa:

Ley 769 del 6 de agosto de 2002 del Gobierno Nacional - Código Nacional de Tránsito Terrestre, junto con aquellas que la modifiquen, deroguen o complementen.

Ley 2050 de 2020 “Por medio de la cual se modifica y adiciona la ley 1503 de 2011 y se dictan otras disposiciones en seguridad vial y tránsito”

Normatividad interna:

GRFIS-SER-P-001 Procedimiento servicio parque automotor, administración, uso y cuidado.

8.8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

En la ejecución de la auditoría interna, se tuvieron en cuenta diferentes técnicas, con el fin de obtener evidencias suficientes, tales como: comparación, indagación, comprobación y verificación, que permitieron obtener y evaluar la evidencia de auditoría, proporcionando una base razonable para la determinación de las debilidades encontradas.

8.8.1 METODOLOGÍA

La auditoría fue desarrollada mediante la aplicación sistemática de procedimientos, atendiendo a las etapas propias de auditoría.

Dentro de las técnicas de Auditoría que fueron empleadas para obtener evidencia suficiente sobre las cuales emitir observaciones, recomendaciones y conclusiones respecto al procedimiento y la guía auditada, se incluyen:

- Realizar el recorrido de las actividades del “Procedimiento servicio parque automotor, administración, uso y cuidado. **GRFIS-SER-P-001**, para posterior elaboración de lista de chequeo.
- Decisión de revisar el parque automotor que se encontraba ubicado físicamente en la ciudad de Santa Marta, según el listado aportado por el Grupo de Servicios Generales.
- Revisión y análisis de los expedientes físicos, completando las listas de chequeo, adicionalmente se elaboran los papeles de trabajo correspondientes a las falencias halladas.
- Entrevista para la revisión y análisis del procedimiento, con el fin de identificar las debilidades en la ejecución de éste.
- Solicitud de información.
- Verificación física de los vehículos que se encuentran en la oficina de Santa Marta como aquellos que se encuentran en un parqueadero diferente a las instalaciones de la seccional.
- Evidencia fotográfica de los diferentes vehículos con los que cuenta la oficina de Santa Marta.
- Revisión base de datos con información.
- Revisión de documentos aportados por la seccional.

Adicionalmente, se realizaron las siguientes actividades:

- Verificación de información de los diferentes procedimientos y formas, en el sistema de información Diamante.
- Verificación identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos del procedimiento.
- Elaboración de los papeles de trabajo correspondientes a las falencias halladas.

Es así como la anterior metodología permitió desarrollar la presente auditoría de gestión basada en riesgos.

8.8.2 MUESTRA

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

Las validaciones para esta auditoria se adelantaron al parque automotor con los que contaba la oficina de Santa Marta para la vigencia 2023, los cuales corresponden a un universo de seis (6) carros y dos (2) motocicletas, verificando la administración, uso y estado de estos.

En la siguiente tabla se listan los vehículo y motocicletas revisados:

Placa del Vehículo	Clase de Vehículo	Estado
ODS871	Campero	No se encuentra en uso por falta de mantenimiento
ODS872	Camioneta	En uso
NOR875	Camioneta	En uso
OCK131	Campero	En uso
OCK136	Campero	No se encuentra en uso por falta de mantenimiento
AWL279	Campero	No se encuentra en uso por falta de mantenimiento
UDJ24G	Motocicleta	En uso
OLQ12B	Motocicleta	No se encuentra en uso por falta de mantenimiento

8.8.3 FORTALEZAS

La disposición por parte de la gerencia seccional de realizar cambios en beneficio de mejorar el proceso.

8.8.4 RESULTADOS

Observación 26: Se evidencia desactualización del procedimiento “GRFIS-SER-P-001 SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO”, toda vez que se encontró que la Resolución 1565 de 2014 se encuentran derogada. De igual forma, se encuentra la exigencia que el casco de seguridad de las motocicletas “deberá tener los caracteres de la placa del automotor en que se transite” sin embargo esta exigencia fue eliminada por la Ley 2251 DE 2022. Por otra parte, se evidenció la utilización algunas veces, de la forma 4-1317 “Pre-operacional diaria carros” la cual no se encuentra relacionada en el procedimiento.

