

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

ÁREA AUDITADA: GERENCIA SECCIONAL ANTIOQUIA		
TIPO DE AUDITORÍA: Auditoría Interna <input checked="" type="checkbox"/> Auditoría de Cumplimiento <input type="checkbox"/> Auditoría de seguimiento <input type="checkbox"/> Auditorías específicas: <input type="checkbox"/> Auditorías de sistemas o de TIC: <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		
LUGAR DE DESARROLLO DE LA AUDITORÍA Gerencia Seccional <input checked="" type="checkbox"/> Oficina Local <input type="checkbox"/> PAPF <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		
FORMA DE DESARROLLO DE LA AUDITORÍA: Presencial <input type="checkbox"/> Remota <input type="checkbox"/> Mixta <input checked="" type="checkbox"/>		
VIGENCIA: 2024		
FECHA DE INICIO: 15/10/2024	FECHA DE FINALIZACIÓN: 18/10/2024	
TIPO DE INFORME:	Preliminar <input type="checkbox"/> Definitivo <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha: 30/12/2024.

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 EN 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 EN PLANTAS DE ACOPIO, PROCESADORAS, PASTEURIZADORAS, QUESERAS, PULVERIZADORAS DE LECHE, en lo transcurrido de la vigencia 2024, por parte de las oficinas locales de Medellín y Santa Rosa de Osos, de la Gerencia Seccional Antioquia.

De igual manera, dado que el instructivo PRA-SPA-I-008 Instructivo plan de acción de la dirección técnica de vigilancia epidemiológica, contempla el cumplimiento del indicador 50.08.07.20 Visitas de vigilancia a plantas de acopio, se verificará el cumplimiento de los lineamientos en este, establecidos, asociados al indicador mencionado.

De acuerdo con los lineamientos de los instructivos, 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

En esta auditoría no se presentó limitación alguna al alcance

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-I-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) y se seleccionó la información del departamento de Antioquia.

La auditoría se llevó a cabo de manera presencial en la Gerencia Seccional Antioquia, específicamente en la oficina local Tulio Ospina y desde allí, de manera virtual, se realizó la auditoría a la Oficina Local de Santa Rosa de Osos, dado que tomando como referente el resultado de las auditorías, llevadas a cabo en las seccionales Magdalena y Santander, para esta unidad auditable, se consideró innecesario realizar el traslado a la oficina local, como se había planteado en la planeación de esta auditoría.

Se desarrollaron entrevistas con los funcionarios encargados de llevar a cabo las actividades establecidas en el instructivo PRA-SPA-I-055 INSTRUCTIVO PARA VIGILANCIA EN PLANTAS DE ACOPIO, PROCESADORAS, PASTEURIZADORAS, QUESERAS, PULVERIZADORAS DE LECHE y de consolidar la información de la seccional, en cada oficina local, a fin de conocer cómo y cuáles fueron las tareas desarrolladas durante el año 2023 y lo transcurrido en la vigencia 2024, a este respecto. De igual manera, se contó con el apoyo de la funcionaria Luz Marina Marín Álvarez, líder seccional de Epidemiología, con quien se verificó la trazabilidad de la implementación del instructivo.

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-I-008 INSTRUCTIVO PLAN DE ACCIÓN DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

Se realizó revisión de las formas 3-254 “Vigilancia a plantas acopiadoras y procesadoras de leche”, a fin de verificar lo evidenciado en las plantas y procesadoras visitadas durante la vigencia 2023 y lo transcurrido de la vigencia 2024 por parte de las oficinas locales de Santa Rosa de Osos y Medellín.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

1.8.1.2 MUESTRA

Teniendo en cuenta que, el universo de plantas acopiadoras y/o procesadoras de leche existentes en el área de jurisdicción de la oficina local de Santa Rosa de Osos, de acuerdo con la matriz consolidada enviada por parte de la DTVE, se realizó la verificación en el 100% de las plantas en ella registradas.

Tabla No. 1 Plantas de acopio, procesadoras, pasteurizadoras, queseras, pulverizadoras de leche de jurisdicción de la oficina local de Santa Rosa de Osos

PLANTAS LECHERAS (ACOPIO, PASTEURIZADORAS, PROCESADORAS) - SANTA ROSA DE OSOS									
COORDINACION EPIDEMIOLOGICA	TIPO				IDENTIFICACIÓN	LOCALIZACIÓN		VOLUMEN COMERCIALIZADO	NUMERO DE PROVEEDORES (FINCAS)
	ACOPIO	PASTEURIZADORAS	PULVERIZADORA	QUESERAS		DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		
C.E.4_MEDELLIN	X				COLANTA	ANTIOQUIA	YARUMAL	124.684	684
C.E.4_MEDELLIN	X				LACTALIS COLOMBIA LTDA	ANTIOQUIA	YARUMAL	44.300	331
C.E.4_MEDELLIN	X	X		X	DERIVADOS LÁCTEOS EL GUSTAZZO	ANTIOQUIA	YARUMAL	14.600	44
C.E.4_MEDELLIN		X			DERIVADOS LÁCTEOS LA FRESCURA	ANTIOQUIA	YARUMAL	14.600	164
C.E.4_MEDELLIN	X				EL NEVADO	ANTIOQUIA	VALDIVIA	750	5
C.E.4_MEDELLIN	X				CENTRO DE ACOPIO LA PAULINA	ANTIOQUIA	VALDIVIA	1.500	28
C.E.4_MEDELLIN	X				LACTEOS BETANIA SA	ANTIOQUIA	SANTA ROSA DE OSOS	95.400	600
C.E.4_MEDELLIN			X	X	DERIVADOS LÁCTEOS EL PINO SAS	ANTIOQUIA	DONMATÍAS	21.000	80
C.E.4_MEDELLIN			X	X	LACTEOS LA FONTANA SAS	ANTIOQUIA	DONMATÍAS	15.500	70
C.E.4_MEDELLIN	X				ACOPIO FEDEGRASA	ANTIOQUIA	SAN ANDRÉS DE CUERQUÍA	3.200	24
C.E.4_MEDELLIN	X				APELASAN	ANTIOQUIA	SAN JOSÉ DE LA MONTAÑA	6.200	47
C.E.4_MEDELLIN	X				ASOCIACION DE LECHEROS CHORILLO SANTA ANA	ANTIOQUIA	BRICEÑO An	3.800	30
C.E.4_MEDELLIN	X				COOPERATIVA LECHERA LA PALOMITA	ANTIOQUIA	BRICEÑO An	3.350	24
C.E.4_MEDELLIN	X				COOPERATIVA LECHERA DE BRICEÑO	ANTIOQUIA	BRICEÑO An	20.000	85
C.E.4_MEDELLIN	X				ASOCIACION DE LECHEROS DE BRICEÑO	ANTIOQUIA	BRICEÑO An	16.500	53
C.E.4_MEDELLIN	X				ACOPIO RISARALDA	ANTIOQUIA	CAMPAMENTO	1.100	9
C.E.4_MEDELLIN	X				ACOPIO CHORRO 1	ANTIOQUIA	CAMPAMENTO	890	7
C.E.4_MEDELLIN	X				TANQUE COMUNITARIO LA QUINTA	ANTIOQUIA	ANGOSTURA	900	6
C.E.4_MEDELLIN	X				TANQUE COMUNITARIO LA PEDRONA	ANTIOQUIA	ANGOSTURA	950	8
C.E.4_MEDELLIN	X				TANQUE LA CULEBRA	ANTIOQUIA	ANGOSTURA	800	7
C.E.4_MEDELLIN		X		X	E&Y INVERSIONES SANTA BARBARA SAS	ANTIOQUIA	CAROLINA	900	15
C.E.4_MEDELLIN				X	QUESERAS LAS MARGARITAS	ANTIOQUIA	SAN PEDRO DE LOS MILAGROS	1.700	1
C.E.4_MEDELLIN				X	LACTEOS EL GALAN	ANTIOQUIA	ENTRERÍOS	77.000	143
C.E.4_MEDELLIN	X				TRANSUJZA	ANTIOQUIA	ENTRERÍOS	112.000	96
C.E.4_MEDELLIN	X				ACOPIO GUADALUPE ASPAPOR 2	ANTIOQUIA	GUADALUPE An	345	10
C.E.4_MEDELLIN	X				COAGROMILENO COOPERATIVA	ANTIOQUIA	GÓMEZ PLATA	116	4
C.E.4_MEDELLIN				X	QUESILLOS MANUEJITA	ANTIOQUIA	SAN PEDRO DE LOS MILAGROS	8.059	6
C.E.4_MEDELLIN	X				LACTEOS DEL NORTE	ANTIOQUIA	SANTA ROSA DE O	80.000	60
C.E.4_MEDELLIN	X				COOPERATIVA COLANTA LTDA	ANTIOQUIA	SANTA ROSA DE O	435.000	1.135
C.E.4_MEDELLIN	X				ALPINA ENTRERRIOS	ANTIOQUIA	ENTRERRIOS	265.000	232
C.E.4_MEDELLIN	X				ACOPIO ALTIPLANO	ANTIOQUIA	SANTA ROSA DE O	99	
C.E.4_MEDELLIN	X				CORLAM S.A.S	ANTIOQUIA	YARUMAL	37.000	160

Adicionalmente, se tuvieron en cuenta las plantas acopiadoras visitadas durante la vigencia 2024, por parte de la oficina local Tulio Ospina.

Tabla No. 2 Plantas de acopio, procesadoras, pasteurizadoras, queseras, pulverizadoras de leche de jurisdicción de la oficina local Tulio Ospina

PLANTAS LECHERAS (ACOPIO, PASTEURIZADORAS, PROCESADORAS) - MEDELLÍN									
COORDINACION EPIDEMIOLOGICA	TIPO				IDENTIFICACIÓN	LOCALIZACIÓN		VOLUMEN COMERCIALIZADO	NUMERO DE PROVEEDORES (FINCAS)
	ACOPIO	PASTEURIZADORAS	PULVERIZADORA	QUESERAS		DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		
C.E.4_MEDELLIN	X	X		X	LACTEOS LA HOLANDESA	ANTIOQUIA	BELLO		20
C.E.4_MEDELLIN	X	X		X	LACTEOS EL ZARZAL	ANTIOQUIA	BELLO		81
C.E.4_MEDELLIN	X	X			COOPERATIVA COLANTA	ANTIOQUIA	MEDELLÍN		316
C.E.4_MEDELLIN	X			X	BONNE NATURE	ANTIOQUIA	ARMENIA		3

1.8.3 FORTALEZAS

Durante el desarrollo de la auditoría fue posible evidenciar el profesionalismo y el sentido de pertenencia de los funcionarios y contratistas de la Seccional Antioquia, lo cual permite canalizar de manera pertinente y efectiva, la implementación y análisis las directrices emitidas por el nivel central, en pro del alcance de los objetivos misionales.

1.8.4 RESULTADOS

Durante el desarrollo de la auditoría, de acuerdo con el testimonio de los funcionarios de la Seccional, durante la vigencia 2023, se presentó la siguiente trazabilidad procedimental, respecto a la actividad “Visitas de vigilancia a plantas de acopio y procesadoras de leche”:

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

1. Se realizó modificación del instructivo PRA-SPA-I-008 Instructivo plan de acción de la dirección técnica de vigilancia epidemiológica, en la cual se incluyó modificación para el indicador 50.08.07.20 “Visitas de vigilancia a plantas de acopio y procesadoras de leche” y se emite la versión 7.
2. El borrador del instructivo PRA-SPA-I-008 V.7 es socializado a través de correo electrónico el 31 de enero de 2023, con las directrices del Reporte del Plan de Acción Operativo Subgerencia de Protección Animal-enero 2023
3. El instructivo PRA-SPA-I-008 V.7 fue oficializado en el Sistema de Información Diamante el 27/01/2023
4. El instructivo PRA-SPA-I-055 Instructivo para vigilancia de plantas de acopio, procesadoras, pasteurizadoras, queseras, pulverizadoras de leche fue socializado a través de correo electrónico el 30/11/2023
5. El instructivo PRA-SPA-I-055 Instructivo para vigilancia de plantas de acopio, procesadoras, pasteurizadoras, queseras, pulverizadoras de leche, fue oficializado, en el Sistema de Información Diamante el 20/12/2023.

Se hizo la verificación de la documentación correspondiente que evidencia la trazabilidad procedimental mencionada.

En este contexto, se amplió el alcance de la auditoría a la vigencia 2024 y se enmarcó dentro de los periodos de vacunación establecidos por resoluciones 13315 de octubre 6 de 2023, “Por la cual se establece el periodo y las condiciones del segundo ciclo de vacunación contra la fiebre aftosa y brucelosis bovina para el año 2023 en el territorio nacional” y 4493 de mayo 22 de 2024, “Por la cual se establece el periodo y las condiciones del primer ciclo de vacunación contra la fiebre aftosa y brucelosis bovina para el año 2024 en el territorio nacional”, los cuales son, 30 de octubre de 2023 hasta el día 13 de diciembre de 2023 y 04 de junio de 2024 hasta el día 24 de julio de 2024, respectivamente.

Observación 1: el instructivo PRA-SPA-I-055 Instructivo para vigilancia en plantas de acopio, procesadoras, pasteurizadoras, queseras, pulverizadoras de leche, presenta algunas inconsistencias de forma que, afectan la correcta implementación del mismo:

- **El tiempo establecido para la solicitud de información por parte de las plantas de acopio a sus proveedores, no puede ser el mismo que el tiempo requerido para “remisión de oficio”, “validación de información” y “verificación de información”.**
- **El resultado de la tarea No. 1 debe obedecer a un documento que permita la trazabilidad de la misma, el cual puede corresponder a un oficio y correo electrónico remitido, cuando aplique.**
- **La tarea No. 2 no es coherente con la descripción de la misma en el cuerpo del documento. No es de competencia del responsable de la oficina Local del ICA, la exigencia del RUV de vacunación, esto lo realiza la planta acopiadora.**
- **El producto de la tarea No. 3 debe obedecer a la información recibida, no al envío de la misma.**
- **El producto de la tarea No. 4 debe ser un punto de control trazable.**
- **El producto de la tarea No. 5 corresponde, solamente, a la forma 3-254**
- **El producto de la tarea No. 7 corresponde solamente al documento informe y/o memorando**

Área responsable: Dirección técnica de Vigilancia Epidemiológica

Se realizó revisión de cada una de las tareas relacionadas en el instructivo PRA-SPA-I-055, verificando cada una con las actividades realizadas en la Seccional Antioquia, a fin de establecer, en primer lugar, su coherencia con el objetivo en el establecido y en segundo lugar la implementación por parte de la seccional.

