

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

ÁREA AUDITADA: GERENCIA SECCIONAL ATLÁNTICO		
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? <input type="text"/>		
LUGAR DE DESARROLLO DE LA AUDITORÍA Gerencia Seccional <input checked="" type="checkbox"/> Oficina Local <input type="checkbox"/> PAPF <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="text"/> ¿Cuál? <input type="text"/>		
FORMA DE DESARROLLO DE LA AUDITORÍA: Presencial <input checked="" type="checkbox"/> Remota <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>		
VIGENCIA: 2025		
FECHA DE INICIO: 17/06/2025		FECHA DE FINALIZACIÓN: 20/06/2025
TIPO DE INFORME:	Preliminar <input type="checkbox"/> Definitivo <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha: 14/08/2025

1. PROCESO PROTECCIÓN VEGETAL

1.1 TIPO DE PROCESO MISIONAL

1.2 SUBPROCESO GESTIÓN DE SEMILLAS

1.3 UNIDAD AUDITABLE

CRI-SEM-P-001 Producción y control en comercialización de semillas.

1.4 OBJETIVO

Verificar la ejecución y el cumplimiento del procedimiento “CRI-SEM-P-001 Producción y control en comercialización de semillas”, el cual se encuentra formalizado en el sistema de información Diamante del Instituto, de dicho procedimiento e instructivos se verificará la normatividad aplicable, gestión oportuna, tiempos establecidos, la implementación de controles y la gestión del riesgo.

1.5. ALCANCE

Verificación del procedimiento “CRI-SEM-P-001 Producción y control en comercialización de semillas”, del proceso protección vegetal gestionado por la Gerencia Seccional Atlántico, durante la vigencia 2024.

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.

1.6 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.

1.7. CRITERIOS

Procedimiento: CRI-SEM-P-001 Producción y control en comercialización de semillas.

1.8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

1.8.1 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.

2

1.8.2 MUESTRA

Dado que los documentos reportados para la ejecución de la actividad frente a la Control en Comercialización de semillas, no se encuentran alineados con el procedimiento, se realizó un muestreo dirigido a la Forma 4-748, eligiendo de forma aleatoria carpetas suministradas por el personal con el fin de validar el uso de la forma para el desarrollo de la actividad analizada.

1.8.3 FORTALEZAS

Se destaca la labor del personal en la Gerencia Seccional a cargo de la unidad auditada, así como la transmisión de información por parte de la Dirección Técnica de Semillas, generando una labor coordinada y cooperante de todas las partes. Con una comunicación efectiva y constante.

1.8.4 RESULTADOS

Observación 1: Desactualización del procedimiento “CRI-SEM-P-001 V.1 Producción y control en comercialización de semillas”, dado que la normatividad reportada no se encuentra vigente, las formas halladas se encuentran en desuso o han sido actualizadas, y no se evidencia la aplicación de la Forma 4-600 Procedimiento, Ítem 2 Descripción del procedimiento”, que determina el número de la tarea, el responsable, la tarea y el resultado para cada una de las actividades reportadas en la unidad auditada.

Área Responsable: Dirección Técnica de Semillas

Para citar algunos ejemplos, y de acuerdo a la información suministrada por el líder del proceso auditado, la Resolución 15141 del 2023 es la normativa vigente para desarrollar las labores de “...establecen los requisitos y condiciones para la producción, importación, exportación y almacenamiento de semillas producto del mejoramiento genético para la investigación, comercialización y siembra en el país, así como el registro de las Unidades de Evaluación Agronómica y/o Unidades de Investigación en Fitomejoramiento y se dictan otras disposiciones.”, resolución que no se halla citada en el procedimiento.

Así mismo, la forma 3-478, empleada como el “Acta de visita – Actividad Técnica de semillas” no se encuentra contenida en el procedimiento, de igual manera, las formas citas en el procedimiento Ej. Forma 3-089 referido como “Visita de comprobación a distribuidores y sitios de almacenamiento”, en el Sistema de Información Diamante ahora reposa como “Acta de visita a establecimientos de comercio de insumos pecuarios”.

En cuanto al proceso definido para cada uno de los ítems a desarrollar dentro del procedimiento, no se encontró estructurado de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Forma 4-600 Procedimiento; al igual que el nombre del procedimiento en el PDF descargado desde el Sistema de Información Diamante, no corresponde al reportado en la búsqueda inicial en el aplicativo, es decir, en la plataforma se encuentra reportado como “Producción y control en comercialización de semillas”, mientras que en el PDF quedo descrito como “Sistema Nacional de Vigilancia Fitosanitaria”.

Recomendación:

- Realizar la debida actualización al procedimiento, en la cual incluyan (1) reporte actual de normatividad vigente, (2) implementación de la Forma 4-600 hallada en el Sistema de

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

Información Diamante, (3) revisión y actualización de las formas contenidas en el procedimiento y (4) cargar la información actualizada en el sistema de información.

Observación 2: Debilidades en el diligenciamiento de las formas empleadas para el desarrollo de la actividad No. “2.5 CONTROL EN COMERCIALIZACIÓN DE SEMILLAS”.
Nota: No se reportan formas empleadas por la Gerencia Seccional en la actualidad, dado que estas no se encuentran amparadas en el procedimiento o poseen versiones actualizadas no mencionadas en este.

3

Área responsable: Gerencia Seccional Atlántico

Pese a que las formas suministradas como insumo de las labores desarrolladas por el área en la gerencia seccional, no se encuentra reportadas en el procedimiento, se realizó la revisión de estas, detectando la no aplicación de las instrucciones contenida en la forma 3-478 “Acta de visita – Actividad Técnica de semillas”, sin embargo, dicho formato no será citada en la observación, por carecer de soporte al interior del procedimiento cargado en el Sistema de Información Diamante.

- Realizar las capacitaciones necesarias al ingreso del personal que apoya las visitas de vigilancia, con el fin de corroborar el aprendizaje y posterior aplicación del correcto diligenciamiento del formato.
- 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”.

1.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

1.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

Tabla 1. Riesgos asociados en el mapa de riesgos institucional 2024

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.	Zona Riesgo Alto.	* Limitada disponibilidad de recursos para atender actividades misionales *Falta de personal con experiencia y conocimiento * Falta de articulación institucional y coordinación interna de programas fitosanitarios *Falta de estrategias de comunicación del riesgo *Falta de aplicación y verificación a los lineamientos establecidos * Falta de actividades de control a la movilización vegetal.	1. El personal del puesto de control realiza vigilancia a la movilización de material vegetal. 2. Los responsables en Gerencias Seccionales ejecutan las actividades establecidas en el Plan de Acción o actúan ante emergencias fitosanitarias. (Erradicación de brotes).
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.	Zona Riesgo Extremo.	* 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	1. La DT. de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria y los responsables en Gerencias Seccionales realizan seguimiento a la información entregada referente a las acciones de vigilancia fitosanitarias adelantadas por la red de sensores internos (equipo de funcionarios del sistema nacional de vigilancia fitosanitario) para la detección oportuna de plagas cuarentenarias en sistemas productivos agrícolas y forestales, a través de las

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

			* Retrasos en la comunicación del responsable técnico a nivel seccional.	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.	Zona Riesgo Alto.	* Deficiente sistema de información * Solicitud o recepción de dádivas * Presiones indebidas de terceros * Falla en el monitoreo y seguimiento en las actividades.	1. La Dirección Técnica de Epidemiología y Vigilancia Fitosanitaria realiza acciones de seguimiento a los programas de vigilancia fitosanitaria en Gerencias Seccionales, a través de revisiones físicas y/o virtuales.
SGC Posibilidad de afectación reputacional por el incumplimiento de las acciones de supervisión y control a la comercialización de semillas y/o plántulas de vivero no autorizadas.	Asegurar la inocuidad de los alimentos en la producción primaria. Proteger los derechos del obtentor de variedades.	Zona Riesgo Extremo.	*Presupuesto limitado para la inspección, vigilancia y control de semillas y plántulas de vivero. *Falta de sanciones efectivas para la venta no autorizada. * Contrabando y piratería de semillas.	1. Los profesionales de las Gerencias Seccionales y de Oficinas Nacionales realizan programación y ejecución de brigadas de control y comercialización de semillas y/o plántulas de vivero, generando actas de visita relacionando los resultados y los compromisos establecidos. 2. Los profesionales de las Gerencias Seccionales y de Oficinas Nacionales realizan visitas de inspección, vigilancia y control a establecimientos de comercialización de semillas y/o plántulas de vivero generando actas de visita relacionando los resultados y los compromisos establecidos. 3. El profesional en la Gerencia Seccional al no evidenciar el trámite de registro por parte de los establecimientos y haber agotado el recurso de primera recomendación, envía mediante memorando y/o correo electrónico al Gerente seccional el informe y las actas de visita como evidencia para la solicitud de apertura del proceso sancionatorio.
COR Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por emitir certificaciones, conceptos o registros de uso de semilla y/o plántulas de vivero sin cumplimiento del total de requisitos para favorecer de manera directa o indirecta a un tercero.	Asegurar la inocuidad de los alimentos en la producción primaria. Proteger los derechos del obtentor de variedades.	Zona Riesgo Extremo.	*Solicitud o recepción de dádivas *Deficiente sistema de información. *Falta de seguimiento a la ejecución de las actividades relacionadas (trazabilidad).	1. El profesional en la Gerencia Seccional una vez aprobada la revisión documental, programa la visita de verificación en el establecimiento para lo cual se diligencia la forma 3-478 Acta de visita y la lista de verificación de los requisitos según corresponda. 2. El profesional del proceso verifica que se da el cumplimiento del total de requisitos (Documental y visita cuando aplique) procede a proyectar el acto administrativo el cual se transmite para la revisión de un par profesional, una vez aceptada dependiendo el

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

				trámite se procede a la aprobación jurídica y la aprobación del director técnico, Subgerente y para caso específico Gerente General y/o Gerente Seccional.
SGC Posibilidad de afectación reputacional por el Incumplimiento de las acciones de supervisión y control de la comercialización de semillas registradas fuera de especificaciones técnicas.	Asegurar la inocuidad de los alimentos en la producción primaria. Proteger los derechos del obtentor de variedades.	Zona Riesgo Extremo.	*Escasa evaluación y seguimiento a las actividades de inspección, vigilancia y control de semillas. *Presupuesto limitado para la inspección, vigilancia y control de semillas y plántulas de vivero. *Resultados de análisis de laboratorio entregados fuera de ruta crítica. *Deficiente rigor técnico científico en las visitas de IVC.	1. La Dirección Técnica de Semillas realiza la formulación y los profesionales en Gerencia seccional la ejecución del Plan de muestreo en almacenes comercializadores y distribuidores de semillas, así como el seguimiento a las acciones tomadas resultado de las inconformidades detectadas 2. Los profesionales de la Gerencia Seccional realizan la ejecución del plan de visitas a almacenes, viveros y plantas productoras de semillas según la programación establecido.

1.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

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

1.9.3. 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 no fueros detectado riesgos, los cuales puedan ser objeto de ingreso al mapa de riesgos institucional.

1.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

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

1.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

Dada la desactualización del procedimiento y lo que conlleva, una vez se cuente con los respectivos ajustes, será realizada una nueva auditoria con el fin de validar la implementación de cada una de las actividades allí propuestas en posteriores vigencias.

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 Semillas y en caso de encontrar debilidades, implementar las medidas correctivas del caso.

2. PROCESO PROTECCIÓN FRONTERIZA

2.1 TIPO DE PROCESO MISIONAL

2.2 SUBPROCESO CUARENTENA VEGETAL

2.3 UNIDAD AUDITABLE

PRF-SPF-P-003 Importación en el sistema de inspección y cuarentena vegetal.

2.4 OBJETIVO

Verificar la ejecución y el cumplimiento del procedimiento “PRF-SPF-P-003 Importación en el sistema de inspección y cuarentena vegetal”, el cual se encuentran formalizados en el sistema de información Diamante del Instituto, de dicho procedimiento e instructivos se verificará la normatividad aplicable, gestión oportuna, tiempos establecidos, la implementación de controles y la gestión del riesgo.

2.5. ALCANCE

Verificación del procedimiento “PRF-SPF-P-003 Importación en el sistema de inspección y cuarentena vegetal”, del proceso protección vegetal gestionado por la Gerencia Seccional Atlántico, durante la vigencia 2024.

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

2.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

Durante el desarrollo de la auditoría, no se 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.

2.7. CRITERIOS

Procedimiento: PRF-SPF-P-003 Importación en el sistema de inspección y cuarentena vegetal.

2.8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

2.8.1 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.

2.8.2 MUESTRA

Las validaciones para esta auditoría se adelantaron a las visitas gestionadas durante el 01 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024, las cuales corresponden a un universo de 2945 Certificados Fitosanitarios para Nacionalización - CFN, verificando el cumplimiento de los lineamientos dispuestos para tal fin, se tomó una muestra de 40 expedientes, dado el cálculo generado con un error muestral (E) del 6%, Proporción de éxito del 6% y un nivel de confianza del 90%.

Tabla 2. CFN elaborados - verificadas durante la auditoria:

No.	CFN	Producto	Presentación
1	CFN-11-000010-24	MADERA	ASERRADA
2	CFN-11-000163-24	MAQUINARIA EQUIPOS Y VEHICULOS	USADOS
3	CFN-11-000257-24	MANZANA	FRESCO (A)
4	CFN-11-000338-24	CANELA	SECAS (OS)
5	CFN-11-000401-24	LENTEJA	GRANO
6	CFN-11-000553-24	ALMENDRA	SIN CASCARA
7	CFN-11-000556-24	MAQUINARIA EQUIPOS Y VEHICULOS	USADOS
8	CFN-11-000574-24	PERA	FRESCO (A)
9	CFN-11-000578-24	AJO	FRESCO (A)
10	CFN-11-000608-24	GIRASOL	GRANO

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

11	CFN-11-000810-24	LINAZA O LINO	GRANO
12	CFN-11-000863-24	UVA.	FRESCO (A)
13	CFN-11-000926-24	FRIJOL	GRANO
14	CFN-11-001000-24	MAIZ AMARILLO	GRANO
15	CFN-11-001101-24	SOYA	GRANO
16	CFN-11-001363-24	MAQUINARIA EQUIPOS Y VEHICULOS	USADOS
17	CFN-11-001365-24	TRIGO AESTIVUM	GRANO
18	CFN-11-001384-24	KIWI	FRESCO (A)
19	CFN-11-001425-24	COMINO	GRANO
20	CFN-11-001439-24	ANIS	SECAS (OS)
21	CFN-11-001644-24	COCO	FIBRA
22	CFN-11-001649-24	NARANJA	FRESCO (A)
23	CFN-11-001650-24	TANGELO	FRESCO (A)
24	CFN-11-001652-24	MANDARINA	FRESCO (A)
25	CFN-11-002117-24	BRACHIARIA	SEMILLA
26	CFN-11-002278-24	ALPISTE	GRANO
27	CFN-11-002408-24	CANELA CHINA - CASSIA	SECAS (OS)
28	CFN-11-002637-24	ANIS	SECAS (OS)
29	CFN-11-002806-24	PISTACHOS	GRANO
30	CFN-11-002995-24	PIMIENTA DULCE	GRANO

Tabla 3. DRFI interceptados - verificadas durante la auditoria:

No.	DRFI	Interceptación	Producto
31	SV-012436-23	INT-11-279032-408576-23	CANELA
32	SV-012449-23	INT-11-278240-408479-23	CANELA
33	SV-018255-23	INT-11-281159-409936-23	SOYA
34	SV-018256-23	INT-11-281157-409934-23	SOYA
35	SV-021886-23	INT-11-290181-413454-23	FRIJOL
36	SV-022353-23	INT-11-291957-416062-23	MANZANA
37	SV-022375-23	INT-11-415102-23	MANZANA
38	SV-022388-23	INT-11-287839-413470-23	MANZANA
39	SV-025565-23	INT-11-291927-416064-23	MANZANA
40	SV-031146-23	INT-11-302617-420886-24	MANZANA

2.8.3 FORTALEZAS

Se destaca el trabajo en equipo y la coordinación de las labores desarrollas al interior del PAPF, así como el canal de comunicación establecido entre cada uno de los integrantes del grupo de trabajo. Igualmente, el trabajo de liderazgo desarrollado en pro del grupo de trabajo, así como la cooperación del personal con que cuenta el puerto, para dar soluciones ágiles y acertadas a los casos presentados.

2.8.4 RESULTADOS

Observación 3: Inconsistencias documentales al momento de realizar el descargue de los documentos desde SISPAW por perdida de trazabilidad, dado que el PAPF cuenta con archivo hibrido, y la revisión de los Certificados fitosanitarios de importación - CFN, los comprobante de pagos de servicios, los Documentos Requisito Fitosanitario para importación – DRFI y los Avisos Nacionales de Interceptación Forma 3-702, deben ser revisados mediante el descargue de estos a través del aplicativo; se detecta que los documentos descargados desde “Administración” pierden trazabilidad, en qué sentido, los CFN pierden la 2da hoja correspondiente al “Concepto Técnico”, los comprobantes de pago de servicio, reportan el código de pago de la resolución de tarifas, pero no quedan identificados con el ID de la Solicitud de CFN, los DRFI que han presentado reemplazo, al

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

momento de descargarlos pierden la leyenda “Este DRFI reemplaza el SV No. SV-XXXXXX-XX” y en la casilla “Observación” de los Avisos Nacionales de Interceptación, Forma 3-702 queda registrado el Concepto Técnico escrito por el inspector al momento de generar el CFN perdiendo el Concepto que origino la interceptación.