Área responsable: Grupo de Servicios Generales.

Recomendación:

1. Revisión constante y a fondo del procedimiento con el fin de mantenerse actualizado integralmente, teniendo en cuenta que es un documento oficial y de obligatorio cumplimiento.

Observación 27: Incumplimiento del procedimiento: “GRFIS-SER-P-001 SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO”, del aparte DOTACIÓN MÍNIMA DE EQUIPOS DE PREVENCIÓN Y SEGURIDAD, en razón a que, se comprobó físicamente que ninguno de los vehículos cuenta con la totalidad de los equipos de prevención y seguridad.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena.

Esta observación se sustenta a partir de las siguientes situaciones:

- Vehículo ODS872: No cuenta con caja de herramientas, gato ni extintor. El botiquín de primeros auxilios no tenía antiséptico, esparadrapo, analgésico, jabón, inmovilizador de cuello, curas, los demás elementos se encontraban vencidos o abiertos.
- Vehículo NOR875: El botiquín de primeros auxilios no tenía venda elástica, analgésico, inmovilizador de cuello, curas, baja lenguas.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS – GERENCIA SECCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Vehículo OCK131: No cuenta con caja de herramientas. Contaba con linterna pero sin baterías. El botiquín de primeros auxilios no tenía esparadrapo, venda elástica, analgésico, jabón, inmovilizador de cuello, baja lenguas, el algodón se encontró vencido.
- Vehículo ODS871; OCK136; AWL279: No contaba con la dotación mínima de prevención y seguridad.
- Motocicleta UDJ24G: No cuenta con chaleco reflectivo
- Motocicleta OLQ12B: No cuenta con chaleco reflectivo ni herramientas.

Recomendación:

1. En virtud de lo anterior, se recomienda a la persona encargada de este proceso, para que en lo sucesivo se realicen inspecciones constantes a todos los vehículos, con el propósito de verificar y asegurar que todos los vehículos cuenten con la dotación y equipos mínimos de prevención y seguridad, que se encuentra establecido en el procedimiento y la normatividad vigente.

Observación 28: Incumplimiento del procedimiento: “GRFIS-SER-P-001 SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO”, del aparte SEGUIMIENTO AL USO Y CUIDADO DEL PARQUE AUTOMOTOR, toda vez que, no se evidenció, vía correo electrónico, la solicitud del servicio por parte de los servidores del Instituto ni la respuesta con la programación o negación del servicio. De igual manera las formas 4-660 y 4-661 se encontraron incompletas, mal diligenciadas y desactualizadas.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena.

Recomendaciones:

1. Realizar seguimiento constante por parte de la persona encargada del proceso, de las tareas descritas en el procedimiento con el fin de cumplir a cabalidad y eficazmente con las mismas.
2. Aplicar puntos de control, que aseguren que se cuente con el diligenciamiento completo y correcto de todos los documentos exigidos por el procedimiento, para la correcta utilización de los vehículos de la seccional.

Observación 29: Incumplimiento del procedimiento: “GRFIS-SER-P-001 SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO”, del aparte MANTENIMIENTO DE LOS AUTOMOTORES, ya que se evidenció que el servicio de mantenimiento preventivo y correctivo para el parque automotor de la seccional, que tiene como fin asegurar el buen funcionamiento y estado de estos, no se realizó para todos los vehículos, ni se efectuó de forma oportuna; esto en razón al poco presupuesto asignado y al cambio de la modalidad de contratación definido por la Subgerencia Administrativa y Financiera-Grupo de Servicios Generales; esta falta de mantenimiento se evidencia con los vehículos que se encuentran sin uso deteriorándose en un parqueadero, lo que puede generar un detrimento patrimonial a la entidad.

De igual forma se presenta incumplimiento del procedimiento en el “Flujo 2-Solicitud Servicio de Mantenimiento” ya que, la seccional no presentó evidencia de la tarea 1 y 2 y la forma 4-665, referente al vehículo OCK131, se encontró incompleta y sin firma del solicitante, ni de quien autoriza. De otra parte, tampoco se lleva un cuadro de control de mantenimientos.