Recomendación

1. Analizar el tiempo necesario para dar cumplimiento a la solicitud de información a las plantas acopiadoras, recepción de información enviada por las plantas acopiadoras, validación y verificación de la información, acorde con el criterio técnico que mitigue el riesgo de afectación a la identificación oportuna de presencia de enfermedades de control oficial, inusuales o exóticas.
2. Revisar y analizar cada una de las tareas establecidas en el instructivo, a fin de determinar, para cada una, un producto que sea coherente con esta y QUE sea verificable, de forma tal que se asegure la trazabilidad del instructivo.

Observación 2: No se da cumplimiento a lo establecido en el en instructivo PRA-SPA-I-055 INSTRUCTIVO PARA VIGILANCIA EN PLANTAS DE ACOPIO, PROCESADORAS, PASTEURIZADORAS, QUESERAS, PULVERIZADORAS DE LECHE, al igual que al instructivo PARA-SPA-008 INSTRUCTIVO PLAN DE ACCIÓN DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, en cuanto a los lineamientos relacionados con el indicador 50.08.07.20 Visitas de vigilancia a plantas de acopio y procesadoras de leche, específicamente en las siguientes actividades:

- **Se realiza visita a plantas que enviaron la información correcta**
- **No se realizó visita a todas las plantas de acopio que no dieron cumplimiento al envío de la información solicitada**
- **No se envía la solicitud de información a todas las plantas de acopio que hacen parte de la base de datos de infraestructura**
- **No se envía el oficio de solicitud de información a las plantas de acopio dentro del tiempo establecido**
- **Se realizaron visitas de IVC a plantas nuevas sin llevar a cabo el diligenciamiento de la forma 3-1137 Registro de Infraestructura: Información básica plantas lecheras, que permitiera actualizar la base de datos de plantas acopiadoras**
- **Se realizaron visitas para registro de infraestructura sin diligenciar la forma 3-254 Vigilancia a plantas acopiadoras y procesadoras de leche**

Responsables: Dirección Técnica de Vigilancia Epidemiológica y Gerencia Seccional Antioquia

A pesar de la modificación del instructivo PRA-SPA-I-008 INSTRUCTIVO PLAN DE ACCION OPERATIVO DE LA DIRECCION TECNICA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA en enero de 2023, la Seccional realizó, durante el mes de marzo, el total de visitas a las plantas de acopio, con repetición durante el mes de septiembre a cinco de ellas, lo cual tiene un efecto negativo sobre el uso de recursos de la Seccional. No obstante, dado el ejercicio que continuó realizando la seccional respecto al seguimiento de plantas de acopio, no se levanta una observación a esta falencia. Adicionalmente, la oficialización del Instructivo PRA-SPA-I-055 Instructivo para vigilancia de plantas de acopio, procesadoras, pasteurizadoras, queseras, pulverizadoras de leche, se realizó en el mes de noviembre de 2023 y la seccional inició la implementación del mismo, subsanando, en alguna medida la falencia mencionada.

Se realiza análisis de la trazabilidad del cumplimiento de las tareas establecidas en el instructivo, para el segundo semestre de 2023 pudiendo constatar que la emisión de los oficios dirigidos a las plantas de acopio, fueron emitidos dentro de los 15 días posteriores a la finalización del ciclo de vacunación, el cual correspondió a 30 de octubre de 2023 hasta el día 13 de diciembre de 2023. Los oficios fueron emitidos el 19 y 27 de diciembre y solamente se recibió respuesta de parte de cuatro (4) plantas acopiadoras, una fue enviada el 2/01/2024, de parte de la Cooperativa Colanta del municipio de Yarumal y sin registro de fecha las plantas acopiadora Quesería las Margaritas, E&Y Inversiones Santa Bárbara SAS y Transuiza. Acorde con el instructivo y debido a la falta de respuesta de las plantas y la falta de completitud de la información de la planta de acopio Colanta y E&Y Inversiones Santa Bárbara SAS, se realizan visitas a plantas acopiadoras en el mes de marzo de 2024. No obstante, para las plantas Quesería Las Margaritas y Transuiza, no era necesario realizar visitas, dado que enviaron completa la información solicitada.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Como respuesta a las visitas realizadas se encontró que, todas las plantas de acopio visitadas dieron cumplimiento a la resolución 1779 del 03 de agosto de 1998. Sin embargo, no se realizó visita a las plantas Lactalis Colombia Ltda, El Nevado y E&Y Inversiones Santa Bárbara SAS, sin razón evidente.

De otra parte, para el segundo ciclo de vacunación, el cual se llevó a cabo desde el 4 de junio de 2024 hasta el día 24 de julio de 2024, se emitió un único oficio dirigido a todas las plantas de acopio, en el mes de septiembre, permitiendo verificar que o se dio cumplimiento al tiempo establecido en el instructivo. No obstante, solamente fue posible corroborar el envío para catorce (14) plantas, de las cuales seis (6) son plantas que no se encontraban en la base de datos de infraestructura, por cuanto se consideran plantas nuevas, lo que se traduce que solamente fue enviado el oficio a ocho (8) de las plantas inicialmente existentes. Al momento de la auditoría no se había recibido respuesta por parte de alguna de las plantas y se encontraban programadas algunas de las visitas a realizar durante el mes de noviembre.

Se hace un análisis respecto a lo expuesto por la seccional, que los tiempos establecidos en el instructivo, no dan fe de la necesidad de tiempo para poder dar cumplimiento a las tareas de solicitud, envío, validación y verificación, de información y programación y realización de visitas.

Se realizó revisión de las bases de datos de infraestructura y se corroboró que, para el año 2024 se realizaron visitas de IVC a seis (6) plantas acopiadoras, de la jurisdicción de la oficina local de Santa Rosa de Osos que, no se encontraban en la base de datos de 2023, las cuales se consideran como nuevas, pero no fue posible verificar el diligenciamiento de la forma 3-1137 Registro de Infraestructura: Información básica plantas lecheras. Adicionalmente, se encontraron cuatro (4) plantas acopiadoras nuevas, adscritas a la oficina local de Medellín, para las cuales se realizó registro a través de la forma 3-1137, pero no se diligenció durante la visita de registro, la forma 3-254.

Recomendación

1. Aplicar herramientas que contribuyan a implementar de manera correcta cada una de las tareas establecidas en el instructivo, a fin de dar alcance a su objetivo.
2. Analizar y hacer seguimiento a la implementación del instructivo PRA-SPA-I-055 Instructivo para vigilancia de plantas de acopio, procesadoras, pasteurizadoras, queseras, pulverizadoras de leche, de manera que se establezcan las causas de no cumplimiento de las tareas. Se determine si el incumplimiento de algunas de estas obedece a los tiempos establecidos en el instructivo y de esta manera establecer si estos son coherentes con la oportunidad de cumplimiento.

Observación 3. Se encontraron falencia en el diligenciamiento de las formas 3-254, específicamente relacionada con los siguientes casos:

- **No se diligencia de manera correcta el número de proveedores que dan cumplimiento o no a la normatividad**
- **No se identifica el tipo de planta a la cual se está haciendo la visita**
- **Errores en el diligenciamiento de la fecha de la visita**
- **No se realiza completitud de la información, no se diligenció la dirección de la planta**

Responsable: Gerencia Seccional Antioquia

Se hizo revisión de cada una de las formas 3-254 que fueron enviadas por la Seccional como evidencia de las visitas realizadas a las plantas de acopio, durante la vigencia 2023 y lo transcurrido de la vigencia 2024

Recomendación

Es necesario establecer una herramienta que permita que todo el equipo de trabajo asociado al proceso de Protección Animal se apersona del instructivo de diligenciamiento de la forma 3-254, de manera que se mitigue el riesgo de realizar un mal diligenciamiento de la misma, al momento de realizar visitas de vigilancia a plantas acopiadoras.

Observación 4. 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.

Área responsable: *Gerencia Seccional Antioquia y Coordinación Epidemiológica.*

Recomendación

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.

1.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE

1.9.1. RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL

PRA08 SGC Posibilidad de afectación reputacional y económica por identificar inoportunamente la presencia de enfermedades de control oficial, inusuales o exóticas

1.9.2. MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO

Analizado el riesgo establecido en el mapa de riesgos institucional, relacionado con el instructivo PRA-SPA-I-055, no se evidenció materialización del mismo.

1.9.3. RIESGO(S) IDENTIFICADO(S) POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO QUE NO SE ENCUENTRA(N) EN EL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.

Aun cuando durante el desarrollo de la auditoría, no se identificó un riesgo que fuera necesario adicionar al mapa de riesgo institucional, asociado al instructivo PRA-SPA-I-055, sí se recomienda establecer un control adicional, al riesgo involucrado, 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.

1.10. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

Para la unidad auditable objeto de esta auditoría no se presenta acción de mejora alguna que hubiese sido necesario abordar.

1.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

- Se evidencia que, en la seccional Antioquia el instructivo PRA-SPA-I-055 INSTRUCTIVO PARA VIGILANCIA DE PLANTAS DE ACOPIO, PROCESADORAS, PASTEURIZADORAS, QUESERAS, PULVERIZADORAS DE LECHE, se está implementando de manera parcial, dado que no se da cumplimiento a algunas tareas establecidas en el mismo.
- En la Seccional Antioquia, algunas plantas de acopio no dan 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”, al no asegurar que todos sus proveedores cuenten con vacunación contra fiebre aftosa.
- La Seccional Antioquia, no dan cumplimiento al artículo cuarenta y uno de la Resolución 1779 de 1998 “Por medio de la cual se reglamenta el Decreto 3044 del 23 de diciembre de 1997”, en cuanto a realizar inicio sancionatorio a las plantas acopiadoras que no den cumplimiento a los lineamientos establecidos en esta resolución, respecto a asegurar que sus proveedores cuenten con la vacunación contra fiebre aftosa.
- En la Seccional Antioquia no se realiza revisión de los procedimientos, previo a la realización de las actividades establecidas para dar cumplimiento a los objetivos misionales.

Es imperante que la Dirección Técnica de Vigilancia Epidemiológica socialice de forma pertinente los cambios o modificaciones que se realicen sobre los documentos que hacen parte del Sistema Integrado de Gestión Institucional que rige el que hacer del ICA. Adicionalmente, en caso de emitir una directriz que afecte las tareas establecidas en algún documento oficial, este último debe ser actualizado a la mayor brevedad, a fin de evitar incremento en la probabilidad de materialización del riesgo debido al desarrollo de actividades que no corresponden a las oficialmente establecidas.

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 o las necesidades operativas detectadas, 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 ANIMAL

2.1 PROCESO MISIONAL

2.2 SUBPROCESO DE GESTIÓN DE SANIDAD ANIMAL

2.3 UNIDAD AUDITABLE

PRA-SPA-I-001 REPORTE DE ACTIVIDADES MENSUALES DEL PLAN DE ACCIÓN OPERATIVO DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE SANIDAD ANIMAL

2.4 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 se evidencie el reporte mensual de actividades necesarias para dar cumplimiento al Plan de Acción institucional

2.5 ALCANCE

La auditoría se basó en la verificación del cumplimiento de las tareas establecidas en el instructivo PRA-SPA-I-001 REPORTE DE ACTIVIDADES MENSUALES DEL PLAN DE ACCIÓN OPERATIVO DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE SANIDAD ANIMAL para lo transcurrido en la vigencia 2023 y lo transcurrido en la vigencia 2024.

Se evaluó la coherencia del instructivo con los demás procedimientos, instructivos y formas, involucrados con los diferentes indicadores planteados en el Plan de Acción Operativo (PAO), que se encuentran relacionados con los indicadores del Plan de Acción.

2.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

En esta auditoría no se presentó limitación alguna al alcance

2.7 CRITERIOS

Decreto 1083 de 2015 por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del Sector de Función Pública.

Ley 909 de 2004 Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones. Artículo 39 Obligación de evaluar

PRA-SPA-I-001 Reporte de actividades mensuales del plan de acción operativo de la dirección técnica de sanidad animal

2.8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

2.8.1 METODOLOGÍA

Se solicitó a la Dirección Técnica de Sanidad Animal el reporte de actividades mensuales del Plan de Acción Operativo (PAO) de la Dirección Técnica de Sanidad Animal.

La auditoría se llevó a cabo de manera presencial en la Gerencia Seccional Antioquia.

Teniendo en cuenta que, la evaluación de gestión por áreas o dependencias se realiza con base en el cumplimiento de las metas establecidas para las actividades asociadas al Plan de Acción, el cual obedece a los productos de los Proyectos de Inversión institucionales, se realizó un análisis de Plan Acción Institucional para los años 2023 y 2024, a fin de definir cuáles de los indicadores relacionados en el PAO corresponden al Plan de Acción. Adicionalmente, se tuvo en cuenta que los otros indicadores que hacen parte del PAO son actividades de apoyo a la generación del producto u objetivo de los proyectos de inversión.

La auditoría se desarrolló mediante reunión con la funcionaria Lina María Yepes Morales, quien es la responsable de registrar, mensualmente, los avances en cada uno de los indicadores del PAO. Adicionalmente, cuando fue necesario se consultó al líder o responsable del programa o actividad asociada a algunos de los indicadores consultados.

Para cada uno de los indicadores fue revisado el registro de la información en el aplicativo Diamante, verificando el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el instructivo PRA-SPA-I-001 Reporte de actividades mensuales del plan de acción operativo de la dirección técnica de sanidad animal, y revisando las evidencias registradas, las cuales deberían estar acordes con las establecidas en el instructivo auditado o en el procedimiento o instructivo oficializado en el aplicativo Diamante, para esta actividad.