Área responsable: Grupo Nacional de Cuarentena Vegetal – Subgerencia de Protección Fronteriza.

Para precisar, frente al descargue de los CFN, con la pérdida de la 2da hoja, correspondiente al “Concepto Técnico”; así como los Comprobantes de pago de servicio, la inconsistencia se presenta en todos los archivos descargados, al igual que en todos los Avisos Nacionales de Interceptación, se pierde el texto registrado al momento de interceptar en la casilla de Observación, y queda registrado con el texto escrito por el inspector al momento de generar el CFN; frente a la pérdida de trazabilidad de los DRFI de reemplazo, el caso fue detectado en el CFN-11-000338-24.

Recomendación:

- Realizar los ajustes pertinentes en el *Sistema de información sanitaria para importación y exportación de productos agrícolas y pecuarios – SISAP*, frente a las inconsistencias detectadas por pérdida de trazabilidad de la información descargada durante la presentación de los eventos, y las consultas realizadas tiempo después de cerrado el trámite.

Observación 4: Desactualización de la Forma 3-886 V.2, dado que el archivo suministrado en el aplicativo del Sistema de gestión de calidad “Diamante” no corresponde a la forma generada por SISAP; Inexistencia de Forma generadas desde el Sistema de información sanitaria para importación y exportación de productos agrícolas y pecuarios – SISAP para los Certificados Fitosanitarios para Nacionalización - CFN.

Área Responsable: Grupo Nacional de Cuarentena Vegetal.

Recomendación:

- Actualizar las formas generadas por SISAP en el aplicativo Diamante, agregando Instrucciones de diligenciamiento.

Observación 5: Debilidad en la organización del repositorio documental, pese a que el PAF cuenta con la trazabilidad de acuerdo con el procedimiento PRF-SPF-P-003 Importación en el sistema de inspección y cuarentena vegetal, y que todos y cada uno de los documentos que dan cuenta de la realización de las tareas determinadas, en los casos de interceptación estos documentos fueron hallados en el correo electrónico del Coordinador del PAF.

Área responsable: PAF Puerto Marítimo Atlántico, Grupo Nacional de Cuarentena Vegetal

Frente a la observación descrita, se detectó que, al momento de perder trazabilidad frente a la observación descrita por el inspector al momento de la interceptación, se debía recurrir a la revisión del correo electrónico del Coordinador del PAF, para identificar la causa real que motivo la interceptación. Presentándose falta de trazabilidad en el Aviso Nacional de Interceptación No.: INT-11-302617-420886-24, dado que el Coordinado del PAF se encontraba en el disfrute de sus vacaciones, situación que origino no poder evidenciar los soportes de remisión de la muestra, reporte de laboratorio y directriz emitida por el GNCV.

Recomendaciones:

- Establecer un “Archivo de gestión” en el SharePoint del PAF, a fin de poder depositar los documentos que, por temas de trazabilidad y transparencia del proceso, deban reposar como archivo híbrido. A fin de ubicar en un único sitio, tanto, los documentos con los que radico el usuario por correo electrónico la solicitud de prestación del servicio, como cada uno de los documentos a que haya lugar, y de ser posible realizar los ajustes en la Tabla de retención documental, de ser considerado por la Subgerencia de Protección Fronteriza.

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

- Generar una directriz desde el GNCV hacia los PAPF, en la cual se establezca la manera como serán manejados los soportes en los eventos que se presente “Avisos Nacionales de Interceptación” o cualquier otro evento; directriz que se sugiere sea reportada en el procedimiento, con el fin de evitar distorsiones en la aplicación de esta, por parte del personal en los PAPF.

2.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

2.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

Tabla 4. Riesgos asociados en el mapa de riesgos institucional 2024.

Nombre del Riesgo	Objetivo Estratégico	Zona Inherente	Causa	Controles Existentes
COR Posibilidad de afectación económica y reputacional por el favorecimiento a un tercero en la emisión de certificados y actividades de exportación e importación, impactando directamente la sanidad agroalimentaria.	Prevenir el ingreso de plagas y enfermedades al país a través de la inspección de las importaciones Certificar las Exportaciones de productos Agropecuarios Facilitar las operaciones Sanitarias de Comercio Internacional.	Zona Riesgo Alta	* Favorecimiento personal o a terceros * Falta de ética del personal * Vacíos administrativos en los procedimientos * Falta de seguimiento * Vulnerabilidad y flexibilidad en la configuración de los sistemas informáticos * Falsificación de documentos.	1. El comité de gestión de riesgos realiza reuniones periódicas con las partes interesadas para establecer y/o mantener la categorización del riesgo de productos agropecuarios con el fin de disminuir las inspecciones físicas. 2. Los profesionales a nivel central y en los Puertos, Aeropuertos y Pasos Fronterizos autorizados realizan divulgación interna y externa de los procedimientos y tiempos para la inspección y emisión de certificados, por micrositio de la sede electrónica de la entidad, y/o eventos de divulgación y/o medios impresos. 3. La Subgerencia de Protección Fronteriza realiza auditorías técnicas de seguimiento a los puertos, aeropuertos y pasos fronterizos, en los procesos de inspección y emisión de certificados para exportaciones e importaciones.
SGC Posibilidad de afectación en la prestación del servicio y en los tiempos de respuesta por fallas en la operatividad relacionada con el comercio exterior de productos agropecuarios.	Prevenir el ingreso de plagas y enfermedades al país a través de la inspección de las importaciones Certificar las Exportaciones de productos Agropecuarios Facilitar las operaciones Sanitarias de Comercio Internacional.	Zona Riesgo Extrema	* Falta de comunicación oportuna entre los actores que intervienen en los procesos. * Falta de presupuesto. * Falta de programas de capacitación interna y externa. * Personal insuficiente y falta de idoneidad. * Falta de planeación y priorización para el desarrollo tecnológico. * Falta de infraestructura tecnológica. * Falta de soporte tecnológico. * Falta de interoperabilidad de los sistemas	1. La Subgerencia de Protección Fronteriza realiza el fortalecimiento de la estructuración de procesos y herramientas que permitan la eficiencia en la interoperabilidad en el comercio exterior, a través del mejoramiento continuo del aplicativo SISAP. 2. Establecer y realizar entrenamiento al personal de puertos, aeropuertos y pasos fronterizos y usuarios externo del Sistema de Información Sanitaria para Importación y Exportación de Productos Agrícolas y Pecuarios (SISAP).
SGC Posibilidad de afectación en la prestación del servicio por ineficiencia en el	Prevenir el ingreso de plagas y enfermedades al país a través de la inspección	Zona Riesgo Alta	* Falta de articulación de los procesos	1. La Subgerencia de Protección Fronteriza efectúa comunicaciones con la Subgerencia de Análisis y Diagnóstico para que se realice el proceso de solicitud

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

proceso de envío de muestras a la red de laboratorios del ICA, producto de las inspecciones físicas sanitarias y fitosanitarias.	de las importaciones Certificar las Exportaciones de productos Agropecuarios Facilitar las operaciones Sanitarias de Comercio Internacional.		*Demoras en los procesos de contratación *Falta de presupuesto.	de contratación de envío y remisión de muestras.
--	--	--	--	--

2.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

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

2.9.3. 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 5. 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 correo institucional del Coordinador o OneDrive con posibilidad de pérdida de la información, dado el caso de ausencia del funcionario.

2.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

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

2.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

El PAPF Puerto Marítimo Atlántico, cuanta con un desarrollo optimo de sus labores, acatando con criterio técnico cada una de las actividades que deben ser desarrollados en cada una de las tareas establecidas por el procedimiento. Requiriendo ajustes mínimos frente al manejo de la documentación.

Se recomienda una labor mancomunada, para replicar las labores desarrolladas por este PAPF en otros Puertos Marítimos de ser el caso y sea contemplado por el GNCV y la Subgerencia de Protección Fronteriza.

3. GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

- 3.1 TIPO DE PROCESO: APOYO
- 3.2 SUBPROCESO: ADMINISTRACIÓN DE INVENTARIOS
- 3.3 UNIDAD AUDITABLE:

GRFIS-INV-P-001 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA.

3.4 OBJETIVO

Verificar la ejecución y el cumplimiento del procedimiento GRFIS-INV-P-001 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA, el cual se encuentra formalizado en el sistema de información Diamante del Instituto, en lo relacionado con la normatividad aplicable, la gestión oportuna, los tiempos establecidos, la implementación de controles, los instructivos y formas asociadas y la gestión del riesgo.

3.5. ALCANCE

La auditoría abarcó la verificación del procedimiento GRFIS-INV-P-001 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA, al igual que los instructivos y formas asociadas, gestionado por la Gerencia Seccional Atlántico durante la vigencia 2024, al igual que se realizó verificación del inventario actualizado a la fecha de la realización de la auditoría y las condiciones del sitio destinado para el almacén.

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

3.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

En esta auditoría no se presentó limitación alguna al alcance.

3.7. CRITERIOS

- GRFIS-INV-P-001 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA Versión 7.
- Tablas de Retención documental 800.4 - GERENCIA SECCIONAL ATLÁNTICO
- Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6 del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DIR-OAP-G-007 Versión 6.

3.8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Para la ejecución del ejercicio de auditoría interna, se tuvieron en cuenta diferentes técnicas con el fin de obtener evidencias suficientes para contrastar la información recolectada con los criterios de auditoría, tales como: comparación, indagación, comprobación, verificación e inspección digital, necesarias para la determinación y documentación de los resultados.

3.8.1 METODOLOGÍA

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

- **Revisión de Documentación Previa:** se realizó una revisión preliminar del documento GRFIS-INV-P-001 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA Versión 7. consultado en el sistema de información diamante, analizando las principales actividades de este y demás aspectos claves.
- **Recolección de Información:** se realizó solicitud de información a través de memorando a la Gerencia Seccional, al Grupo de Servicios Generales, al Grupo de Gestión de Activos y Almacén, el Grupo de Gestión del Talento Humano y al Grupo de Gestión Contable. De igual manera durante la realización de la auditoría interna en campo se tomaron evidencias documentales.
- **Evaluación de Riesgos:** se evaluaron los riesgos aplicables y la aplicación de los controles establecidos.
- **Análisis de Datos:** se analizaron los datos recolectados utilizando la herramienta de tabulación, filtrado y selección de datos Microsoft Excel. Para el desarrollo de esta auditoría se analizó la siguiente información:

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

- Base de datos de los CMI movimientos de inventario Propiedad Planta y Equipo vigencia 2024.
 - Actas de toma física de inventarios, vigencia 2024.
 - Boletines de almacén: Consolidaciones mensuales de los movimientos de inventario, incluyendo entradas y salidas, vigencia 2024.
 - Inventario asignado a los funcionarios de la seccional.
 - Bases de datos elementos de consumo.
- **Verificación de datos e información suministrada:** Durante la realización en campo de la auditoría interna se contrastó la información suministrada por la seccional versus las actividades del procedimiento mediante observación y verificación de evidencias físicas y digitales.

12

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

3.8.2 MUESTRA

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

Definición de la Población: Para determinar el tamaño de la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes universos de auditoría obtenidos de las bases de datos facilitadas por el área auditada y el Grupo de Gestión de Activos y Almacén:

- 12 boletines de almacén vigencia 2024
- 123 comprobantes de movimientos de inventario Propiedad Planta y Equipo durante la vigencia 2024.
- 45 terceros con inventario a cargo
- 138 referencias de elementos de consumo.

Tamaño de la Muestra

Se utilizó el libro de Excel de muestreo de la caja de herramientas de la función pública, para determinar el tamaño de la muestra adecuada para el ejercicio de revisión de los CMI de PPE, terceros con inventario a cargo y stock de elementos de consumo, dicho aplicativo se basa en la formula estadística para determinación de la muestra de poblaciones finitas:

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

- **MUESTRA TERCEROS CON INVENTARIO A CARGO**

Tabla 6 Parámetros muestra terceros con inventario.

PARÁMETROS	
Tamaño de la Población (N)	45
Error Muestral (E)	12%
Proporción de Éxito (P)	7%
Nivel de Confianza	90%
Nivel de Confianza (Z) (1)	1,645
Muestra	10

Fuente: Elaboración propia OCI

Criterios de inclusión: Seleccionados al azar.

Tabla 7 muestra terceros con inventario.

N	ÚLTIMOS TRES DÍGITOS DEL CÓDIGO DEL TERCERO
1	413
2	868
3	879
4	900
5	063
6	283
7	345
8	313
9	616
10	981

Fuente: Elaboración propia OCI

• MUESTRA CMI PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO

Tabla 8 Parámetros muestra CMI PPE

PARÁMETROS	
Tamaño de la Población (N)	123
Error Muestral (E)	15%
Proporción de Éxito (P)	10%
Nivel de Confianza	90%
Nivel de Confianza (Z) (1)	1,645
Muestra	10

Fuente: Elaboración propia OCI

Criterios de inclusión: Un CMI por cada una de las novedades de Almacén establecidas en el procedimiento y que presentó la seccional en la vigencia 2024.

Tabla 9 Muestra CMI PPE

ATL240122	BAJA POR PERDIDA, ROBO O HURTO
ATL240193	CLASIFICACION DE INSERVIBLES
ATL240223	COMPRA
ATL240230	COMPRA NACIONAL Y ENTREGA EN EL NIVEL SECCIONAL
ATL240042	DEVOLUCION POR SALVAMENTO
ATL240121	INDEMNIZACION POR SINIESTRO
ATL240190	REINTEGRO
TL240143	SUMINISTRO DE BIENES DEVOLUTIVOS
ATL240030	TRASPASO ENTRE FUNCIONARIOS
SAN240045	TRASPASO ENTRE SECCIONALES

Fuente: Elaboración propia OCI

• MUESTRA STOCK DE ELEMENTOS DE CONSUMO

Tabla 10 Parámetros muestra stock elementos de consumo

PARÁMETROS	
Tamaño de la Población (N)	138
Error Muestral (E)	11%
Proporción de Éxito (P)	9%

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

Nivel de Confianza	90%
Nivel de Confianza (Z) (1)	1,645
Muestra	16

Fuente: Elaboración propia OCI

Criterios de Inclusión: insumos de mayor valor.

Tabla 11 Muestra stock elementos de consumo

Ítem	Descripción
139002058	TONER LEXMARK 60F4X00 (HOMOLOGO 50F4U00)
139002064	TONER LEXMARK 62D4H00 (HOMOLOGO 52D4H00)
139001095	TONER LEXMARK 62D4H00 Black Toner Cartridge - High CapacityMX710- MX711-MX810-2
139001055	TONER LEXMARK 62D4X00 45K MX711/MX810/MX811/MX812
10900185C	KIT PARA CALDO SULFOCÁLCICO
139002071	HP Toner LaserJet Managed W9065MC negro
139001052	TONER LEXMARK 50F4X00 Extra High CapacityMS410 - MS510-MS610
142001052	DESINFECTANTE A BASE DE CLORURO DE DIDECIL DIMETIL AMONIO
139001062	TONER LEXMARK E260A11L E260/E360/E460 3500 PAG
139001086	UNIDAD IMAGEN LEXMARK 52D0Z00 Imaging Unit MX710-MX711-MX810- MX811- MX812
138070047	PORTA PENDONES TIPO TRIPODE
153001134	LUPA DE MANO 20X
140001421	TIJERA TELESCOPICA
10900185D	KIT PARA CALDO SUPERMAGRO
127001130	TERMO CON DISPENSADOR PORTATIL TERMICO X 3 LT
110002072	CUCHILLO PARA DISECCION EN PPL ACERO INOXIDABLE 12"
139002058	TONER LEXMARK 60F4X00 (HOMOLOGO 50F4U00)

Fuente: Elaboración propia OCI

• MUESTRA BOLETÍN DE ALMACÉN

Criterios de inclusión: se seleccionó el boletín del mes de noviembre al azar.

3.8.3 FORTALEZAS

Durante la realización de la auditoría interna las personas encargadas del proceso atendieron las recomendaciones dadas por el equipo auditor para el mejoramiento del proceso, así como estuvieron prestos a brindar la información requerida.

3.8.4 RESULTADOS

OBSERVACIÓN 06: Inobservancia en la conservación documental de los soportes que respaldan los movimientos de inventario registrados mediante Comprobante Movimiento de Inventario. Se evidenció que en el numeral 15 “Descripción de Actividades” del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 – Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA, así como en las series documentales 800.4.7.1 “Boletines de Almacén” y 800.4.23 “Historiales de Bienes en Servicio” de la Tabla de Retención Documental (TRD) correspondiente a la Gerencia Seccional Atlántico, no establece de manera explícita la obligación de conservar o archivar los soportes documentales que respaldan los movimientos de inventario registrados mediante los Comprobantes de Movimiento de Inventario (CMI). Aunque el procedimiento hace referencia a la legalización de los CMI y a

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

la necesidad de contar con soportes al momento del registro, no se precisa su archivo conjunto con el CMI, ni la TRD incluye los documentos soporte como parte del tipo documental obligatorio. Esta situación podría representar una debilidad en el control documental y en el cumplimiento del principio de integridad de la información, afectando la confiabilidad del sistema de inventario y la rendición de cuentas institucional.

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico – Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes – Grupo de Gestión Documental.

15

Recomendaciones:

- Revisar y, de considerarse pertinente, ajustar tanto el procedimiento GRFIS-INV-P-001 como la Tabla de Retención Documental (TRD), con el fin de incluir de manera explícita la obligación de conservar y archivar los soportes documentales que respaldan los movimientos de inventario registrados mediante CMI.
- Emitir un lineamiento interno o instructivo operativo mientras se formalizan dichas actualizaciones, para que oriente al personal sobre la necesidad de conservar los soportes (actas, memorandos, conceptos técnicos, entre otros) junto con los CMI, ya sea en formato físico o digital.