Área responsable: Subgerencia Administrativa y Financiera – Grupo de Servicios Generales; Seccional Magdalena

Recomendaciones:

1. Es necesario que la Subgerencia Administrativa y Financiera, estudie y otorgue el presupuesto necesario y oportuno para el mantenimiento del parque automotor de la seccional, esto con el fin de evitar futuras sanciones administrativas a la entidad.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

- 2. Se debe generar un plan de mantenimiento que identifique claramente las fallas de los vehículos de la seccional y que se adapte al uso al que están expuestos, con el fin de asegurar el buen funcionamiento y estado de estos.
- 3. Aplicar puntos de control, que aseguren que se cuente con el diligenciamiento completo y correcto de todos los documentos exigidos por el procedimiento, para el correcto uso de los vehículos de la seccional.

Observación 30: Incumplimiento del procedimiento: “GRFIS-SER-P-001 SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO”, del aparte RESPONSABILIDAD DE LOS CONDUCTORES DE LOS AUTOMOTORES, toda vez que, en la seccional no se tiene definido conductores, razón por la cual algunas funciones que deben ser ejercidas por este no se realizan, entre estas se encuentran: la tarea 2, 12, 17 y 18. De otra parte, también se evidencia que en el aparte RESPONSABILIDAD COMPARENDOS, no se está dando cumplimiento por parte de la gerencia seccional de la consulta, al inicio de cada semana, de la revisión de comparendos en la página SIMIT o página que corresponda según la región, dejando constancia con captura de pantalla de dicha consulta.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena

Recomendación:

- 1. De no ser posible definir conductores, es necesario garantizar que un funcionario se responsabilice de las tareas propias de esta función, determinadas en el procedimiento, con el fin de darle cumplimiento y contribuir al mejoramiento continuo de la seccional.

Observación 31: Incumplimiento de la Política de Gestión Documental (ICA) – GD-SAF-POL-001, y el Reglamento de Gestión Documental GD-SAF-G-006, por cuanto se evidenció que el archivo de gestión del procedimiento, objeto de la auditoría, se encuentra incompleto y no está organizado de conformidad con las normas establecidas.

Área responsable: Gerencia Seccional Magdalena

Recomendación:

- 1. Establecer un plan de choque para mantener una adecuada organización del archivo relacionado al procedimiento auditado.

8.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

8.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

Los siguientes riesgos, se encuentran asociados a la unidad auditable:

Nombre del Riesgo	Objetivo Estratégico	Zona Inherente	Causa	Controles Existentes
COR Posibilidad de afectación económica debido al hurto de bienes de la entidad asegurados, por personas ajenas a la organización.	Optimizar los recursos administrativos y financieros.	Zona Riesgo Alta	*Delincuencia externa a la entidad *Inventarios desactualizados *Demoras en el proceso contractual *Falta de seguimiento al vencimiento de pólizas.	1. El Grupo de Gestión de Servicios Generales realiza el seguimiento a las fechas de vencimiento de las pólizas, asegurando que los bienes se encuentren amparados. 2. El Grupo de Gestión de Servicios Generales realiza las respectivas solicitudes a las áreas que intervengan y reúne la documentación necesaria para enviar la solicitud de

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Nombre del Riesgo	Objetivo Estratégico	Zona Inherente	Causa	Controles Existentes
				contratación referente a las diferentes pólizas a contratar que requiere el Instituto.
SGC Posibilidad de afectación por la prestación inadecuada de los servicios generales, que impactan las condiciones de trabajo de los colaboradores.	Optimizar los recursos administrativos y financieros.	Zona Riesgo Alta	*Asignación y apropiación presupuestal inadecuada *Retrasos en el suministro de la información por parte de las seccionales *Demoras en el proceso contractual *Falta de seguimiento a la prestación de los servicios generales contratados.	1. Las Gerencias Seccionales y el Grupo de Gestión de Servicios Generales realiza seguimiento a los servicios generales contratados, verificando los bienes recibidos y los servicios prestados por el proveedor frente a los contratado, mediante certificados de cumplimiento de servicio.
SGC Posibilidad de afectación reputacional y económica por inventarios físicos de bienes en servicio que no corresponden a lo registrado en la base de datos de bienes de la entidad.	Optimizar los recursos administrativos y financieros.	Zona Riesgo Moderada	*Desconocimiento del procedimiento para el manejo y control de los bienes * Falta de oportunidad para el registro de novedades de inventario * Inventario de bienes en servicio desactualizados	1. Los responsables de control de activos realizan los levantamientos físicos de inventarios de bienes en servicio a los funcionarios del Instituto de conformidad el procedimiento, los cuales deben coincidir con lo reportado en el aplicativo SCIAF
COR Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por hurto o pérdida de bienes al interior de los almacenes del ICA, por parte de funcionario encargado de control de activos de la seccional.	Optimizar los recursos administrativos y financieros.	Zona Riesgo Extrema	*Fallas en la seguridad y vigilancia *Falta de sentido de pertenencia *Inventarios desactualizados *Desconocimiento de los lineamientos para el ingreso y salida de bienes *Interés particular en el bien	1. El almacenista recibe los bienes con base en la documentación soporte; si no se presenta novedad, procede a realizar el registro de los bienes recibidos y generar el Comprobante de Movimiento de Inventario (CMI), dando custodia a estos. 2. El almacenista realiza los levantamientos físicos de inventarios de bienes en bodega conforme al procedimiento y la respectiva confrontación frente a la base de datos de bienes del ICA.