Se realizó revisión de cada una de las tareas relacionadas en el instructivo PRA-SPA-I-001, verificando que la coherencia entre cada una ellas permitan alcanzar el objetivo propuesto y dar cumplimiento a las consideraciones relacionadas en el documento, necesarias para hacer seguimiento a las actividades propuestas en el PAO y dar alcance a los productos establecidos en Plan de Acción Institucional.

Durante el desarrollo de la auditoría se verificó la concordancia de las actividades propuestas en el instructivo y las realizadas por parte del personal de la Gerencia Seccional, encargado de la implementación de este.

2.8.2 MUESTRA

Tabla No. 2 Relación de indicadores asociados al Plan de Acción reportados por la Seccional Antioquia

INDICADORES ASOCIADOS AL PLAN DE ACCIÓN - DIRECCIÓN TÉCNICA DE SANIDAD ANIMAL		
PRODUCTO	CÓDIGO	VARIABLE/ INDICADOR
37. Servicio de Registro a productores y predios agropecuarios	37.08.00.01	37.08.00.01 Registro sanitario de predio pecuario
37. Servicio de Registro a productores y predios agropecuarios	37.08.00.02	37.08.00.06 Predios acuicolas registrados
42. Servicios de vacunación para especies animales de interés agropecuario	42.08.00.01	42.08.00.01 Équidos Vacunados contra Encefalitis Equina Venezolana acumulado
47. Servicio de certificaciones sanitarias	47.08.01.03	47.08.01.03 Certificados de predios libres de Tuberculosis Bovina emitidos durante el mes
47. Servicio de certificaciones sanitarias	47.08.02.20	47.08.02.20 Certificados de predios libres de Brucelosis Bovina emitidos durante el mes
47. Servicio de certificaciones sanitarias	47.08.06.05	47.08.06.05 Numero de conceptos aprobados emitidos- certificación de establecimientos acuícolas bioseguros
47. Servicio de certificaciones sanitarias	47.08.07.01	47.08.07.01 Número de conceptos aprobados emitidos-para certificación y re certificación GAB

2.8.3 FORTALEZAS

Durante el desarrollo de la auditoría fue posible evidenciar el profesionalismo y el sentido de pertenencia de los funcionarios y contratistas de la Seccional Antioquia, lo cual permite canalizar de manera pertinente y efectiva, la implementación y análisis las directrices emitidas por el nivel central, en pro del alcance de los objetivos misionales.

2.8.4 RESULTADOS

Observación 5: el instructivo PRA-SPA-I-001 REPORTE DE ACTIVIDADES MENSUALES DEL PLAN DE ACCIÓN OPERATIVO DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE SANIDAD ANIMAL, presenta algunas inconsistencias de forma que, afectan la implementación de las tareas y correcta trazabilidad de las mismas:

- **La redacción de las tareas no permite trazar totalmente el objetivo del instructivo.**
- **Las tareas no deben involucrar los responsables de las mismas.**
- **El resultado de las tareas debe obedecer a un documento trazable y estar acorde con el/los verbo(s) que identifica(n) la tarea establecida. Inconsistencia que se identifica en todas las tareas.**
- **No se presenta una tarea que se encuentre alineada con la verificación de la coincidencia de los datos remitidos con los reportados en el aplicativo Diamante**

Área responsable: Dirección Técnica de Sanidad Animal

Durante la revisión de cada una de las tareas relacionadas en el instructivo PRA-SPA-I-001 se identificaron falencias en la redacción de las mismas, de manera que no se establece la especificidad necesaria que permita la trazabilidad del instructivo, involucrando de manera coherente a cada uno de los responsables con las tareas que ejecuta y los productos de las mismas.

Recomendación

1. Analizar cada una de las tareas y establecer la coherencia entre ellas de forma que permitan verificar un inicio y un final del instructivo, teniendo en cuenta la intervención de cada uno de los responsables de las mismas.

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

2. Revisar y analizar cada una de las tareas establecidas en el instructivo, a fin de determinar, para cada una, un producto que sea coherente con esta y que sea verificable, de forma tal que se asegure la trazabilidad del instructivo.

Observación 6: No se da cumplimiento a los lineamientos establecidos en el instructivo PRA-SPA-I-001 REPORTE DE ACTIVIDADES MENSUALES DEL PLAN DE ACCIÓN OPERATIVO DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE SANIDAD ANIMAL respecto al registro de información en el sistema de información Diamante, lo cual resta veracidad a las actividades realizadas, afectando la gestión institucional:

- **Para algunos de los indicadores y los meses revisados en el aplicativo diamante, no se cargaron los soportes o los enlaces registrados para consultarlos no tienen acceso.**
- **Algunos de los soportes registrados no corresponden a los establecidos en el instructivo para los indicadores reportados en el aplicativo Diamante.**

Responsable: Gerencia Seccional Antioquia

A través del Sistema de información Diamante, se realizó la verificación del reporte de cada uno de los indicadores que hacen parte de la muestra, los cuales fueron seleccionados del total de indicadores del PAO, teniendo como criterio que, obedecen a los indicadores asociados al Plan de Acción y son productos de los proyectos de inversión, y con base en estos, se define la Evaluación de la Gestión por dependencias.

Se realizó el ejercicio con el personal de la Seccional. Para cada indicador se verificó el registro de datos mensuales durante el año 2023 y se revisaron y corroboraron los documentos cargados como evidencia del valor registrado para algunos meses tomados al azar.

Resultado de la revisión, para los siguientes indicadores fue posible evidenciar, a través de los soportes, el desarrollo de las actividades registradas:

- ✓ 37.08.00.01 Registro Sanitario de Predio Pecuario
- ✓ 37.08.00.06 Predios acuícola registrados
- ✓ 47.08.01.03 Certificados de predios libres de Tuberculosis Bovina emitidos durante el mes
- ✓ 47.08.02.20 Certificados de predios libres de Brucelosis Bovina emitidos durante el mes

Caso contrario, para los siguientes indicadores se encontraron falencias en los soportes de las actividades, debido a que algunos no correspondían a los establecidos en el instructivo, algunos se encontraban mal diligenciados y en otros casos, no se presentaron soportes:

- ✓ 42.08.00.01 Équidos Vacunados contra Encefalitis Equina Venezolana
- ✓ 47.08.06.05 Numero de conceptos aprobados emitidos- certificación de establecimientos acuícolas bioseguros
- ✓ 47.08.07.01 Número de conceptos aprobados emitidos-para certificación y re certificación GAB

Con base en lo anterior, es posible definir que existiría una probabilidad de afectación del cumplimiento de metas del 42.8%, al momento de hacer seguimiento a los productos del plan de acción que definen la gestión institucional.

Teniendo en cuenta que las actividades asociadas a los indicadores son desarrolladas por los responsables en las oficinas locales, que estos reportan la información a los líderes seccionales con los soportes correspondientes, que estos a su vez reportan la información al responsable seccional de realizar el registro en el aplicativo Diamante, es posible definir que hay, al menos, dos puntos de control que pueden verificar la congruencia de los soportes de las actividades reportadas, de manera tal que, no se pierda veracidad de la información reportada en el aplicativo Diamante y el esfuerzo institucional para su ejecución en campo, afectando, de manera negativa los recursos institucionales, al momento de analizar el cumplimiento de metas y la eficacia del plan de gestión institucional.

Recomendación

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Establecer puntos de control que permitan corregir a tiempo falencias en la entrega de información y el registro de la misma, de manera que se busque asegurar que está sea veraz, confiable y verificable a través de los soportes correspondientes, atendiendo a los lineamientos del instructivo PRA-SPA-I-001 REPORTE DE ACTIVIDADES MENSUALES DEL PLAN DE ACCIÓN OPERATIVO DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE SANIDAD ANIMAL
2. Desarrollar actividades que permitan afianzar el conocimiento de cada uno de los indicadores a que hace referencia el instructivo PRA-SPA-I-001 REPORTE DE ACTIVIDADES MENSUALES DEL PLAN DE ACCIÓN OPERATIVO DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE SANIDAD ANIMAL y la importancia contar con evidencias de su ejecución y la captura de información, a través del buen diligenciamiento de las formas asociadas.

2.9 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE

2.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL

La unidad auditable no se encuentra asociada a algunos de los riesgos establecidos en el mapa de riesgos institucional.

2.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO

Al no estar asociada la unidad auditable a un riesgo específico, no se realiza análisis a este respecto.

2.9.3. RIESGO(S) IDENTIFICADO(S) POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO QUE NO SE ENCUENTRA(N) EN EL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.

Es importante tener en cuenta que el seguimiento a las actividades a través del reporte mensual, en aras de dar alcance a las metas establecidas y su análisis posterior, es la base de la toma de decisiones al momento de elaborar un plan de gestión institucional, por cuanto se recomienda establecer un control que mitigue el riesgo de toma de decisiones con base en información errónea, asociada al reporte de datos sin evidencia.

2.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

Para la unidad auditable objeto de esta auditoría no se presenta acción de mejora alguna que hubiese sido necesario abordar.

2.11 RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

- El instructivo PRA-SPA-I-001 REPORTE DE ACTIVIDADES MENSUALES DEL PLAN DE ACCIÓN OPERATIVO DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE SANIDAD ANIMAL en su estructura, no responde a las instrucciones de la forma 4-602 de la Oficina Asesora de Planeación.
- En la seccional Antioquia no se hace verificación de las actividades reportadas de acuerdo con el instructivo PRA-SPA-I-001 REPORTE DE ACTIVIDADES MENSUALES DEL PLAN DE ACCIÓN OPERATIVO DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE SANIDAD ANIMAL, a través de los soportes correspondientes.

Analizar el instructivo PRA-SPA-I-001 REPORTE DE ACTIVIDADES MENSUALES DEL PLAN DE ACCIÓN OPERATIVO DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE SANIDAD ANIMAL y realizar las modificaciones que fuesen necesarias, a fin de, no solo establecer los lineamientos para el cumplimiento de los indicadores del PAO, si no acoger las instrucciones de la forma 4-602 y establecer puntos de control que permitan dar fiabilidad a la información registrada.

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 o las necesidades operativas detectadas, 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.

3. PROTECCIÓN VEGETAL

3.1 PROCESO MISIONAL

3.2 SUBPROCESO DE SANIDAD VEGETAL

3.3 UNIDAD AUDITABLE

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

3.4 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.

3.5 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 Antioquia, 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.

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

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”.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

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.

3.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

3.8.1 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 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”, para posterior elaboración de lista de chequeo.
4. Decisión de revisar la totalidad de visitas, según el listado aportado por la Gerencia Seccional.
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 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.

3.8.2 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, enfocándose en los envíos a laboratorio de las muestras de plantas con sintomatología de la enfermedad, los cuales corresponden a un universo de 38 visitas, verificando el cumplimiento de los lineamientos dispuestos para tal fin. Las visitas revisadas pueden ser consultadas en el anexo 1.

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.

Se ha mantenido el estatus fitosanitario de la zona.

3.8.4 RESULTADOS

Observación 7: 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 Antioquia

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 8: Debilidades en el diligenciamiento de la forma 3-439 “Formato de visita a predios”, ya que no se utilizó en algunas casillas la nomenclatura correspondiente, específicamente en lo establecido en las Instrucciones para el diligenciamiento de la forma 3-439 acta de visita a predios, generalidades: “cuando no tenga información deberá colocar NS (No Sabe) o NR (No Responde). Si la información solicitada No Aplica, deberá escribir NA”.

Área responsable: Gerencia Seccional Antioquia

Recomendación

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 revisados.
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, no utilizar líneas o dejar espacios en blanco.
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.

3.9 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

3.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

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

PRV5 - 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.

3.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

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

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

3.9.3 RIESGO IDENTIFICADO POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO QUE NO SE ENCUENTRA EN EL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.

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

Tabla No. 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

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.

3.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Durante la presente auditoría, la unidad auditable no contaba con acciones de mejoramiento en término o vencidas.

3.11 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 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.
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 SANIDAD VEGETAL

4.3 UNIDAD AUDITABLE

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

4.4 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.

4.5 ALCANCE

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

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.

4.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

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.

4.8.2 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 52 visitas, verificando el cumplimiento de los lineamientos dispuestos para tal fin. Las visitas revisadas pueden ser consultadas en el anexo 2.

4.8.3 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.

4.8.4 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 Antioquia.

Recomendación

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 de Antioquia.

Observación 10: Debilidades en el diligenciamiento de la forma 3-439 “Formato de visita a predios”, ya que no se utilizó en algunas casillas la nomenclatura correspondiente, específicamente en lo establecido en las Instrucciones para el diligenciamiento de la forma 3-439 acta de visita a predios, generalidades: “cuando no tenga información deberá colocar NS (No Sabe) o NR (No Responde). Si la información solicitada No Aplica, deberá escribir NA”, denotando bajo control de la información recolectada en campo.

Área responsable: Gerencia Seccional Antioquia

Recomendación

1. Realizar capacitación sobre el correcto diligenciamiento de las formas utilizadas dentro de la ejecución del instructivo, evitando lo sucedido en algunas de las formas 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.

4.9 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

4.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

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

PRV5 - 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.

4.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

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

4.9.3 RIESGO IDENTIFICADO POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO QUE NO SE ENCUENTRA EN EL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

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 No. 3 del presente informe.

4.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Durante la presente auditoría, la unidad auditable no contaba con acciones de mejoramiento en término o vencidas.

4.11 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.

5. PROTECCIÓN VEGETAL

5.1 PROCESO MISIONAL

5.2 SUBPROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA FITOSANITARIA

5.3 UNIDAD AUDITABLE

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

5.4 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.

5.5 ALCANCE

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

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

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.

5.8.2 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 621 visitas, verificando el cumplimiento de los lineamientos dispuestos para tal fin. Las visitas revisadas pueden ser consultadas en el anexo 3.

5.8.3 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 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.

5.8.4 RESULTADOS

Observación 11: 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 12: Debilidades en el diligenciamiento de la forma 3-439 “Formato de visita a predios”, ya que no se utilizó en algunas casillas la nomenclatura correspondiente, específicamente en lo establecido en las Instrucciones para el diligenciamiento de la forma 3-439 acta de visita a predios, generalidades: “cuando no tenga información deberá colocar NS (No Sabe) o NR (No Responde). Si la información solicitada No Aplica, deberá escribir NA”, denotando bajo control de la información recolectada en campo.

