

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

ÁREA AUDITADA: GERENCIA SECCIONAL SANTANDER		
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"/> PAFP <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		
FORMA DE DESARROLLO DE LA AUDITORÍA: Presencial <input checked="" type="checkbox"/> Remota <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>		
VIGENCIA: 2024		
FECHA DE INICIO: 27/08/2024	FECHA DE FINALIZACIÓN: 30/08/2024	
TIPO DE INFORME:	Preliminar <input type="checkbox"/> Definitivo <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha: 24/12/2024.

1. PROCESO ANIMAL

1.1 PROCESO MISIONAL

1.2 SUBPROCESO GESTION DE SANIDAD ANIMAL

1.3 UNIDAD AUDITABLE

CRI-CRS-I-SA-AV-08 Actividades de certificación, re-certificación y seguimiento de las granjas avícolas en el territorio nacional.

1.4 OBJETIVO

Evaluar que la implementación del instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-08 ACTIVIDADES DE CERTIFICACIÓN, RE-CERTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS GRANJAS AVÍCOLAS EN EL TERRITORIO NACIONAL, se esté llevando a cabo, acorde con las tareas y lineamientos en él establecidos, se alcancen a los objetivos propuestos y se dé cumplimiento a las directrices de las resoluciones 3650 de 2014, “Por medio de la cual se establecen los requisitos para el registro como productor de material genético aviar y expedición de licencias de venta de material genético aviar”, 3651 de 2014 “Por medio de la cual se establecen los requisitos para la certificación de granjas avícolas bioseguras y/o levante y se dictan otras disposiciones” y 3652 de 2014 “Por medio de la cual se establecen los requisitos para la certificación de granjas avícolas bioseguras de engorde y se dictan otras disposiciones”.

1.5. ALCANCE

La auditoría, se basó en la verificación del cumplimiento de las tareas establecidas en el instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-08 ACTIVIDADES DE CERTIFICACIÓN, RE-CERTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS GRANJAS AVÍCOLAS EN EL TERRITORIO NACIONAL, acorde con las Resoluciones 3650, 3651 y 3652 de 2014, para el total de granjas certificadas durante el año 2023 y será desarrollada en las oficinas de la Gerencia Seccional Santander.

Teniendo en cuenta que la forma 3-049 “Lista de chequeo granja avícola biosegura comercial”, cuenta con un instructivo de diligenciamiento, se extendió el alcance a este documento, CRI-CRS-I-SA-AV-007 “Diligenciamiento de la lista de chequeo para certificación de granjas avícolas bioseguras”

1.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

A pesar de que el instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-08 Actividades de certificación, re-certificación y seguimiento de las granjas avícolas en el territorio nacional, involucra la resolución 3650 de 2014 “Por medio de la cual se establecen los requisitos para el registro como productos de material genético aviar y expedición de licencias de venta de material genético aviar”, en los numerales 1.Generalidades, 2. Descripción de tareas, 2.4 Emisión visto bueno y las formas asociadas en el numeral 3. Formas, durante el desarrollo de la auditoría se evidenció que la implementación de la resolución 3650 de 2014 no se lleva a cabo por parte de la Dirección Técnica de Sanidad Animal con el instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-08, razón por la cual se presentó una limitación al alcance planteado en la presente auditoría, dado que no fue posible evidenciar su cumplimiento.

1.7. CRITERIOS

- Resolución ICA 3651 de noviembre 13 de 2014 “Por medio de la cual se establecen los requisitos para la certificación de granjas avícolas bioseguras de postura y/o levante y se dictan otras disposiciones”
- Resolución ICA 3652 de noviembre 13 de 2014 “Por medio de la cual se establecen los requisitos para la certificación de granjas avícolas bioseguras de engorde y se dictan otras disposiciones”.
- CRI-CRS-I-SA-AV-08 Actividades de certificación, re-certificación y seguimiento de las granjas avícolas en el territorio nacional
- CRI-CRS-I-SA-AV-007 Diligenciamiento de la lista de chequeo para certificación de granjas avícolas bioseguras

1.8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

1.8.1 METODOLOGÍA

Se solicitó a la Gerencia Seccional Santander la base de datos de granjas avícolas registradas ante el ICA, hasta el año 2023. Información que fue analizada, con el fin de conocer el contexto de las granjas en el departamento y tomar una muestra de estas para realizar la revisión documental asociada al cumplimiento de los requisitos establecidos en el instructivo auditado, para recibir la certificación de Granja Avícola Biosegura, por parte del ICA.

Se realizó revisión y análisis del instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-08 ACTIVIDADES DE CERTIFICACIÓN, RE-CERTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS GRANJAS AVÍCOLAS EN EL TERRITORIO NACIONAL a fin de corroborar la implementación de las resoluciones 3651 y 3652 de 2014.

El desarrollo de la auditoría se llevó a cabo de manera presencial en la Gerencia Seccional Santander, donde se realizó reunión con el líder aviar a fin de constatar las actividades desarrolladas en la Gerencia Seccional respecto a las tareas del instructivo.

Se realizó revisión de la forma 3-049 “Lista de chequeo granja avícola biosegura comercial”, a fin de evidenciar los criterios de cumplimiento de las granjas certificadas y el diligenciamiento del documento por parte de los funcionarios encargados.

1.8.2 MUESTRA

De la base de datos de registro de granjas avícolas hasta el año 2023, suministrada por la Gerencia Seccional, se identificaron 451 granjas con certificación en Granja Avícola Biosegura, a partir de las cuales se determinó una muestra aleatoria simple, con base en los siguientes parámetros:

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Muestreo Aleatorio Simple para estimar la proporción de una población	
INGRESO DE PARÁMETROS	
Tamaño de la Población (N)	451
Error Muestral (E)	5%
Proporción de Éxito (P)	1%
Nivel de Confianza	98%
Nivel de Confianza (Z) (1)	2,326
TAMAÑO DE LA MUESTRA	
Fórmula	21
Muestra Óptima	20
<p>Fomula para poblaciones infinitas</p> $n = \frac{z^2 * P * Q}{E^2}$ <p>Formula para poblaciones finitas</p> $n = \frac{P * Q * z^2 * N}{N * E^2 + z^2 * P * Q}$	
<p>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</p>	

Fuente: Adaptado de Contraloría General de la República. Contraloría Delegada para el Sector Social. Agosto 2011

Con base en estos datos, se escogieron aleatoriamente 21 establecimientos de la base de datos de 451 granjas avícolas certificadas en GAB, con la siguiente función, del programa Excel:

ÍNDICE(A2:A215;ALEATORIO.ENTRE(2;215)).

Adicionalmente, se incluyeron dentro de la muestra, de manera dirigida, cinco granjas que se encontraban certificadas y no contaban con Registro Sanitario de Predio Avícola (RSPA).

Tabla 1. Granjas Avícolas Bioseguras Verificadas

MUESTRAS SELECCIONADAS ALEATORIAMENTE - GRANJAS AVÍCOLAS CERTIFICADAS						
NUMERO REGISTRO RSPP	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VEREDA	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO DE EXPLOTACIÓN	ESPECIES
NO TIENE (1450273)	SANTANDER	EL SOCORRO	BARIRI	BARIRÍ	POSTURA	GALLINAS
NO TIENE (1318788)	SANTANDER	FLORIDABLANCA	HELECHALES	CAMPO DAVID	POSTURA	GALLINAS
NO TIENE	SANTANDER	BARBOSA	EL AMARILLO	SAN ANTONIO	POSTURA	GALLINAS
NO TIENE	SANTANDER	JORDAN	POZO POMARROSO	VILLA MARIA	POSTURA	GALLINAS
NO TIENE	SANTANDER	BARBOSA	SANTA ROSA ALTO	BUENOS AIRES LOTE 3	POSTURA	GALLINAS
0000858531	SANTANDER	GIRON	LLANO GRANDE	VADO REAL-EL MOLINO	POSTURA	GALLINAS
1456372	SANTANDER	VILLANUEVA	LA LAJITA	EL GUAMO	POSTURA	GALLINAS
1306793	SANTANDER	VILLANUEVA	LIMONCITO	EL POMARROSAL	POSTURA	GALLINAS
0000180557	SANTANDER	LEBRIJA	MIRABEL	LA CABAÑA	ENGORDE	POLLOS
1359604	SANTANDER	PIEDECUUESTA	EL VOLADOR	SAN ANTONIO	ENGORDE	POLLOS
0001278802	SANTANDER	LEBRIJA	RAYITOS	SANTA LUISA	ENGORDE	POLLOS
1465811	SANTANDER	VELEZ	SAN ISIDRO	VILLA MAR	NO CONVENCIONALES	CODORNICES
0001283071	SANTANDER	GIRON	RIO FRIO	EL MIRADOR	ENGORDE	POLLOS
0001303648	SANTANDER	FLORIDABLANCA	CASIANO	EL DIAMANTE	ENGORDE	POLLOS
0001280757	SANTANDER	LEBRIJA	PALONEGRO	LA PRADERA	ENGORDE	POLLOS
1280075	SANTANDER	LEBRIJA	MESITAS DE SAN JAVIER	EL ARRAYAN-TRINITARIOS	POSTURA	GALLINAS
0001182413	SANTANDER	SAN VICENTE DE CHUCURÍ	MORELIA	LA PLANADA	ENGORDE	POLLOS
0001216870	SANTANDER	ARATOCA	CLAVELLINAS	LA BONITA	POSTURA	GALLINAS
0001283484	SANTANDER	GIRON	LLANO GRANDE	LLANO GRANDE	POSTURA	GALLINAS
0001313766	SANTANDER	LOS SANTOS	EL ESPINAL	EL ENCANTO	ENGORDE	POLLOS
1293424	SANTANDER	VILLANUEVA	EL CHORO	EL GALLINERO	POSTURA	GALLINAS
0001309552	SANTANDER	PIEDECUUESTA	EL GUAMO	BUENOS AIRES	ENGORDE	POLLOS
0001264377	SANTANDER	CURITÍ	IRAPIRE	EL ROBLE	ENGORDE	POLLOS
385852	SANTANDER	LOS SANTOS	TABACAL	IMPERIO DE LA PAZ	ENGORDE	POLLOS
0000631490	SANTANDER	PIEDECUUESTA	MESITAS	MONTEGRANDE	ENGORDE	POLLOS
0001316411	SANTANDER	VILLANUEVA	LIMONCITO	LA AURORA	POSTURA	GALLINAS

1.8.3 FORTALEZAS

La Gerencia Seccional Santander cuenta con un equipo de profesionales comprometidos con el alcance de los objetivos misionales del Instituto, lo cual permite hacer las mejoras continuas a que haya lugar para cada una de las actividades, tal como fue evidenciado a través de los cambios encontrados en la implementación del instructivo auditado, durante los últimos años.

1.8.4 RESULTADOS

Observación 1: El instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-08 ACTIVIDADES DE CERTIFICACIÓN, RE-CERTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS GRANJAS AVÍCOLAS EN EL TERRITORIO NACIONAL no da cumplimiento a todos los requisitos establecidos en las resoluciones 3650, 3651 y 3652 de 2014. Algunas actividades que hacen parte del instructivo de

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

certificación, re-certificación o seguimiento, no se encuentran relacionadas en el documento oficializado o este, no cuenta con la especificidad necesaria

Área Responsable: Dirección Técnica de Sanidad Animal

Con base en la revisión documental realizadas se pudieron constatar las siguientes falencias respecto al instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-08 ACTIVIDADES DE CERTIFICACIÓN, RE-CERTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS GRANJAS AVÍCOLAS EN EL TERRITORIO NACIONAL:

1. El instructivo involucra la resolución 3650 de 2014, como base normativa, no obstante, la implementación de esta resolución no se encuentra registrada en el cuerpo del mismo o en la forma 3-049 “Lista de chequeo granja avícola biosegura comercial”. Adicionalmente, en el desarrollo de la auditoría se pudo constatar que la implementación de la resolución 3650 no se encuentra a cargo de la DTSA, por cuanto no debe hacer parte de este instructivo.

Se realizó revisión documental a través del Sistema de información Diamante, a fin de determinar los documentos relacionados con la implementación de la resolución 3650 de 2014 y se constató que, esta se realiza a través del instructivo CRI-INSU-P-045 INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL (IVC) GRANJAS AVICOLAS, formas 3-133 y 3-135, a cargo de la Dirección Técnica de Inocuidad e Insumos Veterinarios.

2. Las resoluciones establecen una solicitud por escrito al ICA, por parte del productor, tarea que no se encuentra relacionada en el instructivo.

Inicialmente, dicha solicitud se realizaba a través de oficio dirigido al ICA. Al momento de la auditoría se realiza a través de la Forma 3-1558 Solicitud de certificación de predio avícola y/o acuícola bioseguro, forma que no se encuentra relacionada en el instructivo.

3. El instructivo no especifica los tiempos establecidos en las resoluciones 3651 y 3652, artículos 5, 6 y 7 para el trámite el certificado, la visita técnica y la expedición del certificado.
4. El instructivo no contempla los artículos 8 y 9 de las resoluciones 3651 y 3652, relacionados con la modificación y cancelación de la certificación en GAB
5. La relación de tareas que presenta el instructivo no registra la especificidad necesaria para establecer la correlación entre ellas y generar la trazabilidad necesaria. Adicionalmente, no se genera como resultados de las tareas documentos de soporte de su cumplimiento
6. El instructivo no da cumplimiento a las resoluciones 3651 y 3652 respecto al paso a seguir cuando el concepto de la visita técnica es aplazado
7. El instructivo registra en su contenido un nombre de la forma 3-049 que difiere del nombre oficializado en el Sistema de información Diamante
8. El instructivo no establece la manera para cuantificar el cumplimiento o no de los criterios y sobre ese valor poder determinar el concepto.
9. En la práctica, por direccionamiento de la DTSA, se encuentra implementado el uso de la forma 3-1639 “Granjas avícolas registradas”, como herramienta para transferir la información y alimentar la base de datos nacional, de GAB. No obstante, esta tarea no se encuentra relacionada en el instructivo, ni la forma mencionada en el mismo.
10. En el cuerpo del instructivo se hace mención a “acta” al referirse a la forma 3-049, la cual es la “lista de chequeo...”, esto crea confusión teniendo en cuenta que en el numeral 3, se involucra la forma 4-603 Acta de reunión y en ninguna de las tareas se utiliza.

Recomendaciones:

- Analizar el objetivo del instructivo y verificar la pertinencia de que este involucre la resolución 3650 de 2014, como aparentemente debe ser y en tal caso hacer las modificaciones necesarias para que las granjas avícolas comerciales de material genético cuenten con proceso de certificación. Adicionalmente, es necesario analizar con la Dirección Técnica de Inocuidad e Insumos Veterinarios la responsabilidad de la certificación de GAB de las granjas avícolas de material genético.
- Hacer una revisión metódica del instructivo, teniendo en cuenta que este tipo de documentos, en el marco del sistema integrado de gestión, corresponden al registro específico del paso a paso de las tareas necesarias a desarrollar, para dar cumplimiento a la implementación de una norma específica. De esta manera, los instructivos no solo registran las tareas o actividades solicitadas por la normatividad, si no que registran el responsable de llevarla a cabo y la manera específica en que se realiza e identifican un producto como evidencia de su cumplimiento.
- Revisar los nombres de la documentación asociada al instructivo, de manera que, al mencionarse, este coincida con el nombre oficializado en el sistema de información Diamante
- Hacer uso de los nombre de los documentos para referirse a ellos, dentro del documentos y no usar algún tipo de adjetivo.

Observación 2: El instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-007 “Diligenciamiento de la lista de chequeo para certificación de granjas avícolas bioseguras” presenta algunas falencias en su construcción de forma que no es claro el lineamiento para el cumplimiento de su objetivo.

Área responsable: Dirección Técnica de Sanidad Animal

Se realizó lectura y análisis del instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-007 “Diligenciamiento de la lista de chequeo para certificación de granjas avícolas bioseguras” y se evidenciaron las siguientes falencias:

1. El instructivo se centra únicamente en la calificación de los criterios, pero no involucra directrices para el total diligenciamiento de la forma.
2. El instructivo no define los conceptos de granja avícola antigua o nueva, de forma que se establezca la coherencia de los criterios a evaluar, lo cual confunde la lectura de la forma 3-049.
3. El aparte del instructivo “INSTRUCTIVO PARA VISITAS DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL (IVC)”, no se encuentra relacionado con el nombre del instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-007 ni su objetivo.
4. Los datos registrados en la tabla de valores, correspondientes al número de ítems a calificar, para cada estrato no están acorde con las lista de ítems que no aplican. Por ejemplo, para el caso del estrato granjas avícolas de engorde antiguas, la tabla de valores establece 80 criterios de valoración. Teniendo en cuenta que el total de criterios de la forma 3-049 es de 129, el número de criterios NA debe ser de 49. No obstante en el listado de criterios NA se encuentran referenciados 50.
5. El instructivo menciona como aprobado la calificación para la certificación, mientras que la forma 3-049 lo define como concepto favorable.

Recomendaciones:

- Ampliar los lineamientos del instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-007, de manera que se impartan instrucciones claras para el diligenciamiento total de la forma, incluyendo los criterios técnicos a tener en cuenta.
- Adicionar la información necesaria para definir a que corresponde cada estrato establecido en el instructivo, a fin de darle coherencia a los requisitos necesarios para dar cumplimiento a cada uno
- Modificar el instructivo, de manera que la información del documento, corresponda únicamente a la asociada con el diligenciamiento de la Forma 3-049 “Lista de chequeo granja avícola biosegura comercial”
- Para el caso de las granjas avícolas de engorde antiguas la tabla de valores establece 80 criterios de valoración. Teniendo en cuenta que el total de criterios de la forma 3-049 es de 129, el número de criterios NA debe ser de 49. No obstante en el listado de criterios NA se encuentran referenciados 50

- Definir conceptos unificados para los diferentes documentos que hagan parte de un procedimiento específico, de manera que no se incremente el riesgo de confusión en la lectura y desarrollo de las actividades.

Observación 3: La Forma 3-049 “Lista de chequeo granja avícola biosegura comercial” no se encuentra diseñada acorde con las resoluciones 3651 y 3652 o presenta falencias para poder dar cumplimiento al instructivo de certificación.

Área Responsable: Dirección Técnica de Sanidad Animal

Se realizó revisión y análisis de la forma 3-049 verificando que su contenido dé cumplimiento a los requisitos establecidos en las resoluciones 3651 y 3652 de 2014. Durante este ejercicio fue posible evidenciar falencias en la construcción de la forma, las cuales se relacionan a continuación:

1. Las resoluciones 3651 y 3652 solamente contemplan como requisitos para la certificación en GAB, los establecidos en el artículo 4 de la misma. No obstante, en la forma se involucran los artículos 10, 11 y 12 como criterios de cumplimiento para la certificación en GAB, los cuales, de acuerdo con las resoluciones no corresponden a estos.
2. En la Forma 3-049 no se establece la manera para cuantificar el cumplimiento o no de los criterios y sobre ese valor poder determinar el concepto.

Recomendaciones:

- Hacer revisión y análisis de la forma 3-049, a fin de realizar las modificaciones necesarias que permitan que esta esté acorde con los lineamientos de las resoluciones 3651 y 3652 de 2014, asociado específicamente a los requisitos de certificación.
- Analizar la pertinencia de utilizar los artículos 10, 11 y 12 de la resolución 3651 de 2014 y los artículos 10 y 11 de la resolución 3652 de 2014 como requisitos de certificación o definir cuáles de los ítems considerados en esos artículos sí serían requisitos de certificación.
- Considerar modificación de las resoluciones 3651 y 3652 de 2014 acorde con el resultado del análisis de las recomendaciones 1 y 2, dado que estas solamente contemplan el artículo 4 como requisitos para la certificación.
- Adicionar a la forma 3-049 la cuantificación de cumplimiento de los criterios, para emitir un concepto.

Observación 4: Se encontraron falencias en el diligenciamiento de la forma 3-049 “Lista de chequeo granja avícola biosegura comercial”, los cuales redundan tanto en falta de cumplimiento de la norma como en diligenciamiento erróneo de la misma, lo que puede ocasionar la emisión de un concepto errado o aparentemente errado.

Área responsable: Gerencia Seccional Santander

Se realizó revisión y análisis de las formas 3-049 diligenciada para la certificación de las granjas avícolas que hicieron parte de la muestra verificada en el desarrollo de esta auditoría, a partir de lo cual fue posible evidenciar las siguientes falencias en su diligenciamiento:

1. Cuando los ítems analizados no se encuentren en la lista de NA del instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-007, es necesario registrar la observación correspondiente que verifique la razón por la cual no aplica al caso específico. Caso contrario se consideraría incumplimiento a la norma, dado que de no estar en los NA, debería ser de estricto cumplimiento.

En este contexto, la granja San Antonio con registro sanitario de predio pecuario (RSPP) 1357089 no cumple con los requisitos establecidos, dado que presenta tres criterios fundamentales con NA, que no aparecen en la lista de ítems que no aplican, acorde con el instructivo. Adicionalmente, no cumple sino con 35 criterios mayores de los 38 que debe cumplir para obtener un concepto favorable, de acuerdo con el instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-007.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Al momento de adicionar los ítems que no aplican y no se encuentran en el listado del instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-007, se cumple con los criterios para emitir un concepto “favorable”. De ahí la importancia del buen diligenciamiento de la forma 3-049.

2. Se dejan espacios en blanco, lo cual afecta la completitud y veracidad de la información, la trazabilidad y toma de decisiones respecto a las granjas avícolas.
3. Se evidenció el cumplimiento de algunos criterios al registrar “SI” en la forma 3-049, no obstante, con la observación anotada para el mismo, es posible verificar que el criterio no fue cumplido.
4. Se utilizan dos versiones del documento. Una preimpresión y otra oficializada en el Sistema de Información Diamante como versión 1.

Recomendaciones:

- Ampliar los lineamientos del instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-007, de manera que se impartan instrucciones claras para el diligenciamiento total de la forma, incluyendo los criterios técnicos a tener en cuenta, lo cual subsanaría la incoherencia entre la calificación y las observaciones registradas. Adicionalmente se minimizarían los errores encontrados en su diligenciamiento.
- Consultar la pertinencia del uso de la forma preimpresión, de manera que se oficialice el diligenciamiento de una o las dos formas, en el evento que aún el ICA cuente con demasiadas existencias.

Observación 5: Se incumple con los lineamientos de las Resoluciones 3651 y 3652 de 2014, específicamente con el artículo 4 REQUISITOS PARA OBTENER EL CERTIFICADO DE GRANJA AVÍCOLA BIOSEGURA, numeral 4.1.1 “(...) la información correspondiente a número de Registro Sanitario de Predio Avícola, emitido por el ICA”. Lo cual permite evidenciar que se realizó certificación a granjas que no se encontraban registradas ante el ICA.

Área responsable: Gerencia Seccional Santander

Se hizo revisión de la base de datos y se encontró que, de las 1191 granjas registradas, 456 se encuentran certificadas como GAB, de las cuales cinco no cuentan con RSPA. De estos cinco predios sin registro, 3 fueron certificados en el año 2022, uno tiene fecha de visita para certificación del año 2023 con concepto rechazado y para el último el proceso de certificación se realizó durante el año 2024.

Se realizó verificación en el aplicativo SIGMA y 4 de los predios cuentan con RSPA, solamente el predio con proceso de certificación en 2024 no aparece registrado ante el ICA. Con estos datos se evidencia falencia en la veracidad de la base de datos de registro y el incumplimiento de los lineamientos de las resoluciones 3651 y 3652 de 2014.

De otra parte, se evidenció la falta de diligenciamiento del número de RSPA, por parte del funcionario auditor, en la forma 3-049.

Lo anterior evidencia la falta de revisión de la información enviada por el usuario en la solicitud de certificación que debe entregar al ICA, acorde con las resoluciones 3651 y 3652 de 2014.

Recomendaciones:

- Hacer revisión de la base de datos de registro de granjas avícolas del departamento de Santander y corroborar que la información registrada corresponda de manera fehaciente a la información capturada en las oficinas del ICA o en campo durante la implementación del instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-08.
- Corroborar la información enviada por el usuario a través de la solicitud de certificación y de esta manera asegurar el cumplimiento de los requisitos documentales establecidos en las resoluciones 3651 y 3652 de 2014.

Observación 6: Se evidencia que las formas 3-1558 Solicitud de certificación de predio avícola y/o acuícola bioseguro y 3-943 Certificado de Granja Avícola comercial biosegura aún contemplan las Granjas Avícolas de material genético, lo cual no corresponde al instructivo auditado, CRI-CRS-I-SA-AV-08.

Área responsable: Dirección Técnica de Sanidad Animal

Durante la revisión documental se verificó la información solicitada en las formas asociadas al instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-08 y se evidenció que las formas 3-1558 y 3-943 aún involucran las granjas avícolas de material genético, las cuales no hacen parte del alcance y objetivo de este instructivo. Se verificó que estas formas no fueran compartidas con la Dirección Técnica de Inocuidad e Insumos Veterinarios (DTIIV), que es la dirección técnica responsable de material genético y se logró establecer que, de acuerdo con el procedimiento que esta dirección técnica tiene oficializado en el Sistema de Información Diamante, ninguna de las dos formas, son utilizadas por parte de DTIIV.

Recomendaciones:

- Hacer revisión de las formas involucradas en la implementación del instructivo, de forma que den cumplimiento al resultado de las tareas establecidas en el mismo.

Observación 7: Se establecieron falencias en el diligenciamiento de la forma 3-1558 Solicitud de certificación de predio avícola y/o acuícola bioseguro, información necesaria para establecer la granja avícola que va a ser certificada como biosegura y establecer la trazabilidad del proceso de certificación en GAB

Área responsable: Gerencia Seccional Santander

A partir de la revisión documental realizada a las granjas que hicieron parte de la muestra determinada para el desarrollo de la auditoría, se evidenciaron algunas falencias en el diligenciamiento de la forma 3-1558:

No es diligenciada en su totalidad:

1. Lo cual no permite capturar la información necesaria de la granja a certificar,
2. No se identifican los documentos anexos, los cuales dan cumplimiento al numeral 4.1 del artículo 4 de las resoluciones 3651 y 3652 de 2014.
3. No se registra la fecha de solicitud y la oficina local que recibe los documentos.

Recomendaciones:

- Asegurar la revisión de la forma 3-1558, a fin de corroborar que el 100% de la información sea diligenciada, en el entendido que es información necesaria para poder continuar con el proceso de certificación de GAB. Caso contrario la documentación debe ser devuelta al usuario para ser completada.

Observación 8: Se evidenciaron falencias en la información de la base de datos de registro ante el ICA, del universo de granjas avícolas en el departamento de Santander. De igual manera en la información correspondiente a las granjas certificadas en GAB, que de acuerdo con el alcance de las resoluciones 3651 y 3652 de 2014, todas las granjas registradas deberían estar certificadas.

Área responsable: Gerencia Seccional Santander

Se realizó revisión de la base y se evidencia falta de información, lo cual no solo impide hacer un análisis veraz, que permita generar una caracterización de las granjas avícolas existentes en el departamento de Santander, si no que genera incertidumbre respecto a la implementación de los procedimientos e instructivos que alimentan la base de datos, en el entendido de que los productos de estos son los que generan la información para alimentar la base de datos, por cuanto se presume la existencia de falencias en la implementación.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

De no contar con una buena base de datos se incrementa el riesgo de falta de sustento en la toma decisiones.

De la información de la base de datos de granjas avícolas registradas en el Departamento de Santander, se pudo evidenciar que existen 1191 registros, de los cuales el 29.7% (354) no cuentan con número de RSPA, lo cual evidencia un error en la base de datos o incumplimiento a la base normativa.

De otra parte, se estableció que el 38.3% (456) de las granjas avícolas registradas, se encuentran certificadas como GAB, con certificación vigente. Teniendo en cuenta que, el cumplimiento de los requisitos documentales y que, las formas 3-049 y 3-1558 se encuentran diseñadas para capturar toda la información concerniente al proceso de certificación de granjas avícolas en GAB, la base de datos debería contener, como mínimo, la información completa respecto a estos predios. No obstante, se encontraron las siguientes falencias respecto a la información de la base de datos:

1. Falta ubicación georeferencial
2. Error en el seguimiento de la capacidad de encasetamiento
3. Falta información del número de galpones
4. Nombre del propietario
5. Información del asistente técnico
6. No se registra la fecha de la visita para GAB
7. No se registra el concepto de la visita para GAB
8. No se registra el número de la resolución de GAB

Recomendaciones:

- Recuperar la información de la base de datos a partir de las formas asociadas tanto a registro como a certificación en GAB

1.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

1.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

SGC Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por reinfección, establecimiento y dispersión de enfermedades de control oficial, inusuales o exóticas en el país o en zonas libres

1.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

En el marco del desarrollo de la auditoría no se evidenció materialización del riesgo que pudiese estar asociada al proceso de certificación en GAB

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

Teniendo en cuenta que la producción avícola genera alimento para consumo humano y esta debe asegurar la inocuidad del mismo, y que la certificación como GAB mitiga los riesgos tanto sanitarios como de inocuidad, se recomienda involucrar en el mapa de riesgos un riesgo asociado al instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-08 Actividades de certificación, re-certificación y seguimiento de las granjas avícolas en el territorio nacional, en el marco de las resoluciones 3651 y 3652 de 2014.