OBSERVACIÓN 07: *ambigüedad en la organización documental de los historiales de bienes en servicio y en el tratamiento del traspaso entre seccionales. Se identificó que, si bien la Tabla de Retención Documental (TRD) correspondiente a la Gerencia Seccional Atlántico, en la serie 800.4.23 “Historiales de Bienes en Servicio”, incluye los tipos documentales relacionados con los movimientos de inventario como Comprobantes de Movimiento de Inventario, actas, suministros, reintegros, traslados y ajustes, no establece de forma clara que esta documentación deba organizarse en carpetas individuales por funcionario o tercero con bienes en servicio, como lo exige el numeral 10.8 del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7. Esta falta de alineación y definición puede afectar la trazabilidad, organización y control documental de los bienes asignados, así como dificultar su consulta en procesos de verificación.*

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico – Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes – Grupo de Gestión Documental.

Recomendación:

- Revisar y ajustar la TRD, particularmente la serie 800.4.23 “Historiales de Bienes en Servicio”, para que se especifique de manera expresa que los documentos deben organizarse en carpetas individuales por funcionario o tercero con bienes en servicio, conforme a lo indicado en el numeral 10.8 del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7.
- Actualizar el procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 y/o la TRD si es necesario, para asegurar la coherencia normativa entre lo operativo y lo archivístico, y así garantizar una gestión documental eficaz y alineada con los principios de trazabilidad, integridad y control institucional.

OBSERVACIÓN 08: *incumplimiento de la Tabla de Retención Documental – Serie 800.4.23 y 800.4.7.1 aplicable a la Gerencia Seccional Atlántico. Durante la revisión de la muestra seleccionada, conformada por diez (10) expedientes de terceros con inventario y dos (2) carpetas de boletines de almacén, se observó que estos documentos no se encuentran debidamente rotulados y presentan una foliación incompleta, evidenciando una debilidad en la organización y gestión documental, situación que limita la trazabilidad, dificulta la consulta oportuna y puede afectar la conservación de las piezas documentales, contrariando los lineamientos archivísticos vigentes.*

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico – Responsable de Almacén.

Observación reiterativa

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Recomendaciones:

- Realizar una revisión integral de los archivos de gestión de la dependencia, para verificar el cumplimiento de la TRD, identificar otras posibles inconsistencias y aplicar correctivos donde sea necesario.
- Capacitar al personal encargado del manejo documental en temas relacionados con la correcta aplicación de las Tablas de Retención Documental, organización de expedientes, foliación, rotulación y demás prácticas archivísticas requeridas.

16

Observación 09: Incumplimiento del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA ítem 5.2. Lineamientos de operación, inciso: “Cuando un funcionario se retire o traslade debe hacer entrega de los bienes muebles en servicio a su cargo, bien sea como reintegro al almacén o traspasándolos a otro funcionario que se designe para tal efecto”, durante la realización de la auditoría interna se evidenció que existe inventario de bienes asignados a 8 personas que no se encuentran vinculadas a la seccional, el cual corresponde a 265 elementos con un costo de \$1.525.729.379,86.

Por lo anterior, se correrá traslado del presente informe de auditoría al Grupo de Instrucción Disciplinaria y a las instancias que esta oficina considere, con el fin de que se determine si se incurrió en alguna falta disciplinaria, así como las responsabilidades a que haya lugar, según lo establecido en el procedimiento numeral 7.3. Incumplimiento al procedimiento: El incumplimiento a cada uno de los numerales descritos en este documento, y demás actividades que estén inmersas en el Subproceso Administración de Inventarios, serán reportados a la Gerencia Seccional y/o al Grupo de Procesos Disciplinarios para que inicie el trámite correspondiente y determine las acciones frente a los responsables del incumplimiento.

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico.

Observación reiterativa

Recomendaciones:

- Realizar depuración del inventario de bienes que se encuentra a cargo de personal que ya no se encuentra vinculado al Instituto.
- Cumplir con el procedimiento cuando un funcionario se retire o traslade, el cual debe hacer entrega de los bienes muebles en servicio a su cargo, bien sea como reintegro al almacén o traspasándolos a otro funcionario que se designe para tal efecto.
- Implementar el “Paz y Salvo de Activos”, como lo define el procedimiento para los casos de retiro: el Grupo Gestión Control de Activos y Almacenes dará el visto bueno al certificado de paz y salvo administrativo para funcionarios emitido por el Grupo de Gestión de Talento Humano.
- Capacitar a los funcionarios de las áreas de Almacén y Control de Activos, sobre la importancia y los lineamientos del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7.

OBSERVACIÓN 10: Incumplimiento del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 “Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA”, específicamente en el numeral 10.3.3 Reintegro de Bienes y en la actividad 15.3 Movimientos de Bienes, ítems 1, 20 y 21, en relación con el Comprobante de Movimiento de Inventario (CMI) ATL240190, correspondiente a un reintegro. En la revisión del soporte documental del movimiento, no se evidenció el concepto técnico requerido, conforme lo establece el procedimiento, para justificar el reintegro de equipos de cómputo. La ausencia de este concepto impide validar el estado real del bien al momento de su reintegro, afectando la trazabilidad del inventario y el control técnico del mismo.

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico – Responsable de Almacén.

Observación reiterativa

Recomendaciones:

- Emitir memorando o lineamiento desde la Gerencia Seccional que recuerde que todo reintegro de equipos de cómputo, impresoras, teléfonos, entre otros, debe contar con soporte técnico previo de la Oficina de las Tecnologías y la Información.
- Realizar socialización del procedimiento GRFIS-INV-P-001, para fortalecer el conocimiento de los requisitos exigidos en los movimientos de inventario.

17

OBSERVACIÓN 11: Incumplimiento del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 "Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA", específicamente en el numeral 10.3.2.2 Traspaso de Bienes entre funcionarios y en la actividad 15.3 Movimientos de Bienes, ítems 1, 16 y 17, en relación con el Comprobante de Movimiento de Inventario (CMI) ATL240030, correspondiente a un traspaso de bien entre funcionarios.

Durante la revisión documental se identificó que el memorando de solicitud del traspaso fue emitido en la vigencia 2023, mientras que el CMI fue legalizado el 18 de marzo de 2024, evidenciando una dilatación en el proceso de legalización del movimiento, lo cual afecta la oportunidad y trazabilidad del control administrativo de los bienes.

Adicionalmente, se verificó que no se anexó la solicitud formal de traslado del equipo de cómputo a la Oficina de Tecnologías de la Información (OTI), como lo establece el procedimiento para este tipo de bienes, incumpliendo así el protocolo interno para garantizar la continuidad del soporte técnico y la trazabilidad en los inventarios tecnológicos.

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico – Responsable de Almacén.

Observación reiterativa

Recomendación:

- Instruir a los responsables del área de Control de Activos para que los Comprobantes de Movimiento de Inventario (CMI) se legalicen en un plazo oportuno, evitando demoras que afecten la confiabilidad del inventario.

OBSERVACIÓN 12: Incumplimiento del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 "MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA", específicamente en el numeral 10.4 Clasificación de Bienes a Inservibles y en la actividad 15.4 del mismo nombre, en relación con el CMI ATL240193, correspondiente al registro de bienes clasificados como inservibles.

El concepto técnico que respalda dicha clasificación no incluye fecha de emisión, ni presenta justificación técnica individualizada ni documentación soporte que determine el estado real de cada uno de los bienes relacionados. Así mismo, el Acta del Comité de Inservibles registra 57 bienes sin valor individual, ni total consolidado, y sin incluir recomendación de enajenación, como lo exige el procedimiento.

Adicionalmente, se observó que el CMI fue grabado con fecha 22/11/2024, es decir, antes de la fecha del acta de clasificación de inservibles (26/11/2024), lo que contraviene lo establecido en el procedimiento, el cual indica que el CMI debe registrarse con base en el acta previamente aprobada y suscrita. Cabe anotar que esta acta tampoco incluye el valor total de los bienes clasificados como inservibles, lo que afecta la trazabilidad y consistencia del proceso.

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico – Grupo de Gestión Control de Activos y Almacén.

Observación reiterativa

Recomendaciones:

- Realizar socialización del procedimiento GRFIS-INV-P-001, enfocada en los requisitos para la clasificación y baja de bienes inservibles, dirigida al Comité de Inservibles, responsables de almacén, y personal de control de activos.
- Establecer controles que aseguren que ningún CMI sea grabado antes de la emisión y firma del acta de clasificación, conforme a lo indicado en el numeral 10.4 y 15.4 del procedimiento. Esta verificación debe ser parte del flujo de aprobación previa al registro en el sistema.
- Instruir al personal responsable para que verifique que el concepto técnico refleje el estado real de los bienes objeto de clasificación.

18

OBSERVACIÓN 13: *Incumplimiento del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 – Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA, numeral 10.4 “Clasificación de bienes a inservibles” - Funciones del Comité de Bienes Inservibles y actividad 15.4 “Clasificación de bienes a inservibles”. Durante la inspección ocular realizada en la sede del ICA – Seccional Atlántico (Soledad), se identificaron tres (3) motocicletas con placas UXM-22C, UXM-05C y YEJ-13C, así como dos (2) vehículos con placas OBG-985 y OBG-986, en aparente estado de inservibilidad. Sin embargo, al confrontar esta información con el inventario oficial de activos suministrado por el Grupo de Gestión Control de Activos y Almacén, se evidenció que dichos bienes aún se encuentran registrados como activos en servicio, sin haberse adelantado el procedimiento de clasificación a inservibles conforme lo establece la normativa vigente. Esta situación genera riesgos asociados a la actualización y confiabilidad del inventario institucional, afecta la veracidad del reporte de activos ante la aseguradora y puede derivar en la continuidad del aseguramiento de bienes que no se encuentran en condiciones operativas.*

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico - Comité de Bienes Inservibles Seccional Atlántico y Grupo de Gestión de Servicios Generales.

Observación reiterativa

Recomendación:

- Adelantar el procedimiento de clasificación de bienes a inservibles, conforme a lo establecido en el numeral 10.4 y la actividad 15.4 del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7, realizando las gestiones técnicas y administrativas requeridas.
- Informar al Grupo de Servicios Generales y Control de Activos para que realice el respectivo trámite a la aseguradora del estado real de los bienes que han perdido su funcionalidad, con el fin de ajustar las pólizas y evitar coberturas innecesarias sobre bienes que no están en uso.
- Actualizar la base de datos del parque automotor.

OBSERVACIÓN 14: *Incumplimiento del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA, numeral 10 DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO, específicamente en el numeral 10.5.3. Baja por pérdida, robo o hurto, el cual establece: “Corresponde al evento causado por pérdida, hurto o robo y en ningún caso por culpa o dolo del funcionario responsable de los bienes. El responsable de Control de Activos procederá al descargue en el aplicativo NOVASOFT registrando el CMI con la novedad y los soportes correspondientes (denuncio, concepto técnico, memorando del jefe de la dependencia indicando modo, tiempo y lugar en que ocurrieron los hechos).” Por cuanto se evidencio que en el caso del CMI ATL240122, correspondiente a una baja por hurto, la pérdida fue informada el 12/04/2023, pero la baja fue registrada el 14/08/2024, coincidiendo con el ingreso del nuevo bien, lo que indica que no se cumplieron los tiempos y pasos establecidos en el procedimiento para formalizar la baja del bien afectado.*

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico – Responsable de Almacén

Recomendaciones:

- Ajustar y reforzar los controles internos asociados al proceso de bajas por pérdida, hurto o robo, asegurando el cumplimiento estricto de los pasos definidos en el procedimiento.
- Capacitar al personal involucrado en el manejo de bienes sobre la correcta aplicación del numeral 10.5.3, con énfasis en la trazabilidad, responsabilidades y tiempos del proceso.

OBSERVACIÓN 15: *Incumplimiento del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 "Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA", específicamente en la actividad 15.6 Boletín de Almacén, Tarea 4, la cual establece que se debe "archivar la sábana de boletín, CMI y soportes de acuerdo con las Tablas de Retención Documental (TRD) y normas de archivística vigentes".*

19

Durante la revisión del Boletín de Almacén del mes de noviembre, se identificó que los Comprobantes de Movimiento de Inventario (CMI) ATL240189, ATL240194 y ATL240195, correspondientes a ingresos, fueron archivados sin los soportes, (informe de supervisión y la factura), los cuales son exigidos en la serie 800.4.7.1 – Boletines de Almacén de la TRD institucional.

Lo anterior representa un incumplimiento de las obligaciones del responsable de Control de Activos en la seccional, quien debe consolidar y archivar la sábana del boletín mensual junto con todos los documentos soporte, garantizando su conservación conforme a los lineamientos de gestión documental establecidos.

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico – Responsable de Almacén

Observación reiterativa

Recomendaciones:

- Archivar según la TRD vigente y la serie documental los boletines de almacén.
- Capacitar al personal de activos y almacén en la importancia de aplicación de la TRD y las normas de archivística para cada tipo de documento.

OBSERVACIÓN 16: *Incumplimiento del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA, numeral 10.7: LEVANTAMIENTO FÍSICO DE INVENTARIOS el cual establece que "se deben realizar pruebas selectivas de inventario, y como mínimo un (1) levantamiento físico general por vigencia, acorde con lo establecido en la circular de cierre y en lo estipulado en este procedimiento en el numeral 5. Lineamientos." Teniendo en cuenta que, de la muestra solicitada para revisión de los expedientes de cada funcionario con inventario a cargo, no se evidenció el acta de inventario físico de la vigencia 2024 del funcionario con código de tercero terminado en 063.*

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico – Responsable de Almacén.

Observación reiterativa

Recomendaciones:

- Realizar una revisión cruzada de los expedientes de inventario de todos los funcionarios con bienes a cargo, para verificar que cuenten con el acta de levantamiento físico correspondiente. En caso de ausencia, tomar correctivos inmediatos.
- Gestionar el levantamiento físico del inventario correspondiente a la vigencia actual, y generar el acta respectiva, conforme con lo estipulado en el procedimiento GRFIS-INV-P-001 y la circular de cierre.

OBSERVACIÓN 17: *Incumplimiento del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA, numeral 10.7.1. Levantamiento físico de bienes en bodega, y 10.7.1.1. Kardex, la cual es una herramienta de trabajo que*

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

permite conocer periódicamente en forma agrupada los saldos del inventario de bienes ubicados en las bodegas de los almacenes del Instituto, Es de apoyo para la Administración porque facilita conocer en determinado momento la trazabilidad del bien. Así mismo, es útil como medio de comprobación para los Entes de control fiscal. Durante la inspección realizada a las dos bodegas de la seccional, al contrastar los saldos de insumos reportados en el aplicativo NOVASOFT, se evidenció la ausencia del registro en Kardex, lo cual representa un incumplimiento a lo establecido en el procedimiento. Adicionalmente, se observó desorden en la disposición de los elementos almacenados, incluyendo bienes nuevos pendientes por entrega, como sillas ergonómicas.

20

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico – Responsable de Almacén.

Observación reiterativa

Recomendaciones:

- El responsable de Control de Activos en la seccional deberá implementar y mantener actualizados los registros de Kardex para cada una de las bodegas de la seccional, asegurando que reflejen de manera periódica y precisa los movimientos de entrada, salida y saldos de los bienes almacenados.
- Implementar acciones inmediatas de organización en las bodegas, incluyendo la clasificación y ubicación adecuada de los bienes almacenados.
- Capacitar al personal responsable del manejo de inventarios sobre el uso adecuado del Kardex, el cumplimiento de las disposiciones del procedimiento GRFIS-INV-P-001 y su importancia como herramienta de control interno y trazabilidad.

3.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

3.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

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

Tabla 12 Riesgos asociados al procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA.

Nombre del Riesgo	Objetivo Estratégico	Zona Inherente	Controles Existentes
COR GRFIS1 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	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 a contratar que requiere el Instituto.
SGC GRFIS3 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	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

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

Nombre del Riesgo	Objetivo Estratégico	Zona Inherente	Controles Existentes
COR GRFIS4 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	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.

Fuente: Elaboración propia OCI.

De esta revisión y validación se evidenció lo siguiente:

OBSERVACIÓN 18: Debilidades en la Gestión de Riesgos Asociados al Hurto y Control de Bienes en el ICA. Se evidencian falencias en los controles preventivos frente en la gestión de los riesgos relacionados con el hurto de bienes asegurados por terceros, la actualización del inventario físico de bienes en servicio y la pérdida o sustracción de bienes al interior de los almacenes, conforme a los riesgos identificados con los códigos GRFIS1, GRFIS3 y GRFIS4.

Área Responsable: Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes, Oficina Asesora de Planeación.

Recomendación

- Revisar y de ser necesario rediseñar el sistema de control con un enfoque basado en riesgos, tal como lo establece la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Versión 6.

3.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

Observación 19: Materialización de riesgos institucionales asociados a la gestión de bienes del ICA – Procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7, específicamente en:

Riesgo GRFIS1 – Hurto de bienes asegurados por terceros externos. Se evidenció un caso de baja por hurto registrado en el CMI ATL240122 – OBSERVACION No. 14, Esta situación evidencia una gestión inadecuada del riesgo, que puede afectar la trazabilidad del bien hurtado y la cobertura por parte de la aseguradora.