Área responsable: Gerencia Seccional Antioquia

Recomendación

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.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

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.

5.9 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

5.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

Durante la presente auditoría se detectó la debilidad planteada en la observación 11, por lo cual se puede inferir la materialización de los siguientes riesgos:

- SGC Posibilidad de afectación reputacional por reportar tardíamente la presencia de plagas reglamentadas en el país.
- COR Posibilidad de afectación reputacional por omitir o comunicar tardíamente la ocurrencia de eventos fitosanitarios para favorecer a terceros.

CONTROLES EXISTENTES:

- 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.
- 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

5.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO

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.

5.9.3 RIESGO IDENTIFICADO POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO QUE NO SE ENCUENTRA EN EL MAPA DE RIESGOS 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 No. 3 del presente informe.

5.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Durante la presente auditoría, la unidad auditable no contaba con acciones de mejoramiento en término o vencidas.

5.11 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 y actualizada en caso de ser requerida.
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.

6. PROTECCIÓN VEGETAL

6.1 PROCESO MISIONAL

6.2 SUBPROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA FITOSANITARIA

6.3 UNIDAD AUDITABLE

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

6.4 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.

6.5 ALCANCE

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

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 planeación de la auditoría.

6.7 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 empacadoras de vegetales para la exportación en fresco”.

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

6.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

6.8.1 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.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

6.8.2 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 776 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) = 776, error muestral (E) = 10%, proporción de éxito (P) = 10% y un nivel de confianza (Z) = 90%, teniendo como resultado una muestra optima de 24 expedientes, la cual fue seleccionada dividiendo la base de datos de trámites en grupos de 32 y seleccionando el mismo número al azar dentro de los grupos, que para este caso con la formula “=ENTERO(ALEATORIO()*32)”, se obtuvo el número 23.

El listado de los expedientes seleccionados se muestra a continuación:

Tabla No. 4. Expedientes de registro revisados. Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

# VUT	PREDIO	# REGISTRO
76365	CULTIVOS DEJAVU	51720581
77564	EL 5 Y 6	58370320
77800	LA SULTANA	58374646
79623	EL DESPEJE	58371445
79660	DANNYRIS PAOLA	58371113
79694	MARICELY	58371248
80606	SOLIN Y MERLY	58371207
80328	LA DIOSELINA	58374158
81388	LAS CRUCES # 2	58374680
81790	EL PROGRESO	58374693
82563	LA GUILLERMINA	58374702
82466	FINCA PARAISO	58370041
83439	ROMERAL	57560527
84227	EL ALGARROBO	58373624
84409	LA RUBIA	58370885
82716	CIELO AZUL	58374740
84795	FINCA EL CLAVO	58370413
84390	LA PERLA	58374230
84799	FINCA VILLA MERCEDES	58900002
84685	LA DICHA N2	58372808
85593	FINCA TRIANA	56590364
84070	LAS ANIMAS	51470535
85584	FINCA LA SIRENA	58470608
83337	ADRIANA MARIA	58370975

6.8.3 FORTALEZAS

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

La profesional 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.

6.8.4 RESULTADOS

Observación 13: Incumplimiento al procedimiento “VE-FITO-P-019 - Registro de predios productores de vegetales para la exportación en fresco”, tarea 30, teniendo en cuenta que cuando el concepto de la visita técnica de verificación de requisitos es “APLAZADO” por motivos documentales, no se está programando ni realizando la segunda visita, dicha información para subsanar las debilidades se recibió por medio de correo electrónico, lo cual no se encuentra establecido en el procedimiento.

Área responsable: Gerencia Seccional Antioquia.

Recomendación

1. El responsable de registros vegetales de la seccional al recibir la notificación por parte del usuario debe programar la segunda visita técnica de verificación dentro de los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción del cumplimiento de requerimientos enviada por el usuario.
2. Solicitar a la Dirección Técnica de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria la actualización del procedimiento y que se analice si es pertinente realizar una segunda visita técnica de verificación cuando el concepto es “APLAZADO” por temas documentales.

Observación 14: 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: “hoja_de_¿el cultivo tiene riego? y ¿Utiliza abonos orgánicos elaborados en el mismo predio?”, adicionalmente, se diligencia información por fuera de los espacios establecidos para tal fin.

Área responsable: Gerencia Seccional Antioquia

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 15: 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”.

6.9 RIESGO 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 a la unidad auditable:

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

PRV15 - 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.

6.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

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

6.9.3 RIESGO IDENTIFICADO POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO QUE NO SE ENCUENTRA EN EL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

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

Tabla No. 5 Ejemplo de sugerencia acerca de la elaboración e implementación del mapa de riesgos para el Subproceso. Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

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.

6.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Durante la presente auditoría, la unidad auditable no contaba con acciones de mejoramiento en término o vencidas.

6.11 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.

7. GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

7.1 PROCESO DE APOYO

7.2 SUBPROCESO

N/A.

7.3 UNIDAD AUDITABLE

GRFIN-GI-P-005 V.8 Procedimiento de Ingresos.

7.4 OBJETIVO

Verificar la adecuada planificación, organización, control, registro y supervisión eficiente de los ingresos al interior de la Seccional en la medida que hacen parte de los recursos financieros del Instituto Colombiano Agropecuario.

7.5 ALCANCE

La Auditoría comprende la evaluación y seguimiento de la gestión de los ingresos en el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2023, gestionado por la Gerencia Seccional Antioquia.

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 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.
- Resolución No. 00025980 del 13/12/2022 “Por la cual se reajustan las tarifas de los servicios técnicos que presta el Instituto Colombiano Agropecuario - ICA, actualizadas en la Resolución No. 0000040063 del 28 de diciembre del 2018, teniendo en cuenta el índice de Precios al Consumidor (IPC), certificado por el DANE para la vigencia 2023”.
- 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”

7.8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

7.8.1 METODOLOGÍA

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

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Identificación en el Sistema de Información Diamante, de: Procedimiento de ingresos GRFIN-GI-P-005 V.8, 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 a los procedimientos objeto de evaluación.
- Validación de la idoneidad de los soportes.
- Verificación Existencia Plan de Mejoramiento OCI
- 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 arquezos 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 arquezos 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.
- Verificación solicitud información a G. Gestión Financiera, Seccional Antioquia mediante SISAD 20243126714 y 20243126700 del 2024.

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.

7.8.2 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 250 recibos, de donde a través de una técnica de muestreo aleatorio simple, se extrajo una muestra de ciento treinta recibos (130) 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 Recaudos Diarios SIGMA-SNRI -2023
Período Terminado:	31 de diciembre de 2023
Preparado por:	Helmer Antonio Silva Ladino
Fecha:	16/10/2024
Revisado por:	Juan Fernando Palacio Ortiz
Fecha:	17/10/2024
Referencia de PIT	Papel de trabajo aplicativo muestreo

INGRESO DE PARAMETROS	
Tamaño de la Población (N)	250
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	129

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

7.8.3 FORTALEZAS

- La contratación de personal para el apoyo de la gestión de la unidad auditable.
- ERP-Applicativo 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.
- Equipo comprometido con su labor y que trabajan para el cumplimiento de sus objetivos.
- Disposición y receptividad para la auditoría, 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.
- 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.
- 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 orientación de atención al cliente.
- Se cuenta con Paz y Salvo, certificación del control diario a los ingresos del año 2022 emitido desde el Grupo de Gestión Financiera, pendiente certificado para el año 2023.
- Interés en la mejora continua del proceso, encabezado por el Gerente Seccional, 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 Bello Antioquia.

7.8.4 RESULTADOS

Realizada la verificación de los criterios establecidos en el plan de auditoría y de acuerdo con el alcance y objetivos de esta auditoría vigencia 2023, se relaciona el resultado obtenido.

Observación 16: *Falla en la ejecución del punto de control “Programa de Visitas” actividad No. 3 ítem 2.2. Procedimiento de Ingresos en Seccionales y Oficinas Nacionales, Subítem 2.2.1. Asignación de Responsable y Seguimiento, del procedimiento de ingresos GRFIN-GI-P-005 V.8.*

Área responsable: Gerente Seccional.

Condición:

Realizado el relevamiento de información y entrevista con el responsable del manejo del recaudo en la oficina principal sede Bello Antioquia, se evidenció que no se ejecutó la tarea, número tres (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”, eludiendo con ello el punto de control:

- “Programa de Visitas”.

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 No. 3.
- 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:*”
- SISAD 20243127588 del 05/10/2024 emitido desde Grupo de Gestión Financiera, dando respuesta solicitud desde la OCI, donde se manifiesta: “*Atentamente informo que la Gerencia Seccional Antioquia no comunicó al Grupo de Gestión Financiera, la programación de los arqueos de la vigencia 2023*”.

Recomendación

- Al interior de la Seccional Antioquia 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 Antioquia una vez realizado los comités primarios (reuniones) seguir suscribiendo actas donde se deje por escrito los resultados de los arqueos a cajas recaudadoras y sus compromisos adquiridos.
- 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.
- Para posteriores vigencias 2025, 2026 que se cuente con la programación de visitas para la realización de los arqueos a cajas recaudadoras, tener presente la utilización de la guía para la realización de arqueos a cajas recaudadoras CÓDIGO: GRF-GI-GUIA-001 V.V. (versión vigente).

Observación 17: Falla en la ejecución de la actividad No. 7 “..... y comunicarlos a los líderes de las áreas técnicas,”, ítem 2.2.2 Seguimiento, Control y Verificación de Ingresos, subítem 2.2.2.1 Seguimiento, Control y Verificación de Ingresos de Vigencia Actual, del procedimiento de ingresos GRFIN-GI-P-005 V.8.

Área responsable: Gerente Seccional.

Condición:

Realizado el relevamiento de información y entrevista con el responsable del manejo del Seguimiento y Control de Ingresos Seccional Antioquia, se evidenció que no se ejecutó parte de la actividad número siete (7) “Consolidar en forma mensual los Formatos de Seguimiento, Verificación y Control Diario de los Ingresos y comunicarlos a los líderes de las áreas técnicas, con el fin de que se efectúe seguimiento y validación de los servicios prestados de acuerdo con la facturación emitida”, subrayado fuera de texto. Actividad que hace parte del ítem 2.2.1 Seguimiento, Control y Verificación de Ingresos de Vigencia Actual, 2.2.2 Seguimiento, Control y Verificación de Ingresos.

Control que es indispensable “seguimiento y validación de los servicios prestados de acuerdo con la facturación emitida”, en pro de la verificación de los ingresos.

Criterio:

- Procedimiento de Gestión de Ingresos, se evidenció que la Unidad en su ítem 2.2.2 Seguimiento, Control y Verificación de Ingresos, 2.2.1 Seguimiento, Control y Verificación de Ingresos de Vigencia Actual, actividad número siete (7) “Consolidar en forma mensual los Formatos de Seguimiento, Verificación y Control Diario de los Ingresos y comunicarlos a los líderes de las áreas técnicas, con el fin de que se efectúe seguimiento y validación de los servicios prestados de acuerdo con la facturación emitida”, subrayado fuera de texto

Recomendación

- Al interior de la Seccional Antioquia mediante documento escrito, informar, dar a conocer a los líderes de las áreas técnicas los Formatos de Seguimiento, Verificación y Control Diario de los Ingresos que se consolidan mensualmente.
- Revisar periódicamente el procedimiento como autocontrol y así dar aplicación a cada una de las actividades que le competen a la Seccional.

Observación 18: Ausencia de la certificación de Paz y Salvo Ingresos Diarios Vigencia 2023. Incumplimiento del ítem 2.2.2 Seguimiento, Control y Verificación de Ingresos, 2.2.2.1 Seguimiento, Control y Verificación de Ingresos de Vigencia Actual, del procedimiento de ingresos GRFIN-GI-P-005 V.8.

Área responsable: Gerente Seccional.

Condición:

Realizado el relevamiento de información y entrevista con el responsable del manejo del Seguimiento y Control de Ingresos Seccional Antioquia, se evidenció que, a la fecha de la auditoría, para la vigencia 2023 se cuentan con 92 partidas por identificar para un valor de \$5.226.099,24 de 79.063 facturas para un valor total facturado de \$ 7.462.282.100,59.

Criterio:

- Procedimiento de Gestión de Ingresos, ítem 2.2.2 Seguimiento, Control y Verificación de Ingresos, 2.2.2.1 Seguimiento, Control y Verificación de Ingresos de Vigencia Actual.

Recomendación

- Reiterar a los recaudadores realizar diariamente la verificación de los registros de facturación y recaudo a través de los libros diarios de ingresos, versus los soportes físicos de las transacciones realizadas por los usuarios.
- Juntamente con los recaudadores dar solución a las inconsistencias o situaciones que se presenten con las partidas por identificar.
- Diariamente dejar organizado física y digitalmente el archivo de facturación y recaudo.
- Solicitar a los recaudadores se efectúe el envío semanalmente, los archivos de recaudos en formato digital, al responsable de ingresos.

7.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

7.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

- GRFIN2 SGC Posibilidad de afectación económica y reputacional por reconocimiento inoportuno de los ingresos.
- GRFIN3 SGC Posibilidad de afectación económica por presentación de estados financieros que no reflejan la realidad económica de la entidad.

7.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

De lo identificado en la observación número diez y ocho (18) “*No se cuenta con la certificación de Paz y Salvo Ingresos Diarios Vigencia 2023*”, se puede inferir la materialización del riesgo “*SGC Posibilidad de afectación económica y reputacional por reconocimiento inoportuno de los ingresos*”, dicha materialización se debe posiblemente a la inoportuna identificación de ingresos correspondientes a facturación y movimientos bancarios que se referencian en el Formato de Seguimiento, Verificación y Control Diario de los Ingresos forma 4-1001, por lo que se sugiere realizar un análisis de los aspectos mencionados para mitigar el riesgo y se lleve a cabo un plan de tratamiento del riesgo.