1.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Unidad auditable sin Acciones de mejora pendientes en la Gerencia Seccional Santander.

1.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

A pesar de dar cumplimiento a las resoluciones 3651 y 3652 de 2014, respecto a la certificación de GAB, se puede concluir que, existe falta de coherencia entre estas y los instructivos asociados con el proceso de certificación.

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

Es necesario hacer revisión de las resoluciones y determinar la pertinencia de la ampliación de los requerimientos de registro que están establecidos en la forma 3-049, con respecto a los exigidos por las resoluciones.

De otra parte, se hace necesario modificar el instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-08 ACTIVIDADES DE CERTIFICACIÓN, RE-CERTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS GRANJAS AVÍCOLAS EN EL TERRITORIO NACIONAL, a fin de que este cuente con la especificidad de las tareas necesarias para dar cumplimiento a los lineamientos de las resoluciones, dentro de la estructura del instructivo:



Adicionalmente, se debe hacer la modificación del instructivo CRI-CRS-I-SA-AV-007 DILIGENCIAMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO PARA CERTIFICACIÓN DE GRANJAS AVÍCOLAS BIOSEGURAS, de manera que se involucren todos los ítems de diligenciamiento de la forma 3-049 y se adicionen los criterios técnicos que sean necesarios a fin de evitar errores conceptuales en la auditoría de certificación.

Establecer coherencia entre los diferentes instructivos y formas asociados al proceso de certificación de Granja Avícola Biosegura.

2. PROCESO ANIMAL

2.1 PROCESO MISIONAL

2.2 SUBPROCESO VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ANIMAL

2.3 UNIDAD AUDITABLE

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

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 cumplimiento a lo establecido en la resolución 1779 de 1998.

2.5 ALCANCE

La auditoría se basó en la verificación del cumplimiento de las tareas establecidas en el instructivo PRA-SPA-I-055 INSTRUCTIVO PARA VIGILANCIA DE PLANTAS DE ACOPIO, PROCESADORAS, PASTEURIZADORAS, QUESERAS, PULVERIZADORAS DE LECHE, durante la vigencia 2023 y lo transcurrido de la vigencia 2024, por parte de la oficina local de Bucaramanga, de la Gerencia Seccional Santander.

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

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

2.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

Se presentó limitación al alcance, dado que al no estar implementado el instructivo PRA-SPA-I-055 fue imposible verificar el cumplimiento de las tareas en él establecidas, por parte de la oficina local de Bucaramanga.

2.7 CRITERIOS

- Ley 395 de 1997 por la cual se declara el interés social nacional y como prioridad sanitaria la erradicación de la Fiebre Aftosa en todo el territorio colombiano y se dictan otras medidas encaminadas a este fin”
- Decreto 3044 de 1997 Por el cual se reglamente la Ley 395 de 1997
- Resolución 1779 de 1998 Por medio de la cual se reglamenta el Decreto 3044 del 23 de diciembre de 1997
- PRA-SPA-I-055 Instructivo para vigilancia de plantas de acopio, procesadoras, pasteurizadoras, queseras, pulverizadoras de leche
- PRA-SPA-008 Instructivo plan de acción de la dirección técnica de vigilancia epidemiológica

2.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

2.8.1 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 Santander.

La auditoría se llevó a cabo de manera presencial en la Gerencia Seccional Santander, específicamente en la oficina local de Bucaramanga, en la cual se desarrolló una entrevista con el funcionario encargado de llevar a cabo las actividades establecidas en el instructivo PRA-SPA-I-055 INSTRUCTIVO PARA VIGILANCIA DE PLANTAS DE ACOPIO, PROCESADORAS, PASTEURIZADORAS, QUESERAS, PULVERIZADORAS DE LECHE y de consolidar la información de la seccional, cuyo objetivo fue conocer cómo y cuáles fueron las tareas desarrolladas durante la vigencia 2023.

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

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

2.8.1.2 MUESTRA

Teniendo en cuenta la distancia de las oficinas locales que cuentan con plantas acopiadoras y/o procesadoras de leche, se define desarrollar la auditoría en la oficina local Bucaramanga, que cuentas con cinco (5) plantas bajo su jurisdicción, acorde con la base de datos de infraestructura suministrada por la Dirección Técnica de Vigilancia Epidemiológica.

Tabla 2. Plantas de acopio, procesadoras, pasteurizadoras, queseras, pulverizadoras de leche de jurisdicción de la oficina local de Bucaramanga

PLANTAS LECHERAS (ACOPIO, PASTEURIZADORAS, PROCESADORAS) - BUCARAMANGA										
COORDINACION EPIDEMIOLOGICA	TIPO				IDENTIFICACIÓN NOMBRE DE LA EMPRESA (RAZÓN SOCIAL)	LOCALIZACIÓN			VOLUMEN	NUMERO DE PROVEEDORES (FINCAS)
	ACOPIO	PASTEURIZADORAS	PULVERIZADORA	QUESERAS		DEPARTAMENT O	MUNICIPIO	CODIGO MUNICIPIO		
C.E. 7_BUCARAMANGA		X	X	X	FRESKALECHE SA	SANTANDER	BUCARAMANGA	68001	120.000	6.000
C.E. 7_BUCARAMANGA				X	LACTEOS TOTO	SANTANDER	CHARTA	68169	100	4
C.E. 7_BUCARAMANGA	X			X	CUARIA LÁCTEOS Y D	SANTANDER	TONA	68820	1.000	30
C.E. 7_BUCARAMANGA	X				ASOLASU	SANTANDER	SURATÁ	68780	1.000	60
C.E. 7_BUCARAMANGA				X	SOTOMARQUESA	SANTANDER	MATANZA	68444	40	1

2.8.3 FORTALEZAS

El recurso humano con el que cuenta la Seccional Santander, demuestra la capacidad y el profesionalismo para asegurar una mejora continua que favorezca las actividades para la detección temprana de enfermedades de control oficial.

2.8.4 RESULTADOS

Observación 9: Ninguna de las tareas establecidas en el instructivo PARA-SPA-I-055 PLANTAS DE ACOPIO, PROCESADORAS, PASTEURIZADORAS, QUESERAS, PULVERIZADORAS DE LECHE, son realizadas, incumpliendo el 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”, dado que la vigilancia no se realiza al total de establecimientos acopiadores y procesadores de leche. De igual manera, no se da cumplimiento al instructivo PARA-SPA-008 INSTRUCTIVO PLAN DE ACCIÓN DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, específicamente los lineamientos relacionados con el indicador 50.08.07.20 Visitas de vigilancia a plantas de acopio y procesadoras de leche.

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

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

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

Por el contrario, las directrices de la DTVE establecen realizar visitas de vigilancia a un número específico de plantas de acopio y/o procesadoras. Las visitas son notificadas, mensualmente, a la Coordinación Epidemiológica de Bucaramanga, donde se consolida la información y se remite al líder de vigilancia epidemiológica, a fin de que registre la información, que corresponde al indicador 50.08.07.20, en el aplicativo Diamante, como responsabilidad del PAO.

Recomendaciones:

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

Observación 10: 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 PARA-SPA-I-055.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Santander y Coordinación Epidemiológica.

El análisis de las formas 3-354 evidenció que, alrededor del 40% de las visitas presentaron incumplimiento de la normatividad, respecto a la presentación del RUV de vacunación y en el 21.6% de ellas, ningún proveedor lo presentó. Lo cual representa un porcentaje muy alto de incumplimiento, sin que se generara acción alguna al respecto.

Recomendaciones:

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

Observación 11: Se evidenció que no se cuenta con una base de datos de infraestructura, consolidada, real, para plantas de leche, asociado a que no se está retroalimentando la información con la Gerencia Seccional y la Coordinación Epidemiológica, a través de la forma 3-1137, como se encuentra establecido en el instructivo PARA-SPA-I-055.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Santander y Coordinación Epidemiológica.

La observación se basó en que el instructivo PRA-SPA-I-055 establece que en caso de que las oficinas locales tengan conocimiento de plantas de acopio y/o procesadoras nuevas, es necesario realizar visita y diligenciar la forma 3-254 y la forma 3-1137 “Registro infraestructura: información básica plantas lecheras” y notificar la información a la Gerencia Seccional y la Coordinación Epidemiológica, a fin de actualizar la información. No obstante, se evidenció que, el 45.8% de las plantas visitadas en la vigencia 2023, no hace parte de la base de datos de infraestructura, consolidada, suministrada por la Dirección Técnica de Vigilancia Epidemiológica, lo cual permite determinar que no se dio cumplimiento a los lineamientos del procedimiento.

Recomendaciones:

- Es necesario asegurar la retroalimentación desde las oficinas locales, respecto a la información de plantas lecheras, ya sea por su creación o cierre, a fin de el ICA poder contar, permanentemente, con una base de datos que permita hacer vigilancia y mitigar el riesgo de propagación del virus de fiebre aftosa.
- Dado que, tanto información de infraestructura como las visitas a plantas son notificadas a la Coordinación Epidemiológica, esta debe corroborar la información para certificar que las plantas hagan parte de la base de datos de infraestructura y hacer una retroalimentación constante.

Observación 12: Se evidenciaron falencias en el diligenciamiento de la forma 3-254, dado que no se hace acorde con su instructivo de diligenciamiento, específicamente en el registro de los hallazgos de la visita.

Área responsable: Gerencia Seccional Santander y Coordinación Epidemiológica.

Se evidenció que la forma 3-254 no permite identificar la razón social de la planta de leche visitada, no obstante, la forma fue modificada y la versión 4 ya cuenta con la información completa. La revisión y análisis de las formas, correspondientes a las visitas realizadas durante la vigencia 2023 permitieron establecer falencias en el diligenciamiento de las mismas, dado que no se diligencia el campo de observaciones de acuerdo con el instructivo de diligenciamiento, de la misma.

1. No se identifica el tipo de planta visitada.
2. No se diligencia tanto el nombre como la firma del responsable de la planta.

3. Se utilizó una forma desactualizada.

Recomendaciones:

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

2.9 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE

2.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL

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

2.9.2 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.

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

Teniendo en cuenta que ninguna de las tareas establecidas en el instructivo, son realizadas, se incrementa la probabilidad de materialización del riesgo, por cuanto se recomienda establecer un control asociado al procedimiento, de forma tal que se mitigue el riesgo de no identificar oportunamente la presencia de fiebre aftosa, a través de la identificación de predios sin vacunación.

2.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

Unidad auditable sin Acciones de mejora pendientes en la Gerencia Seccional Santander.

2.11 RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

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

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

3.1 PROCESO MISIONAL

3.2 SUBPROCESO VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA FITOSANITARIA

3.3 UNIDAD AUDITABLE

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

3.4 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, del 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-030 - Vigilancia del HLB de los Cítricos y su vector *Diaphorina citri*.”, gestionado por la Gerencia Seccional Santander, 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 presentaron limitaciones que impidieran alcanzar los objetivos establecidos. Todos los recursos y la información necesarios estuvieron disponibles, lo que facilitó la ejecución efectiva de la auditoría y permitió obtener conclusiones fundamentadas.

3.7 CRITERIOS

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

3.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

3.8.1 METODOLOGÍA

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

3.8.2 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, las cuales corresponden a un universo de 2093 visitas, verificando el cumplimiento de los lineamientos dispuestos para tal fin, se tomó una muestra de 24 visitas realizadas, dado el cálculo generado con un error muestral (E) del 10%, Proporción de éxito del 10% y un nivel de confianza del 90%.

Tabla 3. Visitas de HLB verificadas durante la auditoría:

No.	ACTA	MUNICIPIO	VEREDA (DIRECCIÓN)	PREDIO
1	26	Piedecuesta	Guatiguara	Villa Stella
2	104	El playon	Mata Caña	Villa Nayir
3	147	Betulia	La Union Sur	La Palma
4	243	Betulia	La Union Sur	La Cruz
5	305	Rio Negro	Vega Carreño	Las palmas

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

6	335	Floridablanca	Urbano Molinos bajo	Calle 23#28-52
7	427	San Vicente de Chucuri	Santa Inés-El cerro	El Cóndor
8	491	Sabana de Torres	San Rafel de Payoa	La Esmeralda
9	582	Lebrija	Rayitos	Vivero Manantial de Lebrija
10	668	Lebrija	La Victoria	Horizontes 2
11	752	Barrancabermeja	Los Laureles -Centro	Tienda Yuberlyn
12	836	Palmas del Socorro	Pozo Azul	Los Cedros
13	926	Chima	Santo Domingo	El Almendro
14	1017	Piedecuesta	Guatiguara	El Gran Corral
15	1095	Floridablanca	La Judía	Buenos Aires
16	1185	Hato	centro	La Loma
17	1279	Capitanejo	La Loma	La Cañada
18	1370	Bucaramanga	Angelinos	El Porvenir
19	1461	Piedecuesta	Umpala-Meseta	Los Colmeros
20	1538	Mogotes	Tubuga	La Castalia Lote 2
21	1635	Barichara	San Jose Alto	La Fortuna
22	1724	Aratoca	San pedro	El porvenir
23	1743	Betulia	Chimita	La Reforma
24	1747	San vicente de chucuri	la esmeralda	bella vista

Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

3.8.3 FORTALEZAS

Se destaca el profesionalismo y recursividad del líder del instructivo, así como el conocimiento de las zonas productoras a vigilar.

3.8.4 RESULTADOS

Observación 13: Incumplimiento al instructivo “PRV-SPV-I-030 - Vigilancia del HLB de los Cítricos y su vector *Diaphorina citri*”, tarea 1, dado que no se evidencia soporte frente a la ruta de vigilancia en puntos estratégicos, teniendo en cuenta las vías de comunicación, traspatios, zonas urbanas y áreas silvestres.

Área Responsable: Gerencia Seccional Santander

Recomendaciones:

- Crear y documentar la ruta de vigilancia de acuerdo con los parámetros establecidos en el instructivo, en puntos estratégicos de vigilancia ubicados en vías de comunicación, traspatios, zonas urbanas y áreas silvestres.
- Determinar y documentar la rotación de las rutas de vigilancia y que, en efecto abarquen el 10% del área sembrada en la zona, así como la frecuencia de tiempo para realizar de nuevo las visitas.

Observación 14: Debilidades en el diligenciamiento de la forma 3-439 “Formato de visita a predios”, ya que se encontraron espacios en blanco o mal diligenciados, de acuerdo con las “INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA FORMA 3-439 ACTA DE VISITA A PREDIOS, VERSION 2. AÑO 2015.” Contendidas al respaldo de la forma impresa, específicamente lo correspondiente a “4. No. De Comisión, 8. Nombre de quien atiende la visita, 9. Cargo, 16. Asistente Técnico del Cultivo:, Nombre:, Cel:, E-mail: y 19. Se requirió tomar muestra, 21. Firma de quien atiende la visita; incurriendo en fallas en el debido diligenciamiento establecido para la forma.

Área responsable: Gerencia Seccional Santander

Recomendaciones:

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Realizar las capacitaciones necesarias al ingreso del personal que apoya las visitas de vigilancia.
- El funcionario deberá aplicar las convenciones establecidas para los casos en los cuales no se posea la información para registrar en el ítem, como lo mencionan las instrucciones “*Cuando no tenga información deberá colocar NS (No Sabe) o NR (No Responde). Si la información solicitada No Aplica, deberá escribir NA*”.
- Dada la alta cantidad de visitas que desarrolla la Gerencia Seccional y ante la insuficiente cantidad de Formas con las que cuenta el personal para la realización de las visitas, se sugiere entregar la hoja de instrucciones impresa para los casos en los cuales el líder del programa debe recurrir a impresiones de la forma.

Observación 15: Debilidad en la organización y ubicación de los documentos digitales. “Guía administración documentos electrónicos GD-SAF-G-005 V3.”, se evidencia la ubicación de archivos para remisión de muestras al laboratorio, así como resultados de laboratorio en diferentes ubicaciones (correo electrónico, Disco duro del PC de la seccional, Disco duro de computador personal, OneDrive de correos institucionales asignados al personal).

Área responsable: Gerencia Seccional Santander

Recomendaciones:

- Implementar la ubicación y esquema para la identificación de las carpetas y los archivos determinados en la “Guía administración documentos electrónicos GD-SAF-G-005 V3. Almacenamiento de documentos electrónicos, Esquema de clasificación del Sistema de Gestión de documentos electrónicos”. Siguiendo los lineamientos del “Acuerdo 003 de 2015 Por el cual se establecen lineamientos generales para las entidades del Estado en cuanto a la gestión de documentos electrónicos generados como resultado del uso de medios electrónicos de conformidad con lo establecido en el capítulo IV de la Ley 1437 de 2011, se reglamenta el artículo 21 de la Ley 594 de 2000 y el capítulo IV del Decreto 2609 de 2012, Artículo 8°. Foliado electrónico de archivo y características y Artículo 9°. Elementos del expediente electrónico de archivo”.
- De considerarlo necesario, solicita al Grupo de Gestión Documental, realizar capacitación para la adecuada implementación del archivo digital de acuerdo con las particularidades de las actividades propias de la Gerencia Seccional Santander.
- Igualmente solicitar al Grupo de Gestión Documental, apoyo en la estandarización e implementación en la titulación de los archivos que componen cada proceso desarrollado por la Gerencia Seccional Santander.

3.9 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

3.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

Tabla 4. Riesgos asociados en el mapa de riesgos institucional 2023.

NOMBRE DEL RIESGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	ZONA INHERENTE	CAUSA	CONTROLES EXISTENTES
SGC Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por el establecimiento y dispersión de plagas reglamentadas como consecuencia de la omisión o incumplimiento de los lineamientos establecidos.	Aumentar la admisibilidad sanitaria de productos agropecuarios en el exterior.	Alta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitada disponibilidad de recursos para atender actividades misionales. ▪ Falta de personal con experiencia y conocimiento. ▪ Falta de articulación institucional y coordinación interna de programas fitosanitarios. ▪ Falta de estrategias de comunicación del riesgo. ▪ Falta de aplicación y verificación a los 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El personal del puesto de control realiza vigilancia a la movilización de material vegetal. 2. Los Responsables en Gerencias Seccionales ejecutan las actividades establecidas en el Plan de Acción o actúan ante emergencias fitosanitarias. (Erradicación de brotes).

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

			lineamientos establecidos. ▪ Falta de actividades de control a la movilización vegetal.	
SGC Posibilidad de afectación reputacional por reportar tardíamente la presencia de plagas reglamentadas en el país.	Prevenir y controlar riesgos sanitarios y fitosanitarios, efectuando una estricta vigilancia epidemiológica.	Extrema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deficiente sistema de información para la captura y consolidación de la información. ▪ Deficiencia en la oportunidad de vinculación de personal a los programas de vigilancia fitosanitaria. ▪ Recursos insuficientes para el mantenimiento de los programas de vigilancia fitosanitaria. ▪ Limitaciones en la capacidad analítica de diagnóstico. ▪ Retrasos en la comunicación del responsable técnico a nivel seccional. 	La DT. de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria y los responsables en Gerencias Seccionales realizan seguimiento a la información entregada referente a las acciones de vigilancia fitosanitarias adelantadas por la red de sensores internos (equipo de funcionarios del sistema nacional de vigilancia fitosanitario) para la detección oportuna de plagas cuarentenarias en sistemas productivos agrícolas y forestales, a través de las bases de datos de consolidación de información y aplicativos.
COR Posibilidad de afectación reputacional por omitir o comunicar tardíamente la ocurrencia de eventos fitosanitarios para favorecer a terceros.	Prevenir y controlar riesgos sanitarios y fitosanitarios, efectuando una estricta vigilancia epidemiológica.	Alta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deficiente sistema de información. ▪ Solicitud o recepción de dádivas. ▪ Presiones indebidas de terceros. ▪ Falla en el monitoreo y seguimiento en las actividades. 	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.

Elaboración propia de la Oficina de Control Interno. SGC = Estratégico

3.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

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

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

Durante el desarrollo de la auditoría fue detectado un riesgo de seguridad digital, por lo cual se sugiere su análisis para ser integrado al mapa de riesgo del proceso de protección vegetal.

Tabla 5. Sugerencia para la elaboración e implementación del mapa de riesgos para el Subproceso.

RIESGO ADICIONAL NO IDENTIFICADO EN LA GESTIÓN	CAUSA
Riesgos de seguridad digital: Posibilidad de combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el orden constitucional y los intereses nacionales. Incluye aspectos relacionados con el ambiente físico, digital y las personas.	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la información digital con diferentes ubicaciones. • Falta de estandarización en la forma y ubicación de los archivos digitales. • Ubicación de archivos en computadores de uso personal o OneDrive con posibilidad de pérdida de la información, dado el caso de desvinculación de la persona a la entidad.

Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

3.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Unidad auditable sin Acciones de mejora pendientes en la Gerencia Seccional Santander.

3.11 RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

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.

Analizar la posibilidad de incluir el riesgo propuesto por la Oficina de Control Interno, con el fin de actualizar el mapa de riesgos, teniendo en cuenta que la falta de información puede materializar situaciones que no reflejen la gestión real del Instituto.

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. PROCESO VEGETAL

4.1 PROCESO MISIONAL

4.2 SUBPROCESO 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, del 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 Santander, 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 presentaron limitaciones que impidieran alcanzar los objetivos establecidos. Todos los recursos y la información necesarios estuvieron disponibles, lo que facilitó la ejecución efectiva de la auditoría y permitió obtener conclusiones fundamentadas.

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.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Decreto 1071 de 2015 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural.
- Ley 1955 de 2019 Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad.
- 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 400 visitas, verificando el cumplimiento de los lineamientos dispuestos para tal fin, se tomó una muestra de 23 visitas realizadas, dado el cálculo generado con un error muestral (E) del 10%, Proporción de éxito del 10% y un nivel de confianza del 90%.

Tabla 6. Visitas de Palma verificadas durante el período de la auditoría:

No.	MUNICIPIO	VEREDA (DIRECCIÓN)	PREDIO
1	San vicente de chucuri	MARFIL	SAN JUAN
2	Sabana de torres	La Moneda	La Palestina
3	Rionegro	La Musanda	La Marabel
4	Sabana de torres	LLano Grande	La Bendición 2
5	Puerto wilches	Garcia Cadena	Aguablanca
6	Puerto wilches	Garcia Cadena	Palmira
7	Puerto wilches	San Klaver	Villa Tatiana
8	Simacota	Zambranito	El Encanto
9	Sabana de Torres	La Moneda	El Tesoro
10	Rionegro	San Rafael	Lote 1
11	Puerto wilches	Km8	El Rodeo
12	Puerto parra	El Placer	La Esmeralda
13	Sabana de torres	KM 36	La Moneda 2
14	Rionegro	La Musanda	La Fortuna
15	Puerto wilches	Las Pampas	Agropalma
16	Puerto parra	Las Montoyas	La Esperanza
17	Barrancabermeja	la lizama	Las Mirlas
18	Puerto parra	aguas negras	La Florida
19	Puerto parra	El Placer	La Nubia
20	Sabana de torres	La gomez	Lote # 55
21	Sabana de torres	Birmania	Finca rosa blanca
22	Puerto Wilches	La Ye	La Morena - Carrizal
23	Puerto Wilches	Italia	Las Flores

Elaboración propia de la Oficina de Control Interno.

4.8.3 FORTALEZAS

Se destaca el profesionalismo y recursividad del líder del instructivo, así como el conocimiento de las zonas productoras a vigilar.

4.8.4 RESULTADOS

Observación 16: Incumplimiento al instructivo “PRV-SPV-I-041 - Inspección, Vigilancia y Control fitosanitario en predios de palma de aceite”, tarea 3, dado que no se evidencia documento que soporte la Programación mensual de las comisiones, así como las actividades a realizar en los predios a visitar.

Área responsable: Gerencia Seccional Santander

Recomendaciones:

- Crear y documentar la Programación mensual de las comisiones junto con las actividades a realizar en los predios a visitar.
- Determinar y documentar la rotación de la programación de las visitas. Así como la frecuencia de tiempo para realizar de nuevo las visitas.

Observación 17: Debilidades en el diligenciamiento de la forma 3-439 “Formato de visita a predios”, ya que se encontraron espacios en blanco o mal diligenciados, de acuerdo con las “INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA FORMA 3-439 ACTA DE VISITA A PREDIOS, VERSION 2. AÑO 2015.” Contendidas al respaldo de la forma impresa, específicamente lo correspondiente a “0. Gerencia Seccional, 4. No. De Comisión, 8. Nombre de quien atiende la visita, apartados del numeral, 13. Área del predio, 15. Coordenadas, apartados del numeral 16. Asistente Técnico del Cultivo:, y 21. Firma de quien atiende la visita:; incurriendo en fallas en el debido diligenciamiento establecido para la forma.

Área responsable: Gerencia Seccional Santander

- Realizar las capacitaciones necesarias al ingreso del personal que apoya las visitas de vigilancia.
- El funcionario deberá aplicar las convenciones establecidas para los casos en los cuales no se posea la información para registrar en el ítem, como lo mencionan las instrucciones “*Cuando no tenga información deberá colocar NS (No Sabe) o NR (No Responde). Si la información solicitada No Aplica, deberá escribir NA*”.

Observación 18: Debilidad en la organización y ubicación de los documentos digitales. “Guía administración documentos electrónicos GD-SAF-G-005 V3.”, se evidencia la ubicación de archivos para remisión de muestras al laboratorio, así como resultados de laboratorio en diferentes ubicaciones (correo electrónico, Disco duro del PC de la seccional, Disco duro de computador personal, OneDrive de correos institucionales asignados al personal).

Área responsable: Gerencia Seccional Santander

Recomendaciones:

- Implementar la ubicación y esquema para la identificación de las carpetas y los archivos determinados en la “Guía administración documentos electrónicos GD-SAF-G-005 V3. Almacenamiento de documentos electrónicos, Esquema de clasificación del Sistema de Gestión de documentos electrónicos”. Siguiendo los lineamientos del “Acuerdo 003 de 2015 Por el cual se establecen lineamientos generales para las entidades del Estado en cuanto a la gestión de documentos electrónicos generados como resultado del uso de medios electrónicos de conformidad con lo establecido en el capítulo IV de la Ley 1437 de 2011, se reglamenta el artículo 21 de la Ley 594 de 2000 y el capítulo IV del Decreto 2609 de 2012, Artículo 8°. Foliado electrónico de archivo y características y Artículo 9°. Elementos del expediente electrónico de archivo”.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- De considerarlo necesario, solicitar al Grupo de Gestión Documental realizar capacitación para la adecuada implementación del archivo digital de acuerdo a las particularidades de las actividades propias de la Gerencia Seccional Santander.
- Igualmente solicitar al Grupo de Gestión Documental, apoyo en la estandarización e implementación en la titulación de los archivos que componen cada proceso desarrollado por la Gerencia Seccional Santander.

4.9 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

4.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

Tabla 7. Riesgos asociados en el mapa de riesgos institucional 2023.