Riesgo GRFIS3 – Inventario físico desactualizado. Se evidencio que continúan bienes registrados a nombre de funcionarios desvinculados, sin haberse realizado la entrega o traspaso correspondiente (Observación 09). Además, se identificaron bienes sin acta de levantamiento físico (Observación 16) y activos en aparente estado inservible que siguen registrados como en servicio (Observación 13).

Riesgo GRFIS4 – Hurto o pérdida de bienes al interior del almacén por parte del funcionario encargado. Si bien no se evidenció un caso concreto de pérdida atribuible directamente a un funcionario, se observaron condiciones propicias para su ocurrencia, tales como: Ausencia de Kardex actualizado y trazabilidad de movimientos en bodega (Observación 17), Desorden físico en las bodegas y Falencias en los controles preventivos frente al fraude interno (Observación 18).

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico - Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes, Oficina Asesora de Planeación.

Recomendación

- Actualizar el análisis de riesgos institucionales, incluyendo la valoración real con base en las evidencias de materialización encontradas.
- Rediseñar los controles asociados a la gestión de bienes para que sean más preventivos, articulados y eficaces, incorporando medidas físicas, tecnológicas y administrativas.
- Implementar un plan de seguimiento estricto a la aplicación de los controles y a la gestión de riesgos por parte de las áreas responsables, con base en el enfoque de mejora continua del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
- Realizar una depuración integral del inventario institucional, iniciando por los bienes registrados a nombre de funcionarios desvinculados, e implementar la exigencia de “paz y salvo de activos” antes de cualquier retiro laboral.
- Reforzar la aplicación del levantamiento físico anual, exigiendo que todos los terceros con inventario a cargo cuenten con su respectiva acta, y definiendo responsables por área para el control de cumplimiento.
- Ejecutar con prioridad el proceso de clasificación de bienes inservibles, con base en inspección técnica individualizada, validación documental y registro secuencial de los CMI conforme al procedimiento (numeral 10.4 y actividad 15.4).

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

Tabla 13 Riesgos Identificados no Incluidos en el Mapa de Riesgos Institucional

Nombre del Riesgo	Tipo de Riesgo	Descripción
Pérdida de trazabilidad y control documental de los movimientos de inventario	Operativo – Documental – Fiscal	Existe la posibilidad de pérdida de trazabilidad en los movimientos de inventario debido a la inadecuada conservación, organización o archivo de los documentos soporte (CMI, actas, facturas, conceptos técnicos), lo que puede afectar la confiabilidad del sistema de inventarios, dificultar los procesos de verificación y generar observaciones de entes de control fiscal o situaciones de detrimento patrimonial.
Asignación de bienes a funcionarios desvinculados sin gestión de devolución o traspaso	Legal – Disciplinario – Patrimonial – Fiscal	Existe la posibilidad de pérdida o uso indebido de bienes institucionales por falta de control en la recuperación o traspaso de inventario asignado a funcionarios que se han desvinculado del Instituto, lo que puede generar responsabilidades disciplinarias y/o fiscales por omisión en el deber de custodia del patrimonio público.
Gestión inadecuada de equipos TIC por ausencia de validación técnica y control de soporte	Tecnológico – Operativo – Fiscal	Existe el riesgo de que equipos tecnológicos como computadores, impresoras y otros bienes informáticos sean reintegrados o trasladados sin la validación técnica de la Oficina de Tecnologías de la Información, afectando la trazabilidad, el soporte adecuado, la seguridad de la información institucional y el control fiscal sobre el estado y uso de estos activos.
Toma de decisiones inadecuada por desorganización física de almacenes y falta de Kardex actualizado	Operativo – Logístico – Fiscal	Existe la posibilidad de que la desorganización en las bodegas, la falta de registros Kardex y la ausencia de controles de ubicación y clasificación de bienes generen decisiones equivocadas en la adquisición, entrega o baja de activos, lo que puede derivar en reprocesos, duplicidad de compras, pérdida o deterioro de bienes, afectando la eficiencia institucional y el control del gasto público.

3.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

En el marco de la auditoría interna realizada al procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA, se realizó seguimiento a las acciones vencidas relacionadas con la unidad auditable de la vigencia 2019, los resultados fueron los siguientes:

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

Tabla 14 Seguimiento a las acciones vencidas del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES.

No. OBS	No. ACC	ACCIÓN DE MEJORA	COMPROMISO/RECOMENDACIÓN
12	1	Se seguirá realizando la asignación de placa a cada elemento como se señala en el procedimiento.	<p>80% AVANCE</p> <p>Se evidencio que los elementos tienen placada asignada.</p> <p>Recomendaciones OCI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentar justificación técnica que soporte no dar cumplimiento a la acción de mejora en el tiempo estipulado en el Plan de mejoramiento. 2. Enviar avance a la OCI, escogiendo una muestra de la asignación a funcionarios, donde se evidencia el numero de la placa y el registro fotográfico.
12	4	Se realizarán los respectivos CMI de ajuste y CMI de baja de elementos faltantes.	<p>50% AVANCE</p> <p>No se evidencio que los elementos tienen placada asignada.</p> <p>Recomendaciones OCI:</p> <p>Realizar conforme al procedimiento GRFIS-INV-P-001, los CMI de ajuste y de baja correspondientes a los elementos faltantes identificados, asegurando que los registros del inventario reflejen fielmente la situación real de los bienes institucionales.</p>
13	2	Instalar el aplicativo de inventarios NOVASOFT V5 en la Gerencia Seccional con el fin de registrar todos los movimientos de almacén directamente	<p>100% AVANCE</p> <p>Se evidencio que la acción estaba cumplida.</p> <p>Recomendaciones OCI:</p> <p>Se verifico en el repositorio de la OCI que la seccional remitió a través de memorando No 15213101155 del 29/12/2021 avance a esta acción de mejora y que mediante memorando ICA20223003601 se dio por cumplida. Razón por la cual se procedió a modificar el porcentaje a 100% y el estado a cumplida.</p>

3.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

- La naturaleza de la labor de auditoría interna ejecutada por la Oficina de Control Interno, al estar supeditada al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, se encuentra limitada por restricciones de tiempo, recursos y alcance, razón por la que procedimientos más detallados podrían develar asuntos no abordados en la ejecución de esta actividad.
- Esta auditoría fue realizada con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por el auditor a cargo de la realización del trabajo. Una consecuencia de esto es la presencia del riesgo de muestreo; es decir, el riesgo de que la conclusión basada en la muestra analizada no coincida con la conclusión a que se habría llegado en caso de haber examinado todos los elementos que componen la población.
- La evidencia recopilada para propósitos de la evaluación efectuada versa en información suministrada por el personal y/o colaboradores pertenecientes al proceso o actividad auditada, a través de solicitudes y consultas realizadas por la Oficina de Control Interno.

Notas:

- Con base en la respuesta emitida por los responsables del proceso auditado y verificados los soportes aportados, desde la Oficina de Control Interno se informa que el hecho de remitir copia del presente informe al Grupo de Procesos Disciplinarios, no indica que se endilgue algún tipo de responsabilidad disciplinaria. Será del resorte de la dependencia en mención analizar, evaluar y determinar si hay lugar o no al inicio de una investigación de carácter disciplinario.

- Se precisa que las “Recomendaciones” propuestas en ningún caso son de obligatoria ejecución por parte de la Entidad, más se incentiva su consideración para establecer las acciones de mejora a que haya lugar.

4. PROCESO DE GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

4.1 TIPO DE PROCESO: APOYO

4.2 SUBPROCESO: N/A

4.3 UNIDAD AUDITABLE:

PROCEDIMIENTO GRFIN-GI-P-007 V.4, RECAUDO Y CAUSACION DE CARTERA RESOLUCIONES SANCIONATORIAS Y FACTURAS A CRÉDITO

4.4 OBJETIVO

Verificar la correcta ejecución y cumplimiento del procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4, RECAUDO Y CAUSACION DE CARTERA RESOLUCIONES SANCIONATORIAS Y FACTURAS A CRÉDITO, el cual se encuentra publicado en el Sistema de Información Diamante del Instituto, evaluando la efectividad de los controles implementados en la Gerencia Seccional Atlántico para mitigar, transferir o eliminar los riesgos críticos que puedan afectar el desempeño de los objetivos de cada uno de ellos, así mismo, se comprobará la adherencia a la normatividad aplicable según el enfoque.

4.5. ALCANCE

Evidenciar en las tareas de responsabilidad de la Gerencia Seccional Atlántico dentro del procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4, RECAUDO Y CAUSACION DE CARTERA RESOLUCIONES SANCIONATORIAS Y FACTURAS A CRÉDITO, la planificación, organización, control, registro y supervisión eficiente de los recursos financieros del ICA por la gestión de cobro de las obligaciones por concepto de servicios técnicos tarifados que presta, multas y sanciones impuestas por infringir las normas de sanidad agropecuaria y la inocuidad en la producción primaria, de acuerdo con la misión Institucional y la revisión de las acciones de los planes de mejoramiento suscritos con la Oficina de Control Interno, actividades comprendidas en el período entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2024.

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:

En esta auditoría no se presentó limitación alguna al alcance

4.7. CRITERIOS

- Ley 1066 del 29 de julio de 2006, “Por la cual se dictan normas para la normalización de la cartera pública y se dictan otras disposiciones.”
- Decreto 4473 de 2006, “por el cual se reglamenta la Ley 1066 de 2006”
- Resolución 090 del 14 de enero de 2010, “Por la cual se adopta el Reglamento Interno de Recaudo de Cartera del Instituto Colombiano Agropecuario ICA”
- Manual de Políticas Contables GRF- SAF- M-001 V.4
- Manual de Políticas Contables GRF- SAF- M-001 V.5

4.8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

En el desarrollo de la auditoría se aplicaron las normas de auditoría generalmente aceptadas, lineamientos de la Ley 87 de 1993 y sus Decretos y Directrices reglamentarias. Se realizó entrevista con la abogada de la Gerencia Seccional Atlántico, quien posee un perfil para registro de las resoluciones sanción en el Sistema Nacional de Recaudo del ICA, SNRI, consulta de información en el aplicativo SNRI, con el fin de obtener evidencia suficiente y objetiva.

4.8.1 METODOLOGÍA.

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

- Entrevista
- Solicitud de Información
- Revisión bases de datos SNRI y matriz FÉNIX
- Observación y análisis de actividades y procedimientos
- Verificación de Documentos
- Revisión documental relacionada con los expedientes sancionatorios, etapas del proceso que hace parte de la cadena de valor de este
- Verificación de aplicación de políticas de administración de riesgos asociados al proceso e identificación de la realización de seguimientos periódicos para garantizar la efectividad de los controles
- Revisión de la normatividad interna vigente y aplicable al procedimiento

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

4.8.2 MUESTRA

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

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

- Listado SNRI con corte a 31 de diciembre de 2024, que contiene 253 registros

Tamaño de la Muestra

Se utilizó el libro de Excel de muestreo de la caja de herramientas de la función pública, para determinar el tamaño de la muestra adecuada para el ejercicio de revisión de los expedientes de los procesos sancionatorios y registro en el SNRI, dicho aplicativo se basa en la formula estadística para determinación de la muestra de poblaciones finitas:

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

Tabla 15 Parámetros muestra registros en SNRI.

PARÁMETROS	
Tamaño de la Población (N)	253

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

Error Muestral (E)	12%
Proporción de Éxito (P)	7%
Nivel de Confianza	90%
Nivel de Confianza (Z) (1)	1,645
Muestra	12

Criterios de inclusión: Seleccionados al azar.

Tabla 16 Parámetros muestra Resoluciones Sanción registradas en SNRI.

No.	RESOLUCIÓN SANCIÓN	FECHA	VALOR ORIGINAL RESOLUCIÓN	VALOR TOTAL ABONOS	TOTAL A CARGO	OBSERVACIONES	ESTADO DE LA CUENTA
1	0000024031-1	02/05/2018	\$ 279.219,00	\$ 0,00	\$ 279.219,00		CUENTAS DE ORDEN
2	0000030385-1	21/08/2018	\$ 229.818,00	\$ 415.597,00	-\$ 185.779,00		PAGADA
3	0000012724-1	20/08/2019	\$ 114.909,00	\$ 0,00	\$ 114.909,00		COBRO PERSUASIVO
4	0000081738-1	17/12/2020	\$ 1.844.292,00	\$ 3.533.292,00	-\$ 1.689.000,00		PAGADA
5	0000007883-1	11/05/2022	\$ 1.755.606,00	\$ 1.927.606,00	-\$ 172.000,00	- 21/08/2024 10:38 AM Sanción cancelada totalmente de acuerdo al estado de cuenta generado y notificado \$1.927.606,00 el 16/08/2024.	PAGADA
6	0000024032-1	21/11/2022	\$ 414.058,00	\$ 0,00	\$ 414.058,00	- 29/07/2024 13:16 PM Jurídica remite mediante memorando 20243119845 del 26/07/2024 el auto de Archivo No.120 del 18- 07-2024, por fallecimiento del sancionado.	CEDIDA
7	0057122023-3	01/12/2023	\$ 50.000,00	\$ 25.042,00	\$ 24.958,00	- 17/01/2024 11:18 AM PRUEBA PRUEBA	ANULADA
8	0000001379-1	14/02/2024	\$ 1.817.052,00	\$ 670.000,00	\$ 1.147.052,00		COBRO COACTIVO
9	0000003128-1	15/04/2024	\$ 1.817.052,00	\$ 0,00	\$ 1.817.052,00	- 05/09/2024 16:29 PM Memorando de Jurídica No.20243124321 aceptando el proceso.	COBRO COACTIVO
10	0000003863-1	06/05/2024	\$ 1.817.052,00	\$ 0,00	\$ 1.817.052,00		COBRO COACTIVO
11	0000003864-1	06/05/2024	\$ 1.817.052,00	\$ 0,00	\$ 1.817.052,00		COBRO COACTIVO
12	0000019273-1	09/12/2024	\$ 2.000.000,00	\$ 0,00	\$ 2.000.000,00		COBRO PERSUASIVO

4.8.3 FORTALEZAS

Durante la realización de la auditoría interna, la persona quien realiza los registros de las resoluciones sanción en SNRI, atendió las recomendaciones dadas por el equipo auditor para el mejoramiento del proceso, así como estuvo presta a brindar la información requerida.

4.8.4 RESULTADOS

OBSERVACIÓN 20: ausencia de designación formal del responsable de cartera. Durante la revisión del procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4, se evidenció que, si bien se mencionan tareas asignadas al “Responsable de cartera – Oficina Asesora Jurídica Seccional”, no se identifica una designación oficial, explícita y respaldada mediante acto administrativo o documento normativo que defina claramente el responsable de Cartera. Esta omisión puede generar vacíos en la rendición de cuentas, trazabilidad de responsabilidades y control de la gestión financiera.

Área Responsable: Grupo de Gestión Financiera y Gerencia Seccional Atlántico

No se ha expedido acto administrativo ni se ha documentado formalmente la designación del responsable del proceso de cartera en la Gerencia Seccional Atlántico, lo que ha derivado en la

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

ambigüedad operativa sobre quién asume formalmente la gestión y seguimiento del proceso. La responsable de la Oficina Jurídica Seccional Atlántico solo tiene habilitado el módulo para registrar sanciones.

Recomendación:

- Expedir un acto administrativo interno (resolución o memorando) en el cual se designe formalmente el responsable del proceso de cartera para la Gerencia Seccional Atlántico.
- Diligenciar los formatos para la asignación del usuario SNRI como responsable de Cartera.
- Actualizar el procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4 para reflejar esta designación en el cuerpo normativo, preferiblemente en el apartado de “Generalidades” o “Aplicación”.

27

OBSERVACIÓN 21: Incumplimiento de la Tarea 30 del Procedimiento GRFIN-GI-P-007: Organizar y remitir mediante memorando mensual, el informe de Cartera al Grupo de Gestión Financiera

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico

No se ha designado un responsable del proceso de cartera, lo que ha conllevado al incumplimiento de la consolidación y entrega periódica de informes de cartera a las instancias correspondientes, pudiendo causar el efecto de débil trazabilidad y seguimiento de cartera, pérdida de oportunidad para acciones de cobro y decisiones administrativas. Se verificó el perfil asignado a la responsable de la Oficina Asesora Jurídica en la Seccional Atlántico y no es posible generar el informe de Cartera por Edades.

Recomendación:

- Designar mediante acto administrativo al responsable institucional del proceso de cartera.
- Implementar un sistema de seguimiento que garantice la elaboración y entrega periódica de informes de cartera al Grupo de Gestión Financiera.

Tabla 17 Resoluciones sanción registradas en SNRI en estado CUENTAS DE ORDEN

N	RESOLUCIÓN SANCIÓN	FECHA	VALOR ORIGINAL RESOLUCIÓN	VALOR TOTAL ABONOS	TOTAL A CARGO	OBSERVACIONES	ESTADO DE LA CUENTA
1	0000024031-1	02/05/2018	\$ 279.219,00	\$ 0,00	\$ 279.219,00		CUENTAS DE ORDEN

OBSERVACIÓN 22: incumplimiento del Régimen de Contabilidad Pública vigente para entidades del sector público, incorporado por la Resolución 533 de 2015 y sus modificaciones. Se evidencia que la Resolución 0000024031-1 del 2 de mayo de 2018 permanece registrada en cuentas de orden según el reporte del SNRI, sin evidencia de haber sido depurada, reclasificada o dada de baja contable.