7.9.3. RIESGO(S) IDENTIFICADO(S) POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO QUE NO SE ENCUENTRA(N) EN EL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.

- Posibilidad de afectación económica por el desconocimiento del procedimiento y la normatividad vigente aplicable.
- Posibilidad de afectación económica y reputacional por la incorporación de personal sin una adecuada transferencia de conocimientos.

7.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Verificada la información contenida en la “MATRIZ CONSOLIDADA PLANES DE MEJORAMIENTO OCI” que se encuentra en el Sharepoint de la Oficina de Control Interno, la unidad auditable de esta auditoría no cuenta con observaciones y acciones vencidas concatenadas a planes de mejoramiento.

7.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de revisar la información del procedimiento de Ingresos GRFIN-GI-P-005 V.8, verificando la existencia y efectividad de los controles, así como el cumplimiento de la normatividad vigente, sin embargo, se detectaron debilidades que serán subsanadas en un plan de mejoramiento. Adicionalmente, se plantean las siguientes recomendaciones generales:

- Solicitar e incluir en el PIC (Plan Institucional de Capacitación), inducción y reinducción para funcionario y contratistas, facilitando así, la integración de los servidores públicos, contratistas y practicantes a la cultura organizacional, procedimientos, familiarizándolos con el entorno, responsabilidades y exigencias del cargo y obligaciones de los contratos.
- Asegurarse de que tantos servidores públicos, contratistas y practicantes estén realizando, ejecutando las funciones, actividades acordes a los numerales descritos en los procedimientos de los cuales son responsables.
- Evaluar la posibilidad de contar con indicadores de gestión, que permitan determinar los resultados de la administración 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.

8. GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

8.1 PROCESO DE APOYO

8.2 SUBPROCESO

N/A.

8.3 UNIDAD AUDITABLE

GF-GI-P-008 V4 Procedimiento Facturación y Recaudo.

8.4 OBJETIVO

Verificar la adecuada aplicación de las instrucciones y funciones asignadas a los recaudadores de servicios tarifados en pro de la misión Institucional.

8.5. ALCANCE

La Auditoría comprende la constatación, verificación del cumplimiento de las instrucciones ejecutadas y formalizadas en el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2023, gestionado por los recaudadores de la Gerencia Seccional Antioquia.

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

- Estatuto Tributario Art. 615, 617
- Ley 594 de 2000 “Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones”.
- 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”
- 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.
- Directiva Presidencial No. 04 de 2012 “Eficiencia Administrativa y Lineamientos de la Política Cero Papel en la Administración 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”.
- Resolución No. 00025980 del 13/12/2022 “Por la cual se reajustan las tarifas de los servicios técnicos que presta el Instituto Colombiano Agropecuario - ICA, actualizadas en la Resolución No. 0000040063 del 28 de diciembre del 2018, teniendo en cuenta el índice de Precios al Consumidor (IPC), certificado por el DANE para la vigencia 2023”.

8.8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

8.8.1 METODOLOGÍA

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

- Identificación en el Sistema de Información Diamante, de: Procedimiento GF-GI-P-008 V4 Facturación y Recaudo, su riesgo y controles asociados dentro de la cadena de valor, 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 a los procedimientos objeto de evaluación.
- Validación de la idoneidad de los soportes.
- Verificación Existencia Plan de Mejoramiento OCI
- 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 arquezos a cajas recaudadoras.
- Verificación de la existencia de la Resolución de designación como recaudador responsable de cajas recaudadoras con obligaciones específicas.
- Verificación de la existencia de Actas de Verificación.
- Verificación de la existencia de la forma 4-1002 Libro Diario de Recaudos
- SNRI, Libro Diario de Recaudos SIGMA Forma 4-1004, debidamente diligenciado.
- Verificación solicitud información a G. Gestión Financiera, Seccional Antioquia mediante SISAD 20243126714 y 20243126700 del 2024.

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.

8.8.2 MUESTRA

Las validaciones para esta auditoria se adelantaron de manera selectiva a las facturas SIGMA y soportes adjuntos (carpeta física, digital), 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 350 recibos, de donde a través de una técnica de muestreo aleatorio simple, se extrajo una muestra

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

de ciento cincuenta y una (151) que al interior cuenta con las facturas y soportes adjuntos correspondientes, 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 Facturación y Recaudo
Cálculo de la muestra para:	Facturación y Recaudo
Período Terminado:	31 de diciembre de 2023
Preparado por:	Helmer Antonio Silva Ladino
Fecha:	17/10/2024
Revisado por:	Juan Fernando Palacio Ortiz
Fecha:	17/10/2024
Referencia de PIT	Papel de trabajo aplicativo muestreo

INGRESO DE PARÁMETROS	
Tamaño de la Población (N)	350
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 151

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

8.8.3 FORTALEZAS

- La contratación de personal para el apoyo de la gestión de la unidad auditable.
- Resoluciones del nombramiento de los recaudadores de la Seccional.
- ERP-Applicativo 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.
- Equipo comprometido con su labor y que trabajan para el cumplimiento de sus objetivos.
- 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.
- 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.
- Existencia del Archivo digital de recaudo de la Seccional.
- Organización del archivo de los soportes adjuntos para la facturación donde se evidencia: original del soporte de pago, constatación de los datos registrados como banco, número de cuenta de recaudo, tercero que consignó, fecha de la consignación.
- Participación del Líder de la unidad auditada en el desarrollo de la Auditoría.
- Adecuada orientación de atención al cliente.

8.8.4 RESULTADOS

Realizada la verificación de los criterios establecidos en el plan de auditoría y de acuerdo con el alcance y objetivo de esta auditoría vigencia 2023, no se evidencian deficiencias en los controles que puedan desencadenar en riesgos y/o incumplimientos, sin embargo, se presentan recomendaciones para tener en cuenta dentro del andamiaje, esquema del procedimiento.

8.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

8.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

- GRFIN2 SGC Posibilidad de afectación económica y reputacional por reconocimiento inoportuno de los ingresos.
- GRFIN3 SGC Posibilidad de afectación económica por presentación de estados financieros que no reflejan la realidad económica de la entidad.

8.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

Analizado el riesgo establecido en el mapa de riesgos institucional, relacionado con el Procedimiento GF-GI-P-008 V4 Facturación y Recaudo, no se evidenció materialización de este.

8.9.3. RIESGO(S) IDENTIFICADO(S) POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO QUE NO SE ENCUENTRA(N) EN EL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.

- Posibilidad de afectación económica por el desconocimiento del procedimiento y la normatividad vigente aplicable.
- Posibilidad de afectación económica y reputacional por la incorporación de personal sin una adecuada transferencia de conocimientos.

8.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Verificada la información contenida en la “MATRIZ CONSOLIDADA PLANES DE MEJORAMIENTO OCI” que se encuentra en el Sharepoint de la Oficina de Control Interno, la unidad auditable de esta auditoría no cuenta con observaciones y acciones vencidas concatenadas a planes de mejoramiento.

8.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de revisar la información del Procedimiento GF-GI-P-008 V4 Facturación y Recaudo, verificando la existencia y efectividad de los controles, así como el cumplimiento de la normatividad vigente. No obstante, es pertinente considerar las siguientes recomendaciones generales:

- Solicitar e incluir en el PIC (Plan Institucional de Capacitación), inducción y reinducción para funcionario y contratistas, facilitando así, la integración de los servidores públicos, contratistas y practicantes a la cultura organizacional, procedimientos, familiarizándolos con el entorno, responsabilidades y exigencias del cargo y obligaciones de los contratos.
- Asegurarse de que tantos servidores públicos, contratistas y practicantes estén realizando, ejecutando las funciones, actividades acordes a los numerales descritos en los procedimientos de los cuales son responsables.
- Evaluar la posibilidad de contar con indicadores de gestión, que permitan determinar los resultados de la administración frente a sus objetivos, metas y responsabilidades.
- Promover al interior de la Seccional el conocimiento de cada uno de los procedimientos en los cuales intervienen los servidores y contratistas.
- Seguir con la buena práctica de la suscripción de las actas de verificación.
- Continuar con el reporte semanal del archivo digital y asegurar el envío con la periodicidad dentro del procedimiento.
- Proseguir con la digitalización y organización de los soportes adjuntos a las facturas SIGMA y SNRI.
- Llevar a cabo capacitaciones periódicamente a los recaudadores indicando la importancia y correcta gestión de los archivos digitales, dándoles a entender las consecuencias del incumplimiento en la remisión de archivos digitales y la suscripción de actas.

9. GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

9.1 PROCESO DE APOYO

9.2 SUBPROCESO

N/A.

9.3 UNIDAD AUDITABLE

GRFIN-SAF-P-013 V1 Procedimiento de Recaudo del SNRI.

9.4 OBJETIVO

Verificar la adecuada aplicación de la gestión del recaudo de los servicios tarifados, alineado a la Resolución de Tarifas vigente con la emisión de la respectiva factura, en pro de la misión Institucional.

9.5 ALCANCE

La Auditoría comprende la verificación de la facturación aplicada a la Resolución de Tarifas vigente, comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2023, gestionado por el Expedidor de GSMI o recaudadores de la Gerencia Seccional Antioquia.

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.

9.6 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.

9.7 CRITERIOS

- 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.
- Ley 594 de 2000 “Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones”.
- 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”.
- Resolución No. 00025980 del 13/12/2022 “Por la cual se reajustan las tarifas de los servicios técnicos que presta el Instituto Colombiano Agropecuario - ICA, actualizadas en la Resolución No. 0000040063 del 28 de diciembre del 2018, teniendo en cuenta el índice de Precios al Consumidor (IPC), certificado por el DANE para la vigencia 2023”.

9.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

9.8.1 METODOLOGÍA

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

- Identificación en el Sistema de Información Diamante, de: Procedimiento GRFIN-SAF-P-013 V1 Procedimiento de Recaudo del SNRI, su riesgo y controles asociados dentro de la cadena de valor, 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 a los procedimientos objeto de evaluación.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Validación de la idoneidad de los soportes.
- Verificación Existencia Plan de Mejoramiento OCI
- Verificación de los procesos de autorización y segregación de funciones.
- Verificación solicitud información a G. Gestión Financiera, Seccional Antioquia mediante SISAD 20243126714 y 20243126700 del 2024.

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.

9.8.2 MUESTRA

Las validaciones para esta auditoria se adelantaron de manera selectiva a las facturas SNRI y soportes adjuntos, 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 57000 facturas, de donde a través de una técnica de muestreo aleatorio simple, se extrajo una muestra de doscientas sesenta y cuatro (264) que al interior cuenta con las facturas y soportes adjuntos correspondientes, 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:	Recaudo SNRI
Cálculo de la muestra para:	Recaudo SNRI
Período Terminado:	31 de diciembre de 2023
Preparado por:	Helmer Antonio Silva Ladino
Fecha:	17/10/2024
Revisado por:	Juan Fernando Palacio Ortiz
Fecha:	17/10/2024
Referencia de PIT	Papel de trabajo aplicativo muestreo

INGRESO DE PARAMETROS	
Tamaño de la Población (N)	57.000
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	264

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

9.8.3 FORTALEZAS

- La contratación de personal para el apoyo de la gestión de la unidad auditable.
- Resoluciones del nombramiento de los recaudadores de la Seccional.
- ERP-Applicativo 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.
- Equipo comprometido con su labor y que trabajan para el cumplimiento de sus objetivos.
- 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.
- 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.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Organización del archivo de los soportes adjuntos para la facturación donde se evidencia: original del soporte de pago, constatación de los datos registrados como banco, número de cuenta de recaudo, tercero que consignó, fecha de la consignación.
- Participación del Líder de la unidad auditada en el desarrollo de la Auditoría.
- Adecuada orientación de atención al cliente.

9.8.4 RESULTADOS

Realizada la verificación de los criterios establecidos en el plan de auditoría y de acuerdo con el alcance y objetivo de esta auditoría vigencia 2023, no se evidencian deficiencias en los controles que puedan desencadenar en riesgos y/o incumplimientos, sin embargo, se presentan recomendaciones para tener en cuenta dentro del andamiaje, esquema del procedimiento.

9.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

9.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

- GRFIN2 SGC Posibilidad de afectación económica y reputacional por reconocimiento inoportuno de los ingresos.
- GRFIN3 SGC Posibilidad de afectación económica por presentación de estados financieros que no reflejan la realidad económica de la entidad.

9.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

Analizado el riesgo establecido en el mapa de riesgos institucional, relacionado con el Procedimiento GRFIN-SAF-P-013 V1 Procedimiento de Recaudo del SNRI, no se evidenció materialización de este.

9.9.3. RIESGO(S) IDENTIFICADO(S) POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO QUE NO SE ENCUENTRA(N) EN EL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.

- Posibilidad de afectación económica por el desconocimiento del procedimiento y la normatividad vigente aplicable.
- Posibilidad de afectación económica y reputacional por la incorporación de personal sin una adecuada transferencia de conocimientos.

9.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Verificada la información contenida en la “MATRIZ CONSOLIDADA PLANES DE MEJORAMIENTO OCI” que se encuentra en el Sharepoint de la Oficina de Control Interno, la unidad auditable de esta auditoría no cuenta con observaciones y acciones vencidas concatenadas a planes de mejoramiento.

9.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de revisar la información del Procedimiento GRFIN-SAF-P-013 V1 Procedimiento de Recaudo del SNRI, verificando la existencia y efectividad de los controles, así como el cumplimiento de la normatividad vigente. No obstante, es necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones generales:

- Solicitar e incluir en el PIC (Plan Institucional de Capacitación), inducción y reinducción para funcionario y contratistas, facilitando así, la integración de los servidores públicos, contratistas y practicantes a la cultura organizacional, procedimientos, familiarizándolos con el entorno, responsabilidades y exigencias del cargo y obligaciones de los contratos.
- Asegurarse de que tantos servidores públicos, contratistas y practicantes estén realizando, ejecutando las funciones, actividades acordes a los numerales descritos en los procedimientos de los cuales son responsables.
- Evaluar la posibilidad de contar con indicadores de gestión, que permitan determinar los resultados de la administración frente a sus objetivos, metas y responsabilidades.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Promover al interior de la Seccional el conocimiento de cada uno de los procedimientos en los cuales intervienen los servidores y contratistas.
- Proseguir con la digitalización y organización de los soportes adjuntos a las facturas SNRI.
- Qué en la eventualidad que observen actividades que no se ejecutan en el procedimiento, informar a oficina central Grupo de Gestión Financiera, para que se realice la actualización al procedimiento.