NOMBRE DEL RIESGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	ZONA INHERENTE	CAUSA	CONTROLES EXISTENTES
SGC Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por el establecimiento y dispersión de plagas reglamentadas como consecuencia de la omisión o incumplimiento de los lineamientos establecidos.	Aumentar la admisibilidad sanitaria de productos agropecuarios en el exterior.	Alta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitada disponibilidad de recursos para atender actividades misionales. ▪ Falta de personal con experiencia y conocimiento. ▪ Falta de articulación institucional y coordinación interna de programas fitosanitarios. ▪ Falta de estrategias de comunicación del riesgo. ▪ Falta de aplicación y verificación a los lineamientos establecidos. ▪ Falta de actividades de control a la movilización vegetal. 	<p>3. El personal del puesto de control realiza vigilancia a la movilización de material vegetal.</p> <p>4. Los Responsables en Gerencias Seccionales ejecutan las actividades establecidas en el Plan de Acción o actúan ante emergencias fitosanitarias. (Erradicación de brotes).</p>
SGC Posibilidad de afectación reputacional por reportar tardíamente la presencia de plagas reglamentadas en el país.	Prevenir y controlar riesgos sanitarios y fitosanitarios, efectuando una estricta vigilancia epidemiológica.	Extrema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deficiente sistema de información para la captura y consolidación de la información. ▪ Deficiencia en la oportunidad de vinculación de personal a los programas de vigilancia fitosanitaria. ▪ Recursos insuficientes para el muestreo de los programas de vigilancia fitosanitaria. ▪ Limitaciones en la capacidad analítica de diagnóstico. ▪ Retrasos en la comunicación del responsable técnico a nivel seccional. 	La DT. de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria y los responsables en Gerencias Seccionales realizan seguimiento a la información entregada referente a las acciones de vigilancia fitosanitarias adelantadas por la red de sensores internos (equipo de funcionarios del sistema nacional de vigilancia fitosanitario) para la detección oportuna de plagas cuarentenarias en sistemas productivos agrícolas y forestales, a través de las bases de datos de consolidación de información y aplicativos.
COR Posibilidad de afectación reputacional por omitir o comunicar tardíamente la ocurrencia de eventos fitosanitarios para favorecer a terceros.	Prevenir y controlar riesgos sanitarios y fitosanitarios, efectuando una estricta vigilancia epidemiológica.	Alta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deficiente sistema de información. ▪ Solicitud o recepción de dádivas. ▪ Presiones indebidas de terceros. ▪ Falla en el monitoreo y seguimiento en las actividades. 	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.

Elaboración propia de la Oficina de Control Interno. SGC = Estratégico

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

Durante el desarrollo de la auditoría fue detectado un riesgo de seguridad digital, por lo cual se sugiere su análisis para ser integrado al mapa de riesgo del proceso de protección vegetal.

Tabla 8. Sugerencia para la elaboración e implementación del mapa de riesgos para el Subproceso.

RIESGO ADICIONAL NO IDENTIFICADO EN LA GESTION	CAUSA
Riesgos de seguridad digital: Posibilidad de combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el orden constitucional y los intereses nacionales. Incluye aspectos relacionados con el ambiente físico, digital y las personas.	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la información digital con diferentes ubicaciones. • Falta de estandarización en la forma y ubicación de los archivos digitales. • Ubicación de archivos en computadores de uso personal o OneDrive con posibilidad de pérdida de la información, dado el caso de desvinculación de la persona a la entidad.

Elaboración propia de la Oficina de Control Interno.

4.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

De acuerdo con la Observación 4 vigencia 2019, en la cual quedaron contempladas las siguientes acciones de mejora:

- Aprobar la tabla de retención documental propuesta por el grupo de atención al ciudadano y gestión documental revisada por gerencia seccional Santander.
- Presentar las Propuesta de actualización de las Tablas de retención documental ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para ser remitidas al Archivo General de la Nación para su Convalidación.

El líder del programa de Palma de aceite de la gerencia seccional Santander, manifiesta haber remitido por SISAD la propuesta para la actualización de las tablas de retención documental, así como poseer dicha aprobación. En este caso, el facilitador de PMA de la gerencia seccional Santander, le solicita al líder remitir dichas comunicaciones, para ser transmitidas a la Oficina de Control Interno, y dar por cumplida las acciones de mejora.

4.11 RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

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.

Analizar la posibilidad de 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.

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. PROCESO PROTECCIÓN VEGETAL

5.1 PROCESO MISIONAL

5.2 SUBPROCESO VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA FITOSANITARIA

5.3 UNIDAD AUDITABLE

VE-FITO-P-012 - Registro de plantaciones forestales y sistemas agroforestales con fines comerciales en Colombia.

5.4 OBJETIVO

Verificar la ejecución y el cumplimiento del instructivo “VE-FITO-P-012 - Registro de plantaciones forestales y sistemas agroforestales con fines comerciales en Colombia.”, el cual se encuentra formalizado en el sistema de información Diamante del Instituto, del instructivo se verificará la normatividad aplicable, gestión oportuna, tiempos establecidos, la implementación de controles y la gestión del riesgo.

5.5 ALCANCE

Verificar la ejecución y el cumplimiento del procedimiento “VE-FITO-P-012 - Registro de plantaciones forestales y sistemas agroforestales con fines comerciales en Colombia.”, gestionado por la Gerencia Seccional Santander, 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 presentaron limitaciones que impidieran alcanzar los objetivos establecidos. Todos los recursos y la información necesarios estuvieron disponibles, lo que facilitó la ejecución efectiva de la auditoría y permitió obtener conclusiones fundamentadas.

5.7 CRITERIOS

- Decreto 2398 del 27 de diciembre de 2019 del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.
- Resolución 071641 del 15 de julio de 2020 del Instituto Colombiano Agropecuario ICA.
- Procedimiento: VE-FITO-P-012 - Registro de plantaciones forestales y sistemas agroforestales con fines comerciales en Colombia.

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 44 visitas realizadas para el apartado de “Expedición de Registro de Plantaciones”, verificando el cumplimiento de los lineamientos dispuestos para tal fin, se tomó una muestra de 16 visitas realizadas, dado el cálculo generado con un error muestral (E) del 10%, Proporción de éxito del 10% y un nivel de confianza del 90%.

Tabla 9. Registro de plantaciones forestales y sistemas agroforestales verificadas durante la auditoría:

No.	MUNICIPIO DONDE SE UBICA LA PLANTACIÓN FORESTAL	VEREDA	PREDIO
1	Sabana de Torres	Centro	Lote 2 Buenavista 2
2	San Gil	Hoya de Monas	La esperanza
3	Aratoca	Clavellinas	La esperanza

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

4	Macaravita	Ilarguta	Tobo
5	Surata	Surata - El Porvenir	El Porvenir
6	Piedecuesta	La Colina	Lote 6 El recuerdo
7	Sabana de Torres	Centro	Buenavista 2
8	Zapatoca	Las Flores	La India
9	Puente Nacional	Peñitas	Las Delicias
10	Puente Nacional	Montes	El Rincón
11	Rionegro	Galápagos	Observatorio
12	Puente Nacional	El Páramo	La esperanza
13	Cimitarra	Corcovada	La Victoria
14	Barrancabermeja	Guarumo	Las Delicias
15	Puente Nacional	Montes	El Durazno
16	Puente Nacional	Alto San Dimas	Los Robles

Elaboración propia de la Oficina de Control Interno.

5.8.3 FORTALEZAS

Se destaca el profesionalismo y recursividad del líder del procedimiento, su capacidad de organización y adaptación.

5.8.4 RESULTADOS

Observación 19: Incumplimiento al procedimiento “VE-FITO-P-012 - Registro de plantaciones forestales y sistemas agroforestales con fines comerciales en Colombia” tarea 3; así como la Resolución 071641 del 15/07/2020, Art. 4, numeral 4.1, dado que tanto el procedimiento como la Resolución, establecen que la Forma 3-1104 debe estar firmada, para dar inicio al proceso de Registro, condición que no está siendo cumplida.

Área responsable: Gerencia Seccional Santander, Dirección Técnica de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria, Dirección Técnica de Asuntos Nacionales.

Recomendaciones:

- Determinar si la Forma 3-1104 requiere de la firma y/o su actualización, de forma tal que dé cumplimiento a los parámetros requeridos desde un sustento legal.
- De acuerdo a la determinación que se establezca entre la Dirección Técnica de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria y la Dirección Técnica de Asuntos Nacionales, actualizar en caso de ser necesario la Resolución 071641 del 15/07/2020, Art. 4, numeral 4.1.
- Realizar las socializaciones necesarias para homogenizar y estandarizar la recepción del documento a nivel nacional.

Observación 20: Incumplimiento al procedimiento “VE-FITO-P-012 - Registro de plantaciones forestales y sistemas agroforestales con fines comerciales en Colombia”; tarea 5, dado que la Forma 3-1456 pese a ser reportada la carencia de la firma en la Forma 3-1104, se da concepto de viabilidad para continuar el proceso.

Área responsable: Gerencia Seccional Santander, Dirección Técnica de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria.

Recomendaciones:

- Contar con el soporte técnico y legal para dar los conceptos de viabilidad a la documentación presentada por el usuario.
- Generar las socializaciones necesarias para homogenizar y estandarizar la recepción de los documentos a nivel nacional.

Observación 21: Debilidad en la organización y ubicación de los documentos digitales. “Guía administración documentos electrónicos GD-SAF-G-005 V3.”, se evidencia la ubicación de los archivos solicitados a subsanar en diferentes ubicaciones (SISAD, correo electrónico, One Drive).

Área responsable: Gerencia seccional Santander y Dirección Técnica de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria.

Recomendaciones:

- Estructurar un repositorio estandarizado y codificado para guardar los documentos en orden cronológico de cada uno de los eventos.
- Dado que al requerirse la corrección en algunos de los documentos cargados a través de la plataforma Forestales y la continuación del proceso debe migrar al gestor documental o al correo electrónico del Profesional Responsable en la Seccional del Programa Fitosanitario Forestal, se sugiere establecer las mejoras necesarias al aplicativo, para que el proceso cuente con la trazabilidad necesaria durante el proceso de registro del predio en el aplicativo.
- Teniendo en cuenta que la Tabla de Retención Documental contemplada para el proceso, cuenta con un archivo híbrido, se sugiere implementar la ubicación y esquema para la identificación de las carpetas y los archivos determinados en la “Guía administración documentos electrónicos GD-SAF-G-005 V3. Almacenamiento de documentos electrónicos, Esquema de clasificación del Sistema de Gestión de documentos electrónicos”. Siguiendo los lineamientos del “Acuerdo 003 de 2015 Por el cual se establecen lineamientos generales para las entidades del Estado en cuanto a la gestión de documentos electrónicos generados como resultado del uso de medios electrónicos de conformidad con lo establecido en el capítulo IV de la Ley 1437 de 2011, se reglamenta el artículo 21 de la Ley 594 de 2000 y el capítulo IV del Decreto 2609 de 2012, Artículo 8°. Foliado electrónico de archivo y características y Artículo 9°. Elementos del expediente electrónico de archivo”.
- De considerarlo necesario, solicitar al Grupo de Gestión Documental, realizar capacitación para la adecuada implementación del archivo digital de acuerdo a las particularidades de las actividades propias de la Gerencia Seccional Santander.
- Igualmente solicitar al Grupo de Gestión Documental, apoyo en la estandarización e implementación en la titulación de los archivos que componen cada proceso desarrollado por la Gerencia Seccional Santander.

Observación 22: Debilidades en el diligenciamiento de la forma 3-439 “Formato de visita a predios”, ya que se encontraron espacios en blanco o mal diligenciados, de acuerdo con las “INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA FORMA 3-439 ACTA DE VISITA A PREDIOS, VERSION 2. AÑO 2015.” Contenidas al respaldo de la forma impresa, específicamente lo correspondiente a “4. No. de Comisión, 6 C.C., 7. Teléfono, 11. Vereda, 13. Área del predio, 14. Área Sembrada, apartados de 16. Asistente técnico,” incurriendo en fallas en el debido diligenciamiento establecido para la forma.

Área responsable: Gerencia Seccional Santander.

Recomendaciones:

- Realizar las capacitaciones necesarias al ingreso del personal que apoya las visitas de vigilancia.
- El funcionario deberá aplicar las convenciones establecidas para los casos en los cuales no se posea la información para registrar en el ítem, como lo mencionan las instrucciones “Cuando no tenga información deberá colocar NS (No Sabe) o NR (No Responde). Si la información solicitada No Aplica, deberá escribir NA”.

Observación 23: Incumplimiento en el instructivo “Organización del registro de Plantaciones Forestales y Sistemas Agroforestales con Fines Comerciales y Certificados de Movilización de Productos de Transformación Primaria Obtenidos de las Plantaciones Forestales Comerciales Registradas en el Territorio Nacional - GD-SAF-I-011”, al evidenciar el mal diligenciamiento de la Forma 4-1151 “Rótulo Caja de Registro”, al igual que la ausencia de la Forma 4-1281 “Hoja de Control de expedientes híbridos” en cada una de las carpetas.

Área responsable: Gerencia Seccional Santander.

Recomendaciones:

- Capacitar al personal encargado del apoyo a la Gestión Documental en el Instructivo GD-SAF-I-011.
- Realizar jornadas detalladas a la organización y diligenciamiento de las formas, con el fin de realizar los correctivos necesarios al personal de apoyo encargado de dicha labor.

Observación 24: Se evidenció incumplimiento en cuanto a los tiempos establecidos dentro del procedimiento “VE-FITO-P-012 - Registro de plantaciones forestales y sistemas agroforestales con fines comerciales en Colombia” en las tareas 3: certificado de tradición y libertad del (os) inmueble (s), cuya fecha de expedición no sea superior a treinta (30) días calendario y tarea 4: revisión y evaluación de la información y documentación presentada debe ser analizada en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de radicación de la solicitud de registro.

Área responsable: Gerencia Seccional Santander y Dirección Técnica de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria.

Recomendaciones:

- Dado que la Gerencia Seccional no contó con el personal profesional responsable del Programa Fitosanitario Forestal durante el 1er semestre del 2023, razón por la cual el proceso fue realizado desde Oficinas Nacionales, se sugiere mejorar la operatividad durante estos casos, de forma tal que no se incurra en retrasos procedimentales.
- Establecer mecanismos de contingencia que le permitan al usuario conocer el avance de su trámite, pese a la ausencia del personal profesional responsable del Programa Fitosanitario Forestal en la gerencia seccional.
- Definir tiempos máximos de validez en la documentación, así como alternativas a dicha validez que no vayan en detrimento del usuario ó que incurran en faltas al proceso por parte del personal a cargo.

Observación 25: Se detecta debilidad en la estructura del procedimiento “VE-FITO-P-012 - Registro de plantaciones forestales y sistemas agroforestales con fines comerciales en Colombia” en las tareas 11, 12 y 13; dado que la consecución de cada una de las tareas es continua y el proceso de registro culmina con el rechazo de este.

Área responsable: Dirección Técnica de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria.

Recomendaciones:

- Identificar dentro del procedimiento cuando aplica o no, las labores de aplazamiento, aprobación o rechazado, ya que como se encuentra establecido, es de obligatorio cumplimiento en todos los trámites el rechazo de los registros.

5.9 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

5.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

Tabla 10. Riesgos asociados en el mapa de riesgos institucional 2023.

NOMBRE DEL RIESGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	ZONA INHERENTE	CAUSA	CONTROLES EXISTENTES
SGC Posibilidad de afectación reputacional por reportar tardíamente la presencia de plagas reglamentadas en el país.	Prevenir y controlar riesgos sanitarios y fitosanitarios, efectuando una estricta vigilancia epidemiológica.	Extrema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deficiente sistema de información para la captura y consolidación de la información. ▪ Deficiencia en la oportunidad de vinculación de personal a los programas de vigilancia fitosanitaria. 	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

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

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recursos insuficientes para el mantenimiento de los programas de vigilancia fitosanitaria. ▪ Limitaciones en la capacidad analítica de diagnóstico. ▪ Retrasos en la comunicación del responsable técnico a nivel seccional. 	sistema nacional de vigilancia fitosanitario) para la detección oportuna de plagas cuarentenarias en sistemas productivos agrícolas y forestales, a través de las bases de datos de consolidación de información y aplicativos.
COR Posibilidad de afectación reputacional por emitir registros de vegetales para exportación, plantación forestal comercial o certificado de movilización de madera sin cumplimiento de requisitos normativos, incurriendo en el favorecimiento a un tercero.	Prevenir y controlar riesgos sanitarios y fitosanitarios, efectuando una estricta vigilancia epidemiológica.	Alta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de sistematización de la información requerida dentro del proceso de registro. ▪ Falta de capacitación al personal encargado de la ejecución de las actividades. ▪ Presiones por parte de terceros. ▪ Corrupción del personal. ▪ Sobrecarga laboral. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los profesionales de la DT de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria validan la información presentada en el aplicativo VUT y forestales, a partir de una muestra del 10% de los registros generados en el semestre, se genera un reporte de los resultados obtenidos y se comunica a las dependencias responsables por medio de memorando. 2. Los profesionales en la Gerencia Seccional realizan revisión y aprobación del cumplimiento de los requisitos para la emisión de registros de vegetales para exportación, el cual se documenta a través del proyecto de Resolución. 3. El responsable jurídico en la Gerencia Seccional, revisa y da Vo.Bo sobre el cumplimiento de los requisitos de registros de plantaciones forestales comerciales, a través de memorando o correo electrónico.

5.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

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

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

Durante el desarrollo de la auditoria fue detectado un riesgo de seguridad digital, por lo cual se sugiere su análisis para ser integrado al mapa de riesgo del proceso de protección vegetal.

Tabla 11. Sugerencia para la elaboración e implementación del mapa de riesgos para el Subproceso.

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

RIESGO ADICIONAL NO IDENTIFICADO EN LA GESTIÓN	CAUSA
Riesgos de seguridad digital: Posibilidad de combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el orden constitucional y los intereses nacionales. Incluye aspectos relacionados con el ambiente físico, digital y las personas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manejo de la información digital con diferentes ubicaciones. ▪ Falta de estandarización en la forma y ubicación de los archivos digitales. ▪ Ubicación de archivos en computadores de uso personal o OneDrive con posibilidad de pérdida de la información, dado el caso de desvinculación de la persona a la entidad.

Elaboración propia de la Oficina de Control Interno.

5.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Unidad auditable sin Acciones de mejora pendientes en la Gerencia Seccional Santander.

5.11 RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

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.

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.

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. PROCESO GESTIÓN DEL RECURSO FÍSICO

6.1 PROCESO DE APOYO

6.2 SUBPROCESO SERVICIOS GENERALES

6.3 UNIDAD AUDITABLE

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

6.4 OBJETIVO

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

6.5 ALCANCE

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

El alcance de esta auditoría se extendió al procedimiento GRFIS-INV-P-001 Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA.

6.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

Durante el desarrollo de la auditoría, no se presentaron limitaciones que impidieran alcanzar los objetivos establecidos. Todos los recursos y la información necesarios estuvieron disponibles, lo que facilitó la ejecución efectiva de la auditoría y permitió obtener conclusiones fundamentadas.

6.7 CRITERIOS

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

Normatividad externa:

- Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las Entidades y Organismos del Estado.
- Decreto 1537 de 2001- Artículo 3
- Ley 769 del 6 de agosto de 2002 del Gobierno Nacional - Código Nacional de Tránsito Terrestre, junto con aquellas que la modifiquen, deroguen o complementen.
- Ley 2050 de 2020 “Por medio de la cual se modifica y adiciona la ley 1503 de 2011 y se dictan otras disposiciones en seguridad vial y tránsito”.

Normatividad interna:

- GRFIS-SER-P-001 Procedimiento servicio parque automotor, administración, uso y cuidado.
- GRFIS-INV-P-001 procedimiento Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA
- 800-27-Gerencia-Seccional-Santander-2023, Tabla de Retención Documental – Instituto Colombiano Agropecuario ICA – Seccional Santander.

6.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

6.8.1 METODOLOGÍA

Se llevaron a cabo las actividades relacionadas a continuación:

- Revisión de la información de inventarios suministrada por el Grupo de Gestión Control de Activos y Almacén.
- Revisión de información suministrada por el Grupo Gestión Servicios Generales.
- Revisión de información suministrada por la Gerencia Seccional Santander.
- Observación de los vehículos en el en el parqueadero de la seccional Santander.
- Identificación de los vehículos asignados a la oficina (Bucaramanga) de la seccional Santander.
- Evidencia fotográfica de los diferentes vehículos que se encuentran en el parqueadero de la seccional Santander.
- Análisis de la información requerida para el desarrollo de la auditoría.
- Inspección de documentos relacionados con la ejecución de la auditoría.
- verificación de la gestión documental del área.
- Entrevistas presenciales con los funcionarios que intervienen en la gestión del proceso de “Atención al ciudadano”.
- Revisión de la documentación vigente y que aplicaba para la vigencia 2023, por cuanto el procedimiento y varias formas fueron actualizadas en la vigencia 2024.
- Solicitud de información mediante SISAD No. 20243122087 del 15/08/2024 al Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes. Respuesta a través de SISAD No. 20243122167.
- Solicitud al Grupo de Servicios Generales mediante SISAD No. 20243122088 del 15/08/2024. Respuesta a través de SISAD No. 20243122855.
- Solicitud de información a la seccional mediante SISAD No. 20243120990 del 06/08/2024. Respuesta SISAD No. 20243122855.

El equipo de la Oficina de Control Interno realizó la verificación y análisis de los automotores del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), asignados a la seccional Santander. Durante este proceso, se estableció que, según la información reportada por al menos uno de los Grupos, algunos de estos vehículos están ubicados en la ciudad de Bucaramanga o en una oficina local; razón por la cual se procedió a realizar el análisis para determinar cuáles son los vehículos que

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

se encuentran asignados a la seccional en la oficina en Bucaramanga y efectuar la verificación en sitio.

6.8.2 MUESTRA

Para la selección de la muestra, se tuvo en cuenta la información emitida por la Gerencia Seccional Santander, el Grupo de Gestión de Servicios Generales y el Grupo de Gestión de Control de Activos y Almacén, en relación con la ubicación de los vehículos asignados a la seccional Santander en la oficina de Bucaramanga. Dicha información se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 12. Reporte de vehículos ubicados en Bucaramanga.

ITEM	REPORTE DE VEHICULOS UBICADOS EN BUCARAMANGA			
	N° Placa Transito	GSG	ALAMCEN	SECCIONAL
1	AWS-05D	Bucaramanga	Bucaramanga	Bucaramanga
2	AWS-06D	Bucaramanga	Bucaramanga	Cimitarra
3	BJX-60	Bucaramanga	Bucaramanga	Bucaramanga
4	BSP-59	Cimitarra	Bucaramanga	Cimitarra
5	JVN-294	Bucaramanga	Bucaramanga	Bucaramanga
6	KRN-57G	Bucaramanga	Bucaramanga	Bucaramanga
7	NOR-870	Bucaramanga	Bucaramanga	Bucaramanga
8	NOR-873	Bucaramanga	Bucaramanga	Bucaramanga
9	OBG-992	Bucaramanga	Bucaramanga	Bucaramanga
10	OBH-641	Bucaramanga	Bucaramanga	Bucaramanga
11	OBI-744	Bucaramanga	San Gil	Bucaramanga
12	OCK-156	Bucaramanga	Bucaramanga	Bucaramanga
13	ODS-843	Bucaramanga	Bucaramanga	Bucaramanga
14	ODS-844	Bucaramanga	Bucaramanga	Bucaramanga
15	OIL-696	Bucaramanga	Sabana de Torres	Bucaramanga
16	OSA-148	Bucaramanga	Bucaramanga	Bucaramanga
17	OSA-531	Barrancabermeja	Bucaramanga	Barrancabermeja
18	AWS-14D	Socorro	Socorro	Bucaramanga

Fuente: Gerencia Seccional Santander, Grupo de Gestión Servicios Generales y Grupo de Gestión Control de Activos y Almacén.

Tras la verificación de la información contenida en la tabla 10, se evidenció que en la oficina de la seccional en Bucaramanga se encontraron 13 vehículos. Por este motivo, se procedió a seleccionar el universo para la auditoría, sin optar por una muestra.

Tabla 13. Muestra.

ITEM	PLACA INVENTARIO	PLACA TRANSITO	UBICACIÓN FISICA	CLASE DEL VEHICULO
1	0620975	AWS06D	Bucaramanga	MOTOCICLETA
2	0620972	AWS14D	Bucaramanga	MOTOCICLETA
3	0643684	KRN57G	Bucaramanga	MOTOCICLETA
4	0508075	BJX60	Bucaramanga	MOTOCICLETA
5	0502337	OBG992	Bucaramanga	CAMPERO
6	0628645	OBH641	Bucaramanga	CAMPERO
7	0613743	OCK156	Bucaramanga	CAMPERO
8	0620993	ODS843	Bucaramanga	CAMIONETA
9	0620994	ODS844	Bucaramanga	CAMIONETA
10	130723	OSA148	Bucaramanga	CAMIONETA
11	0628341	JVN294	Bucaramanga	CAMIONETA
12	0644399	NOR870	Bucaramanga	CAMIONETA
13	0644400	NOR873	Bucaramanga	CAMIONETA

Elaboración propia de la oficina de control interno.

6.8.3 FORTALEZAS

Se destaca la colaboración y disposición del actual funcionario del parque automotor apropiando la cultura de cumplimiento y la adherencia a normativas y procedimientos.

6.8.4 RESULTADOS

Observación 26: incumplimiento del numeral 5.2 "Lineamientos de Operación", numeral 10.3.2.2 "Traspaso de Bienes – Entre Funcionarios" y numeral 15.7 "Levantamiento Físico de Inventario" del procedimiento GRFIS-INV-P-001 "Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA", así como del objetivo del procedimiento GRFIS-SER-P-001 "Servicio Parque Automotor, Administración, Uso y Cuidado". Esta situación se debe a que la Gerencia Seccional Santander, el Grupo de Gestión Servicios Generales y el Grupo de Gestión Control de Activos y Almacén emiten reportes inconsistentes, lo que puede derivar en una administración deficiente de los activos e, incluso, en la posible pérdida de los mismos.

Responsable: Gerencia Seccional Santander, Grupo de Gestión Control de Activos y Almacén y Grupo Gestión Servicios Generales.

De conformidad con la verificación y el análisis efectuado al inventario de vehículos automotores del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) asignados a la seccional Santander en la oficina de Bucaramanga, se identificó una discrepancia en la información proporcionada por los distintos Grupos. Mientras algunos reportan la ubicación de ciertos automotores en la ciudad de Bucaramanga o en una oficina local, otros registros no coinciden con dicha información, lo que evidencia una falta de consistencia en los datos.

Así las cosas, al revisarse in situ dichos vehículos en la seccional, se pudo observar inconsistencias en la información reportada por la Seccional Santander, el Grupo de Gestión Control de Activos y el Almacén y Grupo Gestión Servicios Generales, tal como se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 14. Reporte con inconsistencia en la ubicación de los automotores que vinculan a Bucaramanga.

ITEM	REPORTE DE VEHICULOS CON UBICACIÓN DIFERENTE A LA RELACIONADA				
	N° Placa Transito	GGSG	GGCAA	SECCIONAL	OBSERVACIONES
1	BSP-59	Cimitarra	Bucaramanga	Cimitarra	Cimitarra
2	OBI-744	Bucaramanga	San Gil	Bucaramanga	San Gil
3	OIL-696	Bucaramanga	Sabana de Torres	Bucaramanga	Barrancabermeja
4	OSA-531	Barrancabermeja	Bucaramanga	Barrancabermeja	Barrancabermeja
5	AWS-05D	Bucaramanga	Bucaramanga	Bucaramanga	Barrancabermeja
6	AWS-06D	Bucaramanga	Bucaramanga	Cimitarra	Bucaramanga
7	AWS-14D	Socorro	Socorro	Bucaramanga	Bucaramanga

Elaboración propia de la oficina de control interno.

En la tabla anterior, la columna observaciones, relaciona la ubicación del vehículo según lo manifestado en la auditoría por el responsable del parque automotor de la seccional Santander, resaltando que solo se pudo verificar los vehículos relacionados en los numerales 6 y 7 porque se encontraron en el parqueadero de la oficina de Bucaramanga, sin embargo, no entregaron soporte de los movimientos realizados, lo cual refleja el incumplimiento al numeral 10.3.2.2. Traspaso de bienes - Entre funcionarios y numeral 5.2 lineamientos de operación del procedimiento GRFIS-INV-P-001.

Así mismo, en el análisis de los reportes entregados por las tres áreas, se evidencia información con características diferentes para un mismo vehículo.

Tabla 15. Características diferentes para un mismo vehículo.

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

AREA	REPORTE DE CARACTERÍSTICAS DIFERENTES A UN MISMO VEHÍCULO				
	N° Placa Transito	MARCA	CLASE	COLOR	ESTADO
GGSG	OSA-148	MITSUBISHI	CAMIONETA	VERDE	EN SERVICIO
GGCAA	OSA-148	MITSUBISHI	CAMPERO	SIN DATO	SIN DATO
SECCIONAL	OSA-148	MITSUBISHI	CAMIONETA	SIN DATO	EN SERVICIO

Elaboración propia de la oficina de control interno.

En la verificación realizada al parque automotor de la seccional se observó que el bien mueble con placa de matrícula N° OSA-148, es una camioneta de color blanco que se encuentra fuera de servicio. Lo anterior evidencia que se está incumpliendo el numeral 15.7 “LEVANTAMIENTO FÍSICO DE INVENTARIO” del procedimiento GRFIS-INV-P-001, Así mismo incumple el objetivo del procedimiento GRFIS-SER-P-001.