Área Responsable: Grupo de Gestión Financiera, Grupo de Gestión Contable, Gerencia Seccional Atlántico

El mantenimiento de resoluciones sancionatorias extinguidas en cuentas de orden viola los criterios de relevancia, representación fiel, oportunidad y prudencia del marco normativo contable público. Esta práctica puede generar información contable distorsionada, confundir a usuarios de los estados financieros y debilitar los controles internos y la transparencia de la entidad. La Resolución 0000024031-1 del 2 de mayo de 2018 no se encuentra registrada en la matriz Fénix generada por la Seccional Atlántico.

- Resolución 533 de 2015 (Marco Normativo para Entidades de Gobierno). Establece que las cuentas de orden deben utilizarse exclusivamente para contingencias y propósitos de

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

control, y deben ser sometidas a depuración permanente cuando dejan de representar una contingencia real

- Instructivo No. 002 de 2022 (CGN). Ordena que todas las entidades públicas realicen la depuración de cuentas de orden y documentación de soporte, especialmente para efectos del cierre contable anual.
- Resolución 193 de 2016 (Evaluación del Control Interno Contable). Exige eliminar registros contables inexactos o sin sustento legal o económico, documentando las acciones correctivas adoptadas.

Recomendación:

1. Evaluación jurídico-contable detallada: revisar el estado actual de cada resolución sancionatoria (ejecutoriada, pagada, prescrita o sin posibilidad de cobro) para decidir si debe permanecer en cuentas de orden.
2. Depuración y reclasificación contable: dar de baja o reclasificar los registros que ya no representen contingencias reales, registrando los movimientos necesarios en las subcuentas del saneamiento contable
3. Implementación de controles periódicos: establecer procesos semestrales o anuales para revisar y depurar las cuentas de orden, integrando áreas contable, jurídica y financiera en el ejercicio de conciliaciones y análisis de registros.
4. Si ya fue ejecutoriada la Resolución 0000024031-1 del 2 de mayo de 2018, proceder a su causación y gestión según el procedimiento.
5. Si no procede su cobro, sustentar su clasificación como cuenta de orden mediante acto jurídico y archivo formal.
6. Capacitación técnica: fortalecer al personal contable, jurídico y de control en la aplicación del Marco Normativo para Entidades de Gobierno, el procedimiento de control interno contable (Res. 193 de 2016) y el uso adecuado de las cuentas de orden.

Tabla 18 Resoluciones sanción registradas en SNRI en estado PAGADA

No.	RESOLUCIÓN SANCIÓN	FECHA	VALOR ORIGINAL RESOLUCIÓN	VALOR TOTAL ABONOS	TOTAL A CARGO	OBSERVACIONES	ESTADO DE LA CUENTA
1	0000030385-1	21/08/2018	\$ 229.818,00	\$ 415.597,00	-\$ 185.779,00		PAGADA
2	0000081738-1	17/12/2020	\$ 1.844.292,00	\$ 3.533.292,00	-\$ 1.689.000,00		PAGADA
3	0000007883-1	11/05/2022	\$ 1.755.606,00	\$ 1.927.606,00	-\$ 172.000,00	- 21/08/2024 10:38 AM Sanción cancelada totalmente de acuerdo al estado de cuenta generado y notificado \$1.927.606,00 el 16/08/2024.	PAGADA

OBSERVACIÓN 23: incumplimiento del Régimen de Contabilidad Pública vigente. Se evidencia que las cuentas en estado PAGADA, como por ejemplo: para la Resolución sancionatoria 0000030385-1 del 21 de agosto de 2018, el valor total de abonos reportado (\$ 415.597) es superior al valor original de la resolución (\$ 229.818), sin que se detalle la razón de esa diferencia (por ejemplo, intereses, actualizaciones o cargos adicionales), mismo caso para las tres. Esta situación corresponde a un dado que el reporte contable debe reflejar fiel y detalladamente los valores registrados, conforme a los criterios de relevancia, representación fiel y revelación de información exigidos por el marco contable público (Resolución 533 de 2015 y Procedimiento de Control Interno Contable Res. 193 de 2016)

Área Responsables: Grupo de Gestión Financiera, Grupo de Gestión Contable

La existencia de un valor abonado superior al original sin justificación genera una falta de trazabilidad y explicación del registro, lo que afecta la confiabilidad y utilidad de los datos contables. La omisión de detalles impide comprender si se trata de intereses causados,

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

actualizaciones o errores en el registro, vulnerando los principios de relevancia, representación fiel y revelación adecuada del régimen contable público.

Las cuentas de orden solo deben reflejar transacciones con propósito de control, y cualquier ingreso estimado (como intereses) debe registrarse con claridad o ser depurado si no se puede cuantificar con certeza.

Las Resoluciones 0000030385-1 y 0000081738-1 del 21/08/2018 y del 17/12/2020, respectivamente no se encuentran registradas en la matriz Fénix generada por la Seccional Atlántico. La Resolución 0000007883-1 del 11/05/2022 se encuentra en estado FINALIZADO.

- Resolución 533 de 2015 (Marco Normativo para Entidades de Gobierno). Exige que los registros contables sean completos, puntuales y permitan explicar claramente los saldos, modificaciones y diferencias entre valores originales y cobrados.
- Resolución 193 de 2016 (Control Interno Contable). Obliga a documentar y explicar cualquier cifra contable que no coincida directamente con el valor original, garantizando la transparencia y la coherencia de los registros financieros.

Recomendación:

- Determinar la causa de la diferencia. Identificar si el valor abonado incluye intereses, actualizaciones o recargos, y cuantificar cada componente.
- Registrar o ajustar correctamente en cuentas relevantes. Si se trata de intereses generados, reconocerlos explícitamente en las cuentas financieras correspondientes o ajustarlos si no aplica su reconocimiento contable.
- Realizar un correcto registro en el campo observaciones. Reflejar el valor original, la composición del abono y el saldo final (incluyendo total a cargo).
- Documentar soporte explicativo. Incorporar en expediente contable o reporte interno el desglose del valor abonado, incluyendo soportes como notificaciones, órdenes de pago, liquidaciones de intereses y conciliaciones.
- Fortalecer controles internos de registro. Establecer validaciones para detectar cuando el valor abonado excede el valor original sin desglose.

Tabla 19 Resoluciones sanción registradas en SNRI en estado COBRO PERSUASIVO

No.	RESOLUCIÓN SANCIÓN	FECHA	VALOR ORIGINAL RESOLUCIÓN	VALOR TOTAL ABONOS	TOTAL A CARGO	OBSERVACIONES	ESTADO DE LA CUENTA
1	0000012724-1	20/08/2019	\$ 114.909,00	\$ 0,00	\$ 114.909,00		COBRO PERSUASIVO
2	0000019273-1	09/12/2024	\$ 2.000.000,00	\$ 0,00	\$ 2.000.000,00		COBRO PERSUASIVO

OBSERVACIÓN 24: incumplimiento del régimen contable público (Resolución 533 de 2015) y el parágrafo del artículo 10° de la Resolución 00090 del 14/01/2010 Etapa de cobro persuasivo, en la gestión de cartera pública y en la aplicación adecuada del procedimiento de cobro persuasivo, en contravención, en razón a que la Resolución sancionatoria 0000012724-1, expedida el 20 de agosto de 2019, permanece en cobro persuasivo hasta la fecha sin registros de abonos, mientras que la acción debe haber transitado a cobro coactivo oportunamente, según los términos normativos aplicables.

Área Responsables: Grupo de Gestión Financiera y Grupo de Gestión Contable

La permanencia de la resolución 0000012724-1 de 20/08/2019 en cobro persuasivo sin avance ni transición administrativa hacia cobro coactivo muestra una gestión ineficaz del recaudo, disminuye la probabilidad de recuperación y debilita la confianza en la capacidad institucional para administrar cartera. Además, compromete la exactitud y oportunidad de los registros contables bajo el Régimen de Contabilidad Pública.

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

- Ley 1066 de 2006 y Decreto 4473 de 2006. Establecen la necesidad de transitar de la fase de cobro persuasivo al cobro coactivo dentro de un plazo razonable luego del vencimiento, para garantizar eficacia en la recuperación de cartera pública.
- Resolución 000090 del 14/01/2010. Artículo 10, parágrafo: “La etapa de cobro persuasivo tendrá una duración máxima de dos (2) meses, contados a partir de la ejecutoria del respectivo título.” Define el cobro persuasivo como una etapa preliminar a la coactiva; una vez agotada esta, la entidad debe iniciar el procedimiento coactivo, especialmente si la resolución fue expedida en 2019 y aún no ha tenido abonos ni avance
- Resolución 193 de 2016 (Control Interno Contable). Exige que la información contable refleje el estado real de la contingencia; mantener una resolución sin movimiento ni avance administrativo afecta la transparencia y relevancia del registro.

30

Recomendación:

1. Evaluar, determinar y aplicar el momento adecuado para transitar a cobro coactivo.
2. Revisar el cumplimiento del plazo razonable desde la fecha de las resoluciones en estado COBRO PERSUASIVO y dar inicio al cobro coactivo si no hay respuesta voluntaria del deudor.
3. Registrar formalmente el cambio de estatus: En el SNRI y sistemas contables, actualizar el estado de la resolución de “cobro persuasivo” a “cobro coactivo”, justificando jurídicamente la transición y emitiendo mandamiento de pago si corresponde.
4. Documentar gestión de transición. Archivar evidencias de gestiones persuasivas realizadas, decisiones administrativas para cambiar de fase y avances del coactivo, incluidos minutas, actas y comunicaciones oficiales.
5. Iniciar el procedimiento coactivo. La Oficina Jurídica debe preparar el título ejecutivo y dar cumplimiento al procedimiento de cobro coactivo según Ley 1066/2006 y el CPACA artículo 100, para asegurar la exigibilidad de la obligación.
6. Implementar control interno y seguimiento. Crear alertas automáticas en cartera para identificar resoluciones que excedan un plazo prudente en cobro persuasivo sin abonos, y activar transición obligatoria a cobro coactivo.

Tabla 20 Resoluciones sanción registradas en SNRI en estado CEDIDA

No.	RESOLUCIÓN SANCIÓN	FECHA	VALOR ORIGINAL RESOLUCIÓN	VALOR TOTAL ABONOS	TOTAL A CARGO	OBSERVACIONES	ESTADO DE LA CUENTA
1	0000024032-1	21/11/2022	\$ 414.058,00	\$ 0,00	\$ 414.058,00	- 29/07/2024 13:16 PM Jurídica remite mediante memorando 20243119845 del 26/07/2024 el auto de Archivo No.120 del 18-07-2024, por fallecimiento del sancionado.	CEDIDA

OBSERVACIÓN 25: incumplimiento operacional de acuerdo con lo estipulado en el procedimiento GRFIN-GI-P-007 Versión 4 – Recaudo de Cartera. La Resolución sancionatoria 0000024032-1, emitida el 21 de noviembre de 2022, figura en el SNRI con el estado “CEDIDA”, aún cuando fue archivada en virtud del fallecimiento del sancionado, según Auto de Archivo No.120 del 18-07-2024, comunicado mediante memorando (20243119845) del área jurídica el 26-07-2024.

Área Responsables: Grupo de Gestión Financiera, Grupo de Gestión Contable, Gerencia Seccional Atlántico

La inadecuada permanencia del registro en estado CEDIDA sin depuración o cierre contable muestra una aplicación incompleta del procedimiento interno de cartera, lo que genera inconsistencias entre la realidad jurídica y el sistema operativo. Esto puede inducir a

interpretaciones erróneas sobre obligaciones vigentes y compromete la integridad del sistema de recaudo.

Mantener el estado “CEDIDA” sin realizar la baja contable ni la actualización operativa en SNRI constituye una desalineación con la fase de cierres y retiros definitivos del procedimiento.

El apartado de gestión y cierre de casos del GRFIN-GI-P-007 V.4 establece que toda resolución sancionatoria que cesa por causas jurídicas (como fallecimiento) debe:

- 1. Cambiar su estado operacional en SNRI.
- 2. Ser removida del ciclo de recaudación activo.
- 3. Ser ajustada contablemente, garantizando su salida efectiva del módulo de cartera

Recomendación:

- 1. Confirmar que se haya expedido el Auto de archivo definitivo, y que esté adjunto en el expediente digital y físico.
- 2. Actualizar el estado en SNRI. Cambiar de forma inmediata el estado “CEDIDA” a “Archivada – Fallecimiento”, vinculando directamente el Auto de Archivo y la documentación jurídica correspondiente.
- 3. Depuración contable formal. Remover el registro de la cuenta en el módulo de cartera y realizar los ajustes contables pertinentes conforme al procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4.
- 4. Vincular soporte documental. Registrar en el sistema el memorando jurídico, el Auto de Archivo y las actas que prueben la causa jurídica del archivo, garantizando rastreabilidad.
- 5. Puesta en marcha de controles operativos. Establecer alertas que identifiquen cuentas con estado “CEDIDA” sin abonos o sin saldos, para activar verificación de archivo o depuración según el procedimiento.
- 6. Capacitación del personal implicado. Instruir al personal del Grupo de Gestión Financiera, Jurídica y Contable en la fase de retiro y cierre de casos del GRFIN-GI-P-007 V.4, para asegurar implementaciones completas y correctas.

Tabla 21 Resoluciones sanción registradas en SNRI en estado ANULADA

No.	RESOLUCIÓN SANCIÓN	FECHA	VALOR ORIGINAL RESOLUCIÓN	VALOR TOTAL ABONOS	TOTAL A CARGO	OBSERVACIONES	ESTADO DE LA CUENTA
7	0057122023-3	01/12/2023	\$ 50.000,00	\$ 25.042,00	\$ 24.958,00	- 17/01/2024 11:18 AM PRUEBA PRUEBA	ANULADA

OBSERVACIÓN 26: incumplimiento del Marco Normativo para Entidades de Gobierno (MNEG – Resolución 533 de 2015) y el Procedimiento para la Evaluación del Control Interno Contable (Resolución 193 de 2016). Se detecta que la resolución sancionatoria 0057122023-3, emitida el 1 de diciembre de 2023, permanece registrada en el SNRI con saldo pendiente y estado “ANULADA”, tras haber sido ingresada en modo prueba (“PRUEBA PRUEBA”). Según, este registro debería haber sido eliminado o reducido a cero, no mantenerse en el sistema operativo ni reflejar saldo residual, ya que no corresponde a una obligación válida.

Área Responsable: Grupo de Gestión Financiera, Gerencia Seccional Atlántico

La permanencia de una resolución anulada que además fue registrada en modo prueba y aún refleja saldo implica una distorsión significativa en la administración de cartera. Esta falla puede inducir a interpretaciones erradas sobre obligaciones activas y debilita la confiabilidad de los datos financieros, ya que el sistema sigue presentando una obligación inexistente o inválida.

- El Marco Normativo para Entidades de Gobierno (Resolución 533 de 2015) exige que las cuentas de orden se utilicen exclusivamente para contingencias reales y que se eliminen o ajusten permanentemente cuando dichas contingencias ya no existen

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

- La Resolución 193 de 2016, en su numeral 3.2.15, establece que las entidades públicas deben depurar los registros contables inexactos o erróneos para garantizar relevancia y representación fiel, eliminando valores indebidos o sin soporte jurídico.

Recomendación:

- Eliminar el registro en modo prueba. Confirmar que fue creado como prueba y proceder a su eliminación definitiva del SNRI, asegurando que no permanezca activo.
- Ajustar el saldo a cero si permanece el registro oficial. Registrar correctamente saldo cero y vincular soporte legal que justifique la anulación real.
- Actualizar los sistemas operativos y contables para las resoluciones sanción que se encuentren en estado ANULADA. Garantizar que el registro no figure en el módulo activo de cartera ni interfiera en cuentas de orden.
- Implementar alertas de control. Establecer validaciones automáticas para identificar registros en modo prueba o con estado anulado y saldo residual, y activar procedimientos de revisión.
- Capacitación del personal. Instruir al equipo sobre la correcta aplicación del MNEG y del Procedimiento de Evaluación Contable (Res. 193 de 2016), especialmente en etapas de cierre y eliminación de casos anulados.
- Se recomienda realizar una revisión exhaustiva y sistemática de todos los registros en SNRI con estado “ANULADA” que mantengan saldo residual, independientemente de que hayan sido creados en modo de prueba o como registros operativos formales. El objetivo es garantizar que dichos registros sean eliminados o ajustados a saldo cero, debidamente documentados y congruentes con el marco normativo y contable aplicable.

32

OBSERVACIÓN 27: Se evidencia que el sistema SNRI presenta limitaciones funcionales y estructurales que impiden el seguimiento integral y confiable de los registros relacionados con la cartera de sanciones, especialmente en las resoluciones con abonos mayores al valor sanción original, sin justificación automatizada ni campo que detalle intereses o recargos.

Área Responsables: Grupo de Gestión Financiera, Oficina de Tecnologías de la Información

Durante la auditoría al procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4, se evidenció que el sistema SNRI no cuenta con una funcionalidad que permita la liquidación automática y en tiempo real de los intereses moratorios generados por sanciones impuestas. Esta carencia dificulta la entrega de información clara y oportuna a los usuarios sobre el estado actual de su obligación, lo que:

- Limita la transparencia frente al monto exacto adeudado.
- Genera confusiones o pagos incompletos.
- Afecta la eficiencia del proceso de recaudo.
- Además, la ausencia de liquidación automática puede conducir a errores en la contabilización de abonos superiores al valor sancionado (sin desglose de intereses), incumpliendo los principios de integridad, revelación suficiente y correspondencia contable exigidos por el Régimen de Contabilidad Pública.