10. PROCESO ATENCIÓN AL CIUDADANO

10.1 PROCESO DE APOYO

10.2 SUBPROCESO: No Aplica

10.3 UNIDAD AUDITABLE

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

10.4 OBJETIVO

Verificar la ejecución y el cumplimiento del procedimiento “Registro, seguimiento y control de PQRSD (ACIU-PQR-P-002), el cual se encuentra formalizado en el sistema de información Diamante del Instituto, del cual se verificó la normatividad aplicable, la gestión oportuna, los tiempos establecidos, la implementación de controles, los instructivos y formas asociadas y la gestión del riesgo.

10.5. ALCANCE

Verificación del procedimiento “Registro, seguimiento y control de PQRSD (ACIU-PQR-P-002), al igual que los instructivos y formas asociadas, gestionado por la Gerencia Seccional Antioquia, durante la vigencia 2023.

Así mismo, realizar seguimiento a los planes de mejoramiento vigentes de la seccional, que tienen inmersas acciones vencidas, relacionadas con las unidades auditables.

10.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

En esta auditoría no se presentó limitación alguna al alcance.

10.7 CRITERIOS

Para el desarrollo del ejercicio de la auditoría al PROCEDIMIENTO REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Artículo 14 de la ley 1755 del 2015.
- ACIU-PQR-P-002 PROCEDIMIENTO REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD Versión 5.
- ACIU-PQR-G-001 GUÍA PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA FORMA 4-019 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD Versión 3.
- GD-SAF-P-031 V.2 PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS DERECHOS DE PETICIÓN Versión 2.
- Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6 del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DIR-OAP-G-007 Versión 6.

10.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

En la realización de la auditoría, se tuvieron en cuenta diferentes técnicas con el fin de obtener evidencias suficientes para contrastar la información recolectada, tales como: comparación, indagación, comprobación, verificación e inspección digital, necesarias para la determinación de los hallazgos encontrados.

10.8.1 METODOLOGÍA

Para evaluar la efectividad de los controles establecidos y la aplicación de las actividades del procedimiento en concordancia con la normatividad aplicable se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- **Revisión de Documentación Previa:** Se realizó una revisión preliminar del documento ACIU-PQR-P-002 PROCEDIMIENTO REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD Versión 5. consultado en el sistema de información diamante, analizando las principales actividades del mismo y demás aspectos claves.
- **Recolección de Información:** Se realizó solicitud de información a través de memorando a la Gerencia Seccional. La información entregada por el área auditada se realizó a través de una carpeta compartida de One Drive. También durante la realización de la auditoría interna en campo se tomaron evidencias documentales.
- **Evaluación de Riesgos:** Se evaluaron los riesgos aplicables a la unidad auditable y la aplicación de los controles establecidos.
- **Análisis de Datos:** Se analizaron los datos recolectados utilizando la herramienta de tabulación, filtrado y selección de datos Microsoft Excel. Para el desarrollo de esta auditoría se analizó la siguiente información:
 - PQRSD radicadas y gestionadas en la Gerencia Seccional Antioquia, las cuales se consolidan en la forma 4-019.
 - Archivos y evidencias de radicación y respuesta de PQRSD asignadas a la gerencia seccional.
 - Archivo electrónico de PQRSD de la gerencia seccional.
 - Actas de apertura de buzón en físico.
- **Verificación de datos e información suministrada:** Durante la realización en campo de la auditoría interna se contrastó la información suministrada por la seccional versus las actividades del procedimiento mediante observación y verificación de evidencias físicas y digitales.

La naturaleza de la labor de auditoría interna ejecutada por la Oficina de Control Interno, al estar supeditada al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, se encuentra limitada por restricciones de tiempo, recursos y alcance, razón por la que procedimientos más detallados podrían develar asuntos no abordados en la ejecución de esta actividad

10.8.2 MUESTRA

Para la definición del tamaño de la muestra y la selección de los expedientes se llevó a cabo el siguiente procedimiento:

Definición de la Población:

Para determinar el tamaño de la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes universos de auditoría obtenidos de las bases de datos facilitadas por el área auditada:

- 191 PQRSD radicadas en la Gerencia Seccional.
- 210 PQRSD radicadas en Oficinas Nacionales

Tamaño de la Muestra:

Se utilizó el libro de Excel de muestreo de la caja de herramientas de la función pública, para determinar el tamaño de la muestra adecuada para el ejercicio de revisión, dicho aplicativo se basa en la fórmula estadística para determinación de la muestra de poblaciones finitas:

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

Donde

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

Para cada una de las poblaciones definidas el tamaño de la muestra quedó de la siguiente manera:

- **PQRSD Radicadas en Oficinas Nacionales**

Tabla No.6 Variables muestra PQRSD radicadas en Oficinas Nacionales

Tamaño de la Población (N)	Error muestral (E)	Proporción de éxito (P)	Nivel de confianza	Valor de la distribución normal estándar de acuerdo al nivel de confianza (Z)
191	10%	8%	90%	1,645

Fuente: Elaboración OCI

Tamaño de muestra: 19

- **PQRSD Radicadas en la Gerencia Seccional Antioquia**

Tabla No. 7 Variables muestra PQRSD radicadas en la Gerencia Seccional Antioquia

Tamaño de la Población (N)	Error muestral (E)	Proporción de éxito (P)	Nivel de confianza	Valor de la distribución normal estándar de acuerdo al nivel de confianza (Z)
210	10%	10%	90%	1,645

Fuente: Elaboración OCI

Tamaño de muestra: 22

Método de Selección de la Muestra:

Para la selección de los expedientes a revisar, una vez determinado el tamaño de la muestra, se utilizó el método de selección aleatorio simple.

Criterios de Inclusión

Los criterios utilizados para incluir expedientes en la muestra a revisar fueron:

- **Tipo de Petición:** se tuvieron en cuenta para incluir en la muestra: Petición de Información, Queja, Reclamo, Denuncia y Recurso.
- **Medio de Recepción:** Correo Electrónico, Buzón, formulario de peticiones (página web) y presencial.
- **Lugar de Recepción:** Oficinas Nacionales y Gerencia Seccional Antioquia.

Procedimiento de selección de la muestra:

- Se consolidaron 2 bases de datos de las PQRSD gestionadas por la gerencia seccional Antioquia: una para Oficinas Nacionales y otra para la gerencia seccional.
- Se seleccionaron aleatoriamente los expedientes a revisar en cada base de datos utilizando en Excel la fórmula: =ALEATORIO.ENTRE(), quedando la muestra de la siguiente manera:

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

Tabla No. 8 Muestra de PQRSD seleccionada

N	Radicado	Tipo de Petición	Medio de Recepción	Lugar de Recepción
1	ICA20231001662	Petición de Información	Buzón	Oficinas Nacionales
2	ICA20231012822	Denuncia	Buzón	Oficinas Nacionales
3	ICA20231001925	Reclamo	Buzón	Oficinas Nacionales
4	ICA20231000598	Petición de Información	Buzón	Oficinas Nacionales
5	20231122347	Denuncia	Correo Electrónico	Oficinas Nacionales
6	20231122321	Reclamo	Correo Electrónico	Oficinas Nacionales
7	ICA20231008272	Petición de Información	Buzón	Oficinas Nacionales
8	ICA20231004610	Queja	Buzón	Oficinas Nacionales
9	13231102000	Petición de Información	Buzón	Antioquia
10	ICA20231002217	Petición de Información	Buzón	Oficinas Nacionales
11	ICA20231012615	Queja	Buzón	Oficinas Nacionales
12	13231102001	Queja	Buzón	Antioquia
13	ICA20231005038	Petición de Información	Buzón	Oficinas Nacionales
14	ICA20231014709	Queja	Formulario de Peticiones	Oficinas Nacionales
15	20231121848	Queja	Buzón	Oficinas Nacionales
16	20231118985	Petición de Información	Buzón	Oficinas Nacionales
17	ICA20231003087	Petición de Información	Buzón	Oficinas Nacionales
18	ICA20231002594	Petición de Información	Buzón	Oficinas Nacionales
19	ICA20231015482	Petición de Información	Buzón	Oficinas Nacionales
20	13231102488	Queja	Correo Electrónico	Antioquia
21	13231102724	Queja	Presencial - verbal	Antioquia
22	13231102935	Queja	Presencial - verbal	Antioquia
23	13231103114	Queja	Correo Electrónico	Antioquia
24	13231103765	Queja	Correo Electrónico	Antioquia
25	13231103910	Queja	Presencial - verbal	Antioquia
26	13231101941	Petición de Información	Correo Electrónico	Antioquia
27	13231104987	Queja	Correo Electrónico	Antioquia
28	ICA13231000334	Reclamo	Correo Electrónico	Antioquia
29	13231102739	Petición de Información	Correo Electrónico	Antioquia
30	ICA13231000251	Reclamo	Correo Electrónico	Antioquia
31	ICA13231001246	Petición de Información	Correo Electrónico	Antioquia

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

N	Radicado	Tipo de Petición	Medio de Recepción	Lugar de Recepción
32	ICA13231000701	Petición de Información	Correo Electrónico	Antioquia
33	13231102837	Petición de Información	Correo Electrónico	Antioquia
34	ICA13231001169	Recurso	Correo Electrónico	Antioquia
35	13231105650	Petición de Información	Correo Electrónico	Antioquia
36	13231101689	Petición de Información	Correo Electrónico	Antioquia
37	13231104135	Petición de Información	Correo Electrónico	Antioquia
38	13231101923	Petición de Información	Correo Electrónico	Antioquia
39	ICA13231001263	Denuncia	Correo Electrónico	Antioquia
40	13231101667	Denuncia	Correo Electrónico	Antioquia
41	13231102317	Denuncia	Correo Electrónico	Antioquia

Fuente: Elaboración OCI

10.8.3 FORTALEZAS

El desarrollo de la auditoría interna al procedimiento de REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD en la gerencia seccional Antioquia permitió evidenciar un adecuado Manejo de los expedientes electrónicos de los derechos de petición, lo que asegura el almacenamiento, trazabilidad y accesibilidad de la documentación asociada a las PQRSD según los lineamientos dados por el PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS DERECHOS DE PETICIÓN.

10.8.4 RESULTADOS

Observación 19: Incumplimiento a lo establecido en el artículo 14 de la ley 1755 del 2015, “Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones” e incumplimiento del procedimiento ACIU-PQR-P-002 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD actividad 5 “Recibir la petición y dar la respuesta correspondiente, en los tiempos establecidos para cada tipo de petición”, dado que se evidenció en el desarrollo de la auditoría que en la vigencia 2023 de la muestra tomada 16 de 41 peticiones se contestaron fuera de los términos establecidos.

Área responsable: Gerencia Seccional Antioquia.

Observación reiterativa

Recomendación

- Diligenciar adecuadamente la forma 4-019, teniendo en cuenta que los tiempos de respuesta para cada tipo de petición se cuentan al día siguiente en que el usuario lo radica en el Instituto.
- Realizar seguimiento a las PQRSD radicadas y registradas en la forma 4-019 con el fin de tener control de las peticiones próximas a vencer y gestionarlas dentro de los tiempos establecidos.

Observación 20: Incumplimiento a la GUÍA PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA FORMA 4-019 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD V.3 Inciso DESCRIPCIÓN DE LOS CAMPOS ítems: “Medio de Recepción: En este campo se debe seleccionar el medio utilizado por el usuario/ciudadano para presentar la petición, como: Correo Electrónico, Buzón, Ventanilla única de correspondencia, formulario de peticiones (página web), presencial o telefónica cuando la petición se haya registrado a través de la Forma 4-574

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Registro de peticiones, quejas y reclamos verbales. Se debe tener en cuenta que este espacio cuenta con una pestaña interactiva que permite seleccionar la opción, por lo tanto, no se debe digitar. Lugar de Recepción: Seleccione el lugar en donde se recibe la petición, ej: Oficinas Nacionales; Amazonas, Norte de Santander, etc, en esta columna se debe colocar solo el nombre de la gerencia seccional que corresponda.”, dado que en 17 de 41 peticiones revisadas de la muestra para la vigencia 2023, se evidenció inadecuado diligenciamiento de los campos: Medio de Recepción y Fecha de Recibo de la petición en el ICA en la forma 4-019.

Área responsable: Gerencia Seccional Antioquia.

Recomendación

- Realizar entrenamiento a las personas responsables del diligenciamiento de la forma 4-019 en las disposiciones dadas en la GUÍA PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA FORMA 4-019 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD.
- Implementar un mecanismo de control que permita una segunda revisión de la matriz consolidada de manera periódica, de tal manera que se verifique el adecuado diligenciamiento de la forma 4-019 Registro, Seguimiento y Control de PQRSD

Observación 21: Incumplimiento al procedimiento ACIU-PQR-P-002 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD V.5 Actividad 2: “Revisar los buzones de atención al ciudadano dos veces por mes en compañía de un testigo”, debido a que solo se evidenciaron 7 de las 24 actas de apertura de buzón para la vigencia 2023, con lo que no se puede tener la trazabilidad del número exacto de PQRSD radicadas por este medio.

Área responsable: Gerencia Seccional Antioquia.

Recomendación

- Implementar un sistema de alerta o recordatorio automatizado que notifique a los responsables de la apertura de buzón, sobre las fechas programadas para la apertura y revisión del buzón.
- Organizar los registros de apertura de buzón de atención al ciudadano de acuerdo con lo establecido en las TRD.

Observación 22: Incumplimiento al procedimiento ACIU-PQR-P-002 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD V.5 Actividad 10 “Revisar y enviar con memorando a través del Sistema de Administración Documental al Coordinador del Grupo de Atención al Ciudadano, el registro de las peticiones recibidas y tramitadas en su Seccional, durante cada trimestre, a más tardar el día 5 del mes siguiente al vencimiento de cada trimestre, de acuerdo a las indicaciones dadas por el Grupo de Atención al Ciudadano, con el fin de ser consolidadas en la Forma 4-019 “Registro, seguimiento y control de peticiones””, puesto que no se evidenció el envío de los informes trimestrales al grupo de atención al ciudadano por parte de la gerencia seccional Antioquia durante la vigencia 2023.