De otra parte, el reporte de la motocicleta de placas BJX60 tampoco coincide, como se plasma en la siguiente tabla:

Tabla 16. características diferentes para un mismo vehículo.

ITEM	REPORTE DE VEHICULO CON PLACA DE TRANSITO DIFERENTE		
	GGSG	GGCAA	SECCIONAL
1	BJX60	BIX-60	BIX60

Elaboración propia de la oficina de control interno.

En los reportes, el número de la placa de matrícula difiere entre las áreas, sin embargo, en la verificación realizada al parque automotor de la seccional, se observó motocicleta con placa de tránsito N° BJX60, la cual se encuentra fuera de servicio. Lo anterior evidencia que se está incumpliendo el numeral 15.7 “LEVANTAMIENTO FÍSICO DE INVENTARIO” del procedimiento GRFIS-INV-P-001. Así mismo incumple el objetivo del procedimiento GRFIS-SER-P-001.

Recomendaciones:

- Verificar y realizar los ajustes pertinentes en las bases de datos, para tener la certeza de la confiabilidad de información reportada.
- Establecer un flujo de información y responsabilidades, asegurando que cada área se comunique de manera clara y oportuna.
- Garantizar una correcta valoración y control de los bienes en inventario, mediante la implementación de puntos control preventivos, donde se detalle las características de cada uno de los vehículos, y un seguimiento al reporte mensual, con el fin de que se valide la disponibilidad, estado y ubicación de los vehículos asignados.

Observación 27: Incumplimiento del procedimiento “GRFIS-SER-P-001 SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO”, específicamente en el numeral 1. Generalidades, que establece que “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). Además, deberán contar con póliza todo riesgo”. Durante el desarrollo de la auditoría, no se evidenció la existencia del seguro de automotores todo riesgo, la póliza colectiva de vehículos, y los certificados de revisión técnico-mecánica relacionados no se encontraban vigentes.

Responsables: Seccional Santander - Grupo de Gestión de Servicios Generales

La presente observación se fundamenta en lo siguiente: del total del parque automotor ubicado en la Oficina de Bucaramanga, solo tres vehículos no están obligados a contar con certificados de revisión técnico-mecánica: BJX60, NOR870 y NOR873. El vehículo BJX60 está en proceso de ser clasificado como inservible, mientras que los vehículos NOR870 y NOR873 están exentos debido a su fecha de matrícula. El resto de los vehículos deben tener este documento vigente; sin embargo, en la relación suministrada por el Grupo de Gestión de Servicios Generales (GGSG), se observó que dicha vigencia estaba vencida, y tampoco se encontraron los

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

certificados correspondientes en cada uno de los vehículos. Además, la Seccional Santander no entregó el seguro todo riesgo ni la póliza colectiva de vehículos.

Recomendaciones:

- Gestionar de forma prioritaria la renovación del seguro de automotores todo riesgo, la póliza colectiva de vehículos y los certificados de revisión técnico-mecánica que no se encuentran vigentes con el fin de evitar sanciones y multas.
- Establecer un sistema de alertas o recordatorios automáticos que notifique con antelación los próximos vencimientos de la documentación y seguros de los vehículos, para tomar acción preventiva y evitar retrasos.
- Asegurarse de que todos los funcionarios encargados de la gestión del parque automotor estén debidamente capacitados y familiarizados con el procedimiento "GRFIS-SER-P-001" y las consecuencias del incumplimiento, para garantizar una adecuada administración, uso y cuidado de los automotores.

Observación 28: Incumplimiento del numeral 2 "Responsabilidades de la Gerencia y/o Grupo" del título "Responsabilidad Comparendos" del procedimiento GRFIS-SER-P-001 "Servicio Parque Automotor, Administración, Uso y Cuidado", que establece la obligación de validar al inicio de cada semana la página del SIMIT y dejar constancia de la consulta mediante una captura de pantalla. Durante el desarrollo de la auditoría, no se evidenció la ejecución de esta actividad por parte de la Gerencia, lo que constituye un incumplimiento de dicho numeral.

Responsables: Gerencia Seccional Santander

Recomendaciones:

- Implementar la validación semanal de comparendos a través de la página del SIMIT.
- Generar y archivar de manera sistemática una **captura de pantalla** que sirva como evidencia de la revisión. Estas capturas deben almacenarse en una carpeta digital organizada por semanas, facilitando la trazabilidad.

Observación 29: Incumplimiento de lo contenido en el título "Dotación mínima de equipos de prevención y seguridad" del procedimiento "GRFIS-SER-P-001 SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO". Durante la verificación de los vehículos ubicados en la oficina de Bucaramanga, se evidenció que ninguno de los automotores, incluidas las motocicletas, cuenta con la totalidad de los elementos de seguridad requeridos, según lo estipulado en el procedimiento.

Responsables: Gerencia Seccional Santander

En el desarrollo de la auditoría, se verificó cada uno de los vehículos, constatando que ninguno de ellos cuenta con la totalidad de los elementos requeridos para la dotación mínima de equipos de prevención y seguridad. Esto genera un incumplimiento del numeral 9 del apartado de Prohibiciones del mismo procedimiento, que establece que "no se deben utilizar automotores que no cuenten con la dotación mínima de equipos de prevención y seguridad". Como resultado, la entidad tiene vehículos operando sin la debida dotación, lo que la expone a riesgos legales, financieros y de seguridad.

Recomendaciones:

- Gestionar la compra o reposición de los elementos faltantes para cada vehículo, garantizando que cumplan con las especificaciones indicadas en el procedimiento.
- Implementar un control interno periódico (mensual o trimestral) para revisar que cada vehículo y motocicleta continúe contando con la dotación mínima de equipos de seguridad.
- Capacitar al personal encargado de la administración y uso de los vehículos sobre la importancia de contar con los equipos de prevención y seguridad, así como su correcto uso y cuidado.

Observación 30: incumplimiento del numeral 1 del título "Mantenimiento de los automotores" del procedimiento "GRFIS-SER-P-001 SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR,

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

ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO," el cual establece que " *El Grupo Gestión de Servicios Generales será el encargado de gestionar, a través del contrato que exista para tal fin, el mantenimiento de los vehículos del POOL, de las Subgerencias y la Gerencia. En las seccionales, los Gerentes serán los responsables de gestionar el proceso de mantenimiento de su parque automotor*". Además, se constató incumplimiento del numeral 10.4 "CLASIFICACIÓN DE BIENES A INSERVIBLES," del procedimiento GRFIS-INV-P-001 "Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA". Durante la verificación realizada al parque automotor de la seccional Santander, ubicado en la oficina de Bucaramanga, se identificaron 13 vehículos, de los cuales 7 (equivalentes al 54%) no se encuentran en uso, estos se relacionan en la tabla 15.

Responsables: Gerencia Seccional Santander, Grupo de Gestión Control de Activos y Almacén y Grupo Gestión Servicios Generales.

A continuación, se detallan los vehículos que no se encuentran en uso de la seccional Santander, ubicados en la oficina de Bucaramanga. Durante el proceso de auditoría se verificó que, aunque 6 de los 7 vehículos recibieron mantenimiento en la vigencia de 2023, continúan presentando fallas. Las razones de esta situación fueron proporcionadas por el responsable del parque automotor y se encuentran especificadas en la columna de observaciones. Así mismo, no se obtuvo evidencia de las solicitudes enviadas al Grupo de Gestión de Servicios Generales para informar sobre estas novedades.

Tabla 17. Listado automotores que no están en uso en la Oficina de Bucaramanga.

LISTADO VEHICULOS QUE NO ESTAN EN USO - SECCIONAL SANTANDER				
OFICINA BUCARAMANGA				
PLACA DEL VEHÍCULO	UBICACIÓN FÍSICA	CLASE DEL VEHICULO	OBSERVACION	MANTENIMIENTO 2023
AWS06D	Bucaramanga	MOTOCICLETA	Fallas mecánicas	Informe de mantenimiento del 28/12/2023
AWS14D	Bucaramanga	MOTOCICLETA	Fallas mecánicas	Factura 1081 – mantenimiento 28/12/2023
BIX60	Bucaramanga	MOTOCICLETA	Para clasificar a inservible y chatarrizar	
OBG992	Bucaramanga	CAMPERO	Fallas mecánicas	Factura 866 – mantenimiento 08/07/2023 Factura 917 – mantenimiento 24/08/2023
OBH641	Bucaramanga	CAMPERO	Por llantas en mal estado	Factura 913 – mantenimiento 24/08/2023
OSA148	Bucaramanga	CAMIONETA	Aparenta estado inservible	Factura 918 – mantenimiento 24/08/2023
JVN294	Bucaramanga	CAMIONETA	Por no funciona la batería	Factura 868 – mantenimiento 08/07/2023

Elaboración propia de la oficina de control interno

Llama la atención que el vehículo de placas OSA 148, presenta información de estar en estado de "en servicio", así mismo presenta SOAT vigente y un mantenimiento en el mes de agosto de la vigencia 2023, por valor de tres millones cien mil ciento treinta y un pesos (\$3.100.131). Así las cosas, al momento de la visita, se indicó que el vehículo está próximo a realizar el proceso de baja, al hacerse la inspección ocular del mismo; en consecuencia, se pudo corroborar dicha afirmación acerca del mal estado del vehículo.

Por lo anterior, se generan dudas razonables acerca de la inversión que se le efectuó al automotor, teniendo en cuenta que dicho monto al leal saber y entender de esta Oficina de Control Interno, era para poder poner en marcha y funcionamiento al servicio de la seccional el vehículo.

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

Sumado a esto, es importante resaltar el seguimiento y control de los mantenimientos efectuados a los vehículos, toda vez que debería tenerse una garantía del tiempo en el cual van a seguir funcionales y operativos para garantizar la movilidad del personal.

Recomendaciones:

- Identificar claramente las razones por las cuales estos 7 vehículos están fuera de uso, evaluando la naturaleza de los problemas técnicos o administrativos.
- Informar formalmente sobre esta situación al Grupo de Gestión de Servicios Generales, de manera que se tomen decisiones de acuerdo a las prioridades operativas.
- Realizar un inventario exhaustivo del parque automotor, incluyendo la identificación de los vehículos fuera de servicio. De ser necesario clasificar estos vehículos como inservibles de acuerdo con el procedimiento GRFIS-INV-P-001 y tomar las acciones necesarias para su disposición.

Observación 31: Incumplimiento de la Política de Gestión Documental (ICA) – GD-SAF POL-001, Reglamento de Gestión Documental GD-SAF-G-006 y Tabla de Retención Documental No. 800-27 de la Gerencia Seccional Santander 2023. Durante la verificación realizada, se evidenció que el archivo de gestión del procedimiento objeto de la auditoría se encuentra incompleto y no está organizado de acuerdo con las normas establecidas.

Área responsable: Gerencia Seccional Santander

Durante la verificación del archivo de gestión, se evidenció que cada vehículo tiene su propia carpeta; sin embargo, el historial correspondiente se encuentra incompleto. Además, las formas del procedimiento "GRFIS-SER-P-001 SERVICIO PARQUE AUTOMOTOR, ADMINISTRACIÓN, USO Y CUIDADO" verificadas no cuentan con un proceso archivístico adecuado, ya que están sueltas.

Recomendaciones:

- Realizar una revisión exhaustiva del archivo de gestión para identificar los documentos faltantes y asegurarse de que todos estén. Esto implica recopilar y organizar la documentación de acuerdo con los lineamientos establecidos en la política y reglamento de gestión documental.

6.9 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

6.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

Tabla 18. Riesgos asociados en el mapa de riesgos institucional 2023.

NOMBRE DEL RIESGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	ZONA INHERENTE	CAUSA	CONTROLES EXISTENTES
COR Posibilidad de afectación económica debido al hurto de bienes de la entidad asegurados, por personas ajenas a la organización.	Optimizar los recursos administrativos y financieros.	Zona Riesgo Alta	*Delincuencia externa a la entidad *Inventarios desactualizados *Demoras en el proceso contractual *Falta de seguimiento al vencimiento de pólizas.	1. El Grupo de Gestión de Servicios Generales realiza el seguimiento a las fechas de vencimiento de las pólizas, asegurando que los bienes se encuentren amparados. 2. El Grupo de Gestión de Servicios Generales realiza las respectivas solicitudes a las áreas que intervengan y reúne la documentación necesaria para enviar la solicitud de contratación referente a las diferentes pólizas

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

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

Observación 32: 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 en el desarrollo de la auditoria se evidencia lo siguiente:

Riesgo GRFIS3: El control establecido para el riesgo: “1. Los responsables de control de activos realizan los levantamientos físicos de inventarios de bienes en servicio a los funcionarios del Instituto conforme el procedimiento, los cuales deben coincidir con lo reportado en el aplicativo SCIAF. (Anual).”, no se aplica correctamente por el Grupo de Gestión Control de Activos y Almacén, porque genera en su reporte, información de los automotores que no corresponden a la realidad, tal como se mencionó en la observación No. 26, situación que puede llevar a una administración deficiente de los activos y/o pérdida de estos.

Responsable: Grupo de Gestión de Control de Activos y Almacén

Riesgo GRFIS1: El control establecido para el riesgo: “1. El Grupo de Gestión de Servicios Generales realiza el seguimiento a las fechas de vencimiento de las pólizas, asegurando que los bienes se encuentren amparados. (Anual).”, No se aplica correctamente, ya que durante el desarrollo de la auditoría no se evidenció la existencia del seguro de automotores todo riesgo ni de la póliza colectiva de vehículos. Además, en la relación de los certificados de revisión técnico-mecánica presentada, se observa que estos no estaban vigentes.

Responsable: Grupo de Gestión de Servicios Generales

Recomendaciones:

- Tener en cuenta lo establecido en 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.

6.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

Observación 33: Materialización del Riesgo 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.”. Por cuanto en la seccional Santander se identifica incumplimiento en los procedimientos: GRFIS-SER-P-001 servicio parque automotor, administración, uso y cuidado y GRFIS-INV-P-001 Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA, porque la Gerencia Seccional Santander, el Grupo Gestión Servicios Generales y el Grupo de Gestión Control de Activos y Almacén, generan reportes que no son coincidentes, lo que puede derivar en una administración deficiente de los activos e, incluso, en la posible pérdida de los mismos. Tal como se detalla en la observación No. 26 del presente informe.

Responsable: Grupo de Gestión de Control de Activos y Almacén, Grupo de Gestión de Servicios Generales y Gerencia Seccional Santander.

Recomendaciones:

- 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.

6.9.3 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:

- Posibilidad de riesgo de accidentes, la falta de mantenimiento adecuado puede llevar a fallas en los vehículos que podrían resultar en lesiones a las personas o daños a la propiedad.
- Posibilidad de afectación financiera, por un impacto negativo en la eficiencia operativa, si los vehículos no están operando o son incapaces de realizar sus funciones.
- Posibilidad de pérdidas financieras, sanciones legales y una menor capacidad operativa por no contar con un parqueadero con óptimas condiciones, que evite el deterioro, hurto o daño de los vehículos y que regule las condiciones en espacios laborales o públicos.
- Posible materialización de riesgo en demandas y comparendos, así como detrimento en el erario de la Entidad, frente a accidentes o daños ocasionados por el conductor, por la ausencia de un documento de asignación oficial de los funcionarios que pueden conducir los vehículos de la entidad, por cuanto puede dificultar la identificación del responsable, lo que expone al Instituto. Sumado a ello, esto puede llevar a la organización a asumir costos imprevistos si el uso indebido del vehículo no puede atribuirse a una persona específica.

6.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Unidad auditable sin Acciones de mejora pendientes en la Gerencia Seccional Santander.

6.11 RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

- Se identificaron múltiples incumplimientos en los procedimientos establecidos, especialmente en el manejo y control del parque automotor, lo que puede llevar a una administración deficiente de los activos y a la pérdida de estos.
- Asegurarse de que todos los funcionarios encargados de la gestión del parque automotor estén debidamente capacitados y familiarizados con el procedimiento “GRFIS-SER-P-001” y las consecuencias del incumplimiento.
- Se observó que varios vehículos están fuera de servicio debido a problemas técnicos o administrativos. Es crucial identificar las razones de esta situación y establecer un plan de recuperación para garantizar la movilidad del personal.
- Identificar las causas de los problemas técnicos que han llevado a que varios vehículos estén fuera de servicio y establecer un plan de mantenimiento y reparación con plazos claros para su reincorporación al servicio.
- La auditoría reveló que la gestión documental no cumple con las normativas establecidas, con archivos incompletos y desorganizados.
- Realizar una revisión exhaustiva del archivo de gestión para identificar documentos faltantes y asegurarse de que todos estén organizados de acuerdo con los lineamientos establecidos en la política y reglamento de gestión documental.
- Se constató que muchos vehículos no cuentan con seguros de automotores todo riesgo ni con certificados de revisión técnico-mecánica vigentes, lo que representa un riesgo significativo para la operación y la legalidad del uso de los vehículos
- Gestionar de forma prioritaria la renovación del seguro de automotores todo riesgo, la póliza colectiva de vehículos y los certificados de revisión técnico-mecánica que no se encuentran vigentes.
- A pesar de las deficiencias encontradas, se destaca la disposición y colaboración del personal encargado del parque automotor, lo que es un punto positivo para la mejora continua en la gestión.
- Capacitar al personal encargado de la administración y uso de los vehículos sobre la importancia de contar con los equipos de prevención y seguridad, así como su correcto uso y cuidado.
- Establecer un flujo de información claro y responsabilidades entre las áreas involucradas en la gestión del parque automotor, asegurando que cada área se comunique de manera oportuna.
- Definir un plan de intervención para evitar que los riesgos identificados se materialicen nuevamente, asegurando un seguimiento adecuado de las acciones implementadas.

7. PROCESO ATENCIÓN AL CIUDADANO

7.1 PROCESO DE APOYO

7.2 SUBPROCESO: N/A

7.3 UNIDAD AUDITABLE

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

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

7.4 OBJETIVO

Verificar la ejecución y el cumplimiento del procedimiento “Registro, seguimiento y control de PQRSD (ACIUPQR-P-002) Y la guía para el diligenciamiento de la forma 4-019 registro,

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

seguimiento y control de PQRSD (ACIU-PQR-G-001, los cuales se encuentran formalizados en el sistema de información Diamante del Instituto, de referido procedimiento y guía se verificarán la normatividad aplicable, gestión oportuna, tiempos establecidos, la implementación de controles y la gestión del riesgo.

7.5 ALCANCE

Verificación del procedimiento “Registro, seguimiento y control de PQRSD (ACIU-PQR-P-002), al igual que la guía para el diligenciamiento de la forma 4-019 registro, seguimiento y control de PQRSD (ACIU-PQR-G001), gestionado por la Gerencia Seccional Santander, durante la vigencia 2023.

El alcance de esta auditoría se extendió al procedimiento GD-SAF-P-031 administración de documentos electrónicos derechos de petición.

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

7.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

Durante el desarrollo de la auditoría, se presentó una limitación al alcance, ya que durante la visita a las instalaciones de la Seccional Santander no fue posible verificar la muestra seleccionada para el proceso, debido a la falta de disponibilidad de la información requerida, la cual se verificó con posterioridad.

Previo a la reunión de cierre, enviaron los treinta y dos (32) expedientes a través de correo electrónico, una vez validados se evidenció que únicamente ocho (08) expedientes contenían la información requerida (asignación, petición y respuesta). Además, un (01) soporte no correspondía al radicado, y los veintitrés (23) restantes no contaban con la completitud de los soportes necesarios.

Se señala lo anterior, teniendo en cuenta el cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 151 del Decreto 403 de 2020 “Por el cual se dictan normas para la correcta implementación del Acto Legislativo 04 de 2019 y el fortalecimiento del control fiscal”, el cual señala:

"ARTÍCULO 151. Los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno deberán facilitar el acceso y el suministro de información confiable y oportuna para el debido ejercicio de sus funciones, salvo las excepciones establecidas en la ley. Los requerimientos de información deberán hacerse con la debida anticipación a fin de garantizar la oportunidad y completitud de la misma. El incumplimiento reiterado al suministro de la información solicitada por la unidad u oficina de control interno dará lugar a las respectivas investigaciones disciplinarias por la autoridad competente."
(subrayado fuera de texto).

7.7 CRITERIOS

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

Normatividad externa:

- Constitución Política de Colombia de 1991. “En sus artículos 20, 23, 74 y 209, dispone los parámetros constitucionales del derecho de petición, el derecho a la información, el derecho a acceder a los documentos públicos y los principios de la función administrativa”.
- Ley 87 de 1993. “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las Entidades y Organismos del Estado”.
- Ley 594 de 2000. “Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1474 de 2011. “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.”

- Ley 1712 de 2014. “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.”
- Ley 1755 de 2015. “Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”.
- Ley 1952 de 2019. “Por medio de la cual se expide el código general disciplinario se derogan la ley 734 de 2002 y algunas disposiciones de la ley 1474 de 2011, relacionadas con el derecho disciplinario.”
- Ley 2094 de 2021. “Por medio de la cual se reforma la ley 1952 de 2019 y se dictan otras disposiciones.”
- Decreto 1537 de 2001. “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado”.
- Decreto 1166 de 2016. "Por el cual se adiciona el capítulo 12 al Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, relacionado con la presentación, tratamiento y radicación de las peticiones presentadas verbalmente".

Normatividad interna:

- Resolución No. 0008628 del 19 de mayo de 2022. “Por la cual se reglamenta el trámite interno de Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes de Información, Denuncias y Felicitaciones PQRSD que se formulen ante el Instituto Colombiano Agropecuario ICA”.
- Resolución No. 070406 del 24 de junio del 2020. “Por el cual se escinde el Grupo de Atención al Ciudadano y Gestión Documental de la Subgerencia Administrativa y Financiera del Instituto Colombiano Agropecuario – ICA y se crean dos grupos de trabajo independientes con funciones específicas.
- ACIU-PQR-P-002 Procedimiento registro, seguimiento y control de PQRSD.
- GD-SAF-P-031 V.2 Procedimiento administración de documentos electrónicos derechos de petición.
- ACIU-PQR-G-001 Guía para el diligenciamiento de la forma 4-019 registro, seguimiento y control de PQRSD.

7.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

7.8.1 METODOLOGÍA

Se llevaron a cabo las actividades relacionadas a continuación:

- Lectura y revisión de la documentación vigente y que aplicaba para la vigencia 2023, por cuanto el procedimiento y varias formas fueron actualizadas en la vigencia 2024.
- Entrevistas presenciales con los funcionarios que intervienen en la gestión del proceso de “Atención al ciudadano”.
- Análisis de la información requerida para el desarrollo de la auditoría.
- Inspección de documentos relacionados con la ejecución de la auditoría.
- verificación de la gestión documental del área.

De los reportes entregados por el Grupo de Atención al Ciudadano para el seguimiento a PQRSD del primer y segundo semestre de la vigencia 2023, se tomaron un total de 213 requerimientos asignados a la seccional Santander, de acuerdo con el alcance definido. Para el trabajo de auditoría, se seleccionaron dos métodos o técnicas de muestreo idóneos, que fueron, (i) Muestreo aleatorio simple (Tabla 19) y (ii) Pruebas selectivas a criterio del equipo auditor, teniendo presentes los siguientes criterios de Tipo de petición y cantidad de radicados.

Tabla 19. Esquema de Muestreo Aleatorio Simple para estimar la proporción de una población.

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

Tamaño de la Población (N)	Error Muestral €	Proporción de Éxito (P)	Nivel de Confianza	Nivel de Confianza (Z) (1)	Fórmula	Muestra Óptima
213	8%	10%	90%	1,645	38	32

Elaboración propia de la oficina de control interno.

7.8.2 MUESTRA

Las validaciones para esta auditoría se llevaron a cabo de manera selectiva sobre las PQRSD asignadas a la Seccional Santander durante el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023. Este periodo corresponde a un universo de 213 requerimientos, de los cuales se extrajo una muestra de treinta y dos (32) PQRSD mediante una técnica de muestreo aleatorio simple, verificando así el cumplimiento de los lineamientos establecidos para tal fin.

Tabla 20. Selección de la muestra, de acuerdo al tipo de petición y cantidad de N. de radicados.

Tipo de Petición	Cantidad	Porcentaje	Unidad
Denuncia	72	34%	10
Petición de Documentos	14	7%	2
Petición de Información	86	40%	13
Queja	12	6%	2
Reclamo	4	2%	1
Solicitud General	25	12%	4
Total	213	100%	32

Elaboración propia de la Oficina de Control Interno.

Descripción de la muestra seleccionada

Tabla 21. Descripción de la selección de la muestra a verificar.

No.	No. Radicado	Tipo de Petición
1	20231140496	Denuncia
2	ICA20231004609	Denuncia
3	ICA20231010482	Denuncia
4	ICA20231012266	Denuncia
5	20231121349	Denuncia
6	ICA38231100369	Denuncia
7	20231136061	Denuncia
8	20231123053	Denuncia
9	ICA38231100210	Denuncia
10	ICA20231014017	Denuncia
11	20231142639	Petición de Documentos
12	ICA38231100302	Petición de Documentos
13	20231129261	Petición de Información
14	ICA38231000129	Petición de Información
15	ICA38231100288	Petición de Información
16	20231132622	Petición de Información
17	ICA38231000018	Petición de Información
18	20231123978	Petición de Información
19	ICA38231100280	Petición de Información
20	ICA3823100088	Petición de Información
21	20231141456	Petición de Información
22	ICA38231000080	Petición de Información
23	ICA20231002798	Petición de Información
24	20231128263	Petición de Información
25	20231116452	Petición de Información

26	20231132819	Queja
27	20231142635	Queja
28	ICA20231015014	Reclamo
29	ICA38231000142	Solicitud General
30	ICA38231000141	Solicitud General
31	ICA38231100283	Solicitud General
32	ICA38231000106	Solicitud General

Elaboración propia de la Oficina de Control Interno.

7.8.3 FORTALEZAS

Se destaca la colaboración y disposición del actual funcionario de Atención al Ciudadano apropiando la cultura de cumplimiento y la adherencia a normativas y procedimientos.

7.8.4 RESULTADOS

Observación 34: Incumplimiento en los artículos No. 16 y 26 de la Ley 594 de 2000; tarea 9 del Procedimiento ACIU-PQR-P-002 registro, seguimiento y control de PQRSD; numeral 2 del procedimiento GD-SAF-P-031 administración de documentos electrónicos derechos de petición; así como la Tabla de Retención Documental No. 800-27, código 68 800.27 19 de la Gerencia Seccional Santander 2023. Este incumplimiento se debe a la inobservancia del proceso de archivo, tanto físico como electrónico, de las PQRSD.

Responsable: Gerencia Seccional Santander

La observación se sustenta en la verificación realizada al punto de atención al ciudadano y el archivo físico de la seccional Santander el 29 de agosto de 2024 en el desarrollo del ejercicio auditor, en el cual no se observó la organización del archivo físico de las PQRSD de la vigencia 2023, como tampoco el sitio en SharePoint con las carpetas clasificadas de acuerdo a la Tabla de Retención Documental de la vigencia 2023, utilizando la serie documental DERECHOS DE PETICIÓN.

Lo anterior, incumpliendo lo establecido en los artículos No. 16 y 26 de la Ley 594 de 2000, que disponen:

- Artículo 16 “Obligaciones de los funcionarios a cuyo cargo estén los archivos de las entidades públicas. Los secretarios generales o los funcionarios administrativos de igual o superior jerarquía, pertenecientes a las entidades públicas, a cuya carga estén los archivos públicos, tendrán la obligación de velar por la integridad, autenticidad, veracidad y fidelidad de la información de los documentos de archivo y serán responsables de su organización y conservación, así como de la prestación de los servicios archivísticos.” (subrayado fuera de texto)
- Artículo 26 “Inventario documental. Es obligación de las entidades de la Administración Pública elaborar inventarios de los documentos que produzcan en ejercicio de sus funciones, de manera que se asegure el control de los documentos en sus diferentes fases.” (subrayado fuera de texto) Sumado a ello, incumpliendo lo dispuesto en el Procedimiento **ACIU-PQR-P-002** registro, seguimiento y control de PQRSD, respecto a la tarea 9, que relaciona:
 - Los funcionarios y/o Contratista del Grupo de Gestión Atención al Ciudadano funcionario y/o Contratista del nivel descentralizado, efectuaran el proceso de archivo físico y electrónico, siendo el resultado, el Archivo Actualizado.

Adicional a lo anterior, incumpliendo lo dispuesto en el procedimiento **GD-SAF-P-031** administración de documentos electrónicos derechos de petición, que en el numeral 2, establece:

- El Grupo de Gestión Documental y/o Grupo de Atención al Ciudadano crea un sitio de SharePoint denominado “Archivo GGD y GAC” y allí abre carpetas clasificándolas de acuerdo a la Tabla de Retención Documental vigente utilizando la serie documental. DERECHOS DE PETICIÓN seguida del año, luego se abre una carpeta por el mes de radicación, seguida la carpeta de la fecha del radicado.