Recomendación:

Implementar en SNRI un módulo de liquidación automática de intereses moratorios, que realice el cálculo a partir de:

- Fecha de ejecutoria de la resolución sancionatoria.

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

- Tasa de interés aplicable conforme a la normativa vigente (por ejemplo, la establecida en el artículo 635 del Estatuto Tributario Nacional).
- Días de mora hasta la fecha actual.

Incorporar en la interfaz de usuario un simulador de deuda en tiempo real, que muestre:

- Valor sanción original.
- Intereses liquidados a la fecha.
- Total adeudado (sanción + intereses).
- Abonos realizados y saldo restante.
- Actualizar el comprobante de pago o estado de cuenta, incluyendo:
 - Detalle del cálculo de intereses.
 - Base legal utilizada.
 - Fecha de corte de liquidación.
 - Generar alertas internas para casos con intereses acumulados sin gestión de cobro, facilitando la activación de procesos de persuasivo o coactivo.
- Capacitar al personal responsable en el uso del nuevo módulo y en los criterios normativos de liquidación de intereses aplicables al sector público.

Tabla 22 Consolidación reporte generado por SNRI, Gerencia Seccional Atlántico

VIGENCIA	CANTIDAD RESOLUCIONES	VALOR SANCIÓN	ABONOS	SALDO	ANULADA	CEDIDA	COBRO PERSUASIVO	COBRO COACTIVO	CUENTAS DE ORDEN	PAGADA
2014	4	\$ 2.530.245	\$ 3.377.766	-\$ 847.521				1		3
2015	14	\$ 5.640.453	\$ 5.640.453	\$ -						14
2016	3	\$ 520.800	\$ 520.800	\$ -						3
2017	8	\$ 2.920.798	\$ 2.281.443	\$ 639.355	1		1			6
2018	88	\$ 55.395.607	\$ 6.120.454	\$ 49.275.153	1		27		48	12
2019	24	\$ 14.533.575	\$ 926.478	\$ 13.607.097			10	2	10	2
2020	3	\$ 2.532.828	\$ 3.928.792	-\$ 1.395.964			1			2
2021	21	\$ 37.987.147	\$ 26.488.772	\$ 11.498.375	2		2	9	1	7
2022	21	\$ 65.455.955	\$ 9.952.536	\$ 55.503.419		2		17		2
2023	40	\$ 81.922.551,00	\$ 3.739.390,00	\$ 78.183.161,00	4	1	2	29	3	1
2024	27	\$ 52.909.884,00	\$ 2.760.000,00	\$ 50.149.884,00	1		9	14	2	1
TOTALES	253	\$ 322.349.843	\$ 65.736.884	\$ 256.612.959	9	3	52	72	64	53

OBSERVACIÓN 28: Se evidencia debilidad en el cumplimiento del Artículo 6 del Reglamento de Cartera – Resolución 090 de 2010: “Corresponde a la entidad adelantar las gestiones necesarias para el cobro de las obligaciones a su favor, aplicando los mecanismos persuasivos y, en su defecto, el cobro coactivo.” Adicionalmente, el procedimiento GRFIN-GI-P-007 establece actividades de seguimiento y control que no están mostrando eficacia.

Área Responsables: Gerencia Seccional Atlántico, Grupo de Gestión Financiera, Oficina Asesora Jurídica

De un total de \$322.349.843 en cartera, sólo se han recaudado \$65.736.884 (20,4 %), dejando un saldo por recaudar del 79,6 % (\$256.612.959). Esta situación indica una baja efectividad en el recaudo y aumento del riesgo de incobrabilidad.

Según el Artículo 6 de la Resolución 090 de 2010, es obligación de la entidad “adelantar las gestiones necesarias para el cobro de las obligaciones a su favor, aplicando los mecanismos persuasivos y, en su defecto, el cobro coactivo”.

Adicionalmente, el procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4 establece que el Grupo de Gestión Financiera debe realizar el seguimiento a la cartera e implementar acciones oportunas de cobro para garantizar la recuperación de los recursos causados. El bajo nivel de recaudo evidencia un incumplimiento parcial de este lineamiento.

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

El débil recaudo de cartera en una entidad pública tiene múltiples impactos negativos, tanto financieros (Disminución de ingresos disponibles, Aumento del saldo de cartera vencida, Costos adicionales) como administrativos (Duplicidad de esfuerzos, Baja eficiencia del procedimiento GRFIN-GI-P-007), jurídicos (Riesgo de prescripción, Incumplimiento de normas, Responsabilidad disciplinaria o fiscal) y reputacionales (Pérdida de confianza ciudadana si se considera que la entidad no hace valer sus derechos de cobro).

Recomendación:

- Diseñar e implementar un Plan de Gestión de Cartera anual, que incluya metas de recaudo por trimestre, responsables asignados, indicadores de eficacia, y seguimiento mensual por parte del Grupo de Gestión Financiera.
- Ejecutar acciones de cobro persuasivo de forma sistemática y documentada, mediante requerimientos escritos, llamadas, correos y recordatorios, conforme al Reglamento de Cartera. Cuando no se obtenga respuesta, escalar oportunamente al proceso de cobro coactivo con el soporte jurídico requerido.
- Clasificar y priorizar la cartera según antigüedad, valor y estado procesal, con el fin de focalizar las acciones de recuperación sobre las obligaciones con mayor riesgo de prescripción o impacto financiero.
- Fortalecer el control interno y el monitoreo del recaudo, estableciendo revisiones mensuales por parte de la Oficina de Control Interno o el Comité de Cartera, con actas de seguimiento, análisis de causas y acciones correctivas.
- Actualizar y ajustar el procedimiento GRFIN-GI-P-007, incorporando herramientas tecnológicas para el monitoreo en tiempo real de la cartera, alertas automáticas de vencimiento y trazabilidad de cada gestión de cobro realizada.

4.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

4.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

Tabla 23 Riegos asociados a la unidad auditable

Nombre del Riesgo	Objetivo Estratégico	Zona Inherente	Causa	Controles Existentes
SGC Posibilidad de afectación económica por presentación de estados financieros que no reflejan la realidad económica de la entidad	Optimizar los recursos administrativos y financieros	Zona de riesgo Baja	*Información incompleta de los estados financieros * Errores humanos en la verificación y registro * Falta de personal * Personal no idóneo * Entrega de información fuera de los plazos establecidos.	1. El encargado del seguimiento de cuentas contables, trimestralmente, verifica la idoneidad y el cumplimiento en la entrega de la información para tener actualizados los estados financieros, teniendo en cuenta las fechas de presentación de informes antes los entes de control y el cronograma establecido por el Ministerio de Hacienda en el Sistema Integrado de Información Financiera
SGC Posibilidad de afectación económica y reputacional por reconocimiento inoportuno de los ingresos	Optimizar los recursos administrativos y financieros	Moderada	* 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	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

4.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

Observación 29: Materialización de Riesgos Institucionales asociados al procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4, RECAUDO Y CAUSACION DE CARTERA RESOLUCIONES SANCIONATORIAS Y FACTURAS A CRÉDITO

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

Área Responsables: Gerencia Seccional Atlántico - Grupo de Gestión Financiera, Grupo de Gestión Contable, Oficina Asesora de Planeación.

35

Se evidenció la materialización de los riesgos identificados, toda vez que los estados de la cartera no reflejan con fidelidad la realidad financiera de la entidad. Esto se debe a inconsistencias como la falta de una adecuada clasificación de los estados de Cartera, registros de pagos excedentes sin detallar su concepto, y saldos negativos no justificados, lo cual afecta la razonabilidad y oportunidad de la información financiera.

- Registro inadecuado de valores anulados o no exigibles. Resolución 0057122023-3 (estado "ANULADA") presenta valor registrado sin acto administrativo que respalde su eliminación, lo cual afecta los estados financieros.
- Pagos en exceso no conciliados ni devueltos. Varias resoluciones presentan pagos superiores a los valores originales (ej. resolución 0000081738-1 con excedente de \$1.689.000) sin justificación, detalle o gestión de devolución.
- Prescripción o vencimiento de términos sin gestión activa. Resolución 0000012724-1 se encuentra en cobro persuasivo desde 2019 sin avances, lo que podría derivar en pérdida de capacidad de cobro por prescripción.

Recomendación:

1. Realizar la reclasificación del estado de la Cartera.
2. Realizar de manera mensual la conciliación de la información de cartera, entre las Oficinas Seccionales y el Grupo de Gestión Financiera.
3. Revisión de los controles de la matriz de riesgo, verificar si estos controles se están realizando en la seccional.

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 ejercicio de auditoría al procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4, se identificaron varios factores de riesgo que, aunque no están incorporados en el actual mapa de riesgos institucional, representan amenazas significativas para la estabilidad financiera del Instituto y la efectividad del proceso de recaudo derivado de sanciones. Estos riesgos se relacionan principalmente con deficiencias en la ejecución de las etapas de cobro, falencias en la calidad y funcionalidad de los sistemas de información.

Riesgo 1: Posible pérdida de cartera por vencimiento de términos sin gestión de cobro

Situación detectada:

Se evidenció que algunas resoluciones sancionatorias han permanecido por largos periodos en etapas como "cobro persuasivo" o "cobro coactivo", sin que se hayan adelantado gestiones de cobro efectivas ni se registren pagos parciales. Esta falta de acción oportuna puede dar lugar a la prescripción de las obligaciones.

Causa raíz:

No se están cumpliendo los plazos definidos en los artículos 10 y 11 de la Resolución 090 de 2010. Además, el sistema SNRI carece de funciones automatizadas que alerten sobre vencimientos o plazos procesales críticos.

Impacto:

El Instituto puede perder su facultad legal para hacer efectivo el cobro, generando disminución de ingresos y la posibilidad de que se inicien investigaciones disciplinarias o fiscales por omisión.

Recomendación:

Se sugiere incorporar este riesgo en el mapa institucional como de alta criticidad. Asimismo, implementar mecanismos automatizados en el sistema SNRI que permitan generar alertas ante plazos próximos a vencer, y activar de forma oportuna las acciones que correspondan en cada etapa del proceso de cobro.

36

Riesgo 2: Imposibilidad de calcular intereses y presentar información actualizada al sancionado

Situación detectada:

Actualmente, el sistema SNRI no realiza el cálculo automático de intereses por mora ni presenta al usuario el valor actualizado de la deuda con base en la fecha de ejecutoria, días de mora y tasa correspondiente. Esto limita la precisión de la información que se entrega a los sancionados.

Causa raíz:

El sistema no cuenta con una funcionalidad que permita liquidar intereses de forma dinámica ni hacer seguimiento en tiempo real a los saldos de cada cuenta.

Impacto:

Se generan inconsistencias entre lo que el Instituto registra y lo que el sancionado entiende como deuda pendiente, lo que podría llevar a pagos erróneos, abonos incompletos y una percepción negativa del servicio prestado.

Recomendación:

Este riesgo debe ser catalogado como tecnológico y de atención al ciudadano. Se recomienda desarrollar una funcionalidad dentro del SNRI que automatice la liquidación de intereses y permita consultar de manera ágil y precisa el estado actualizado de la obligación.

4.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

GESTIÓN FINANCIERA

En el marco de la auditoría interna realizada al procedimiento **GRFIN-GI-P-007 V.4, RECAUDO Y CAUSACION DE CARTERA RESOLUCIONES SANCIONATORIAS Y FACTURAS A CRÉDITO**, se realizó seguimiento a las acciones vencidas relacionadas con la unidad auditable de la vigencia 2019, los resultados fueron los siguientes:

Tabla 24 Seguimiento a las acciones vencidas asociadas a la unidad auditable

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

No. OBS	No. ACC	ACCIÓN DE MEJORA	COMPROMISO/RECOMENDACIÓN
10	5	Comprobantes de contabilidad según sea el caso	<p>0% AVANCE</p> <p>Responsable: Grupo de Gestión Contable</p> <p>La acción de mejoramiento no se encuentra formulada de manera que se pueda definir la evidencia a presentar.</p> <p>Recomendaciones OCI:</p> <p>1. Realizar el seguimiento a la acción de mejoramiento: remitir al Grupo de Gestión Contable la información pertinente.</p> <p>2. Coordinar con el Grupo de Gestión Contable la solicitud de modificación de la acción de mejoramiento, de modo que sea formulada de manera más específica la acción de mejoramiento relacionada con los 'Comprobantes de contabilidad', indicando claramente los casos y condiciones en los cuales se debe presentar la evidencia correspondiente, con el fin de garantizar la trazabilidad y el cumplimiento de los procedimientos establecidos.</p> <p>3. Presentar la solicitud de modificación a la OCI, de acuerdo con las socializaciones realizadas.</p> <p>4. Una vez aprobada por la OCI la solicitud de modificación, enviar las evidencias correspondientes.</p>

4.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

Recomendaciones Generales

1. Actualizar el procedimiento GRFIN-GI-P-007, incorporando responsables claros, periodicidad de las tareas, tratamiento de excedentes, intereses, y lineamientos para las etapas persuasiva y coactiva.
2. Designar formalmente al responsable de cartera mediante acto administrativo, asegurando que ejerza el control operativo y la generación de informes periódicos.
3. Establecer un sistema de información unificado o integrado entre la Gerencia Seccional y las áreas financiera, jurídica y contable para garantizar la trazabilidad de los cobros, pagos y gestiones.
4. Implementar un modelo de estado de cuenta estándar por resolución, con desglose de sanción base, intereses, pagos y saldo real.
5. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y control interno, generando alertas para resoluciones inactivas, no causadas o con riesgos de prescripción.
6. Realizar análisis de cada uno de los registros en SNRI, y solicitar el cambio de estado en los casos en que aplique.
7. Capacitar al personal responsable del procedimiento en los lineamientos normativos y técnicos para la correcta gestión de la cartera institucional.
8. Incluir los nuevos riesgos detectados durante la auditoría en la matriz institucional.

Conclusiones de la auditoría

1. La auditoría evidenció múltiples hallazgos que afectan la trazabilidad, consistencia contable y eficacia en el recaudo de cartera.
2. La ausencia de responsables, registros incompletos y procedimientos desactualizados genera riesgo financiero, legal y reputacional para la entidad.
3. Es fundamental implementar las acciones correctivas propuestas y actualizar el procedimiento para fortalecer el control interno y mejorar la eficiencia en la recuperación de cartera sancionatoria.
4. La consolidación periódica de la información, la interoperabilidad entre áreas y la documentación oportuna de cada etapa del proceso son elementos clave para garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente y la transparencia institucional.

5. PROCESO GESTIÓN JURÍDICA

5.1 TIPO DE PROCESO: APOYO

5.2 SUBPROCESO: N/A

5.3 UNIDAD AUDITABLE:

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

5.4 OBJETIVO

Realizar una evaluación integral de la ejecución del Manual del Proceso Administrativo Sancionatorio (código GJUR-OAJ-M-001), con el fin de verificar el cumplimiento de las disposiciones normativas, la aplicación oportuna de las actuaciones, el respeto del derecho al debido proceso —especialmente en lo relacionado con la notificación adecuada de cada actuación— y la implementación efectiva de controles y gestión del riesgo. Esta evaluación busca aportar al fortalecimiento de la función sancionatoria del ICA y a la garantía de la sanidad agropecuaria nacional, en cumplimiento del artículo 156 de la Ley 1955 de 2019. El manual, registrado en el sistema de información Diamante, será examinado también respecto a los tiempos establecidos y la normativa vigente.

38

5.5 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 de Atlántico durante las vigencias 2021, 2022, 2023 y 2024.

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.

5.5.1 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.

5.6 CRITERIOS NORMATIVOS

Para el desarrollo del ejercicio de la presente auditoría, 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.

• DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Durante el desarrollo de la auditoría se emplearon diversas técnicas de verificación, con el propósito de obtener evidencias suficientes y pertinentes que respaldaran los hallazgos. Entre estas técnicas se utilizaron: comparación, indagación, comprobación, verificación e inspección física y digital. La aplicación de dichas herramientas permitió reunir, analizar y evaluar la información de manera razonable, proporcionando una base objetiva para la identificación de debilidades en el proceso auditado.

5.7 METODOLOGÍA

Para llevar a cabo la evaluación del control y seguimiento en la gestión de los procesos administrativos sancionatorios, se desarrollaron las siguientes acciones:

- a. Se realizó una revisión inicial del Manual del Proceso Administrativo Sancionatorio, registrado en el sistema de información DIAMANTE bajo el código GJUR-OAJ-M-001, Versión 1. Durante esta etapa, se analizaron las actividades esenciales y los aspectos críticos del procedimiento contemplado en el manual.
- b. Se gestionó con la Oficina Asesora Jurídica la entrega de la matriz consolidada del sistema Fénix, correspondiente a los procesos sancionatorios activos de la Gerencia Seccional Atlántico para las vigencias 2021, 2022, 2023 y 2024. En desarrollo de la auditoría, y mediante visita presencial, se solicitó acceso a los expedientes físicos de los casos seleccionados, con el propósito de realizar la revisión documental correspondiente.
- c. Se aplicó un muestreo aleatorio simple sobre la totalidad de los procesos activos reportados por la Gerencia Seccional Atlántico, asegurando la representatividad de los casos seleccionados, conforme a los principios de objetividad y suficiencia que rigen el ejercicio auditor.