Área responsable: Gerencia Seccional Antioquia.

Recomendación

- Realizar entrenamiento al personal responsable de la gerencia seccional en las actividades del procedimiento ACIU-PQR-P-002 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD vigente.
- Implementar un mecanismo de control que permita a la gerencia seccional garantizar el envío de los informes consolidados de las PQRSD al grupo de atención al ciudadano.

10.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

10.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

En el desarrollo de la auditoria se llevaron a cabo validaciones y revisiones a la gestión del riesgo realizada por el proceso en la gerencia seccional, verificando aplicación de controles con sus respectivas evidencias. Los riesgos asociados a la unidad auditable son los siguientes:

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- **ACIU1:** SGC Posibilidad de afectación reputacional por respuesta inoportuna y/o sin atender de PQRSD por parte de las dependencias competentes de emitir el pronunciamiento.
- **ACIU3:** COR Posibilidad de afectación reputacional por dilación y/o demoras injustificadas en la atención de PQRSD para favorecimiento propio o de un tercero

De esta revisión y validación se evidencian las siguientes situaciones:

Observación 23: Falta de adherencia a la GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DIR-OAP-G-007 Versión 6, NUMERAL: 9.3 SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA “Entre las actividades específicas como responsabilidad de la segunda línea de defensa, se encuentran: Revisión del diseño de los controles para la mitigación de los riesgos que se han establecido por parte de la primera línea de defensa y realizar las recomendaciones y seguimiento a las actividades de control para el fortalecimiento” y el NUMERAL 9.2 PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA - Actividad: “Revisión como parte de sus procedimientos de supervisión, la revisión del adecuado diseño y ejecución de los controles establecidos para la mitigación de los riesgos”, toda vez que se evidencian falencias en el diseño y aplicación de los controles que permitan reducir o mitigar la ocurrencia de los riesgos asociados a la Unidad Auditable. Durante el desarrollo de la auditoría interna basada en riesgos se evidenció para el riesgo ACIU1, que el control: 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, resulta insuficiente para evitar la materialización del riesgo, por cuanto se evidenció en la auditoría 16 PQRSD con respuestas fuera de término y errores en el diligenciamiento de la forma 4-019 que muestran que dicho control no se aplica adecuadamente.

Área responsable: Grupo de Atención al Ciudadano y Gerencia Seccional Antioquia.

Recomendación

Tener en cuenta lo establecido en la GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DIR-OAP-G-007 Versión 6 y la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6 del Departamento Administrativo de la Función Pública, para identificar y documentar adecuadamente los riesgos asociados al proceso, al igual que diseñar de manera pertinente los controles y sus evidencias de aplicación, para garantizar la gestión del riesgo en la realización de las actividades del proceso.

10.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

Observación 24: Materialización del Riesgo ACIU1: SGC Posibilidad de afectación reputacional por respuesta inoportuna y/o sin atender de PQRSD por parte de las dependencias competentes de emitir el pronunciamiento, puesto que en el desarrollo de la auditoría interna basada en riesgos se evidenciaron 16 de 41 peticiones de la muestra seleccionada contestadas fuera de los términos establecidos en la ley 1755 del 2015.

Área responsable: Grupo de Atención al Ciudadano y Gerencia Seccional Antioquia

Recomendación

- Identificar las causas que originaron la materialización del riesgo.
- Evaluar los controles definidos y ajustarlos de ser necesario.
- Definir plan de intervención para evitar que el riesgo se materialice nuevamente.

10.9.3. RIESGO(S) IDENTIFICADO(S) POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO QUE NO SE ENCUENTRA(N) EN EL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.

Durante el ejercicio de la auditoría interna basada en riesgos desarrollada por la oficina de control interno, se identificaron los siguientes riesgos asociados que no se encuentran en el mapa de riesgos institucional:

- Afectación reputacional por Omisión o errores en el registro de PQRSD que puede generar pérdidas de información, quejas sin resolver y dificultades en la trazabilidad de cada caso.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Posibilidad de afectación económica por sanciones al instituto debido a la falta de supervisión adecuada al proceso de radicación, asignación y respuesta de las PQRSD que se radican en el Instituto.

10.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Una vez realizado el seguimiento a los planes de mejoramiento en la seccional Antioquia, se encuentra que para la unidad auditable: **ACIU-PQR-P-002 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD**, se cuenta con una acción de mejoramiento vencida correspondiente a la vigencia 2019:

- Realizar las respuestas en los tiempos definidos para los PQR, realizados por los ciudadanos, entes del estado, correo electrónico o la página web del Instituto.

En el desarrollo de la auditoría interna basada en riesgos la gerencia seccional Antioquia no aportó las evidencias necesarias que permitieran constatar que la acción de mejora se ejecutara en las fechas propuestas, sin embargo, la observación que dio origen a la acción de mejora en cuestión, se vuelve a identificar en esta auditoría, debido a que se presenta incumplimiento al artículo 14 de la ley 1755 del 2015 por PQRSD contestadas fuera de término, lo que dio origen a una **Observación reiterativa**.

10.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

Del ejercicio de auditoría interna basada en riesgos realizado por la Oficina de Control interno se concluye lo siguiente:

- Se evidenció un **incumplimiento reiterativo** del artículo 14 de la ley 1755 del 2015 en lo referente a los términos para resolver las distintas modalidades de peticiones, volviendo a presentarse la misma observación que se documentó en la auditoría del 2019 realizada al procedimiento en la Gerencia Seccional, motivo por el cual se requiere que se tomen medidas inmediatas para subsanar esta situación con acciones que permitan garantizar que no se presente nuevamente.
- Se evidenciaron falencias en la gestión de riesgos realizada por el área auditada en lo referente a la identificación de riesgos y la aplicación de los controles definidos, lo que permitió la materialización del riesgo ACIU1.

De igual manera se realizan las siguientes recomendaciones:

- Implementar acciones inmediatas para los incumplimientos reiterativos que se evidenciaron durante la realización de esta auditoría en lo relacionado con los términos para resolver las distintas modalidades de peticiones del artículo 14 de la ley 1755 del 2015.
- Realizar una evaluación general de riesgos conforme a lo establecido en la GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DIR-OAP-G-007 Versión 6 y la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6 del Departamento Administrativo de la Función Pública, con el fin de que se garantice la identificación adecuada de riesgos aplicables al área y el diseño y documentación de los controles necesarios que permitan reducir o mitigar la materialización de los mismos.

11. PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

11.1 PROCESO DE APOYO

11.2 SUBPROCESO SERVICIOS GENERALES

11.3 UNIDAD AUDITABLE

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

11.4 OBJETIVO

Verificar la ejecución y el cumplimiento del procedimiento “Servicio parque automotor, administración, uso y cuidado (GRFIS-SER-P-001)” versión 3, el cual se encuentra formalizado en el sistema de información Diamante del Instituto, de dicho procedimiento se verificará: la normatividad aplicable, la gestión oportuna de las actividades, los tiempos establecidos, la implementación de controles y la gestión del riesgo.

11.5 ALCANCE:

Verificación del procedimiento “Servicio parque automotor, administración, uso y cuidado (GRFIS-SER-P-001) Versión 3, gestionado por la Gerencia Seccional Antioquia, durante la vigencia 2023.

Así mismo, se realizará seguimiento a los planes de mejoramiento vigentes de la seccional, que tienen inmersas acciones vencidas, relacionadas con la unidad auditable.

11.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

La auditoría interna basada en riesgos realizada a la unidad auditable GRFIS-SER-P-001 PROCEDIMIENTO SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO Versión 3 vigencia 2023 en la Gerencia Seccional Antioquia, presentó una limitación al alcance debido a que no se recibió la siguiente información: Inventario del parque automotor asignado a la seccional Antioquia durante la vigencia 2023, especificando por cada uno: Placa de inventario, placa del vehículo, ubicación física, clase y tipo de vehículo, solicitada mediante memorando 20243126318 del 23/09/2024 al Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes. Por tal motivo, en el desarrollo de la auditoría interna no se pudo contrastar la información de las bases de datos del Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes frente a la suministrada por la gerencia seccional, generando riesgo de inconsistencias en los inventarios de los bienes del Instituto y lo presentado por la Gerencia Seccional.

11.7 CRITERIOS

- PROCEDIMIENTO GRFIS-SER-P-001 SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO Versión 3.
- Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6 del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DIR-OAP-G-007 Versión 6.
- Política de Gestión Documental (ICA) – GD-SAF POL-001
- Reglamento de Gestión Documental GD-SAF-G-006
- Tabla de Retención Documental No. 800-2
- GRFIS-INV-P-001 procedimiento Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA.

11.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

En la realización de la auditoría, se tuvieron en cuenta diferentes técnicas con el fin de obtener evidencias suficientes para la determinación de los hallazgos encontrados, tales como: comparación, indagación, comprobación, verificación e inspección digital.

11.8.1 METODOLOGÍA

Para evaluar la efectividad de los controles establecidos y la aplicación de las actividades del procedimiento en concordancia con la normatividad aplicable, se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- **Revisión de Documentación Previa:** Se realizó una revisión preliminar del documento GRFIS-SER-P-001 PROCEDIMIENTO SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO Versión 3, analizando las principales actividades y demás aspectos claves.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- **Recolección de Información:** Se realizó solicitud de información a través de memorando a la Gerencia Seccional. La información entregada por el área auditada se realizó a través de una carpeta compartida de One Drive. También durante la realización de la auditoría interna en campo se tomaron evidencias documentales.
- **Evaluación de Riesgos:** Se evaluaron los riesgos aplicables a la unidad auditable y la aplicación de los controles establecidos.
- **Análisis de Datos:** Se analizaron los datos recolectados utilizando la herramienta de tabulación, filtrado y selección de datos Microsoft Excel. Para el desarrollo de esta auditoría se analizó la siguiente información:
 - Base de datos del parque automotor asignado a la Gerencia Seccional Antioquia.
- **Verificación de datos e información suministrada:** Durante la realización en campo de la auditoría interna se contrastó la información suministrada por la seccional versus las actividades del procedimiento mediante observación y verificación de evidencias físicas y digitales.

La naturaleza de la labor de auditoría interna ejecutada por la Oficina de Control Interno, al estar supeditada al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, se encuentra limitada por restricciones de tiempo, recursos y alcance, razón por la que procedimientos más detallados podrían develar asuntos no abordados en la ejecución de esta actividad

11.8.2 MUESTRA

Para la definición del tamaño de la muestra y la selección de los expedientes a revisar se llevó a cabo el siguiente procedimiento:

Definición de la Población:

Para determinar el tamaño de la muestra se tuvo en cuenta el universo de auditoría obtenido de la base de datos facilitada por el área auditada, el cual consistía en 80 vehículos asignados a la gerencia seccional.

Tamaño de la Muestra:

Se utilizó el libro de Excel de muestreo de la caja de herramientas de la función pública, para determinar el tamaño de la muestra adecuada para el ejercicio de revisión, dicho aplicativo se basa en la fórmula estadística para determinación de la muestra de poblaciones finitas:

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

Donde

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

El tamaño de la muestra quedó así:

Tabla No. 9 Variables muestra vehículos parque automotor Antioquia.

Tamaño de la Población (N)	Error muestral (E)	Proporción de éxito (P)	Nivel de confianza	Valor de la distribución normal estándar de acuerdo al nivel de confianza (Z)
80	10%	10%	90%	1,645

Fuente: Elaboración OCI

Tamaño de muestra: 20

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Método de Selección de la Muestra:

Para la selección de los expedientes a revisar, una vez determinado el tamaño de la muestra, se utilizó el método de selección aleatorio simple.

Criterios de Inclusión

Los criterios utilizados para incluir expedientes en la muestra a revisar fueron:

- **Clase de vehículo:** dentro de la muestra se tuvieron en cuenta: carros, camionetas, motocicletas y camperos.
- **Estado:** se tuvieron en cuenta dentro de la muestra el estado: en servicio, en bodega para mantenimiento, en bodega para clasificar inservible e inmovilizado.

Procedimiento de selección de la muestra:

- Se seleccionaron aleatoriamente los expedientes a revisar en la base de datos utilizando en Excel la fórmula: =ALEATORIO.ENTRE(), de acuerdo con los criterios definidos, quedando la muestra de la siguiente manera:

Tabla No. 10 Muestra de vehículos seleccionada.

N	PLACA DEL VEHÍCULO	CLASE DE VEHÍCULO	MODELO	MARCA	LÍNEA	ESTADO
1	AWR93D	MOTOCICLETA	2013	YAMAHA	XTZ125	EN SERVICIO
2	OJX835	CAMIONETA	2016	RENAULT	DUSTER	EN SERVICIO
3	ILN12F	MOTOCICLETA	2020	SUZUKI	GN 125	EN SERVICIO
4	PKS71D	MOTOCICLETA	2013	YAMAHA	XTZ125	EN SERVICIO
5	YWJ39A	MOTOCICLETA	2005	HONDA	NXR125KS	EN BODEGA PARA CLASIFICAR A INSERVIBLE
6	UXM60C	MOTOCICLETA	2013	YAMAHA	XTZ125E	EN BODEGA PARA MANTENIMIENTO
7	LJR948	CAMIONETA	2023	RENAULT	OROCH	EN SERVICIO
8	URK92A	MOTOCICLETA	2010	BAJAJ	DISCOVER135	EN BODEGA PARA MANTENIMIENTO
9	EHW58B	MOTOCICLETA	2007	SUZUKI	TS 125	EN BODEGA PARA CLASIFICAR A INSERVIBLE
10	BWO90E	MOTOCICLETA	2013	YAMAHA	XTZ125	EN SERVICIO
11	COY86B	MOTOCICLETA	2007	SUSUKI	DR.200	EN BODEGA PARA MANTENIMIENTO
12	ODS838	CAMPERO	2011	CHEVROLET	VITARA	EN SERVICIO
13	OCK143	CARRO	2013	CHEVROLET	VITARA	EN BODEGA PARA MANTENIMIENTO
14	UXM60C	MOTOCICLETA	2013	YAMAHA	XTZ125E	EN BODEGA PARA MANTENIMIENTO
15	WVK60C	MOTOCICLETA	2013	HONDA	XR 125 L	INMOVILIZADA
16	UMS11D	MOTOCICLETA	2016	YAMAHA	XTZ125	EN BODEGA PARA MANTENIMIENTO
17	AWS34D	MOTOCICLETA	2013	CHEVROLET	VITARA	EN BODEGA PARA MOTTO
18	JVA69C	MOTOCICLETA	2014	YAMAHA	YBR-125E	EN BODEGA PARA MANTENIMIENTO
19	TLT59	MOTOCICLETA	2002	SUZUKI	AX100	EN BODEGA PARA CLASIFICAR A INSERVIBLE
20	OBI736	CAMPERO	2011	CHEVROLET	VITARA	EN SERVICIO

Fuente: Elaboración OCI

11.8.3 FORTALEZAS

El desarrollo de la auditoría interna al procedimiento de GRFIS-SER-P-001 PROCEDIMIENTO SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO Versión 3 en la gerencia seccional Antioquia permitió evidenciar un conocimiento de la persona responsable del parque automotor sobre los vehículos que lo conforman.