Recomendaciones:

- Establecer un plan para la organización del archivo físico de las PQRSD, asegurando que se organicen según la Tabla de Retención Documental.
- Crear y estructurar el sitio en SharePoint conforme a las directrices establecidas, con carpetas claramente organizadas por año, mes y fecha de radicación.
- Establecer un sistema de monitoreo regular para evaluar el cumplimiento continuo de las normativas y procedimientos, realizando verificaciones periódicas que permitan identificar desviaciones a tiempo.

Observación 35: incumplimiento en la aplicación de la segunda viñeta del numeral 2 del Procedimiento GD-SAF-P-031 “administración de documentos electrónicos derechos de petición”, que establece “Una vez recibida la petición, por parte del Grupo de Gestión Documental se le asigna el número de radicado a través de la ventanilla única de correspondencia”; por cuanto se evidencio que las PQRSD recibidas por correo electrónico no son radicadas de una vez y/o el mismo día.

Responsable: Gerencia Seccional Santander - Grupo de Gestión Documental.

Se evidenció que, de las treinta y dos (32) PQRSD seleccionadas de la seccional Santander, veinticuatro (24) es decir, el 75% de la muestra, fueron recibidas a través de correo electrónico. Además, se constató que la asignación de radicado se realizó en días posteriores a la recepción del documento, lo cual se evidencia en los siguientes registros:

Tabla 22. Descripción de radicaciones recibidas por correo electrónico.

No. RADICADO	FECHA RECIBIDA POR CORREO ELECTRONCITO	FECHA RECIBIDA POR CORREO RADICADO
ICA20231004609	13/02/2023	16/02/2023
ICA38231000018	23/01/2023	25/01/2023
20231123978	11/07/2023	12/07/2023
ICA20231002798	27/01/2023	01/02/2023
20231128263	16/08/2023	19/08/2023
20231116452	05/05/2023	10/05/2023
ICA38231000106	17/03/2023	21/03/2023

Elaboración propia de la Oficina de Control Interno.

Lo anterior, fundamentado en el Procedimiento GD-SAF-P-031 “administración de documentos electrónicos derechos de petición”, el cual indica:

- “El ciudadano envía las peticiones a través del correo electrónico: contactenos@ica.gov.co y del formulario único del Formulario de Peticiones (PQRSD) ubicado en el micrositio de Atención al Ciudadano en la página Web del Instituto.
- Una vez recibida la petición, por parte del Grupo de Gestión Documental se le asigna el número de radicado a través de la ventanilla única de correspondencia.”

Recomendaciones:

- Definir tiempos de manera estructurada para la radicación de PQRSD luego del recibo del correo electrónico, asegurando que la información sobre estos tiempos esté disponible a través de diferentes canales: sitio web, correo electrónico, redes sociales y teléfono.
- Estudiar la posibilidad de utilizar software de gestión documental que permita la recepción y radicación de las PQRSD de forma más eficiente, la cual podría incluir la creación de un sistema automatizado que asigne el número de radicado en el momento de recibir la solicitud.

Observación 36: incumplimiento en el término legal establecido para la atención a las PQRSD, quebrantando lo contemplado en la Ley 1755 de 2015, "por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo", artículo 14, que establece los términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. Así mismo, se incumplió con el procedimiento “ACIU-PQR-P-002 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD”, tarea 5. Esto se debe a que los radicados relacionados en la tabla siguiente, que forman parte de la muestra seleccionada, no cumplen con dichos términos.

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

Por lo anterior, se correrá traslado del presente informe de auditoría al Grupo de Instrucción Disciplinaria, con el fin de que se determine si se incurrió en alguna falta disciplinaria, así como las responsabilidades a que haya lugar.

Responsable: Gerencia Seccional Santander.

Tabla 23. Debilidad evidenciada en los siguientes registros de la muestra.

No. de radicado	Estado
20231140496	No atendida
20231136061	No atendida
ICA38231100210	No atendida
20231142639	No atendida
20231141456	No atendida
20231142635	No atendida
20231129261	Fuera de termino
ICA38231000129	Fuera de termino
20231116452	Fuera de termino
ICA38231000142	Fuera de termino
ICA38231000141	Fuera de termino

Elaboración propia de la Oficina de Control Interno.

No se logró confirmar el estado de los radicados relacionados en la siguiente tabla, ya que la seccional no realizó la entrega de los soportes requeridos. Esto es relevante, especialmente porque en la Forma 4-019 se indicaba que se dio respuesta en cinco (05) de ellos.

Tabla 23. Registros de la muestra sin confirmar estado.

No. de radicado	Estado
ICA20231012266	En Término
20231123053	En Término
ICA20231014017	En Término
20231132622	Pendiente de Respuesta
ICA38231000018	En Término
ICA38231000080	En Término

Elaboración propia de la Oficina de Control Interno.

Recomendaciones:

- Realizar un diagnóstico para identificar las razones del incumplimiento, como falta de capacitación, recursos insuficientes o problemas en el sistema de gestión.
- Implementar programas de formación para el personal encargado de gestionar las peticiones, asegurando que comprendan los plazos y procedimientos establecidos por la ley.

Observación 37: Se evidencio incumplimiento del procedimiento “ACIU-PQR-P-002 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD” en relación con la tarea 2, que establece “Revisar los buzones de atención al ciudadano dos veces por mes en compañía de un testigo”. Esto es relevante, ya que en el soporte presentado para la vigencia 2023, se constató que el buzón solo tuvo apertura hasta el mes de mayo.

Responsable: Seccional Santander.

Recomendaciones:

- Crear un calendario claro y accesible para la revisión de los buzones, programando fechas específicas para las revisiones.
- Realizar capacitaciones periódicas con el personal involucrado en la atención al ciudadano sobre la importancia del cumplimiento de este procedimiento y cómo llevarlo a cabo de manera efectiva.

Observación 38: Se evidencio incumplimiento del procedimiento “ACIU-PQR-P-002 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD” en relación con la tarea 7, que establece “Enviar un mensaje de alerta al funcionario competente para prevenir el

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

incumplimiento de los términos de ley, faltando seis (6) y tres (3) días para su vencimiento, según el término establecido en el reglamento interno, y no hay respuesta”. Esto se debe a que la seccional, en los soportes presentados, no demostró que remitió los correos a los responsables de tramitar las PQRSD que forman parte de la muestra, y a las cuales la respuesta se dio fuera de término o no fue atendida.

Responsable: Gerencia Seccional Santander.

Tabla 25. Registros de la muestra con estado no atendida o fuera de término.

No. de radicado	Estado
20231140496	No atendida
20231136061	No atendida
ICA38231100210	No atendida
20231142639	No atendida
20231141456	No atendida
20231142635	No atendida
20231129261	Fuera de termino
ICA38231000129	Fuera de termino
20231116452	Fuera de termino
ICA38231000142	Fuera de termino
ICA38231000141	Fuera de termino

Elaboración propia de la Oficina de Control Interno.

Recomendaciones:

- Definir un protocolo específico para el envío de correos de alerta a los funcionarios responsables, incluir plantillas de correo y pautas sobre cuándo y cómo deben enviarse.
- Utilizar herramientas tecnológicas (como software de gestión de PQRSD) que automaticen el envío de alertas y registros de estos envíos, lo que minimizará errores y olvidos.

Observación 39: Se evidencio incumplimiento del procedimiento “ACIU-PQR-P-002 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD” en relación con la tarea 8, que establece que “*si se deja vencer el término de respuesta a la PQRSD y no se atendió, se solicitará a la dependencia competente la atención inmediata de la petición y la justificación de por qué no se atendió oportunamente, y se remitirá a la SAF para enviar al Grupo de Procesos Disciplinarios*” (es un error del procedimiento, así aparece). Durante la entrevista realizada, se constató que dicha tarea no se lleva a cabo. Además, los soportes de la muestra de las PQRSD no atendidas tampoco demuestran el cumplimiento de esta actividad.

Responsable: Gerencia Seccional Santander.

Tabla 26. Registros de la muestra con estado no atendida.

No. de radicado	Estado
20231140496	No atendida
20231136061	No atendida
ICA38231100210	No atendida
20231142639	No atendida
20231141456	No atendida
20231142635	No atendida

Elaboración propia de la Oficina de Control Interno.

Recomendaciones:

- Establecer un registro donde se documenten las PQRSD no atendidas, las justificaciones requeridas, recibidas y las acciones tomadas, que sirva como evidencia de cumplimiento del procedimiento.
- Realizar revisiones periódicas para asegurar que se estén llevando a cabo las solicitudes de atención y justificación, y que se estén remitidas a la SAF para los procesos disciplinarios cuando corresponda.

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

Observación 40: Se ha evidenciado un incumplimiento del procedimiento “ACIU-PQR-P-002 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PQRSD” en relación con la tarea 10, que establece “se debe revisar y enviar, mediante 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 con 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’”. Esto es relevante porque lo contenido en los memorandos no coincide con lo verificado en la Forma 4-019, como se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 27. Diferencia en el reporte de la gestión de PQRSD.

MES DEL INFORME	No. SISAD	FECHA SISAD	No. RADICADOS SEGÚN MEMORANDO	No. RADICADOS SEGÚN LA FORMA 4-019
Marzo	38233100108	05/04/2023	16	25
Mayo	38233100303	02/06/2023	15	23
Julio	38233100429	22/08/2023	16	31
Agosto	38233100473	04/09/2023	18	20
Total			65	99
Diferencia			34	

Elaboración propia de la Oficina de Control Interno.

Responsable: Gerencia Seccional Santander.

Recomendaciones:

- Implementar un mecanismo de verificación interna que asegure que el registro de las PQRSD sea consistente con los datos consignados en la Forma 4-019, antes de enviar el memorando al Coordinador del Grupo de Atención al Ciudadano.
- Realizar capacitaciones periódicas para los responsables del proceso en la Seccional, enfocadas en la importancia de cumplir con los plazos y requisitos del procedimiento.

Observación 41: Se evidencio debilidad en el diligenciamiento, verificación y revisión de la Forma 4-019, registro, seguimiento y control de PQRSD, de conformidad con lo indicado en la guía ACIU-PQR-G-001 y el procedimiento ACIU-PQR-P-002, específicamente en las tareas 3, 4 y 9.

Responsable: Gerencia Seccional Santander – Grupo de Gestión Documental

El análisis realizado mostró que no se cumple de manera adecuada con los siguientes aspectos:

- Verificar diariamente las peticiones radicadas para determinar cuáles se encuentran atendidas, cuáles se atendieron fuera de término y cuáles no han sido atendidas, lo que impide un adecuado seguimiento.
- Registrar las peticiones recibidas a través de los medios establecidos por el ICA en la Forma 4-019. Esto es relevante debido a las diferencias presentadas entre los informes proporcionados por la seccional al Grupo de Atención al Ciudadano y lo que se detalla en la Forma 4-019.
- Revisar la información para mantener actualizada la Forma 4-019, ya que esto afecta la confiabilidad de los datos para el control y seguimiento de las peticiones. Por ejemplo, en el radicado N° 20231132819, el estado de la respuesta indica como “Pendiente de Respuesta”, a pesar de que fue contestada en término con el SISAD N° 38232100469.

Con relación al diligenciamiento de la forma 4-019, se observa debilidad en los siguientes campos:

- Fecha para dar respuesta: los radicado No. 20231140496, 20231142639, 20231141456 y 20231142635 tienen fecha inferior a la de radicación.
- Fecha de respuesta al ciudadano: tiene 15 campos vacíos, que corresponden a PQRSD con respuesta.
- Solicitud Traslada a otras entidades: presenta 5 campos vacíos.

- Tiempo que se utilizó para dar respuesta: en su gran mayoría no relaciona información.

Recomendaciones:

- Implementar reuniones periódicas de **retroalimentación** con los encargados del proceso para analizar los errores recurrentes. Estas reuniones deberían tener como objetivo identificar las causas de las fallas y discutir soluciones prácticas, promoviendo la mejora continua.
- Definir **consecuencias específicas** para los responsables del proceso que incumplan con los plazos o requisitos establecidos. Esto puede incluir advertencias formales.

Observación 42: incumplimiento de la tarea 1 del procedimiento ACIU-PQR-P-002 "Registro, Seguimiento y Control de PQRSD", que establece: "...Se deben radicar las peticiones y direccionarlas, asignando a las dependencias responsables de dar respuesta...". Se evidenció que, aunque la radicación y asignación de las PQRSD recibidas por correo electrónico se realiza en SISAD, no se adjunta el soporte de la petición en el sistema en el momento de la radicación, como tampoco se envía este soporte por correo electrónico con la asignación, lo que genera una inconsistencia en el proceso.

Responsable: Seccional Santander - Grupo de Gestión Documental.

En el análisis realizado se evidenció que la PQRSD con radicado No. 20231132622 del 25/09/2023 fue registrada en el SISAD y asignada a través de correo electrónico. Sin embargo, en ninguna de estas dos actividades se remitió el documento enviado por el peticionario.

Recomendaciones:

- Asegurar que, al momento de radicar una PQRSD en la herramienta tecnológica diseñada para tal fin, se cargue inmediatamente el soporte correspondiente en el sistema, evitando que el documento sea enviado posteriormente por correo electrónico. Esto garantizará que la información esté disponible de forma centralizada y completa desde el primer momento.

7.9 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

7.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

Tabla 28. Riesgos asociados en el mapa de riesgos institucional 2023.

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

propio o de un tercero				<p>2. El Grupo de Atención al Ciudadano y los enlaces en las dependencias realizan el seguimiento y control al cumplimiento de los términos establecidos para la atención de las PQRSD a través de la forma 4-019 y los correos electrónicos de seguimiento.</p> <p>3. La Coordinación del Grupo de Atención al Ciudadano emite y comunica un informe sobre el incumplimiento en la respuesta de las PQRSD a la Subgerencia Administrativa y Financiera para el inicio del proceso correspondiente.</p>
------------------------	--	--	--	---

Observación 43: 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 en el desarrollo de la auditoría se evidencia lo siguiente:

Riesgo ACIU1: El control establecido para el riesgo: *“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.”*, no se aplica correctamente por cuanto no hay un seguimiento oportuno a las PQRSD, lo cual conlleva al vencimiento de los términos o no atención de las mismas.

Riesgo ACIU3: El control establecido para el riesgo: *“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.”*, no se aplica correctamente por cuanto no hay un seguimiento oportuno a las PQRSD, lo cual conlleva al vencimiento de los términos o no atención de las mismas.

Responsable: Grupo de Atención al Ciudadano – Seccional Santander

Recomendaciones:

- Tener en cuenta lo establecido en 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.

7.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

Observación 44: 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”. Por cuanto la seccional Santander en el estado de las PQRSD asignadas en la vigencia 2023, presenta radicados, fuera de termino y sin atender, como se evidencia en la observación No. 36 del presente informe.

Responsable: Grupo de Gestión de Atención al Ciudadano – Gerencia Seccional Santander

Recomendaciones:

- 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

7.9.3 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 siguiente riesgo asociado al proceso:

- Posibilidad de pérdida reputacional por tutelas o quejas de los grupos de valor u observaciones de la oficina de control interno debido a la atención de PQRSD fuera de los términos de ley o no atendidas.
- Posibilidad de riesgo de retraso y/o errores en el trámite de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) debido a la falta de especificación de las actividades a realizar en cada fase del proceso, así como de los tiempos asignados para cada acción. Esta situación se refleja en el Ítem 1 del No. 2 - Descripción del Procedimiento del documento "Registro, Seguimiento y Control de PQRSD" (CÓDIGO: GITH-PQR-P-002), donde se detallan las etapas de recepción, revisión, clasificación, radicación y asignación de las peticiones.
- Posibilidad de que no se logre una mejora continua en el desempeño y en la atención al ciudadano debido a la ausencia de una retroalimentación adecuada. La falta de tareas específicas en el procedimiento "Registro, Seguimiento y Control de PQRSD" (CÓDIGO: GITH-PQR-P-002) impide la identificación de desviaciones y la implementación de correcciones necesarias. Esto se evidencia en la tarea No. 10, Forma 4-019 "Registro, seguimiento y control de peticiones", la cual es reportada por el Gerente Seccional Nivel Descentralizado, pero no incluye la retroalimentación necesaria por parte del Grupo de Gestión de Atención al Ciudadano.

7.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Unidades auditables sin Acciones de mejora pendientes en la Gerencia Seccional Santander.

7.11 RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

- Se evidencio la materialización de riesgos, especialmente en relación con la afectación reputacional debido a respuestas inoportunas o no atendidas de las PQRSD. Se recomienda tener en cuenta lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y diseñar controles adecuados para garantizar la gestión del riesgo en las actividades del proceso.
- Se identificó un incumplimiento en el procedimiento establecido para el registro, seguimiento y control de PQRSD, lo que indica deficiencias en la implementación y seguimiento de las normativas vigentes. Se recomienda realizar un diagnóstico para identificar las razones del incumplimiento, como la falta de capacitación, recursos insuficientes o problemas en el sistema de gestión.
- Es fundamental implementar programas de capacitación para el personal encargado de gestionar las PQRSD, con el fin de asegurar que comprendan adecuadamente los procedimientos y plazos establecidos. Se recomienda implementar programas de formación para el personal encargado de gestionar las peticiones, asegurando que comprendan los plazos y procedimientos establecidos.
- Es necesario establecer un sistema de seguimiento a las seccionales para evitar la repetición de las desviaciones. Se recomienda implementar un sistema de retroalimentación que asegure que las recomendaciones realizadas sean abordadas en un tiempo razonable, estableciendo responsables y plazos específicos para cada acción correctiva.

8. PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

8.1 TIPO DE PROCESO APOYO

8.2 SUBPROCESO: N/A

8.3 UNIDAD AUDITABLE

GRFIN-GI-P-005 V8 Procedimiento de Ingresos.

8.4 OBJETIVO

Verificar la correcta ejecución y cumplimiento del procedimiento GRFIN-GI-P-005 V.8 Procedimiento de Ingresos, el cual se encuentra publicado en el Sistema de Información Diamante del Instituto, evaluando la efectividad de los controles implementados para mitigar, transferir o eliminar los riesgos críticos que puedan afectar el desempeño de su objetivo principal: Verificar si los ingresos por recursos propios se están registrando y gestionando de acuerdo con el procedimiento establecido; así mismo, se comprobará la adherencia a la normatividad aplicable según el enfoque.

8.5 ALCANCE

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

El alcance de esta auditoría se extendió a la Guía para la Realización de Arqueos a Cajas Recaudadoras GRF-GI-GUIA-001 y se verificó los arqueos a las cajas recaudadoras presentados en la vigencia 2024.

8.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

Durante el desarrollo de la auditoría, no se presentaron limitaciones que impidieran alcanzar los objetivos establecidos. Todos los recursos y la información necesarios estuvieron disponibles, lo que facilitó la ejecución efectiva de la auditoría y permitió obtener conclusiones fundamentadas.

8.7 CRITERIOS

Para el desarrollo de la presente Auditoría, se consideraron los siguientes criterios normativos, los cuales fueron fundamentales para guiar el enfoque de la auditoría y garantizar la validez y relevancia de los hallazgos y recomendaciones:

- Constitución Política de Colombia, Artículos 209 y 211
- Ley 87 de 1993: Esta ley establece las normas sobre control interno en las entidades públicas. Sería relevante para asegurar que los procedimientos de auditoría cumplen con los principios de control interno.
- 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 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción): Es esencial para fortalecer las medidas de transparencia y rendición de cuentas en la gestión pública, incluyendo la auditoría de ingresos.
- Decreto 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
- 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

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

El 27 de agosto de 2024 se realiza la reunión de apertura, en las instalaciones de la sede principal de la Gerencia Seccional Santander, ubicada en la ciudad de Bucaramanga. Para la presentación de la agenda a desarrollar se cuenta con la presencia del delegado del señor Gerente Seccional, el enlace de la Oficina de Control Interno, el equipo auditor OCI, los líderes de los procesos a auditar y demás personal convocado. La reunión de cierre se realizó el 30 de agosto de 2024, en la misma Oficina, esta vez con la presencia del señor Gerente Seccional (E).

La auditoría al Procedimiento de Ingresos GRFIN-GI-P-005 V.8 fue atendida por el responsable del seguimiento, verificación y control de los ingresos recaudados en la Seccional Santander, a través de las nueve cajas establecidas, de acuerdo con la información suministrada por el Grupo de Gestión Financiera: Barrancabermeja, Sabana de Torres, San Gil, Vélez, Socorro, Cimitarra y Puerto Parra como una sola, Málaga, Bucaramanga y San Vicente de Chucurí.

La auditoría se realizó, en consideración a las diferentes técnicas de auditoría como es la indagación, observación, revisión de documentos, inspección física y análisis de datos, las cuales permitieron obtener y evaluar evidencia suficiente para fundamentar las observaciones encontradas.

De acuerdo con el objetivo y el alcance previamente establecidos, el trabajo se desarrolló en las siguientes etapas:

1. Identificación de los Procedimientos. Se revisó el Procedimiento de Ingresos GRFIN-GI-P-005 V.8, así como los riesgos y controles asociados, con el propósito de determinar su operatividad y su contribución al cumplimiento de los objetivos institucionales.
2. Normatividad. Identificación y validación de las normas, leyes y políticas aplicables a los procedimientos evaluados.
3. Soportes. Verificación de los documentos soporte cargados en el One Drive.
4. Planes de mejoramiento. Se revisaron las acciones vencidas de los Planes de Mejoramiento suscritos con la Oficina de Control Interno, de competencia del perfil contable.
5. Comprobantes de pago: Se revisó el archivo digital de las cajas recaudadoras.
6. Actas de verificación. Se validó la existencia de actas de verificación como resultado de los arqueos realizados en las cajas recaudadoras.
7. Responsabilidad. Se verificó la existencia de la resolución que designa a la persona responsable del seguimiento, control y verificación de los ingresos percibidos por la Seccional, así como de los contratos de prestación de servicios con obligaciones específicas.
8. Programación de arqueos. Verificación de la existencia de la Programación de visitas para la realización de los arqueos a cajas recaudadoras y su correspondiente comunicación al Grupo de Gestión Financiera.
9. Arqueos realizados a las cajas recaudadoras. Se revisó la realización de los arqueos a las cajas recaudadoras, en la periodicidad establecida, uso de la forma y contenido.
10. Control Diario de los Ingresos. Se verificó el debido diligenciamiento de la forma 4-1001 de Control Diario de Ingresos.

El análisis de la información anterior permitió obtener y evaluar la evidencia de auditoría, proporcionando una base razonable para identificar las debilidades y fortalezas del sistema.

8.8.1 METODOLOGÍA

Una vez realizada la apertura de la auditoría, el delegado del Gerente Seccional Santander autorizó a los responsables de las unidades auditables, a atender la auditoría en las fechas y horarios previamente acordados.

La auditoría se desarrolló mediante una revisión sistemática de cada procedimiento, siguiendo las etapas definidas en el proceso de auditoría. Se verificaron los archivos de documentos correspondientes a la vigencia 2023 y los arqueos a cajas recaudadoras de la vigencia 2023 realizados en 2024.

Entre las técnicas de auditoría empleadas para obtener evidencia suficiente que permita emitir observaciones, recomendaciones y conclusiones sobre el procedimiento auditado, se incluyen:

- Entrevistas con el responsable del Procedimiento de Ingresos GRFIN-GI-P-005 V.8.

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

- Solicitudes de información al Grupo de Gestión Financiera y a la Gerencia Seccional Santander.
- Revisión de bases de datos relevantes.
- Observación y análisis de las actividades y trámites.
- Revisión de documentos asociados al procedimiento.
- Evaluación de la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos asociados al procedimiento.

8.8.2 MUESTRA

De acuerdo con la información suministrada por la Gerencia Seccional Santander, durante la vigencia 2023 no se practicaron arquezos a las cajas recaudadoras, sin embargo, se realizaron todos en la vigencia 2024 y quedaron al día con corte al 30 de junio de 2024. Se revisaron en su totalidad, muestra del 100%, como se presenta a continuación:

Tabla 29. Arquezos practicados a las Cajas Recaudadoras Seccional Santander

CAJA RECAUDADORA	PERÍODO DE VERIFICACIÓN		FECHA REALIZACIÓN ARQUEO
	DESDE	HASTA	
Barrancabermeja	01/01/2023	31/03/2023	22/07/2024
	01/04/2023	30/06/2023	22/07/2024
	01/07/2023	30/09/2023	22/07/2024
	01/10/2023	31/12/2023	22/07/2024
	01/01/2024	30/03/2024	22/07/2024
	01/04/2024	30/06/2024	22/07/2024
Sabana de Torres	01/01/2023	31/03/2023	22/07/2024
	01/04/2023	30/06/2023	22/07/2024
	01/07/2023	30/09/2023	22/07/2024
	01/10/2023	31/12/2023	22/07/2024
	01/01/2024	30/03/2024	22/07/2024
	01/04/2024	30/06/2024	22/07/2024
San Gil	01/01/2023	31/03/2023	22/07/2024
	01/04/2023	30/06/2023	22/07/2024
	01/07/2023	30/09/2023	22/07/2024
	01/10/2023	31/12/2023	22/07/2024
	01/01/2024	30/03/2024	22/07/2024
	01/04/2024	30/06/2024	22/07/2024
Vélez	01/01/2023	31/03/2023	22/07/2024
	01/04/2023	30/06/2023	22/07/2024
	01/07/2023	30/09/2023	22/07/2024
	01/10/2023	31/12/2023	22/07/2024
	01/01/2024	30/03/2024	22/07/2024
	01/04/2024	30/06/2024	22/07/2024
Socorro	01/01/2023	31/03/2023	22/07/2024
	01/04/2023	30/06/2023	22/07/2024
	01/07/2023	30/09/2023	22/07/2024
	01/10/2023	31/12/2023	22/07/2024
	01/01/2024	30/03/2024	22/07/2024
	01/04/2024	30/06/2024	22/07/2024
Cimitarra + Puerto Parra	01/01/2023	31/03/2023	22/07/2024
	01/04/2023	30/06/2023	22/07/2024
	01/07/2023	30/09/2023	22/07/2024
	01/10/2023	31/12/2023	22/07/2024
	01/01/2024	30/03/2024	22/07/2024
	01/04/2024	30/06/2024	22/07/2024
Málaga	01/01/2023	31/03/2023	22/07/2024
	01/04/2023	30/06/2023	22/07/2024
	01/07/2023	30/09/2023	22/07/2024
	01/10/2023	31/12/2023	22/07/2024
	01/01/2024	30/03/2024	22/07/2024
	01/04/2024	30/06/2024	22/07/2024
San Vicente de Chucurí	01/01/2023	31/03/2023	22/07/2024
	01/04/2023	30/06/2023	22/07/2024
	01/07/2023	30/09/2023	22/07/2024
	01/10/2023	31/12/2023	22/07/2024
	01/01/2024	30/03/2024	22/07/2024
	01/04/2024	30/06/2024	22/07/2024
Bucaramanga	01/01/2023	31/03/2023	22/07/2024
	01/04/2023	30/06/2023	22/07/2024
	01/07/2023	30/09/2023	22/07/2024
	01/10/2023	31/12/2023	22/07/2024
	01/01/2024	30/03/2024	22/07/2024
	01/04/2024	30/06/2024	22/07/2024

Elaboración propia Oficina de Control Interno.

8.8.3 FORTALEZAS

La Gerencia Seccional Santander ha optimizado el proceso de Gestión de Recursos Financieros para la unidad auditable, a través de las siguientes acciones:

- Personal de planta: Mediante la implementación de la Política de Encargo, se ha logrado asignar las funciones de seguimiento, verificación y control de los ingresos a un funcionario de planta. Esta asignación asegura la continuidad y estabilidad en el desarrollo de las actividades relacionadas con la gestión de ingresos.
- Disposición y receptividad: Se observó una clara disposición para la auditoría, con la entrega oportuna de documentos y registros que respaldan las actividades de la unidad auditable.
- Oportunidad en la información: El personal auditado adoptó una actitud proactiva, facilitando la entrega de la información necesaria para el desarrollo eficiente de la auditoría.
- Compromiso del responsable de la unidad auditada: Se destacó la dedicación del equipo en el cumplimiento de sus objetivos, evidenciando un alto nivel de compromiso en sus funciones.
- Uso de tecnologías: La implementación del Sistema Nacional de Recaudo del ICA (SNRI) ha optimizado el proceso de facturación a partir de los ingresos generados por los servicios tarifados de la entidad.
- Aceptación de asesoría: Los auditados mostraron una actitud receptiva hacia las recomendaciones del auditor, lo que favoreció el avance del proceso mediante la identificación de oportunidades de mejora.
- Interés en la mejora continua: El compromiso del Gerente Seccional, la Coordinadora del Grupo de Gestión Financiera y su equipo de trabajo con la mejora continua, es un aspecto fundamental para el desarrollo y la sostenibilidad de la organización.