Tabla 25 Criterios selección de la muestra

TAMAÑO DE LA POBLACIÓN (N)	ERROR MUESTRAL (ε)	PROPORCIÓN DE ÉXITO (P)	NIVEL DE CONFIANZA	NIVEL DE CONFIANZA (Z)	FÓRMULA	MUESTRA
349	7%	3%	95%	1,1960	23	21

5.8 MUESTRA

Las validaciones para esta auditoria se adelantaron de manera selectiva a los procesos administrativos sancionatorios con un total de 349 procesos, verificando el cumplimiento de los lineamientos dispuestos para tal fin, de una muestra de veintiún (21) procesos.

Tabla 26 Muestra seleccionada

VIGENCIA	NO. PROCESO	TOTAL, POR VIGENCIA
2021	ATL.8.800.4.40.11.001.2021-0087, ATL.8.800.4.40.11.001.2021-0088, ATL.8.800.4.40.11.001.2021-0089, ATL.8.800.4.40.11.001.2021-0096, ATL.8.800.4.40.11.001.2021-0099.	5
2022	ATL.8.800.4-40.11.002.2022.0082, ATL.8.800.4-40.11.001.2022.0058, ATL.8.800.4-40.11.001.2022.0053, ATL.8.800.4-40.11.001.2022.0051, ATL.8.800.4-40.11.001.2022.0035, ATL.8.800.4-40.11-003-2022-0015.	6
2023	ATL.8.800.4.40.11.002.2023-0058, ATL.8.800.4.40.11.002.2023-0048, ATL.8.800.4.40.11.002.2023-0050, ATL.8.800.4.40.11.002.2023-0007, ATL.8.800.4.40.11.001.2023-0070, ATL.8.800.4.40.11.002.2023-0008	6
2024	ATL.8.800.4.40.11.001.2024-0073, ATL.8.800.4.40.11.005.2024-0053, ATL.8.800.4.40.11.001.2024-0096, ATL.8.800.4.40.11.001.2024-0075.	4
TOTAL		21

5.9 FORTALEZAS

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Se evidenció la disposición de los responsables del proceso auditado para facilitar oportunamente la información requerida, lo cual permitió adelantar el ejercicio de auditoría conforme al debido orden y secuencia establecidos en el procedimiento del Proceso Administrativo Sancionatorio (PAS), garantizando así la trazabilidad, transparencia y cumplimiento de cada una de sus etapas.

5.10 RESULTADOS

Observación 30: Incumplimiento de la Tabla de Retención Documental y ausencia de criterios técnicos en la organización, codificación y custodia de los expedientes del PAS, afectando la trazabilidad, integridad probatoria y legalidad del procedimiento sancionatorio.

40

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico

Se verificó que, a pesar de la existencia de una Tabla de Retención Documental (TRD) institucionalmente adoptada por el ICA, el archivo de los expedientes del Proceso Administrativo Sancionatorio presenta falta de organización generalizada. Durante la auditoría, se constató la ausencia de codificación, foliación, estructura documental estandarizada y digitalización organizada de los procesos, lo cual dificulta su trazabilidad, conservación y consulta efectiva.

Esta situación constituye una infracción a la normatividad archivística aplicable y a los lineamientos técnicos previstos en el Manual GJUR-OAJ-M-001 V.1, afectando la integridad, legalidad y transparencia de las actuaciones administrativas.

Se evidenció la inexistencia de un sistema documental estructurado para los expedientes del PAS, incumpliendo las disposiciones establecidas en las Tablas de Retención Documental (TRD) del ICA. La revisión permitió constatar que varios expedientes carecen de codificación, foliación, estructura de archivo y sistematización de la información procesal, dificultando su trazabilidad, custodia y consulta posterior.

Esta situación representa una vulneración a las normas de archivo y a los lineamientos del proceso sancionatorio establecidos en el Manual GJUR-OAJ-M-001 V.1, afectando el principio de transparencia, así como la integridad probatoria de los documentos administrativos. Adicionalmente, constituye un factor de riesgo jurídico en caso de requerimientos de control o litigios.

Recomendaciones:

- Estandarizar la codificación, foliación y archivo físico y digital de los expedientes sancionatorios conforme a las TRD institucionales.
- Adoptar un sistema centralizado de gestión documental que permita la trazabilidad del estado procesal de cada expediente.
- Capacitar al personal designado sobre el manejo documental exigido por las TRD y el Manual del PAS.
- Realizar revisiones internas semestrales sobre el archivo sancionatorio, con foco en la verificación de cumplimiento normativo documental.

Observación 31: Insuficiencia en los mecanismos internos de trazabilidad procesal, vulneración del principio de planeación y pérdida de oportunidad en la actuación administrativa.

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico

Durante el ejercicio auditor adelantado a la Gerencia Seccional Atlántico, se evidenció una deficiencia estructural en los mecanismos de control y seguimiento del Proceso Administrativo Sancionatorio (PAS), originada en la inexistencia de una matriz interna complementaria a la matriz FENIX que permita registrar de manera oportuna, clara y verificable los estados y avances de cada expediente.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Esta ausencia de trazabilidad efectiva contraviene los numerales 6.1.4 y 6.1.9 del Manual del Proceso Administrativo Sancionatorio – Código GJUR-OAJ-M-001 V.1, que establecen la obligación de mantener un registro detallado y actualizado de las etapas procesales y de garantizar el impulso oportuno del trámite por parte de la gerencia seccional.

Siendo así, no se identificó la existencia de una herramienta de control paralela al aplicativo institucional, como una matriz interna o tablero de gestión jurídica, que permita identificar oportunamente los vencimientos de términos, las etapas críticas del proceso o los expedientes inactivos. Esta falencia representa una afectación directa al principio de planeación, y debilita la capacidad institucional para responder de manera oportuna a las exigencias del trámite sancionatorio.

41

La carencia de mecanismos de trazabilidad suficientes también implica un riesgo relevante de violación del debido proceso, en la medida en que se compromete la oportunidad de las actuaciones administrativas, se dificulta la defensa del investigado y se genera incertidumbre sobre la validez de las decisiones adoptadas.

Particularmente, se evidenciaron situaciones en las que el estado procesal relacionado con la solicitud o imposición de medidas cautelares no corresponde a la realidad del expediente o no cuenta con información que permita verificar la fecha de ocurrencia, lo que impide controlar los términos legales aplicables y puede conllevar pérdida de competencia sancionatoria por caducidad.

Recomendaciones:

- Diseñar e implementar un tablero de control procesal institucional que permita el monitoreo actualizado, técnico y permanente del estado de los expedientes sancionatorios en trámite, registrando fecha de apertura, etapa procesal, responsables, términos y vencimientos.
- Establecer mecanismos de actualización y verificación periódica de dicha herramienta, garantizando la articulación entre el área jurídica, los sistemas de información y la Oficina Asesora Jurídica.
- Designar un responsable del control de términos y del mantenimiento de la matriz, con funciones claras de reporte, validación y retroalimentación jurídica.
- Incorporar sistemas de alertas automatizadas o revisiones semanales para anticiparse a la configuración de causales de nulidad o caducidad, fortaleciendo así la seguridad jurídica y la transparencia del procedimiento.

Observación 32: Incumplimiento de las tareas Nos. 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 del Manual del Proceso Administrativo Sancionatorio – Código GJUR-OAJ-M-001, versión No. 1, así como de los términos establecidos en los artículos 47, 48 y 52 de la Ley 1437 de 2011, toda vez que, si bien se profirió el auto de formulación de cargos, en algunos procesos no se adelantó el trámite de citación para notificación personal o no se logró su práctica efectiva, y tampoco se ejecutaron las tareas subsiguientes necesarias para expedir y notificar la resolución sanción, generándose así el incumplimiento de los plazos legales previstos para el desarrollo del procedimiento sancionatorio.

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico

Se verificó el incumplimiento de las tareas sustanciales previstas en el Manual del Proceso Administrativo Sancionatorio – Código GJUR-OAJ-M-001, versión 1, específicamente aquellas asociadas al cumplimiento de términos en lo concerniente a la formulación de cargos, notificación, apertura del período probatorio, presentación de alegatos, emisión de la resolución sanción y trámite de los recursos administrativos, las cuales se encuentran reguladas en las tareas Nos. 4, 5, 6, 9, 10, 12, 13 y 15 del citado instrumento.

La omisión en el impulso procesal dentro de los plazos legalmente establecidos impide la expedición de la resolución sanción o, en su defecto, del acto de archivo, conforme a lo dispuesto en el artículo 157 de la Ley 1955 de 2019 y el artículo 156 de la misma disposición, que atribuye al Instituto Colombiano Agropecuario (ICA).

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

La inobservancia de los términos sustantivos del procedimiento constituye una transgresión directa a los principios constitucionales de legalidad, debido proceso, eficacia y celeridad administrativa, y genera un riesgo jurídico alto para la Entidad, al comprometer la validez de las actuaciones, debilitar la capacidad coercitiva del Estado, y exponer a la administración a eventuales responsabilidades disciplinarias y administrativas por omisión del deber funcional.

Revisados los expedientes y la matriz suministrada, se constató que, si bien se expidieron los respectivos actos administrativos, al momento de la verificación no se encontraba acreditada su notificación en debida forma o se superaron los términos para ello. Esta situación se evidenció en los siguientes expedientes:

Tabla 27 Expedientes

VIGENCIA	NO. PROCESO	TOTAL, POR VIGENCIA
2021	ATL.8.800.4.40.11.001.2021-0087, ATL.8.800.4.40.11.001.2021-0088, ATL.8.800.4.40.11.001.2021-0089, ATL.8.800.4.40.11.001.2021-0096, ATL.8.800.4.40.11.001.2021-0099.	5
2022	ATL.8.800.4-40.11.002.2022.0082, ATL.8.800.4-40.11.001.2022.0058, ATL.8.800.4-40.11.001.2022.0053, ATL.8.800.4-40.11.001.2022.0051, ATL.8.800.4-40.11.001.2022.0035, ATL.8.800.4-40.11-003-2022-0015.	6
2023	ATL.8.800.4.40.11.002.2023-0058, ATL.8.800.4.40.11.002.2023-0048, ATL.8.800.4.40.11.002.2023-0050, ATL.8.800.4.40.11.002.2023-0007, ATL.8.800.4.40.11.001.2023-0070, ATL.8.800.4.40.11.002.2023-0008	6

Así las cosas, se identificó que en varios casos las actuaciones procesales fueron realizadas por fuera de los plazos legalmente establecidos, lo cual afecta el derecho de defensa de los investigados, vulnera el principio de oportunidad y compromete el debido proceso.

Lo anterior genera un riesgo jurídico relevante, en tanto puede derivar en la nulidad de las actuaciones administrativas y afecta la transparencia, la legalidad y la eficacia del procedimiento sancionatorio.

En consecuencia, se dispone el traslado del presente **hallazgo al Grupo de Instrucción Disciplinaria**, con el fin de que se evalúe la ocurrencia de posibles faltas disciplinarias por parte de los servidores públicos responsables y se determinen las responsabilidades a que haya lugar.

Recomendaciones:

- Garantizar el impulso procesal oportuno y permanente de los expedientes del Proceso Administrativo Sancionatorio, con el fin de evitar vencimientos de términos, paralización injustificada de etapas y afectación al principio de legalidad sancionatoria.
- Dar cumplimiento a los compromisos asumidos por la Gerencia Seccional Atlántico en el marco de los “Diagnósticos Procesos PAS” y a los cronogramas de actividades definidos en las reuniones del equipo jurídico, asegurando la verificación del avance de cada expediente, la incorporación de las observaciones emitidas por la Oficina Asesora Jurídica y el seguimiento a las metas trazadas.
- Implementar controles internos periódicos sobre la matriz Fénix, para realizar seguimiento técnico-jurídico al estado procesal de cada expediente, detectar inactividad o riesgos de vencimiento, y adoptar las medidas correctivas necesarias de forma preventiva.

5.11 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

5.11.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Tabla 28 Riesgos asociados a la unidad auditable

Nombre del Riesgo	Objetivo Estratégico	Zona 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	<ul style="list-style-type: none"> *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	<ul style="list-style-type: none"> * 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 administrativos sancionatorios (PAS)	Consolidar la Gestión Jurídica del ICA	Extrema	<ul style="list-style-type: none"> *Falta de personal de apoyo para adelantar las actuaciones dentro de los procesos administrativos sancionatorios *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 	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 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	<ul style="list-style-type: none"> *Omisión en la realización del estudio jurídico para la recomendación de iniciar o no la acción de repetición. *Omisión en la realización del Comité de conciliación para 	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

			determinar la viabilidad de iniciar o no la acción de repetición	
--	--	--	--	--

Observación 33. Materialización del Riesgo GJUR3: “Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por la omisión de actuaciones para impulsar los procesos administrativos sancionatorios (PAS)”

Áreas responsables: Gerencia Seccional Atlántico.

Durante el desarrollo de la auditoría se identificaron deficiencias en la gestión impulsora y el seguimiento oportuno de los Procesos Administrativos Sancionatorios (PAS) a cargo de la Seccional auditada, lo cual ha derivado en el incumplimiento de los términos legales establecidos para su trámite. Esta situación incrementa significativamente el riesgo de caducidad de la acción sancionatoria, evidenciando la materialización del riesgo identificado en el presente informe.

La inacción por parte de los funcionarios responsables compromete el debido ejercicio del poder sancionatorio del Instituto, y puede conllevar consecuencias de tipo disciplinario y fiscal. Conforme a lo dispuesto en el artículo 38 de la Ley 1437 de 2011 (CPACA), los procedimientos administrativos sancionatorios deben desarrollarse dentro de unos plazos estrictamente definidos; su inobservancia puede llevar a la pérdida de competencia para sancionar, afectando negativamente la gestión institucional, por lo cual se correrá traslado del presente informe de auditoría al Grupo de Instrucción Disciplinaria.

Recomendaciones

- Fortalecer los controles asociados al riesgo GJUR3, mediante la implementación de alertas automatizadas que adviertan el vencimiento de términos en los PAS, así como la asignación formal de responsables, con el fin de mitigar el riesgo de caducidad, pérdida de competencia y exposición institucional a sanciones fiscales o disciplinarias.
- Diseñar e implementar un procedimiento interno de seguimiento periódico a los procesos sancionatorios, con responsables definidos, trazabilidad documentada y reporte a nivel directivo, a fin de reducir la probabilidad de reiteración del riesgo y garantizar una gestión activa y preventiva de los PAS.

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

- Deficiencia en los mecanismos de seguimiento a los términos legales aplicables a los procesos administrativos sancionatorios, lo cual incrementa el riesgo de caducidad y compromete el cumplimiento de los fines sancionadores del Instituto.
- Falta sistemática de monitoreo funcional sobre los PAS, lo que representa un riesgo no documentado en el mapa institucional, con alta probabilidad de reiteración en futuras vigencias si no se adoptan correctivos oportunos.

5.13 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Unidad auditable sin Acciones de mejora pendientes en la Gerencia Seccional Atlántico

5.14 RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

Durante el desarrollo de la auditoría practicada a los Procesos Administrativos Sancionatorios (PAS) en la Gerencia Seccional Atlántico, se identificaron debilidades estructurales que comprometen el cumplimiento de los términos legales, el impulso oficioso de las actuaciones y la trazabilidad de los procedimientos. Estas falencias han conducido a la materialización del riesgo GJUR3, previamente registrado en el mapa de riesgos institucional.

La ausencia de actuaciones procesales oportunas en múltiples expedientes genera un riesgo elevado para la eficacia de la potestad sancionatoria del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA),

particularmente en lo relacionado con la posible caducidad de la acción administrativa, situación que podría traducirse en pérdida de competencia y en escenarios de impunidad administrativa.

Tales hallazgos afectan de manera directa principios fundamentales del actuar público, como la legalidad, celeridad, eficacia, responsabilidad y transparencia. De mantenerse esta situación, podrían configurarse eventuales responsabilidades disciplinarias y fiscales derivadas del incumplimiento de los deberes funcionales asignados.

Recomendaciones generales:

45

- 1. Implementación de un sistema de gestión del riesgo orientado al control de términos procesales:** Diseñar e incorporar mecanismos automatizados de seguimiento con alertas tempranas, responsables funcionales definidos y trazabilidad verificable de las actuaciones, que aseguren la adopción de decisiones dentro de los plazos legalmente establecidos y prevengan la configuración de causales de caducidad.
- 2. Fortalecimiento de la trazabilidad funcional mediante registros electrónicos estructurados:** Consolidar un sistema sistemático de documentación electrónica que permita evidenciar el curso individualizado de cada proceso sancionatorio, facilitando la labor de supervisión, el ejercicio del control interno y la actuación disciplinaria cuando sea procedente.
- 3. Adopción de un procedimiento estándar para la revisión periódica de expedientes sancionatorios:** Instituir un protocolo institucional que contemple matrices de control de tiempos y actuaciones críticas, permitiendo la detección oportuna de rezagos y la aplicación inmediata de medidas correctivas, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 38 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011).
- 4. Capacitación permanente del talento humano vinculado a los PAS:** Solicitar a la Oficina Asesora Jurídica la estructuración de jornadas formativas periódicas dirigidas a los servidores responsables de los PAS, con enfoque en el impulso oficioso, la gestión de términos, el uso eficiente de recursos jurídicos y la prevención de la inactividad procesal.
- 5.** Incluir formalmente en el mapa de riesgos institucional los riesgos identificados por la Oficina de Control Interno, tales como la deficiencia en el seguimiento de términos y la inacción funcional reiterada, a fin de gestionar su impacto y definir acciones de mitigación en el plan de tratamiento de riesgos.

6. PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL

6.1 TIPO DE PROCESO: APOYO

6.2 SUBPROCESO: N/A

6.3 UNIDAD AUDITABLE:

GRFT-GC-MP-001 Manual de Contratación.