Observaciones: COR = Corrupción; SGC = Estratégico.

8.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO No.1 del MAPA INSTITUCIONAL

Riesgo 2: “SGC Posibilidad de afectación por la prestación inadecuada de los servicios generales, que impactan las condiciones de trabajo de los colaboradores.”, se evidencia que se materializó, ya que se encontró una asignación presupuestal inadecuada e inoportuna, para el servicio de mantenimiento de los vehículos, como se puede evidenciar en las órdenes de compra N° 119002 y N° 119003 que fueron entregadas por la seccional.

8.9.3 RIESGO ADICIONAL ASOCIADO IDENTIFICADO POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO QUE NO ESTÁN EN EL MAPA INSTITUCIONAL

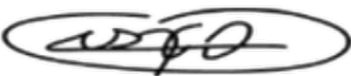
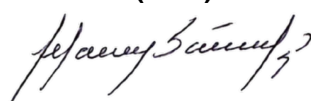
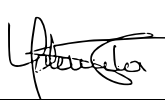
Este riesgo identificado, pueden ser evaluado por el Grupo de Gestión de Servicios Generales, para ser incluido como riesgos de gestión.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
– GERENCIA SECCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO

RIESGO ADICIONAL NO IDENTIFICADO	CAUSAS
5. “No cumplir con los tiempos de oportunidad en la atención de los vehículos para los diferentes tipos de mantenimiento”	1. Falta de gestión en la consecución de presupuesto. 2. No determinar de forma correcta la modalidad de contratación para el servicio de mantenimiento del parque automotor

8.10. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

1. Se identificaron fallas en la ejecución de varias tareas y/o actividades del procedimiento, lo que afecta el buen desempeño de la seccional Magdalena. Por lo cual se recomienda implementar acciones inmediatas en la realización y seguimiento de estas, con el fin de mejorar el proceso.
2. Se debe fortalecer la labor de control que ejerce la seccional sobre el manejo y uso adecuado del parque automotor de la seccional.
3. Se identifica la falta de un plan de mantenimiento efectivo y oportuno, lo que puede generar posibles faltas disciplinarias y/o sanciones legales.
4. Se sugiere realizar actividades constantes de socialización y capacitación del procedimiento “GRFIS-SER-P-001 SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO” y de la normatividad que se encuentre vigente, a los funcionarios que cumplen las labores propias del proceso, con el fin de mantenerse actualizados.
5. Establecer un plan de mejoramiento para subsanar las observaciones encontradas en la auditoría, incluyendo en éste, acciones de mejora efectivas, que logren subsanar las debilidades que hacen parte integral del presente informe y realizar seguimiento periódico al cumplimiento de lo establecido.

FIRMA DE APROBACIÓN  Jefe Oficina Control Interno	NOMBRE Y FIRMA DEL(LOS) AUDITOR(ES)  Luz Nancy Sánchez Patiño	FECHA DE APROBACIÓN 05/08//2024.
	 Yolanda Arciniegas Pinzón	
	 Helmer Antonio Silva	
	 Ronald R. Simbaqueba Cortés.	