Estas fortalezas reflejan un compromiso con la transparencia y la mejora continua en la gestión de ingresos, contribuyendo a la efectividad del procedimiento auditable.

8.8.4 RESULTADOS

Observación 45: Se presenta incumplimiento del Procedimiento “GRFIN-GI-P-005 V.8 Ingresos”, específicamente en la Tarea 3 del Numeral 2.2.1 ASIGNACIÓN DE RESPONSABLE Y SEGUIMIENTO, que establece: “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” y de la Tarea 4: “Verificar los resultados de los arqueos a cajas recaudadoras y de la identificación realizada mediante el Formato de Seguimiento, Verificación y Control Diario de los Ingresos”, que tiene como resultado Actas de verificación.

Área Responsable: Gerencia Seccional Santander

Durante el desarrollo de la auditoría no se evidenció la existencia de documentos que soporten:

- Programación de los arqueos a las cajas recaudadoras de la Gerencia Seccional Santander debidamente comunicada al Grupo de Gestión Financiera;
- Realización de arqueos a las cajas recaudadoras dentro de la vigencia 2023;
- Suscripción de Actas de verificación que contengan los resultados de los arqueos a las cajas recaudadoras.

El Grupo de Gestión Financiera con radicado 20243123320 del 23/08/2024, en respuesta a solicitud realizada por la Oficina de Control Interno, señala: “Atentamente informo que la Gerencia Seccional Santander no comunicó al Grupo de Gestión Financiera, la programación de los arqueos de la vigencia 2023.”

Recomendaciones:

- Proyectar la programación de realización de los arqueos para todas las cajas recaudadoras de la Gerencia Seccional Santander y comunicarla, por un canal oficial, al Grupo de Gestión Financiera.
- En caso en que no sea posible cumplir la programación, exponer las razones y plantear la nueva fecha.
- Cotejar que las fechas de elaboración de los arqueos a las cajas recaudadoras coincidan con la programación.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Suscribir las actas de verificación con los resultados de los arqueos a las cajas recaudadoras y comunicar estos resultados a las partes interesadas.

Observación 46: Se evidenció la ausencia de especificación de tareas y/o actividades y definición del documento como Resultado en el Procedimiento de Ingresos GRFIN-GI-P-005 V.8, correspondiente al numeral 2.2.1 Tareas 3 y 4, que se describen el citado procedimiento.

Área Responsable: Gerencia Seccional Santander – Grupo de Gestión Financiera

En particular, no se detalla la periodicidad de la programación de los arqueos, la periodicidad de los arqueos, la comunicación del arqueo a las partes interesadas (responsable de la Caja Recaudadora, Gerente Seccional y Grupo de Gestión Financiera, entre otras), el tiempo de revisión por parte de Gestión Financiera y la comunicación de las observaciones; en la columna “Resultado”, además de la programación de visitas, no se menciona el arqueo realizado, que debe estar firmado y comunicado. Así mismo, en relación con la tarea 4, no se establece qué acciones se deben llevar a cabo una vez suscrita el acta de verificación.

En el Procedimiento de Ingresos GRFIN-GI-P-005 V.8, la Tarea 3 establece: “Programar la realización de los arqueos a cajas recaudadoras y comunicarlo al Grupo de Gestión Financiera, así como dar cumplimiento a la realización de los arqueos.” Sin embargo, no se especifica la frecuencia con la que debe llevarse a cabo esta programación ni la periodicidad de los arqueos. Además, se recomienda trazar el envío de una copia de cada arqueo al Recaudador, al Gerente Seccional y al Grupo de Gestión Financiera, lo cual es fundamental para asegurar que todos los interesados conozcan los resultados.

En cuanto a la Tarea 4, que menciona: “Verificar los resultados de los arqueos a cajas recaudadoras y de la identificación realizada mediante el Formato de Seguimiento, Verificación y Control Diario de los Ingresos”, no se establece claramente qué acciones deben seguirse una vez que se suscribe el acta de verificación.

Recomendaciones:

- Actualizar el Procedimiento de Ingresos GRFIN-GI-P-005, de manera que se refleje la realidad operacional conforme a las necesidades y a la normativa institucional.
- Establecer una periodicidad específica para las programaciones de la realización de arqueos. También se recomienda incluir una orientación para informar en caso de que no se pueda cumplir con esta periodicidad, asegurando así la transparencia.
- Establecer una periodicidad específica para los arqueos a las cajas recaudadoras, tanto para el período a verificar, como el tiempo establecido para llevar a cabo el arqueo. La realización oportuna de estas actividades es fundamental para identificar y corregir posibles discrepancias de un período a otro. La falta de cumplimiento en la periodicidad podría dar lugar a la acumulación de errores, lo que dificultaría su identificación y rectificación a tiempo, afectando la fiabilidad de la información financiera y, en última instancia, la toma de decisiones.
- Incluir una política de retroalimentación. Después de realizado cada arqueo, y firmado por las partes involucradas, se recomienda formalizar la comunicación al Recaudador y al Gerente Seccional, mediante el envío de una copia del arqueo, garantizando que todos estén al tanto del proceso y de los resultados. Esto también refuerza la transparencia y permite que el recaudador tenga un registro de cada arqueo realizado.
- Incluir la remisión de los arqueos practicados a las cajas recaudadoras, al Grupo de Gestión Financiera, especificando la periodicidad de este envío. Asimismo, es importante establecer un procedimiento para la comunicación de respuestas que incluya observaciones, si aplica, sobre los arqueos enviados. Esto asegurará un seguimiento adecuado y una gestión eficaz de cualquier hallazgo.
- Crear un espacio en SharePoint, como repositorio, en donde se carguen todos los arqueos realizados a las cajas recaudadoras de la Gerencia Seccional, debidamente identificados por caja recaudadora, por vigencia, por período, entre otros.
- Implementar un formato o modelo estandarizado de Acta de Verificación, con su correspondiente instructivo, de manera que todas las partes interesadas puedan diligenciarla siguiendo los mismos criterios.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Cumplir con la elaboración de las Actas de verificación de los resultados de los arqueos a cajas recaudadoras y de la identificación realizada mediante el Formato de Seguimiento, Verificación y Control Diario de los Ingresos.
- Establecer claramente las acciones a seguir una vez que se suscriba el acta de verificación. Esto permitirá una adecuada gestión de las observaciones y recomendaciones derivadas de los arqueos.

Observación 47: Se presenta debilidad en el diligenciamiento de la Forma 4-475A “Formato Arqueo Caja Recaudadora”, en la que se realizaron los arqueos a las cajas recaudadoras de la Seccional Santander, debido a que fue modificada y no corresponde a la publicada en el Sistema de Información Diamante, además la forma 4-475A contiene información en desuso en el Instituto.

Área Responsable: Gerencia Seccional Santander, Grupo de Gestión Financiera

En el Sistema de Información Diamante se encuentra publicada la Forma 4-475A “Formato Arqueo Caja Recaudadora”, versión 2 del 27/09/2018. Durante el desarrollo de la auditoría, se presentó la forma diligenciada para los arqueos a cajas recaudadoras correspondientes a la vigencia 2023 (enero 1 a diciembre 31), realizados en la vigencia 2024 (22 de julio), en la que se evidencian modificaciones a la Forma 4-475A.

Además, se observa que la Forma 4-475A incluye espacios para registrar información sobre ICAPRO y Capturador de Ingresos, ambos aplicativos que actualmente están en desuso en el Instituto. Esta situación puede generar confusión y dificultar la adecuada documentación de los arqueos.

Recomendaciones:

- Consultar en el Sistema de Información Diamante las versiones más recientes de las formas, procedimientos y demás documentos de uso regular, para garantizar que se utilicen los formularios correctos y evitar modificaciones no autorizadas.
- Implementar una verificación periódica sobre los formatos utilizados para asegurar que correspondan con la última versión publicada.
- Revisar y actualizar la Forma 4-475A “Formato Arqueo Caja Recaudadora”, de manera que se refleje la realidad operacional conforme a las necesidades y a la normativa institucional.

Observación 48: Se evidencia incumplimiento del numeral 2. Generalidades, de la “Guía para la realización de arqueos a Cajas Recaudadoras GRF-GI-GUIA-001”: “...arqueo practicado a las cajas recaudadoras como control de los recaudos, el cual debe realizarse en cada uno de los puntos de recaudo de la seccional de forma bimestral (cada dos meses) ...”

Área Responsable: Gerencia Seccional Santander, Grupo de Gestión Financiera

Los arqueos a las cajas recaudadoras de la Gerencia Seccional Santander, presentados durante el desarrollo de la auditoría, tienen período de verificación trimestral.

Recomendaciones:

- Actualizar la “Guía para la realización de arqueos a Cajas Recaudadoras GRF-GI-GUIA-001”, de manera que se refleje la realidad operacional conforme a las necesidades y a la normativa institucional.

Observación 49: Se presenta incumplimiento de la Tarea 7 del Procedimiento de Ingresos GRFIN-GI-P-005 V.8, numeral 2.2.2.1 Seguimiento, Control y Verificación de Ingresos de Vigencia Actual, que establece: “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”

Área Responsable: Gerencia Seccional Santander, Grupo de Gestión Financiera

Realizada la entrevista con el responsable, la tarea 7 no se está llevando a cabo, ya que no se consolidan ni se comunican mensualmente los formatos de Seguimiento, Verificación y Control Diario de los Ingresos a los líderes de las áreas técnicas.

Por otra parte, la Gerencia Seccional Santander, ha recibido del Grupo de Gestión Financiera, los Paz y Salvos para las vigencias 2020, 2021 y 2022, respecto al seguimiento, verificación y control diario de ingresos. Sin embargo, no se ha realizado la depuración total de las partidas correspondientes a los períodos desde el 1 de septiembre de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2019, así como de la vigencia 2023.

Tabla 30. Partidas por depurar a 31 de diciembre de 2023.

Valor facturas	Cantidad facturas	Valor Depurado	% Depurado	Valor partidas por identificar	Cantidad partidas por identificar
\$1.127.413.461	42.718	\$1.126.201.392	99.89	\$1.190.822	15

Información aportada por el Grupo de Gestión Financiera

Recomendaciones:

- Cumplir con la tarea 7 del Procedimiento de Ingresos GRFIN-GI-P-005 V.8: Consolidar en forma mensual los Formatos de Seguimiento, Verificación y Control Diario de los Ingresos y comunicarlos a los líderes de las áreas técnicas, asegurando así el seguimiento y validación de los servicios prestados.
- Incluir en el Procedimiento de Ingresos GRFIN-GI-P-005, plazos máximos para realizar las tareas como, por ejemplo: el tiempo que tiene el responsable del seguimiento, verificación y control de Ingresos de la Seccional para identificar y depurar las partidas después de la radicación o cargue en One Drive del Formato de Seguimiento, Verificación y Control Diario de los Ingresos (Forma 4-1001), así como para comunicar al Grupo de Gestión Financiera.
- Desarrollar un plan de trabajo para la identificación de las partidas pendientes y obtener los Paz y Salvos de los períodos faltantes (septiembre a diciembre de 2016 y las vigencias 2017, 2018, 2019 y 2023), expedidos por el Grupo de Gestión Financiera, hasta la vigencia actual.

Observación 50: Se presenta incumplimiento del Procedimiento de Ingresos GRFIN-GI-P-005 V.8 Numeral 2.2.3. ENTREGA Y RECIBO DE RESPONSABILIDADES, tareas 1 Realizar la verificación de cada una de las tareas incluidas en el procedimiento vigente, de acuerdo con el período de permanencia de quien hace entrega y diligenciar la forma 4-1069 Acta de Entrega y Recibo de Responsabilidades Financieras, y 2. Radicar memorando en el SISAD para envío del Acta de Entrega y Recibo de Responsabilidades Financieras, dirigido al Grupo de Gestión Financiera.

Área Responsable: Gerencia Seccional Santander

En la vigencia 2023 se tuvo como responsables del seguimiento, control y verificación de ingresos a dos contratistas: una para el período de enero a junio y otra para julio a noviembre; en noviembre se designó a un funcionario por medio de la resolución No. 00014556 del 30/10/2023 quien firma acta de entrega el 10 de noviembre de 2023 y ejerce como tal hasta la actualidad. Las actas de la contratista que estuvo para el primer semestre de 2023 no se encuentran firmadas por el Gerente Seccional Santander y por lo tanto no han sido comunicadas al Grupo de Gestión Financiera; y el acta de recibo de las responsabilidades de seguimiento, verificación y control, del funcionario para el mes de noviembre, se halla insuficiente de acuerdo con lo establecido en la tarea número 1.

Recomendaciones:

- Formalizar las entregas de los responsables de Ingresos quienes tuvieron el proceso a su cargo durante la vigencia 2023 y remitir las actas correspondientes al Grupo de Gestión Financiera.
- Realizar el registro, seguimiento y control de la entrega y recepción de las responsabilidades financieras asignadas a funcionarios y contratistas, de acuerdo con lo estipulado en los procedimientos correspondientes en cada caso.

- Registrar las observaciones de manera clara y específica, relacionadas con el cumplimiento de los procedimientos, la información, los archivos del proceso y otros aspectos relevantes, con el fin de aclarar cualquier duda relacionada con la entrega que se esté realizando y determinar el estado actual del proceso.
- Verificar los procedimientos y archivos, tanto físicos como digitales, que abarquen el registro de cada una de las tareas establecidas en el procedimiento correspondiente a la entrega. En el caso del procedimiento de Ingresos, se recomienda registrar el estado de las partidas conciliatorias, la paz y salvos expedidos por el Grupo de Gestión Financiera, los arqueos realizados por cada caja recaudadora, la ubicación del back up de las cajas recaudadoras y la verificación del archivo digital cargado, entre otros.

8.9 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

8.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

El mapa de riesgos institucional para el segundo cuatrimestre de la vigencia 2024, presenta el siguiente riesgo asociado al proceso de Gestión de Recursos Financieros, así:

- SGC Posibilidad de afectación económica y reputacional por reconocimiento inoportuno de los ingresos.

8.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

La falta de depuración total de las partidas correspondientes a los períodos del 1 de septiembre de 2016 al 31 de diciembre de 2019, así como de la vigencia 2023, materializa el riesgo identificado como '*Posibilidad de afectación económica y reputacional por reconocimiento inoportuno de ingresos*'. Este riesgo se intensifica debido a la acumulación de partidas no depuradas correspondientes a varias vigencias, siendo la más antigua el año 2016, lo que puede comprometer tanto la precisión de los estados financieros como la credibilidad de la entidad.

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

Tabla 31. Sugerencia para la elaboración e implementación del mapa de riesgos para el Subproceso.

RIESGOS ADICIONALES NO IDENTIFICADOS EN LA GESTIÓN	CAUSA
Posibilidad de riesgo en la generación de inconsistencias en la ejecución de actividades, incumplimiento de normativas internas o externas, y afectación a la eficiencia y trazabilidad de los procesos, por la desactualización de los procedimientos operativos.	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento en la probabilidad de errores operativos. • Pérdida de claridad en la asignación de responsabilidades. • Dificultades en auditorías internas o externas debido a la falta de alineación entre lo documentado y lo ejecutado. • Impacto negativo en la toma de decisiones por falta de información precisa y actualizada.

8.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Al momento de la auditoría, la Gerencia Seccional Santander tiene cinco (5) acciones de mejoramiento en estado Vencida, de competencia del perfil financiero y contable, cuatro de las cuales se remontan a la auditoría realizada por la Oficina de Control Interno en el año 2019 y una acción que corresponde a la Auditoría de 2018, lo que permite evidenciar que no se realiza seguimiento, al tratarse de Planes de Mejoramiento de hace 5 y 6 años, indicando debilidades en la gestión interna.

La falta de implementación oportuna de estas acciones puede afectar tanto el cumplimiento normativo como la eficiencia y transparencia en los procesos, se requiere especial análisis a la observación 17 acción 2 vigencia 2019 en razón a que al generar el reporte de Cartera por SNRI solo se encuentran registradas 4 resoluciones sanción y podría tener una connotación disciplinaria.

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

Tabla 32. Resumen Acciones de mejoramiento en estado vencidas y recomendaciones.

OBS	ACC	VIGENCIA	AVANCE	ACCIÓN DE MEJORA	PROCESO	RECOMENDACIONES:
7	1	2018	55%	Elaborar las conciliaciones (De enero 2012 a Agosto 2016), de los bancos que se encuentran pendientes.	INGRESOS	Enviar el acta de validación soportes que el Grupo de Gestión Financiera envió a las Gerencias Seccionales, en donde se da por terminado el proceso de depuración de conciliaciones para el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 al 31 de agosto de 2016.
12	1	2019	0%	1. Enviar los informes y soportes de las obligaciones pactadas en los convenios según las instrucciones recibidas por el Grupo de Gestión Contractual.	INGRESOS POR CONVENIOS	Enviar los informes y soportes de las obligaciones pactadas en los convenios, según las instrucciones recibidas por el Grupo de Gestión Contractual 1. Listado de convenios vigentes para el período y minutas de los mismos, en donde se pueda identificar los soportes que debió enviar la Gerencia Seccional. 2. Buscar en el archivo de la Gerencia Seccional la evidencia de soportes enviados a Convenios - Nivel central 3. Si no es posible la segunda Recomendaciones:, solicitar al Grupo de Convenios apoyo en la información que se requiere. 4. Si no se encuentran documentos del período establecido, aparte de justificar el por qué no hay documentos soporte, solicitar modificación a la acción de mejora porque el Grupo de Gestión Contractual se dividió y ahora el competente es el Grupo de Convenios y Contratos de prestación de servicios personales.
15	1	2019	0%	1. Diseñar el instructivo para diligenciamiento de las formas 4-1023 y 4-638 posterior a la revisión de su congruencia con las diferentes modalidades de recaudo y la modificación de las mismas de ser necesario.	INGRESOS POR CONVENIOS	Grupo de Gestión Contractual. Diseñar el instructivo para el diligenciamiento de las formas 4-1023 y 4-638. 1. Verificar en SI Diamante si se encuentra el instructivo para las formas 4-1023 y 4-638. Se verifica <i>in situ</i> . Se encuentra que cada una de las formas cuentan con la hoja de instrucciones de diligenciamiento. Forma 4-1023: versión 4, fecha de publicación 18/12/2020. Forma 4-638: versión 5, fecha de publicación 18/12/2020. Fecha de cumplimiento en el PM: 01/01/2020 al 30/06/2020. 2. Solicitar a la Oficina Asesora de Planeación la versión 4 que está de 14/08/2019, y verificar si cuenta con las instrucciones de diligenciamiento. Caso contrario, justificar el por qué no se cumplió dentro del período y enviar la versión actual como reporte de avance del Plan de Mejoramiento
16	1	2019	0%	1. Realizar mínimo tres mesas de trabajo con el Grupo de Atención al Ciudadano y Gestión Documental para ajustar el procedimiento de suscripción, modificación, prórroga, suspensión y liquidación de convenios en los procedimientos, de acuerdo a lo expresado en el principio de procedencia y agrupación de archivo.	INGRESOS POR CONVENIOS	Realizar mínimo tres mesas de trabajo con el Grupo de Atención al Ciudadano y Gestión Documental para ajustar el procedimiento de suscripción, modificación, prórroga, suspensión y liquidación de convenios. Se señala que los soportes de la ejecución del convenio deben ser archivados en la seccional, lo que origina división del expediente del convenio. 1. Consultar las TRD de convenios, y revisar si se sigue presentando. 2. Solicitar a Gestión Documental y Gestión de Convenios y CPSP, actas (mínimo 3) de mesas de trabajo realizadas con GAA y GGDocumental. 3. Si no se encuentran documentos del período establecido, aparte de justificar el por qué no hay documentos soporte, solicitar modificación a la acción de mejora porque el Grupo de Gestión Contractual se dividió y ahora el competente es el Grupo de Convenios y Contratos de prestación de servicios personales.

17	2	2019	0%	Actualizar la base de datos con las actuaciones que surtan de los procesos administrativos sancionatorios	CARTERA	<p>1. Generar reporte en SNRI del estado de Cartera con corte a 31/12/2023 y a la fecha, con el fin de determinar los actos administrativos pendientes por registrar. Se revisa el reporte y solo se encuentran registrados en SNRI 4 resoluciones sanción. Al parecer no se hizo el trabajo de 2018 ni se han vuelto a registrar resoluciones sanción.</p> <p>2. Actualizar base de datos con el debido registro de todas las Resoluciones Sanción en el módulo de Cartera - SNRI.</p> <p>3. Conciliar con la Oficina de Apoyo Jurídico Seccional Santander.</p>
----	---	------	----	---	---------	---

8.11 RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

- Es fundamental establecer una revisión regular y actualización de procedimientos, instructivos, guías, formatos, entre otros, para mitigar el riesgo de ineficiencia operativa asociada a la ejecución de actividades o tareas sin estar documentadas de manera que se asegure que la organización funcione de forma eficiente y conforme a las normativas vigentes.
- Se hace necesario garantizar que los soportes relacionados con la unidad auditada cumplan con el criterio de completitud de la información, seguimiento y ejecución de acciones posteriores a la verificación, a fin de asegurar la trazabilidad de las actividades asociadas.
- Definir indicadores de gestión que permitan medir el desempeño, identificar áreas de mejora y tomar decisiones informadas para alcanzar los objetivos organizacionales.
- Teniendo en cuenta que, según la guía para la realización de arqueos GRF-GI-GUIA-001, el arqueo se define como “Proceso mediante el cual se realiza control de los ingresos del Instituto Colombiano Agropecuario ICA en el que se verifican GSMI, facturas SNRI, pagos efectuados a través de la terminal bancaria y consignaciones realizadas por los usuarios” y que en la Gerencia Seccional Santander no se practicaron arqueos en la vigencia 2023, es importante que se diseñen los controles para asegurar que se realicen en la periodicidad que se establezca.

9. PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

9.1 TIPO DE PROCESO APOYO

9.2 SUBPROCESO: N/A

9.3 UNIDAD AUDITABLE

GF-GI-P-008 V.4 Procedimiento de Facturación y Recaudo.

9.4 OBJETIVO

Verificar la correcta ejecución y cumplimiento del procedimiento GF-GI-P-008 V.4 Procedimiento de Facturación y Recaudo, última versión publicada en el Sistema de Información Diamante el 31/12/2019, evaluando la efectividad de los controles implementados para mitigar, transferir o eliminar los riesgos críticos que puedan afectar el desempeño de su objetivo principal: Evaluar el proceso de facturación y la eficacia de las actividades de recaudo y cumplimiento de las funciones asignadas a los recaudadores de servicios tarifados.

9.5 ALCANCE

Evidenciar el cumplimiento de las funciones asignadas a los recaudadores, verificando la aplicación de actividades en la gestión del recaudo de los servicios tarifados, conforme a la Resolución de Tarifas vigente, teniendo como resultado la expedición de la facturación relacionada, en pro de la misión Institucional, actividades comprendidas en el período entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2023, gestionado por la Gerencia Seccional Santander.

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 presentaron limitaciones que impidieran alcanzar los objetivos establecidos. Todos los recursos y la información necesarios estuvieron disponibles, lo que facilitó la ejecución efectiva de la auditoría y permitió obtener conclusiones fundamentadas.

9.7 CRITERIOS

Para el desarrollo de la presente Auditoría, se consideraron los siguientes criterios normativos, los cuales fueron fundamentales para guiar el enfoque de la auditoría y garantizar la validez y relevancia de los hallazgos y recomendaciones:

- Constitución Política de Colombia, Artículos 209 y 211
- Ley 87 de 1993: Esta ley establece las normas sobre control interno en las entidades públicas. Sería relevante para asegurar que los procedimientos de auditoría cumplen con los principios de control interno.
- 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 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción): Es esencial para fortalecer las medidas de transparencia y rendición de cuentas en la gestión pública, incluyendo la auditoría de ingresos.
- Decreto 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*”.
- 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

La auditoría al Procedimiento de Facturación y Recaudo GF-GI-P-008 V.4 fue atendida por el responsable del seguimiento, verificación y control de Ingresos de la Seccional Santander y el responsable de la Caja Recaudadora de Bucaramanga.

9.8.1 METODOLOGÍA

La auditoría se realizó, en consideración a las diferentes técnicas de auditoría como es la indagación, observación, revisión de documentos, inspección física y análisis de datos, las cuales permitieron obtener y evaluar evidencia suficiente para fundamentar las observaciones encontradas.

De acuerdo con el objetivo y el alcance previamente establecidos, el trabajo se desarrolló en las siguientes etapas:

- Identificación en el Sistema de Información Diamante del Procedimiento de Facturación y Recaudo GF-GI-P-008 V.4, sus riesgos y controles asociados, con el propósito de determinar su operatividad y su contribución al cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Identificación y validación de las normas, leyes y políticas aplicables al procedimiento evaluado.
- Verificación de la idoneidad de los documentos soporte.
- Revisión de las acciones vencidas de los Planes de Mejoramiento suscritos con la Oficina de Control Interno.
- Revisión del archivo digital de la caja recaudadora de la Oficina Bucaramanga.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Verificación de la existencia de la resolución que designa a la persona responsable de la caja recaudadora.
- Verificación de la existencia de la Forma 4-1002 Libro Diario de Recaudos SNRI, Forma 4-1003 Resumen Diario de Ingresos, Forma 4-1004 Libro Diario de Recaudos SIGMA, y su debido diligenciamiento.

9.8.2 MUESTRA

La Gerencia Seccional Santander durante la vigencia 2023 generó en el Sistema Nacional de Recaudo del ICA, SNRI, 42.716 facturas en estado PAGADA, que representan ingresos por concepto de servicios tarifados por valor de \$1.124.345.302, según 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”.

La muestra para la Auditoría al Procedimiento de Facturación y Recaudo GF-GI-P-008 V.4 se seleccionó de acuerdo con las facturas generadas por el perfil SNRI de la Caja Recaudadora Bucaramanga, por ser la sede de la Auditoría en donde se pueden revisar los archivos tanto físicos como digitales. En esta Caja se generaron 8.076 facturas en estado pagada, el cual se tomó como universo, que representan ingresos por valor de \$410.064.008, equivalentes al 36.37% del total facturado por la Gerencia Seccional Santander, a través de una técnica de muestreo aleatorio simple, se extrajo una muestra de noventa y seis (96) facturas, las cuales serán verificadas con sus soportes tomando ocho (8) facturas del primer día hábil de cada mes, teniendo en cuenta el total de la muestra óptima (96) entre los meses del año (12); en caso de que no se hayan generado las 8 facturas en el primer día, se tomarán de los días siguientes hasta completar la totalidad de la muestra mensual.

CÁLCULO DE LA MUESTRA	
AUDITORIA:	
Muestreo Aleatorio Simple para estimar la proporción de una población	
Proceso	Procedimiento de Facturación y Recaudo
Sujeto ó Punto de Control:	Gerencia Seccional Santander, Caja Recaudadora
Cálculo de la muestra para:	Facturación y Recaudo
Período Evaluado:	Vigencia 2023
Preparado por:	Liliam Ivonne Bobadilla Torres
Fecha:	21/08/2024
Revisado por:	Juan Fernando Palacio Ortiz
Fecha:	21/08/2024
INGRESO DE PARÁMETROS	
Tamaño de la Población (N)	8.076
Error Muestral (E)	5%
Proporción de Éxito (P)	10%
Nivel de Confianza	90%
Nivel de Confianza (Z) (1)	1,645
TAMAÑO DE LA MUESTRA	
Fórmula	97
Muestra Óptima	96
<p>Formula para poblaciones infinitas</p> $n = \frac{z^2 * P * Q}{E^2}$ <p>Formula para poblaciones finitas</p> $n = \frac{P * Q * z^2 * N}{N * E^2 + z^2 * P * Q}$ <p>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</p>	
Fuente: Contraloría General de la República. Contraloría Delegada para el Sector Social. Agosto 2011	

9.8.3 FORTALEZAS

- Designación de Recaudadores vinculados en la planta de personal, por medio de acto administrativo.
- Disposición de los responsables del proceso auditado para entregar la información requerida con el fin de adelantar el ejercicio de auditoría.
- Capacidad técnica y profesional del personal auditado.
- Conocimiento del aplicativo Sistema Nacional de Recaudo del ICA, SNRI.