11.8.4 RESULTADOS

Observación 25: Incumplimiento del procedimiento GRFIS-SER-P-001 PROCEDIMIENTO SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO, ITEM DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO “Flujo 1. Solicitud Servicio De Transporte”, dado que, durante la auditoría interna realizada, se evidenció que no se utilizan las formas 4-660 y 4-661 para la solicitud y registro del servicio de transporte de los 20 vehículos solicitados en la muestra.

Área responsable: Gerencia Seccional Antioquia.

Recomendación

- Realizar procesos de entrenamiento al personal responsable del parque automotor, así como los funcionarios y contratistas que hacen uso de los vehículos y demás involucrados, en la versión actual del procedimiento documentado, con el fin de asegurar el cumplimiento de las actividades descritas en cuanto a la solicitud de servicio de transporte.
- Implementar las formas 4-660 y 4-661 para la solicitud de servicio de transporte.

Observación 26: Incumplimiento del procedimiento GRFIS-SER-P-001 PROCEDIMIENTO SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO, ITEM DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO “Flujo 2 Solicitud Servicio De Mantenimiento”, ya que no se evidenció el mantenimiento para la vigencia 2023 a los vehículos con placas: ODS838, BWO90E, URK92A, COY86B y AWR93D de la muestra seleccionada.

Área responsable: Grupo de Gestión de Servicios Generales y Gerencia Seccional Antioquia.

Recomendación

- Por parte del Grupo de Gestión de Servicios generales, implementar políticas que permitan garantizar de manera oportuna el presupuesto suficiente para el mantenimiento de todos los vehículos asignados a la gerencia seccional.
- Por parte de la gerencia seccional, realizar las actividades de mantenimiento de acuerdo con los lineamientos establecidos por Oficinas Nacionales y en concordancia con el presupuesto asignado.
-

Observación 27: Incumplimiento del procedimiento GRFIS-SER-P-001 PROCEDIMIENTO SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO, ITEM DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Flujo 2 “Solicitud Servicio De Mantenimiento”, debido a que se evidenció que la forma 4-665 Control de Mantenimiento de Automotor, para los vehículos con placas: AWS34D y ILN12F, se encontraba en formato Excel y sin firma, lo que no permite tener trazabilidad de realización del mismo

Área responsable: Gerencia Seccional Antioquia

Recomendación

- Establecer controles en la interventoría del contrato de mantenimiento del parque automotor que permita garantizar el adecuado registro y trazabilidad de los mantenimientos realizados a los vehículos.

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

Observación 28: Incumplimiento del procedimiento GRFIS-SER-P-001 PROCEDIMIENTO SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO, ITEM “DOTACIÓN MÍNIMA DE EQUIPOS DE PREVENCIÓN Y SEGURIDAD inciso Automotor”, debido a que se evidenció que los vehículos con placas LJR948 y OBI736 no cuentan con la dotación mínima requerida: botiquín de primeros auxilios y los extintores se encontraban vencidos.

Área responsable: Gerencia Seccional Antioquia

Recomendación

- Implementar mecanismos de control de inventario para la dotación mínima de los vehículos de acuerdo con la normatividad vigente y lo establecido en el procedimiento, con el fin de garantizar que siempre se cuente con los con elementos definidos.

Observación 29: Incumplimiento del procedimiento GRFIS-SER-P-001 PROCEDIMIENTO SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO, ITEM RESPONSABILIDAD DE LOS CONDUCTORES DE LOS AUTOMOTORES inciso 2 “Cuando un vehículo sea trasladado de responsable de forma permanente se debe diligenciar el FORMATO 4-663”, dado que la motocicleta de placas AWR93D según registro CMI con fecha 17-04-2024 registra cambio de responsable, sin embargo, al momento de realizar el cambio no se diligenció la forma 4-663, por lo que no se tiene trazabilidad de las condiciones de entrega de la motocicleta, la cual a la fecha de realización de la auditoría se encontraba en estado inservible.

Área responsable: Gerencia Seccional Antioquia

Recomendación

- Realizar procesos de entrenamiento al personal responsable del parque automotor así como los así como los funcionarios y contratistas que hacen uso de los vehículos y demás involucrados, en la versión actual del procedimiento documentado, con el fin de asegurar el cumplimiento de las actividades descritas en cuanto a lo definido para el traslado de responsables de vehículos.
- Implementar la forma 4-663 cada vez que se realice un cambio de responsable en los vehículos.

Observación 30: Incumplimiento del procedimiento GRFIS-SER-P-001 PROCEDIMIENTO SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO, ITEM 1. GENERALIDADES “Todos los automotores de propiedad o bajo tenencia y uso del Instituto que se encuentren en servicio, deben estar debidamente asegurados y contar con los documentos legales actualizados y vigentes (seguro de automotores todo riesgo, SOAT, certificado de revisión técnico-mecánica, licencia de tránsito)”, debido a que se evidenció tecnomecánica y SOAT vencidos para los vehículos con placas URK92A, COY86B y ODS838 y tecnomecánica vencida para los vehículos AWR93D, PKS71D, WVK60C, UMS11D y OCK143 pertenecientes a la muestra seleccionada.

Área responsable: Gerencia Seccional Antioquia

Recomendación

- Implementar mecanismos de alertas en las bases de datos que permitan identificar las fechas de vencimiento: de los documentos seguro de automotores todo riesgo, SOAT, certificado de revisión técnico-mecánica, licencia de tránsito.
- Mantener actualizada la base de datos del parque automotor de la gerencia seccional, con el fin de gestionar adecuadamente la documentación legal aplicable de los vehículos.
- Planificar y gestionar adecuadamente la renovación de los documentos legales de los vehículos para evitar su vencimiento.

Observación 31. Incumplimiento del procedimiento GRFIS-SER-P-001 PROCEDIMIENTO SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO, en lo referente al “registro de la forma 4-662 Listado General Parque Automotor”, dado que en la realización de la auditoría, la motocicleta de placa AWR93D registraba estado: “EN SERVICIO”, pero en el recorrido realizado por el parqueadero de la seccional se evidenció que se encontraba

inmovilizada en estado inservible y la funcionaria encargada del parque automotor señaló que tenía problemas mecánicos por lo que no se encontraba en funcionamiento desde mayo de 2024, además cuenta con SOAT vigente hasta el 22-04-2025 adquirido en abril de 2024, cuando se encontraba con problemas mecánicos.

Área responsable: Gerencia Seccional Antioquia

Recomendación

- Mantener actualizada la base de datos del parque automotor de la gerencia seccional forma 4-662 Listado General Parque Automotor, realizando cortes periódicos que permitan verificar la información registrada y evitar que esta se reporte desactualizada.

Observación 32: Incumplimiento de lo establecido en Tabla de Retención Documental No. 800-2 2023 “Subserie 24 HISTORIALES DE VEHÍCULOS” de la Gerencia Seccional Antioquia, debido a que durante la realización de la auditoría interna, se evidenció que el archivo de gestión de los 21 vehículos incluidos en la muestra seleccionada, se encuentra incompleto y no está organizado de acuerdo con las normas establecidas, para el caso específico de los vehículos con placas: AWR93D, ILN12F, PKS71D, YWJ39A, URK92A, EHW58B, BWO90E, COY86B, JVA69C y TLT59 no se evidenció archivo físico ni digital de los mismos de acuerdo con la TRD.

Área responsable: Gerencia Seccional Antioquia

Recomendación

- Realizar entrenamiento del personal encargado del parque automotor en lo relacionado con la organización del archivo de gestión relacionado al procedimiento GRFIS-SER-P-001 PROCEDIMIENTO SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO.
- Organizar los expedientes teniendo en cuenta lo descrito en la subserie 24 de la TDR 800.2 de la gerencia seccional Antioquia.

11.9 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE

11.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL

En el desarrollo de la auditoría se llevaron a cabo validaciones y revisiones a la gestión del riesgo realizada por el proceso en la gerencia seccional, verificando aplicación de controles con sus respectivas evidencias. Los riesgos asociados a la unidad auditable son los siguientes:

- **GRFIS1:** COR Posibilidad de afectación económica debido al hurto de bienes de la entidad asegurados, por personas ajenas a la organización.
- **GRFIS2:** SGC Posibilidad de afectación por la prestación inadecuada de los servicios generales, que impactan las condiciones de trabajo de los colaboradores.
- **GRFIS3:** 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.
- **GRFIS4:** 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.

Observación 33: Incumplimiento de lo establecido en la GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DIR-OAP-G-007 Versión 6, Numeral 9.2 PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA - Actividad: “Revisión como parte de sus procedimientos de supervisión, la revisión del adecuado diseño y ejecución de los controles establecidos para la mitigación de los riesgos”, toda vez que se evidenció que no se aplica adecuadamente el control 1 para el riesgo GRFIS3: 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. (Cada vez que

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

se dé ingreso de bienes a la entidad), debido a que para la motocicleta de placas AWR93D se tiene un CMI código ANT240154 con motivo: traslado entre funcionarios, con fecha del 17-04-2024, sin embargo, se encuentra un formato en donde se registra la entrega de la motocicleta en mal estado el día 16-05-2024, lo que permite establecer que se realizó el traslado de la motocicleta sin que se verificara de manera presencial la papelería y estado del vehículo.

Área responsable: Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes y Gerencia Seccional Antioquia.

Recomendación

- Tener en cuenta lo establecido en la GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DIR-OAP-G-007 Versión 6 y la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6 del Departamento Administrativo de la Función Pública, para identificar y documentar adecuadamente los riesgos asociados al proceso, al igual que diseñar de manera pertinente los controles y sus evidencias de aplicación, para garantizar la gestión del riesgo en la realización de las actividades del proceso.
- Realizar entrenamiento a los responsables del almacén en lo definido en el procedimiento GRFIS-INV-P-001 procedimiento Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA.

11.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO

Analizado los riesgos establecidos en el mapa de riesgos institucional, relacionados con el procedimiento GRFIS-SER-P-001 PROCEDIMIENTO SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO no se evidenció materialización de alguno, sin embargo, el ejercicio de auditoría permitió evidenciar que no se ejecuta adecuadamente el control 1 del riesgo GRFIS3, lo que podría ocasionar la materialización del mismo.

11.9.3 RIESGO(S) IDENTIFICADO(S) POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO QUE NO SE ENCUENTRA(N) EN EL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.

Durante el ejercicio de la auditoría interna basada en riesgos desarrollada por la oficina de control interno, se identificaron los siguientes riesgos asociados al proceso de Gestión de Recursos Físicos:

- Afectación económica debido a deterioro del parque automotor del instituto por inadecuadas condiciones ambientales y de seguridad de los parqueaderos. Así como por la falta de mantenimiento del mismo.
- Afectación económica por renovación de documentación legal de vehículos que no se encuentran en servicio, a causa de información desactualizada en las bases de datos.
- Afectación económica y reputacional por accidentes de tránsito ocasionados por la falta de mantenimiento del parque automotor del Instituto.

11.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

La unidad auditable objeto de esta auditoría no contaba con planes de mejoramiento vigentes.

11.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

Del ejercicio de auditoría interna basada en riesgos realizado por la Oficina de Control interno se concluye lo siguiente:

- Se evidenciaron incumplimientos al procedimiento GRFIS-SER-P-001 PROCEDIMIENTO SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO, en las actividades de: Solicitud de transporte, mantenimiento de vehículos y el adecuado registro de las formas vinculadas al procedimiento.
- Se evidenciaron falencias en la gestión de riesgos realizada por el área auditada en lo referente a la identificación de riesgos y la aplicación de los controles definidos, evidenciando que el control 1 para el riesgo GRFIS3 no se aplica de manera adecuada, lo que puede ocasionar materialización de este.

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

De igual manera se realizan las siguientes recomendaciones:

- Implementar acciones inmediatas para los incumplimientos relacionados con la inadecuada gestión de los vehículos de la gerencia seccional, el uso de las formas definidas en el procedimiento y la actualización constante de la base de datos de los vehículos.
- Realizar una evaluación general de riesgos conforme a lo establecido en la GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DIR-OAP-G-007 Versión 6 y la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6 del Departamento Administrativo de la Función Pública, con el fin de que se garantice la identificación adecuada de riesgos aplicables al área y el diseño y documentación de los controles necesarios que permitan reducir o mitigar la materialización de los mismos.

FIRMA DE APROBACIÓN	NOMBRE Y FIRMA DEL(LOS) AUDITOR(ES)	FECHA DE APROBACIÓN
 <hr/> Jefe Oficina Control Interno	 <hr/> Luz Nancy Sánchez Patiño	<p align="center">30/12/2024.</p>
	 <hr/> Jessyca Andrea Pacheco Quiroz	
	 <hr/> Helmer Antonio Silva Ladino	
	 <hr/> Ronald Raúl Simbaqueba Cortés	