9.8.4 RESULTADOS

Observación 51: Se presenta incumplimiento en las tareas 3, 4 y 5 del Numeral 2.1. Asignación de Funciones, Control y Seguimiento, del Procedimiento de Facturación y Recaudo GF-GI-P-008 V.4, en razón a que no están siendo suscritas las actas de verificación descritas como Resultado en las tareas 3 y 5; igualmente, para la tarea 4, se observa que los recaudadores no están remitiendo los archivos digitales de recaudo con la periodicidad semanal establecida.

Áreas Responsables: Gerencia Seccional Santander, Recaudadores Gerencia Seccional Santander, Responsable seguimiento, verificación y control de los ingresos

Se tiene como tarea 3: “Garantizar el uso del sistema SNRI en los puntos de recaudo de su seccional para el caso de los Gerentes Seccionales y Grupo de Gestión Financiera para Oficinas Nacionales, realizando las verificaciones necesarias al respecto, con el apoyo del responsable del seguimiento, control y verificación de los ingresos”, como tarea 4: “Mantener debidamente archivados y organizados en carpeta en la OneDrive del usuario de la Gerencia Seccional, organizados por cada caja (por vigencia y mes), los archivos de recaudo digitales, recibidos de cada uno de los recaudadores en forma semanal” y como tarea 5: Velar por el cumplimiento del procedimiento y porque los recaudadores exijan soportes de pago adecuados, de acuerdo a lo establecido en cada caso, como:

- Consignaciones originales, a nombre del tercero que requiere el servicio, validando banco, cuenta de recaudo, fecha, valor.
- Confirmación de transferencias y consignaciones de cheques para la facturación de servicios.
- Los pagos a través de datáfonos NO pueden ser efectuados por funcionarios o contratistas del Instituto a favor de los terceros que requieren la prestación de los servicios o el pago de multas o sanciones.

Recomendaciones:

- Implementar medidas que aseguren la suscripción de las actas de verificación para las tareas 3 y 5.
- Actualizar, por parte de cada responsable de caja recaudadora en la Gerencia Seccional Santander, el reporte semanal del archivo digital y asegurar su envío regular, cumpliendo con la periodicidad establecida.
- Proporcionar capacitación a los recaudadores sobre la importancia y correcta gestión de los archivos digitales. Esto debe incluir un énfasis en los procedimientos establecidos y definir y comunicar claramente las consecuencias del incumplimiento en la remisión de archivos digitales y la suscripción de actas. Esto fomentará una mayor responsabilidad.

Observación 52: Se incumple con la tarea 8 del numeral 2.2.1. REGISTRO FINANCIERO CUANDO SE EXPIDEN GSMI A TRAVÉS DE SIGMA: “Hacer entrega diaria al Recaudador, de los soportes de recaudo debidamente organizados y pegados, de acuerdo a las normas de archivo”, del Procedimiento de Facturación y Recaudo GF-GI-P-008 V.4

Área Responsable: Gerencia Seccional Santander, Grupo de Gestión Financiera, expedidores GSMI

En razón a que el personal de planta es insuficiente para designar a un Recaudador para cada caja recaudadora. hay funcionarios que tienen más de una caja a cargo, ubicadas en municipios diferentes, tal como se describe en la tabla siguiente, que corresponde a información reportada con radicado 20243123320 del 23/08/2024 por el Grupo de Gestión Financiera, por lo que se considera que no es posible dar cumplimiento estricto a esta tarea teniendo en cuenta que son soportes de recaudo en original y muchas veces dista la sede laboral del Recaudador con las cajas recaudadoras asignadas, además se debe dar cumplimiento al principio de origen y procedencia de la documentación.

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

OFICINA	FUNCIONARIO DESIGNADO	CEDULA	RESOLUCIÓN DE RECAUDOS
BARRANCABERMEJA	JORGE ENRIQUE ARENAS ANAYA	13835673	RESOLUCIÓN 00016580 31/08/2022
SABANA DE TORRES	LAURA JULIANA NAVARRO MONTERO	1098714864	RESOLUCION 00001195 04/02/2022
SAN GIL	CARLOS ANDRES PINZON MÓGOLLON	1099662388	RESOLUCION No.00000270 17/01/2024
VÉLEZ	MARCOS FIDEL GONZALEZ HERNANDEZ	13955629	RESOLUCION No. 00078991 del 11/11/2020
SOCORRO	JOHN FREDY RODRIGUEZ PEÑA	13702750	RESOLUCION No. 00010114 09/08/2024
CIMITARRA	JORGE ENRIQUE ARENAS ANAYA	13835673	RESOLUCION 00003211 21/03/2019
PUERTO PARRA	JORGE ENRIQUE ARENAS ANAYA	13835673	RESOLUCION 00003211 21/03/2019
MÁLAGA	PATRICIA GUZMÁN VERGEL	49657887	RESOLUCION 00003213 21/03/2019
BUCARAMANGA	KHEYLA GABRIELA GUARIN MONTAÑO	1005108690	RESOLUCION 00013940 20/10/2023
SAN VICENTE DE CHUCURI	LAURA JULIANA NAVARRO MONTERO	1098714864	RESOLUCION 00003212 21/03/2019

Recomendaciones:

- Actualizar el Procedimiento de Facturación y Recaudo GF-GI-P-008, de manera que se refleje la realidad operacional conforme a las necesidades y a la normativa institucional.
- Implementar, una vez actualizado el Procedimiento, sesiones de capacitación para el personal involucrado, asegurando que todos comprendan los nuevos procesos y el manejo adecuado de las herramientas actuales.
- Socializar la tarea 8 con los expedidores de GSMI de la Gerencia Seccional Santander, para asegurar que se cumpla con el procedimiento GF-GI-P-008, al realizar la entrega diaria de los soportes de recaudo conforme a lo establecido, cuando aplique.

Observación 53: Se presenta incumplimiento de la tarea 17 del numeral 2.3.1. Registro de Facturación y Recaudo, del Procedimiento de Facturación y Recaudo GF-GI-P-008: “Registrar el número de factura asociada en el soporte de pago.”

Área Responsables: Gerencia Seccional Santander – Recaudador – Responsable de seguimiento, verificación y control de los ingresos

La falta de cumplimiento en la tarea de registrar el número de factura asociada en el soporte de pago (tarea 17 del numeral 2.3.1 de "Registro de Facturación y Recaudo") podría estar relacionada con que el personal que maneja estas funciones no cuenta con capacitación suficiente en los procedimientos exactos de registro y manejo de la documentación requerida, lo cual puede generar omisiones en tareas específicas como esta.

Recomendaciones:

- Implementar sesiones de capacitación para el personal encargado de la gestión de soportes de pago, enfatizando la importancia de registrar el número de factura en el soporte de pago y las implicaciones del incumplimiento.
- Registrar en el campo Observaciones en los arquezos practicados a las cajas recaudadoras la verificación del cumplimiento de esta tarea y detectar oportunamente cualquier desviación en el proceso.
- Aclarar y comunicar las responsabilidades de los diferentes actores involucrados en el registro de los soportes de pago, asegurando que todos comprendan su rol en el proceso. Fomentar de esta forma, una cultura de responsabilidad en la gestión de documentos.

Observación 54: Se evidencia incumplimiento en las tareas 1, 3, 4, 5, 7, 8 del numeral 2.3.2. Verificación de Recaudo y Gestión y Custodia de Archivo del Procedimiento de Facturación y Recaudo GF-GI-P-008.

Área Responsable: Gerencia Seccional Santander

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Se han identificado varias inconsistencias en la gestión del archivo de la Caja Recaudadora Bucaramanga, que incumplen diferentes tareas del Procedimiento de Facturación y Recaudo:

- El reporte del cierre diario del datáfono es pegado al final de los soportes, por lo que se incumple la Tarea 1;
- En la Tarea 3: Se omite la validación con un visto bueno (firmar) en cada página de los soportes de pago; En algunos archivos no se cumple con la digitación en el libro diario de recaudos sobre la línea de firma de la palabra verificado y la fecha de validación (VERIFICADO: DÍA/MES/AÑO);
- En algunas carpetas del archivo digital no se encuentra la forma 4-1003 Resumen Diario de Ingresos;
- El archivo digital no se encuentra identificado tal como está descrito en el Procedimiento;
- No se evidencia el cumplimiento del envío del Back Up semanal mediante correo electrónico como máximo el primer día hábil de cada semana a la Gerencia Seccional y al responsable del seguimiento, control y verificación de los ingresos.
- El archivo físico de la Caja Recaudadora Bucaramanga se encontraba sin la rotulación adecuada en carpetas y cajas, sin hoja control de expedientes y no estaba foliada la carpeta que contenía soportes de recaudo de noviembre-diciembre.

Recomendaciones:

- Reorganizar el archivo de la Caja Recaudadora para asegurar que el reporte del cierre diario del datáfono se ubique de acuerdo con el procedimiento establecido, evitando que se pegue al final de los soportes. Asegurar que todos los reportes se mantengan en orden cronológico y conforme a las directrices del procedimiento.
- Implementar un control estricto para la validación de los soportes. Cada página debe llevar un visto bueno (firma) y la digitación correspondiente sobre la línea de firma del libro diario de recaudos, indicando "VERIFICADO: DÍA/MES/AÑO".
- Revisar y ajustar el archivo digital para que cumpla con la identificación y clasificación establecidas en el Procedimiento, facilitando así la búsqueda y recuperación de documentos.
- Cumplir con el envío del Back Up semanal mediante correo electrónico como máximo el primer día hábil de cada semana a la Gerencia Seccional Santander y al responsable del seguimiento, control y verificación de los ingresos.
- Realizar la organización del archivo físico conforme a lo reglamentado por el Archivo General de la Nación y el Grupo de Gestión Documental del ICA, garantizando así el cumplimiento de las normativas vigentes.
- Proporcionar capacitación regular al personal sobre las normas de archivo, manejo de documentos y procedimientos internos, aplicados a Recaudos, para asegurar el cumplimiento y mejorar la calidad del trabajo.
- Verificar el cumplimiento del Procedimiento de Facturación y Recaudo GF-GI-P-008 en las demás cajas recaudadoras de la Gerencia Seccional Santander y aplicar los correctivos y controles.

9.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

9.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

El mapa de riesgos institucional para el segundo cuatrimestre de la vigencia 2024, presenta el siguiente riesgo asociado al proceso de Gestión de Recursos Financieros, así:

Tabla 33. Riesgos asociados en el mapa de riesgos institucional 2024.

Nombre del Riesgo	Objetivos estratégicos	Zona inherente	Causas	Controles
GRFIN2. SGC Posibilidad de afectación económica y reputacional por el reconocimiento inoportuno de los ingresos	Optimizar los recursos administrativos y financieros	MODERADA	<ul style="list-style-type: none"> * Errores humanos en la verificación y registro * Falta de personal * Personal no idóneo * Entrega de información fuera de los plazos establecidos. * Entrega inoportuna de extractos bancarios * Fallas tecnológicas en los aplicativos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El Grupo de Gestión Contable revisa los tipos y distribución de los movimientos de los extractos bancarios, adicionalmente la verificación de los saldos iniciales y finales. 2. El Grupo de Gestión Financiera realiza identificación de los movimientos a través de los extractos bancarios.

SGC = Estratégico

9.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

Para el procedimiento de Facturación y Recaudo GF-GI-P-008, se materializa el riesgo al entregar la información fuera de los plazos establecidos, específicamente el archivo digital que debe reportarse a la Gerencia Seccional y al responsable del seguimiento, verificación y control de ingresos.

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

Teniendo en cuenta que en el procedimiento de Facturación y Recaudo GF-GI-P-008, existen tareas relacionadas con el uso de diferentes aplicativos y el reporte periódico de archivo digital de recaudo, para su organización en OneDrive, se hace pertinente identificar y comprender las causas del riesgo de seguridad de la información, fundamental para implementar estrategias efectivas de mitigación de manera que se disminuya el riesgo de pérdida de información relevante.

Por otra parte, en razón a que se evidenció que se realizan actividades que no se encuentran establecidas en los Procedimientos auditados, y a que en los mismos se registran actividades o tareas que ya no se realizan, es pertinente que se propongan riesgos en este sentido.

Tabla 34. Sugerencia para la elaboración e implementación del mapa de riesgos para el Subproceso.

RIESGOS ADICIONALES NO IDENTIFICADOS EN LA GESTIÓN	CAUSA
Riesgo de la seguridad de la información. Posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño en un activo de información – archivo digital de recaudos	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de información fuera de los plazos establecidos. • Falta de políticas de seguridad informática. • Secuestro de datos, ciberataques. • Debilidad en la cultura de seguridad informática entre el personal vinculado a los procedimientos

9.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Unidad auditable sin Acciones de mejora pendientes en la Gerencia Seccional Santander.

9.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

- Realizar controles al envío del back up por parte de las cajas recaudadoras de la Gerencia Seccional Santander y requerir al Recaudador en caso de incumplimiento.
- Realizar verificación de la organización y custodia de los archivos digitales y físicos, de acuerdo a las Tablas de Retención Documental, Ley de Archivo General de la Nación y demás normatividad relacionada.

10. PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

10.1 TIPO DE PROCESO APOYO

10.2 SUBPROCESO: N/A

10.3 UNIDAD AUDITABLE

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

10.4 OBJETIVO

Verificar la correcta ejecución y cumplimiento del procedimiento GRFIN-SAF-P-013 Procedimiento de Recaudo del SNRI, última versión publicada en el Sistema de Información Diamante el 30/08/2020, evaluando la efectividad de los controles implementados para mitigar, transferir o eliminar los riesgos críticos que puedan afectar el desempeño de su objetivo principal: Revisar el procedimiento específico para el Sistema Nacional de Recaudo del ICA con el fin de asegurar la correcta gestión en el recaudo de los servicios tarifados.

10.5 ALCANCE

Verificar la aplicación de actividades en la gestión del recaudo de los servicios tarifados, los registros en SNRI realizados conforme a la Resolución de Tarifas vigente, teniendo como resultado la expedición de la facturación relacionada, en pro de la misión Institucional, actividades comprendidas en el período entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2023, gestionado por la Gerencia Seccional Santander.

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.

10.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

Durante el desarrollo de la auditoría, no se presentaron limitaciones que impidieran alcanzar los objetivos establecidos. Todos los recursos y la información necesarios estuvieron disponibles, lo que facilitó la ejecución efectiva de la auditoría y permitió obtener conclusiones fundamentadas.

10.7 CRITERIOS

Para el desarrollo de la presente Auditoría, se consideraron los siguientes criterios normativos, los cuales fueron fundamentales para guiar el enfoque de la auditoría y garantizar la validez y relevancia de los hallazgos y recomendaciones:

- Ley 87 de 1993: Esta ley establece las normas sobre control interno en las entidades públicas. Sería relevante para asegurar que los procedimientos de auditoría cumplen con los principios de control interno.
- 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 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción): Es esencial para fortalecer las medidas de transparencia y rendición de cuentas en la gestión pública, incluyendo la auditoría de ingresos.
- Estatuto Tributario Art. 615, 616 y 617.
- 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*”.
- 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*”

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

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'

10.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría al Procedimiento Recaudo del SNRI GRFIN-SAF-P-013 fue atendida por el responsable del seguimiento, verificación y control de Ingresos de la Seccional Santander y el responsable de la Caja Recaudadora de Bucaramanga.

10.8.1 METODOLOGÍA

De acuerdo con el objetivo y alcance previamente establecidos, el trabajo se desarrolló siguiendo las siguientes etapas:

- Identificación en el Sistema de Información Diamante del Procedimiento de Recaudo del SNRI, GRFIN-SAF-P-013 V1 así como de su riesgo y los controles asociados dentro de la cadena de valor, con el propósito de determinar si dichos controles están operando correctamente y contribuyen al logro de los objetivos institucionales.
- Identificación y validación de las normas, leyes y políticas aplicables al procedimiento evaluado.
- Verificación de Planes de Mejoramiento suscritos con la Oficina de Control Interno.
- Verificación del reporte SNRI para la vigencia 2023, aportado por el Grupo de Gestión Financiera.

10.8.2 MUESTRA

La muestra para la Auditoría del Procedimiento de Recaudo del SNRI GRFIN-SAF-P-013 fue seleccionada en función de las facturas generadas por el perfil SNRI de la Caja Recaudadora Bucaramanga, ya que esta sede fue el lugar designado para la auditoría, permitiendo la revisión tanto de archivos físicos como digitales. En esta Caja se generaron un total de 8.076 facturas pagadas, las cuales fueron consideradas como el universo de análisis, representando ingresos por \$410.064.008, lo que equivale al 36.37% del total facturado por la Gerencia Seccional Santander. Utilizando una técnica de muestreo aleatorio simple, se extrajo una muestra de noventa y seis (96) facturas, las cuales serán verificadas con sus respectivos soportes. Para esto, se seleccionarán ocho (8) facturas del primer día hábil de cada mes, distribuidas equitativamente a lo largo de los 12 meses del año. En caso de que no se hayan generado las ocho facturas el primer día, se tomarán las facturas de los días siguientes hasta completar la muestra mensual.

CÁLCULO DE LA MUESTRA	
AUDITORIA:	
Muestreo Aleatorio Simple para estimar la proporción de una población	
Proceso	Procedimiento de Facturación y Recaudo
Sujeto ó Punto de Control:	Gerencia Seccional Santander, Caja Recaudadora
Cálculo de la muestra para:	Facturación y Recaudo
Período Evaluado:	Vigencia 2023
Preparado por:	Liliam Ivonne Bobadilla Torres
Fecha:	21/08/2024
Revisado por:	Juan Fernando Palacio Ortiz
Fecha:	21/08/2024
INGRESO DE PARÁMETROS	
Tamaño de la Población (N)	8.076
Error Muestral (E)	5%
Proporción de Éxito (P)	10%
Nivel de Confianza	90%
Nivel de Confianza (Z) (1)	1,645
TAMAÑO DE LA MUESTRA	
Fórmula	97
Muestra Óptima	96
<p>Formula para poblaciones infinitas</p> $n = \frac{z^2 * P * Q}{E^2}$ <p>Formula para poblaciones finitas</p> $n = \frac{P * Q * z^2 * N}{N * E^2 + z^2 * P * Q}$ <p>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</p>	
Fuente: Contraloría General de la República. Contraloría Delegada para el Sector Social. Agosto 2011	

10.8.3 FORTALEZAS

- Designación de Recaudadores vinculados en la planta de personal, por medio de acto administrativo.
- Disposición de los responsables del proceso auditado para entregar la información requerida con el fin de adelantar el ejercicio de auditoría.
- Capacidad técnica y profesional del personal auditado.
- Conocimiento del aplicativo Sistema Nacional de Recaudo del ICA, SNRI.

10.8.4 RESULTADOS

Luego de realizar la verificación de los criterios establecidos en el plan de auditoría y conforme al alcance y objetivo definidos para la auditoría correspondiente al período 2023, no se identificaron deficiencias en los controles que pudieran generar riesgos o incumplimientos. No obstante, se emiten recomendaciones a considerar en la mejora continua.

10.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

10.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

- SGC Posibilidad de afectación económica y reputacional por reconocimiento inoportuno de los ingresos.

10.9.2 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.

10.9.3. 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.

10.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

La unidad auditable objeto de esta auditoría no está vinculada a ningún plan de mejoramiento suscrito con la Oficina de Control Interno que contenga acciones de mejora pendientes, las cuales hubieran requerido ser abordadas durante el proceso de auditoría.

10.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

- Fortalecer los procesos de monitoreo y control interno mediante la implementación de auditorías periódicas y autoevaluaciones, para asegurar que los procedimientos y controles establecidos se estén cumpliendo de manera eficaz y eficiente.
- Actualizar y revisar los procedimientos internos de forma continua, tomando en cuenta las mejoras identificadas, los cambios normativos y las mejores prácticas, con el fin de mantenerlos alineados con las necesidades operativas y regulatorias.
- Fomentar la capacitación continua en áreas clave relacionadas con las normativas vigentes, cambios en la legislación y herramientas tecnológicas que puedan impactar en los procedimientos y el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Mejorar la comunicación interna entre las áreas involucradas en los procesos operativos, de manera que se facilite el flujo de información y se reduzcan las posibilidades de errores o malentendidos en la ejecución de las actividades.

- Promover una cultura de responsabilidad y cumplimiento dentro de la organización, incentivando a los empleados a seguir los procedimientos establecidos y asumir la responsabilidad de sus acciones, mediante la implementación de mecanismos de incentivos y reconocimiento.

11. PROCESO GESTIÓN JURÍDICA

11.1 PROCESO DE APOYO

11.2 SUBPROCESO DE ASESORÍAS JURÍDICAS

11.3 UNIDAD AUDITABLE

GJUR-OAJ-M-001 Manual del Proceso Sancionatorio.

11.4 OBJETIVO

Verificar de forma integral la ejecución y el cumplimiento del manual del proceso administrativo sancionatorio GJUR-OAJ-M-001, salvaguardado el derecho constitucional del debido proceso agotando la notificación de las distintas actuaciones para el desarrollo de estos procesos, con el propósito del fortalecimiento de la potestad sancionatoria del ICA y protección de la sanidad del país dando cumplimiento al artículo 156 de la Ley 1955 del 2019.

Este manual se encuentra formalizado en el sistema de información Diamante del Instituto, de dicho manual se verificará la normatividad aplicable, gestión oportuna, tiempos establecidos, la implementación de controles y la gestión del riesgo.

11.5 ALCANCE

Manual GJUR-OAJ-M-001 del Procedimiento Administrativo Sancionatorio, específicamente las tareas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 15, 16 y 20 las cuales están bajo la responsabilidad de la Gerencia seccional Santander durante las vigencias 2021,2022 y 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.

Nota: El establecimiento de este período no limita la facultad de la Oficina de Control Interno para pronunciarse sobre hechos previos o posteriores que, por su nivel de riesgo o materialidad, deban ser revelados.

11.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

Durante el desarrollo de la auditoría, no se presentaron limitaciones que impidieran alcanzar los objetivos establecidos. Todos los recursos y la información necesarios estuvieron disponibles, lo que facilitó la ejecución efectiva de la auditoría y permitió obtener conclusiones fundamentadas.

11.7 CRITERIOS

Para el desarrollo del ejercicio de la presente auditoria, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Normatividad Externa

- Ley 1437 de 2011, por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
- Ley 1955 del 2019, artículo 156 y 157, en los cuales se establece la potestad sancionatoria del ICA y las sanciones que puede aplicar.

Normatividad Interna:

- Manual del Proceso Administrativo Sancionatorio código GJUR-OAJ-M-00, versión No. 1

11.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

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

11.8.1 METODOLOGÍA

Con el fin de realizar la evaluación de la gestión del control y seguimiento a los procesos administrativos sancionatorios, se llevó a cabo:

- a. Revisión preliminar del Manual del Proceso Administrativo Sancionatorio, documentado en el sistema de información DIAMANTE, identificado con el código GJUR-OAJ-M-001, Versión 1, en donde se analizaron las principales actividades de este y demás aspectos claves.
- b. Solicitud a la Oficina Asesora Jurídica, de la matriz fénix consolidada de los casos activos de la Gerencia Seccional de Santander de las vigencias 2021, 2022 y 2023, posteriormente in situ se realizó la solicitud de los expedientes para su posterior revisión.
- c. Muestreo aleatorio simple de los casos activos de la Gerencia Seccional de Santander:

Tabla 35. Esquema de Muestreo Aleatorio Simple para estimar la proporción de una población.

TAMAÑO DE LA POBLACIÓN (N)	ERROR MUESTRAL €	PROPORCIÓN DE ÉXITO (P)	NIVEL DE CONFIANZA	NIVEL DE CONFIANZA (Z) (1)	FÓRMULA	MUESTRA OPTIMA
612	5%	3%	90%	1,645	31	30

Elaboración propia de la oficina de control interno.

11.8.2 MUESTRA

Las validaciones para esta auditoría se adelantaron de manera selectiva a los procesos administrativos sancionatorios con un total de 612 procesos, verificando el cumplimiento de los lineamientos dispuestos para tal fin, de una muestra de treinta (30) proceso.

A continuación, detallamos los procesos administrativos sancionatorios seleccionados:

Tabla 36. Descripción de la selección de la muestra a verificar

VIGENCIA	NO. PROCESO	TOTAL, POR VIGENCIA
2018	A.F. 490-2018, A.F. 499-2018	2
2021	010.2021-0518, 005.2021.570, 005.2021.571, 005.2021.564, 005.2021.568, 005.2021-869, 005.2021-854, 005.2021-857, 005.2021.567, 005.2021-856, 005.2021.565, 001.2021.720, 005.2021-873, 005.2021-872	14
2022	005.2022-393, 005.2022-398, 005.2022-395, 005.2022-399, 005.2022-396, 002.2022-311, 003.2022-307, 005.2022-803, 005.2022-034	9
2023	001.2023-0168, 001.2023-0184, 001.2023-0199, 005.2023-356, 005.2023-357	5
TOTAL		30

Elaboración propia de la oficina de control interno.

11.8.3 FORTALEZAS

La disposición de los responsables del proceso auditado para entregar la información para adelantar el ejercicio de auditoría.

11.8.4 RESULTADOS

Observación 55: Incumplimiento a las tareas No. 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 del Manual del Proceso Administrativo Sancionatorio Código GJUR-OAJ-M-00, versión No. 1 y los términos establecidos en los artículos 47, 48 y 52 de la Ley 1437 del 2011, teniendo en cuenta que, se profirió el auto de formulación de cargos, sin embargo, no se remitió la citación para notificación personal o no se logró notificar y no se continuó con la ejecución de las tareas subsiguientes para poder expedir y notificar la resolución sanción dentro del término previsto, ocasionando la caducidad de la facultad sancionatoria, sin que haya resolución de archivo, generando incumplimiento del artículo 157 de la Ley 1955 del 2019 y la facultad sancionatoria prevista en el artículo 156.

Por lo anterior, se correrá traslado del presente informe de auditoría al Grupo de Instrucción Disciplinaria, con el fin de que se determine si se incurrió en alguna falta disciplinaria, así como las responsabilidades a que haya lugar.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Santander

Verificados los expedientes y la matriz aportada, se pudo identificar que, expedidos los actos administrativos a la fecha de revisión de los expedientes no se contaba con la notificación de estos, situación que se presentó en los siguientes expedientes:

Tabla 37. Descripción de la selección de la muestra a verificar

VIGENCIA	NO. PROCESO	TOTAL, POR VIGENCIA
2018	A.F. 490-2018, A.F. 499-2018	2
2021	010.2021-0518, 005.2021.570, 005.2021.571, 005.2021.564, 005.2021-869, 005.2021.565, 001.2021.720, 005.2021-873, 005.2021-872	9
2022	005.2022-393, 005.2022-398, 005.2022-396, 002.2022-311, 003.2022-307, 005.2022-803, 005.2022-034	7
2023	001.2023-0168, 001.2023-0184, 001.2023-0199, 005.2023-356, 005.2023-357	5
TOTAL		25

Elaboración propia de la oficina de control interno.

Así las cosas, se evidenció que en varios casos la notificación de la apertura del proceso sancionatorio fue realizada fuera del plazo, afectando el derecho de defensa de los investigados y violando el principio de oportunidad.

Esto genera riesgos de nulidad en los procesos y afecta la transparencia del procedimiento.

Recomendaciones:

- Realizar jornadas para depurar los expedientes del PAS que aparecen activos en la matriz fénix, en los cuales haya operado la caducidad de la facultad sancionatoria y expedir la resolución de archivo dando cumplimiento al artículo 52 de la Ley 1437 del 2011.
- Dar cumplimiento a los compromisos propuestos por las Seccionales en los "DIAGNÓSTICOS PROCESOS PAS" y a los cronogramas de actividades propuestos en las reuniones realizadas cada (15) días para revisar el avance procesal del PAS, verificar las recomendaciones dadas desde la Oficina Asesora Jurídica y las metas propuestas para el cumplimiento del PAS.

Observación 56: Incumplimiento al término de las tareas 5 y 6 del Manual de Proceso Administrativo Sancionatorio, al igual que los términos establecidos en los artículos 47 y

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

48 de la Ley 1437 de 2011, teniendo en cuenta que, se profirió el auto de formulación de cargos, se logró su notificación agotando la tarea No. 6 y 7 del Manual de Proceso Administrativo Sancionatorio, sin embargo, no se cumplió con el término de la formulación de cargos y su remisión para notificación, y no se ha iniciado la etapa de presentación de descargos, ni el desarrollo del periodo probatorio.

Por lo anterior, se correrá traslado del presente informe de auditoría al Grupo de Instrucción Disciplinaria, con el fin de que se determine si se incurrió en alguna falta disciplinaria, así como las responsabilidades a que haya lugar.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Santander

Verificados los expedientes y la matriz aportada, se pudo identificar que, no había expedición de actos administrativos para la etapa probatoria, situación que se presentó en los siguientes expedientes:

Tabla 38. Descripción de la selección de la muestra a verificar

VIGENCIA	NO. PROCESO	TOTAL, POR VIGENCIA
2018	A.F. 490-2018, A.F. 499-2018	2
2021	005.2021.565, 001.2021.720,	2
2022	002.2022-311, 003.2022-307, 005.2022-803,	3
2023	001.2023-0168, 001.2023-0184, 001.2023-0199	3
TOTAL		10

Elaboración propia de la oficina de control interno.

En varios expedientes se identificaron deficiencias en la recolección y valoración de pruebas, incumpliendo la práctica de pruebas en los procedimientos administrativos. Esto afecta la objetividad del proceso y puede derivar en decisiones injustas o carentes de fundamento probatorio.

Recomendaciones:

- Formular un plan de contingencia que permita dar celeridad y cumplimiento a las actividades faltantes de los procesos de la vigencia 2021 para evitar que opere la caducidad de la facultad sancionatoria del Instituto Colombiano Agropecuario.
- Realizar seguimientos internos y reportes a la Oficina Asesora Jurídica, que permitan evidenciar el cumplimiento de los términos establecidos en la Ley 1437 de 2011 y el Manual del Proceso Administrativo Sancionatorio.

Observación 57: Incumplimiento a la facultad sancionatoria prevista en el artículo 156 y 157 de la Ley 1955 del 2019, teniendo en cuenta los procesos sancionatorios donde se ocasionó la caducidad por el retardo o el incumplimiento de las actuaciones previstas en la Ley 1437 del 2011, pudo generar presuntas consecuencias fiscales para el Instituto Colombiano Agropecuario por el dinero que se dejó de percibir, en razón a la omisión en la expedición de la resolución sanción y la imposición de multas previstas en el numeral 2 del artículo 157, lo que ocasionó que el cobro no se pudiera realizar a través de la jurisdicción coactiva.

Por lo anterior, se correrá traslado del presente informe de auditoría al Grupo de Instrucción Disciplinaria, con el fin de que se determine si se incurrió en alguna falta disciplinaria, así como las responsabilidades a que haya lugar.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Santander y Oficina Asesora Jurídica.

Verificados los expedientes relacionados en la muestra seleccionada, se pudo determinar que, en su totalidad, existen demoras significativas en la ejecución de sanciones impuestas, la obligación de ejecutar los actos administrativos en los plazos establecidos. Esto disminuye la

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

efectividad del procedimiento sancionatorio y puede afectar la percepción pública sobre la capacidad del ICA para hacer cumplir sus decisiones.

Recomendaciones:

- Incrementar los controles, seguimientos internos y reportes a la Oficina Asesora Jurídica, que permitan evidenciar el cumplimiento de los términos establecidos en la Ley 1437 de 2011 y el Manual del Proceso Administrativo Sancionatorio para evitar que se ocasione la caducidad de la facultad sancionatoria del Instituto Colombiano Agropecuario.

11.9 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

11.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

Tabla 39. Riesgos asociados en el mapa de riesgos institucional 2023.

NOMBRE DEL RIESGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	RIESGO INHERENTE	CAUSA	CONTROLES EXISTENTES
COR Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por desviación en la Defensa Jurídica por favorecimiento a un tercero.	Consolidar la Gestión Jurídica del ICA	Extrema	*Ofrecimiento económico o beneficios personales al abogado * Amenazas al abogado que adelanta el caso * Interés personal en el resultado del proceso	1. El abogado presenta la ficha de conciliación y expone el caso ante el Comité de Conciliación y Defensa Jurídica para tomar una decisión sobre la procedencia o no de la conciliación. Una vez se cuente con la decisión del Comité el abogado deberá expresar la postura de la Entidad en la audiencia de conciliación correspondiente y posteriormente cargar el acta de la audiencia en e-Kogui. Lo anterior será validado por el Secretario del Comité de Conciliación.
SGC Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por dar asesoría jurídica que atente contra la unidad de criterio.	Implementar las soluciones tecnológicas requeridas.	Extrema	* Desconocimiento de los lineamientos jurídicos estandarizados por la dependencia * Desconocimiento de precedentes del tema * Falta de capacitación en los asuntos jurídicos de la naturaleza de la entidad * Falta de la socialización de la decisión adoptada en el grupo de trabajo * Omisión en el completo análisis del concepto jurídico * Falta de discusión y análisis del tema a tratar.	1. El abogado que tenga a cargo un concepto jurídico deberá tener en cuenta los conceptos jurídicos anteriores y cargados en el repositorio que se destine para tal fin, de manera que el concepto jurídico mantenga la unidad de criterio de la Oficina Asesora Jurídica. El Jefe de la Oficina Asesora Jurídica revisará y aprobará el proyecto de respuesta y remitirá a la secretaria el memorando u oficio para su envío al destinatario.
SGC Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por la omisión de actuaciones para impulsar los procesos	Consolidar la Gestión Jurídica del ICA	Extrema	*Falta de personal de apoyo para adelantar las actuaciones dentro de los procesos administrativos sancionatorios	1. El Gerente seccional de manera mensual revisa la conformidad del informe con la base de datos Matrices Fenix_PAS Seccional y los expedientes físicos

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

administrativos sancionatorios (PAS)			*No hay estructuración en las funciones para personal de apoyo. *Sobre carga de los procesos, procedimientos y tramites adicionales al proceso administrativo sancionatorio * Falta de herramientas e insumos para la sustanciación de los actos administrativos del proceso	de los actos administrativos que se genera en los PAS, gestionando el avance y los procesos pendientes por iniciar, consignado dicho seguimiento en un acta de reunión que debe contener el dato de avance y los PAS por ingresar o apertura.
SGC Posible afectación reputacional y/o económica por caducidad de la acción de repetición de las demandas desfavorables en contra de la entidad.	Consolidar la Gestión Jurídica del ICA	Extrema	*Omisión en la realización del estudio jurídico para la Recomendaciones: de iniciar o no la acción de repetición. *Omisión en la realización del Comité de conciliación para determinar la viabilidad de iniciar o no la acción de repetición	1. El Jefe de la Oficina Asesora Jurídica solicita al abogado la realización de estudio de viabilidad o no de la acción de repetición una vez realizado el pago de la sentencia que condene al ICA. Posteriormente se realiza presentación al comité de conciliación

11.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

Observación 58: Materialización del Riesgo GJUR3: “Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por la omisión de actuaciones para impulsar los procesos administrativos sancionatorios (PAS)”. teniendo en cuenta las observaciones presentadas en el informe, respecto al impulso y cumplimiento de términos en los procesos administrativos sancionatorios que se encuentran en cabeza de la Seccional objeto de auditoría.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Santander

Por lo anterior, se correrá traslado del presente informe de auditoría al Grupo de Instrucción Disciplinaria, con el fin de que se determine si se incurrió en alguna falta disciplinaria, así como las responsabilidades a que haya lugar.

Recomendaciones:

- Identificar y redactar nuevos controles preventivos y detectivos con el fin de garantizar la mitigación del riesgo.
- Revisar el mapa de calor para cada uno de los controles, identificando el impacto y su probabilidad, teniendo como antecedentes las situaciones que influyeron en la materialización del riesgo.

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

- Retrasos injustificados en los tiempos de resolución o en la notificación de las sanciones, lo que podría estar en contra de los principios de eficiencia administrativa.
- Funcionarios implicados en el procedimiento sancionatorio tienen algún conflicto de interés, esto podría comprometer la imparcialidad del proceso.

11.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Unidad auditable sin Acciones de mejora pendientes en la Gerencia Seccional Santander.

11.11 RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

Estas observaciones evidencian incumplimientos normativos clave en el procedimiento administrativo sancionatorio del Instituto Colombiano Agropecuario, afectando la transparencia, legalidad y eficiencia del proceso. Es necesario implementar medidas correctivas para garantizar el cumplimiento de la Ley 1437 de 2011 y los decretos reglamentarios aplicables.

Implementar un sistema de seguimiento más riguroso para evitar retrasos en las notificaciones y garantizar el cumplimiento de los plazos procesales.

Solicitar a la Oficina Asesora Jurídica capacitaciones periódicas a los funcionarios encargados de los procesos sancionatorios para mejorar la comunicación sobre las opciones de apelación y recursos administrativos.

Se recomienda fortalecer el sistema de notificación electrónica con una mejor verificación de la recepción de los mensajes y la implementación de confirmaciones automáticas.

Implementar un sistema de alerta interna para el monitoreo de los plazos procesales y garantizar que las decisiones se tomen dentro de los términos legales.

12. PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL

12.1 PROCESO DE APOYO

12.2 SUBPROCESO N/A

12.3 UNIDAD AUDITABLE

GRFT-GC-MP-001 Manual de Contratación

12.4 OBJETIVO

Evaluar y analizar de forma independiente el diseño y la eficacia operativa de los controles internos implementados para gestionar los riesgos de las actividades de la gestión contractual, verificando el cumplimiento de la normativa externa e interna en el marco de las funciones asignadas.

12.5. ALCANCE

Verificación de la unidad auditable GRFT-GC-MP-001 Manual de Contratación, donde se evaluará la gestión del proceso desde el 1º de julio de 2023 al 31 de julio de 2024.

Nota: El establecimiento de este período no limita la facultad de la Oficina de Control Interno para pronunciarse sobre hechos previos o posteriores que, por su nivel de riesgo o materialidad, deban ser revelados.

12.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

Durante el desarrollo de la auditoría no se presentó limitación alguna que no permitiera lograr el Durante el desarrollo de la auditoría, no se presentaron limitaciones que impidieran alcanzar los objetivos establecidos. Todos los recursos y la información necesarios estuvieron disponibles, lo que facilitó la ejecución efectiva de la auditoría y permitió obtener conclusiones fundamentadas.

12.7. CRITERIOS

Para el desarrollo del ejercicio de la presente auditoria, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Normatividad Externa

- Ley 80 de 1993 “Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública”.
- Ley 1150 de 2007 "Por medio de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con recursos públicos”.
- Decreto Nacional 1082 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional"
- Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015 “Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector administrativo de planeación nacional"
- Guía para el ejercicio de las funciones de supervisión e interventoría de los contratos suscritos por las Entidades Estatales – Colombia Compra Eficiente.

Normatividad Interna:

- Manual de contratación Código: GRFT-GC-MP-001 V.10
- Manual del Supervisor de Contratos.

12.8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

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

12.8.1 METODOLOGÍA

a. Con el fin de realizar la evaluación de la gestión contractual y de que las actuaciones cumplidas por el Instituto Colombiano Agropecuario - ICA, se ajusten a los principios inherentes a la contratación estatal, a los postulados que rigen la función administrativa y, a la Política de Compras y Contratación Pública del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, se contemplaron los siguientes criterios:

- Verificar la eficiencia y transparencia en los estudios previos.
- Cumplimiento de los requisitos de la normativa vigente, relacionados con la legalización y perfeccionamiento.
- Evaluar el cumplimiento de la ejecución de los contratos.
- Verificar la liquidación y terminación de los contratos seleccionados en la muestra.

Para ello se consultó la siguiente información:

- b. Consulta en el SECOP II de los procesos de contratación seleccionados:
- Expedientes contractuales seleccionados, en sus etapas precontractual o de selección, contractual y post contractual.
 - Informes de supervisión e interventoría de los contratos seleccionados

c. Muestreo aleatorio simple:

Tabla 40. Esquema de Muestreo Aleatorio Simple para estimar la proporción de una población.

TAMAÑO DE LA POBLACIÓN (N)	ERROR MUESTRAL €	PROPORCIÓN DE ÉXITO (P)	NIVEL DE CONFIANZA	NIVEL DE CONFIANZA (Z) (1)	FÓRMULA	MUESTRA OPTIMA
21	10%	5%	90%	1,645	13	8

Elaboración propia de la oficina de control interno.

12.8.2 MUESTRA

Las validaciones para esta auditoría se adelantaron de manera selectiva a los procesos contractuales celebrados durante el periodo comprendido entre el 2023 y julio de 2024 con un total de 21 contratos, verificando el cumplimiento de los lineamientos dispuestos para tal fin, de una muestra de ocho (8) procesos contractuales.

A continuación, detallamos los contratos seleccionados

Tabla 41. Descripción de la selección de la muestra a verificar.

No.	CONTRATO No.	CONTRATISTA	MODALIDAD	VALOR CONTRATO
1	SANT-MC-003-2023	JHONAIRE S.A.S.	Mínima Cuantía	\$16.649.997
2	SANT-CD-013-2022	JOSUE DANILO MARÍN VÁZQUEZ	Contratación Directa	\$17.777.131
3	SANT-MC-006-2023	AUTOFUEL SAS	Mínima Cuantía	\$ 13.100.000
4	SANT-CD-003-2023	AIDA AGUILAR HERNANDEZ	Contratación Directa	\$ 8.859.238
5	SANT-CD-005-2023	JOSUE DANILO MARÍN VAZQUEZ	Contratación Directa	\$ 15.383.376
6	SANT-MC-002-2024	GRUPO EMPRESARIAL GYG S.A.S.	Mínima Cuantía	\$ 14.350.000
7	CSANT-002-2024	MUNICIPIO DE SAN ANDRES	Convenio interadministrativo	\$ 160.582.000
8	CSANT-006-2024	MUNICIPIO DE SIMACOTA	Convenio interadministrativo)	\$ 491.291.072
Total				\$ 737.992.814

Elaboración propia de la oficina de control interno.

12.8.3 FORTALEZAS

Cumplimiento de requisitos para el perfeccionamiento de los contratos estatales, previo a su inicio de ejecución contractual.

12.8.4 RESULTADOS

Observación 59: Inobservancia en el cumplimiento de las obligaciones contractuales específicas por parte de la Entidad, Contratista y/o Comodatario, incumpliendo la actividad No. 11 del Procedimiento de Seguimiento y Verificación a la Ejecución de Contratos y Convenios Cód. GCO-SAF-P-017 versión 5.

Teniendo en cuenta las debilidades detectadas y su incidencia, se correrá traslado del presente informe de auditoría al Grupo de Instrucción Disciplinaria, con el fin de que se determine si se incurrió en alguna falta disciplinaria, así como las responsabilidades a que haya lugar.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Santander.

Verificada la información contenida en las minutas de la totalidad de la muestra, se pudo identificar que, se vienen incumpliendo obligaciones generales y específicas en ambas partes en el 100% de la muestra de los contratos seleccionados.

Lo anterior, incumpliendo lo establecido en la actividad No. 11 del Procedimiento de Seguimiento y Verificación a la Ejecución de Contratos y Convenios Cód. GCO-SAF-P-017 versión 5, la cual indica:

“Verificar el correcto cumplimiento del objeto y las obligaciones pactadas.” (subrayado fuera de texto)

Así mismo, lo establecido en el numeral 1.2 Definiciones “Vigilancia Administrativa”, frente a lo señalado en el literal f y e, que establecen:

“Verificar el cumplimiento de las obligaciones del contratista en materia de seguridad social, salud ocupacional, planes de contingencia, normas ambientales, etc, de acuerdo con la naturaleza del contrato o convenio” (subrayado fuera de texto)

“Realizar en SECOP el cargue de los documentos correspondientes a la etapa de ejecución de contratos” (subrayado fuera de texto)

Recomendaciones:

- Llevar a cabo seguimientos aleatorios de los diferentes contratos suscritos, donde al momento de que se detecte un incumplimiento se requiera al supervisor con el fin de tener conocimiento acerca del motivo por el cual no se han adelantado gestiones para el cumplimiento de las obligaciones, en caso de que no haya justificación, elevar como asunto disciplinable al Grupo de Instrucción Disciplinaria para lo de su competencia.

Observación 60: Debilidades en la publicidad de informes de ejecución por parte de la supervisión en SECOP II, incumpliendo lo dispuesto en el artículo 84 Ley 1474 de 2011.

Teniendo en cuenta las debilidades detectadas y su incidencia, se correrá traslado del presente informe de auditoría al Grupo de Instrucción Disciplinaria, con el fin de que se determine si se incurrió en alguna falta disciplinaria, así como las responsabilidades a que haya lugar.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Santander.

Con base en la verificación y análisis de la información documentada electrónicamente, que reposa en plataforma SECOP II, no se observan debidamente publicados los informes de supervisión para la totalidad de los contratos, es decir, el 100% de la muestra de los contratos seleccionados, presentan un incumplimiento en la publicidad de los informes de supervisión.

Es de señalar que, en la etapa de ejecución de los contratos, convenios y comodatos, se debieron observar informes de supervisión, que dieran cuenta del cumplimiento de los lineamientos aplicables frente a los deberes de supervisión, los cuales deben comprender los componentes administrativo, técnico, financiero y contable.

Tales situaciones podrían tener como posible consecuencia la afectación a la ejecución del contrato, así como transgredir los principios de publicidad y transparencia.

Lo anterior, incumple lo dispuesto en el artículo 84 Ley 1474 de 2011, que señala:

“FACULTADES Y DEBERES DE LOS SUPERVISORES Y LOS INTERVENTORES. La supervisión e interventoría contractual implica el seguimiento al ejercicio del cumplimiento obligatorio por la entidad contratante sobre las obligaciones a cargo del contratista.

Los interventores y supervisores están facultados para solicitar informes, aclaraciones y explicaciones sobre el desarrollo de la ejecución contractual, y serán responsables por mantener informada a la entidad contratante de los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles, o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato, o cuando tal incumplimiento se presente. (subrayado fuera de texto)

Además, de lo establecido en la actividad No. 12 del Procedimiento de Seguimiento y Verificación a la Ejecución de Contratos y Convenios Cód. GCO-SAF-P-017 versión 5, que al respecto establece en cabeza del Interventor/ Supervisor:

“Cargar en la plataforma del SECOP II la documentación correspondiente a la ejecución del contrato (actas, pólizas, facturas, informes, reportes, etc),, informar el cargue de la documentación al Grupo de Contratación dentro de los términos establecidos” (subrayado fuera de texto)

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Es importante indicar que, de acuerdo con lo establecido en la Circular Externa Única de Colombia Compra Eficiente versión 03 del 27 de diciembre de 2023 en su numeral 1.3:

“Las Entidades que aún utilizan el SECOP I están obligadas a publicar en el SECOP los Documentos del Proceso dentro de los tres (3) días siguientes a su expedición. La información registrada por las Entidades en el SECOP II y en la Tienda Virtual del Estado Colombiano, está disponible en tiempo real en razón a que las actuaciones del Proceso de Contratación tienen lugar electrónicamente a través de dichas plataformas transaccionales.

Respecto a los documentos que no son generados en línea, el SECOP II y la TVEC permiten su publicidad. Para ello, se aplicará la misma regla de los tres (3) días siguientes a la expedición, conforme con lo previsto en el artículo 2.2.1.1.1.7.1. del Decreto Reglamentario 1082 de 2015.” (Subrayado fuera de texto).

Recomendaciones:

- Se recomienda que el supervisor designado para el contrato elabore y presente un informe de manera mensual, en donde se establezca la verificación y avance de las obligaciones contraídas por parte de los contratistas y/o Entidades con las cuales se suscriban Convenios Interadministrativos, con el fin de garantizar el cumplimiento de los cronogramas contractuales y definir de manera preventiva posibles desviaciones que se puedan llegar a materializar en incumplimientos. Lo anterior, distinto al informe que se debe presentar para desembolsos.
- Definir herramientas que permitan asegurar la completitud de la información de los procesos contractuales o complementar las actuales e integrarlas procedimentalmente.
- Establecer controles preventivos y detectivos tales como cuadros de control y seguimiento posterior que permitan validar durante y después de culminados los procesos contractuales el cumplimiento efectivo de los lineamientos internos y externos respecto a la disponibilidad de información.

Observación 61: Debilidades en la gestión de contratos en proceso de liquidación, incumpliendo lo señalado en la cláusula de liquidación de los contratos suscritos, uno de la vigencia 2022 y cuatro de la vigencia 2023.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Santander

El artículo 11 de la ley 1150 de 2007 – “Del plazo para la liquidación de los contratos”, señala: “La liquidación de los contratos se hará de mutuo acuerdo dentro del término fijado en los pliegos de condiciones o sus equivalentes, o dentro del que acuerden las partes para el efecto. De no existir tal término, la liquidación se realizará dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la expiración del término previsto para la ejecución del contrato o a la expedición del acto administrativo que ordene la terminación, o a la fecha del acuerdo que la disponga.”

En aquellos casos en que el contratista no se presente a la liquidación previa notificación o convocatoria que le haga la entidad, o las partes no lleguen a un acuerdo sobre su contenido, la entidad tendrá la facultad de liquidar en forma unilateral dentro de los dos (2) meses siguientes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 136 del C. C. A.

Si vencido el plazo anteriormente establecido no se ha realizado la liquidación, la misma podrá ser realizada en cualquier tiempo dentro de los dos años siguientes al vencimiento del término a que se refieren los incisos anteriores, de mutuo acuerdo o unilateralmente, sin perjuicio de lo previsto en el artículo 136 del C. C. A.

Finalmente, se tiene que: “La liquidación del contrato o convenio podrá ser realizada por vía judicial y se presenta cuando no existe un acuerdo entre las partes para realizar la liquidación por mutuo acuerdo y no se realizó de manera unilateral por la Entidad dentro de los términos antes indicados, por lo que las partes pueden acudir a la jurisdicción contenciosa administrativa para obtener la liquidación en sede judicial, a más tardar dentro de los dos (2) años siguientes al incumplimiento de la obligación de liquidar tal como lo establece el artículo 164. 2. j) v) del CPACA”.

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

Así las cosas, al verificarse en los contratos seleccionados en la muestra, la cláusula de liquidación de los contratos, se identificó el incumplimiento de esta, toda vez que versa:

“El presente contrato se liquidará dentro del término de la vigencia del contrato es decir dentro de los cuatro (04) meses siguientes a la expiración del plazo de ejecución computando con ello sus prorrogas, en concordancia con lo previsto en el artículo 60 de la Ley 80 de 1993, subrogado por el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007 y el Decreto Ley 019 de 2012”

Es decir, si bien no se presenta un incumplimiento a la norma, si se tiene un incumplimiento a lo descrito en el contrato.

Recomendaciones:

- El supervisor y los responsables del proceso auditado, en aras de garantizar el cumplimiento a los clausulados contractuales, pueden llevar a cabo un control de los contratos de manera mensual con el fin de que una vez culminada la etapa de ejecución contractual en el término de tres meses se adelanten las gestiones correspondientes para liquidar los contratos.
- Verificar los clausulados contractuales por parte del Grupo de Procesos de Selección, con el fin de llevar a cabo los ajustes a que haya lugar, para que se logre extender en términos de razonabilidad y proporcionalidad la liquidación de los contratos.

12.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

12.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

Tabla 42. Descripción de los riesgos.

NOMBRE DEL RIESGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	RIESGO INHERENTE	CAUSA	CONTROLES EXISTENTES
COR Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por trámite a las solicitudes con falsa motivación y/o desviación de poder en la estructuración en el estudio de necesidad y análisis de conveniencia de los convenios o contratos.	Contribuir a la optimización de los recursos administrativos y financieros	Extrema	* Intereses propios * falta de análisis de la necesidad a real a contratar * Falta de ética	1. El Grupo de Gestión Contractual convoca al Comité de Contratación y este evalúa si esta adecuadamente motivada la necesidad de contratación o convenio a la estructura de la entidad, el comité aprueba o desaprueba la solicitud, dejando sentado el concepto mediante acta.
SGC Posibilidad de afectación en la prestación del servicio por incumplimiento en la ejecución de contratos o convenios sin realizar el procedimiento previsto para el mismo.	Contribuir a la optimización de los recursos administrativos y financieros	Extrema	*Inadecuada supervisión * Factores externos que impiden el cumplimiento de las obligaciones.	1. El Grupo de Gestión Contractual a partir del informe de supervisión en donde se evidencie el incumplimiento adelanta el trámite de la audiencia, para analizar si se decreta el mismo y dar traslado a la aseguradora en caso de comprobarse. 2. El Grupo de Gestión Contractual y/o responsable de adelantar la contratación en la Gerencia Seccional realiza el análisis, estimación, tipificación de la matriz de riesgos asociados al tipo de contratación y/o convenios, la cual es presentada en los estudios previos.

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

				3. El supervisor de contrato designado verifica el cumplimiento contractual y determina si los contratistas presentan incumplimiento de acuerdo con los términos, obligaciones y objeto de acuerdo a las necesidades de la entidad.
SGC Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por realizar estudios y análisis económicos del sector que no identifiquen la necesidad real a contratar	Contribuir a la optimización de los recursos administrativos y financieros	Alta	*Falta de personal idóneo para realizar la actividad * Alto volumen de solicitudes * Interés propios * Deficiente estructuración de los estudios técnicos de la contratación	1. El profesional designado del Grupo de Gestión Contractual realiza análisis a las observaciones presentadas por los proponentes a través de SECOP II, según su viabilidad. Efectuado los ajustes que dé lugar, con el fin de dar continuidad al proceso. 2. El Grupo de Gestión Contractual realiza socializaciones y/o capacitaciones a las áreas y Gerencias Seccionales sobre los estudios previos y análisis de los procesos adelantados, a través de reuniones virtuales y comunicaciones.

12.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

Observación 62: Materialización del Riesgo GCO2: “SGC Posibilidad de afectación en la prestación del servicio por incumplimiento en la ejecución de contratos o convenios sin realizar el procedimiento previsto para el mismo” teniendo en cuenta las observaciones presentadas en el informe, respecto a la ejecución de los contratos o convenios y el procedimiento que está previsto para ello, como lo es el cargue de evidencias y seguimiento a las obligaciones.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Santander

Por lo anterior, se correrá traslado del presente informe de auditoría al Grupo de Instrucción Disciplinaria, con el fin de que se determine si se incurrió en alguna falta disciplinaria, así como las responsabilidades a que haya lugar.

Recomendaciones:

- Identificar y redactar nuevos controles preventivos y detectivos con el fin de garantizar la mitigación del riesgo.
- Revisar el mapa de calor para cada uno de los controles, identificando el impacto y su probabilidad, teniendo como antecedentes las situaciones que influyeron en la materialización del riesgo.

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

Tabla 43. Descripción de los riesgos identificados por la OCI.

DESCRIPCIÓN
Pérdida de documentos soporte de un contrato en beneficio de un privado.

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

Incumplimiento deliberado y/o desviación de las modalidades de contratación, y falta de aplicación de los principios y etapas en la contratación y supervisión para beneficiar a un privado.
Vencimiento en los plazos para cumplir con el objeto del contrato.
Ejecución del contrato sin el cumplimiento de los requisitos
No liquidar los contratos en los plazos establecidos en estos o en la Ley.
Bienes, servicios o insumos que no cumplan con las especificaciones técnicas requeridas
Adquirir / contratar bienes o servicios de forma tardía o que no corresponden a lo requerido por la entidad
Información contractual que no repose en el aplicativo SECOP o que sea cargada por fuera de los términos establecidos para ello.
Expedientes contractuales sin evidencias de la ejecución contractual
Pérdida y/o incompletitud documental de los contratos y sus correspondientes evidencias de ejecución.

Elaboración propia de la oficina de control interno.

12.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Unidad auditable sin Acciones de mejora pendientes en la Gerencia Seccional Santander.

12.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

- Se sugiere que el Líder del proceso en aras de mitigar la materialización de situaciones similares a las abordadas en el presente informe, extienda la revisión, control y seguimiento al universo de los expedientes del proceso de Gestión Contractual.
- Al interior de los equipos multidisciplinarios, se propone que se lleven ejercicios de revisión cruzada, con el fin de velar por la completitud documental y correspondiente seguimiento.
- Llevar a cabo seguimientos periódicos en los procesos contractuales independiente de su modalidad, que hayan presentado modificaciones contractuales con el fin de validar el estado en el cual se encuentra cada uno, cotejando y/o asegurando que la información de este se encuentre cargada en el aplicativo SECOP.
- Realizar los pagos de conformidad con lo pactado en el respectivo contrato, velando siempre por el cumplimiento de las obligaciones y la protección de los recursos públicos.

 Jefe Oficina Control Interno	NOMBRE Y FIRMA DEL(LOS) AUDITOR(ES)  <hr/> Luz Nancy Sánchez Patiño	FECHA DE APROBACIÓN 24/12/2024.
	 <hr/> Aranza Rocío Vargas Solano	
	 <hr/> Liliam Ivonne Bobadilla Torres	
	 <hr/> Emmy Montoya Velosa	
	 <hr/> Bryan Javier Duarte Villamil	