6.4 OBJETIVO

Evaluar y analizar de manera independiente la implementación y la eficacia operativa de los controles internos aplicados en las actividades relacionadas con la gestión contractual, con el fin de determinar si estos mecanismos son adecuados para mitigar los riesgos asociados a dicho proceso.

La auditoría buscó verificar si los controles internos aplicados en la gestión contractual están adecuadamente diseñados, implementados y operando de manera eficaz para mitigar los riesgos asociados al proceso, asegurar el cumplimiento de la normativa vigente, y garantizar una administración basada en los principios de transparencia, eficiencia, legalidad y alineada con los objetivos institucionales.

6.4 ALCANCE

Verificación de la unidad auditable GRFT-GC-MP-001 Manual de Contratación, donde se evaluará la gestión del proceso en la vigencia 2024.

6.5 LIMITACIONES AL ALCANCE

No se presentaron restricciones en el acceso a la información ni a los recursos necesarios, lo que permitió adelantar el ejercicio auditor con fluidez, garantizando una revisión integral y la formulación de conclusiones debidamente sustentadas. Durante el desarrollo de la auditoría, se contó con la plena disposición y colaboración de la Gerencia Seccional Atlántico, lo cual fue determinante para el adecuado cumplimiento de los objetivos trazados.

46

6.6 CRITERIOS NORMATIVOS

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.

6.7 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 física y digital en la plataforma SECOP, que permitieron obtener y evaluar la evidencia de la auditoria, proporcionando una base razonable para la determinación de las debilidades encontradas.

6.7. 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.
- -Verificar el cargue de los documentos en la plataforma SECOP II.
- Evaluar el cumplimiento de la ejecución de los contratos.
- Verificar la liquidación y terminación de los contratos seleccionados en la muestra.

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

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 precontractuales o de selección, contractual y post contractual.
 - Informes de supervisión e interventoría de los contratos seleccionados

c. Muestreo aleatorio simple:

Tabla 29 Muestreo

TAMAÑO DE LA POBLACIÓN (N)	ERROR MUESTRAL ε	PROPORCIÓN DE ÉXITO (P)	NIVEL DE CONFIANZA	NIVEL DE CONFIANZA (Z)	FÓRMULA	MUESTRA ÓPTIMA
9	5%	5%	90%	1,645	51	9

6.8 MUESTRA

Las validaciones para esta auditoria se adelantaron de manera selectiva a los procesos contractuales celebrados durante el periodo comprendido en la vigencia 2024. con un total de 9 contratos.

A continuación, detallamos los contratos seleccionados.

Tabla 30 Muestra seleccionada

ITEM	No. CONTRATO	OBJETO	VALOR CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL
1	ATL-21-02-2024	ADQUISICIÓN E INSTALACIÓN DE AIRES ACONDICIONADOS EN LOS LABORATORIOS DE LA SUBGERENCIA DE ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO DEL ICA SECCIONAL ATLÁNTICO	\$ 6.452.000	28/06/2024	27/07/2025
2	ATL-21-07-2024	SERVICIO DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES MISIONALES DEL ICA	\$700,763,5	17/09/2024	30/12/2024
3	ATL-21-09-2024	SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE REDES SANITARIAS EXTERNAS E INTERNAS (TUBERIAS, CAJAS E INSPECCION) DE LOS LABORATORIOS DE LA SUBGERENCIA DE ANÁLISIS DIAGNÓSTICO ICA SECCIONAL ATLÁNTICO	\$ 6.604.500	17/10/2024	16/11/2024
4	ATL-21-11-2024	SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO CON REPUESTOS INCLUIDOS DE LOS AIRES ACONDICIONADOS DE LAS OFICINAS DEL ICA SECCIONAL ATLANTICO	\$ 24.000.000	17/10/2024	31/10/2024
5	ATL-21-12-2024	SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO CON SUMINISTRO DE REPUESTOS Y CONTRATAR EL SERVICIO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE GASES Y EXPEDICIÓN DEL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO, PARA VEHÍCULOS AUTOMOTORES (CARROS, CAMPEROS, CAMIONETAS Y MOTOCICLETAS) QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA GERENCIA SECCIONAL Y OFICINAS LOCALES DE ATLÁNTICO	\$ 37.350.000	17/10/2024	31/12/2024

6	ATL-21-13-2024	SERVICIO DE PODAS Y JARDINERIA DE ZONAS VERDES DE LA GERENCIA SECCIONAL Y OFICINA LOCAL DEL ATLANTICO	\$ 7.000.000	31/10/2024	30/11/2024
7	ATL-21-14-2024	SERVICIO DE FUMIGACIÓN Y MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS EN LA INSTALACIONES DE LA GERENCIA SECCIONAL Y OFICINAS LOCALES DE ATLÁNTICO	\$ 5.792.896	31/10/2024	30/11/2024
8	ATL-21-15-2024	ADQUISICIÓN E INSTALACIÓN DE AIRES ACONDICIONADOS EN LA GERENCIA SECCIONAL Y OFICINAS LOCALES DE ATLÁNTICO	\$ 18.000.000	6/11/2024	5/12/2024
9	ATL-21-16-2024	ARRENDAMIENTO DE BIEN INMUEBLE PARA FUNCIONAMIENTO DE LA OFICINA LOCAL DEL ICA EN EL MUNICIPIO DE SABANALARGA - ATLANTICO	\$ 74.634.858	1/11/2024	31/07/2026

6.9 FORTALEZAS

Dentro del análisis realizado al procedimiento de la unidad auditable de Gestión Contractual, se identificaron fortalezas significativas relacionadas con la estandarización documental y la aplicación coherente de la normativa vigente en materia de contratación pública. Adicionalmente, se evidenció un adecuado cumplimiento de los principios de planeación, selección objetiva y transparencia, lo cual contribuye a la eficiencia en la gestión y a la mitigación de riesgos contractuales.

6.10 RESULTADOS

Observación 34: Omisión reiterada en el cargue de los documentos que soportan la ejecución del plan de pagos de los contratos en la plataforma SECOP II, lo cual evidencia una falla en las funciones de supervisión establecidas en el numeral 9.1.3 del Manual de Contratación GJUR-OAJ-M-001 V.1. Esta disposición obliga al supervisor a realizar seguimiento al cumplimiento del cronograma contractual y a dejar constancia documental de los pagos efectuados.

Área responsable: Gerencia Seccional Atlántico

Durante el desarrollo de la auditoría se identificó una omisión persistente por parte de la Gerencia Seccional Atlántico en el cumplimiento del deber funcional relacionado con el registro sistemático de los documentos que respalden la ejecución del plan de pagos de los contratos, dentro de la plataforma institucional de gestión contractual. Esta omisión constituye un incumplimiento de lo previsto en el numeral 9.1.3 del Manual de Contratación, el cual establece como responsabilidad del supervisor contractual el seguimiento riguroso al cronograma de pagos y la conservación de soportes documentales, ya sean físicos o digitales, que acrediten dicho cumplimiento.

La falta de trazabilidad documental vulnera principios fundamentales de la función administrativa, tales como la eficiencia, la responsabilidad y la publicidad, consagrados en el artículo 209 de la Constitución Política, así como los postulados del artículo 3° de la Ley 1474 de 2011. Adicionalmente, se incumple lo dispuesto en el numeral 9.4 del Manual de Contratación, que exige al supervisor alimentar de manera oportuna la plataforma institucional con los documentos correspondientes a cada etapa del proceso contractual.

Esta deficiencia no solo eleva el riesgo de realizar desembolsos sin el debido respaldo, sino que además debilita los mecanismos de control jurídico y compromete la transparencia en la ejecución de los recursos públicos. La omisión identificada afecta de forma directa la rendición de cuentas

institucional y limita la capacidad de defensa jurídica del Instituto ante eventuales litigios o requerimientos por parte de los entes de control.

Recomendaciones:

- Establecer un punto de control estricto para el registro sistemático, completo y verificable de los documentos que respalden el plan de pagos en la plataforma institucional, en cumplimiento de los numerales 9.1.3 y 9.4 del Manual de Contratación.
- Implementar un protocolo de supervisión jurídica interna que permita validar los documentos cargados en la plataforma frente a los desembolsos realizados.
- Incorporar como condición previa para la autorización del cumplimiento contractual la verificación jurídica de la existencia de soportes documentales que acrediten la ejecución del plan de pagos.

49

Observación 35: Falencias en la actualización del estado contractual en la plataforma SECOP II, dado que la totalidad de contratos finalizados continuaban registrados como “en ejecución”, sin que existiera una justificación legal ni cierre formal del proceso. Esta situación constituye una inobservancia del principio de realidad jurídica-operativa y del numeral 9.1.5 del Manual de Contratación GJUR-OAJ-M-001 V.1.

Área responsable: Gerencia Seccional Atlántico.

Se observó que la totalidad de los procesos contractuales que han finalizado su ejecución continúan en estado de *ejecución* en la plataforma institucional y en el SECOP II, sin existir justificación legal documentada ni cierre formal del proceso. Esta situación desconoce lo previsto en el numeral 9.1.5 del Manual de Contratación, que exige mantener actualizado el estado contractual conforme a la realidad jurídica y operativa.

Tal omisión compromete los principios de planeación, legalidad y responsabilidad contenidos en el artículo 26 de la Ley 80 de 1993, además de generar riesgos jurídicos como dobles obligaciones, reiteración de pagos no justificados y reporte erróneo ante órganos de control. Asimismo, impide una depuración adecuada del universo contractual y limita el ejercicio del control preventivo.

En concordancia con esto, el artículo 2.2.1.1.2.4.3. del Decreto 1082 de 2015, establece que: “Vencidos los términos de las garantías de calidad, estabilidad y mantenimiento, o las condiciones de disposición final o recuperación ambiental de las obras o bienes, la Entidad Estatal debe dejar constancia del cierre del expediente del Proceso de Contratación” (Énfasis fuera de texto). Según estas disposiciones, el Proceso de Contratación termina cuando: a) se ha cumplido el plazo del contrato; b) se han vencido las garantías de calidad, estabilidad y mantenimiento; o c) se ha vencido el plazo de cumplimiento de las condiciones de disposición final o recuperación ambiental de las obras o bienes, lo que ocurra más tarde. Dentro de este plazo se comprende, el periodo de liquidación de los contratos al que se refiere el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007

Desde la perspectiva de gestión contractual y jurídica, esta situación puede derivar en conflictos sobre la vigencia de derechos y obligaciones contractuales. Además, puede acarrear cuestionamientos sobre la gestión fiscal y administrativa, en la medida en que se dificultan los cierres contables y la definición de saldos presupuestales vinculados a contratos que ya han expirado en su término contractual.

Recomendaciones:

- Adoptar un protocolo jurídico de cierre y liquidación de los procesos contractuales que incluya el cambio del estado en plataforma y en el SECOP II.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Establecer controles periódicos para verificar la consistencia del estado contractual reportado frente a la ejecución real del contrato.
- Indicar a los supervisores que justifiquen por escrito el o los motivos por los cuales no se ha realizado la liquidación, así como cualquier retardo en el cierre o cambio de estado de los contratos en las plataformas oficiales.

Observación 36: Incumplimiento del término legal para la liquidación de contratos en la plataforma SECOP II, superando el plazo legal establecido en el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007. Esta omisión constituye una falta en el cumplimiento de las funciones asignadas al supervisor contractual, conforme lo dispone el numeral 9.1.6 del Manual de Contratación GJUR-OAJ-M-001 V.1, el cual establece la obligación de adelantar la liquidación de manera oportuna.

50

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico.

La ausencia de la liquidación formal de los contratos impide establecer con claridad y respaldo jurídico el cumplimiento de las obligaciones pactadas entre la Entidad y el contratista. Esta omisión representa una debilidad crítica en la fase de cierre contractual y compromete la capacidad institucional para responder de manera adecuada frente a eventuales litigios o requerimientos de organismos de control, al no contar con un documento que certifique el estado final de ejecución y los saldos pendientes, si los hubiere.

Se identificó el incumplimiento de la obligación legal de liquidar los contratos dentro del término de cuatro (4) meses posteriores a su finalización, según lo estipulado en el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007. Esta situación, reiterada en varios expedientes, evidencia una falla sistemática en el seguimiento al ciclo de ejecución del contrato y una inobservancia del deber funcional asignado al supervisor contractual en el numeral 9.1.6 del Manual de Contratación, el cual establece la responsabilidad de gestionar de manera oportuna el proceso de liquidación.

La falta de liquidación oportuna conlleva riesgos relevantes para la Entidad, como la pérdida de oportunidad para ejercer acciones contractuales, la prescripción de derechos, la omisión de deberes no ejecutados y la inexistencia de un cierre técnico-jurídico que respalde la gestión contractual. Además, esta falencia puede constituir una conducta negligente que derive en eventuales responsabilidades disciplinarias, fiscales o contables por omisión en el ejercicio de las funciones asignadas.

Recomendaciones:

- Implementar un sistema de alertas institucionales que notifique la proximidad del vencimiento del término legal de cuatro (4) meses para la liquidación, una vez finalizada la ejecución contractual.
- Instruir formalmente a los supervisores contractuales sobre la obligatoriedad de iniciar, sin dilación, el trámite de liquidación al concluir el contrato, como parte integral del seguimiento técnico y jurídico.
- Asignar en cada dependencia un responsable específico del cumplimiento del cronograma de liquidaciones, con reporte y seguimiento mensual desde la Oficina Asesora Jurídica, a fin de garantizar el cierre oportuno y conforme a la normatividad vigente.
- Liquidar de manera inmediata los aquellos contratos en que la ejecución haya finalizado, de no realizarse de forma bilateral, tomar las acciones jurídicas pertinentes.
- Cerrar los expedientes electrónicos de los contratos que hayan cumplido con las obligaciones post-contractuales a las que se refiere el 2.2.1.1.2.4.3 del Decreto 1082 de 2015.

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

- Cerrar los expedientes electrónicos de los contratos cuyo plazo de ejecución y término para liquidar hayan finalizado, en los que no se hayan incluido garantías de calidad, estabilidad y mantenimiento, ni obligaciones post-contractuales.
- Cerrar el expediente electrónico de los contratos cuyo plazo de ejecución haya finalizado, que no requieran de liquidación o no se encuentren pendientes obligaciones post-contractuales pendientes.

Observación 37: Incumplimiento de la Tabla de Retención Documental y ausencia de criterios técnicos en la organización, codificación y custodia de los expedientes de los Procesos Contractuales, afectando la trazabilidad, integridad y legalidad de los contratos, su perfeccionamiento y validez.

51

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico

Se verificó que, a pesar de la existencia de una Tabla de Retención Documental (TRD) institucionalmente adoptada por el ICA, el archivo de los expedientes de los procesos contractuales, presenta falta de organización generalizada. Durante la auditoría, se constató la ausencia de documentación precontractual, codificación, foliación, estructura documental estandarizada y digitalización organizada de los procesos, lo cual dificulta su trazabilidad, conservación y consulta efectiva.

Esta situación constituye una infracción a la normatividad archivística aplicable y a los lineamientos técnicos previstos en el Manual GJUR-OAJ-M-001 V.1, afectando la integridad, legalidad y transparencia de las actuaciones administrativas.

Se evidenció la inexistencia de un sistema documental estructurado para los expedientes del procedimiento de Gestión Contractual, incumpliendo las disposiciones establecidas en las Tablas de Retención Documental (TRD) del ICA. La revisión permitió constatar que varios expedientes carecen de codificación, foliación, estructura de archivo y sistematización de la información procesal, dificultando su trazabilidad, custodia y consulta posterior.

Esta situación representa una vulneración a las normas de archivo y a los lineamientos del proceso sancionatorio establecidos en el Manual GJUR-OAJ-M-001 V.1, afectando el principio de transparencia, así como la integridad probatoria de los documentos administrativos. Adicionalmente, constituye un factor de riesgo jurídico en caso de requerimientos de control o litigios.

Recomendaciones:

- Estandarizar la codificación, foliación y archivo físico y digital de los expedientes sancionatorios conforme a las TRD institucionales.
- Adoptar un sistema centralizado de gestión documental que permita la trazabilidad del estado de cada expediente.
- Capacitar al personal designado sobre el manejo documental exigido por las TRD y el Manual de Contratación.
- Realizar revisiones internas semestrales sobre los expedientes, con foco en la verificación de cumplimiento normativo documental.

Observación 38: Insuficiencia en los mecanismos internos de trazabilidad procesal, vulneración del principio de planeación y pérdida de oportunidad en la actuación administrativa.

Área Responsable: Gerencia Seccional Atlántico

Durante el ejercicio auditor adelantado a la Gerencia Seccional Atlántico, se evidenció una deficiencia estructural en los mecanismos de control y seguimiento a las etapas de los procesos contractuales ejecutados, originada en la inexistencia de una matriz interna, que permita registrar de manera oportuna, clara y verificable los estados y avances de cada proceso contractual.

Siendo así, no se identificó la existencia de una herramienta de control paralela al aplicativo SECOP 2, como una matriz interna o tablero de gestión, que permita identificar oportunamente los vencimientos de términos, las etapas del proceso o su finalización para la liquidación y cierre. Esta falencia representa una afectación directa al principio de planeación, y debilita la capacidad institucional para responder de manera oportuna a las exigencias del trámite sancionatorio.

Recomendaciones:

- Diseñar e implementar un tablero de control institucional que permita el monitoreo actualizado, técnico y permanente del estado de los procesos contractuales en las etapas precontractual, contractual y poscontractual, registrando fechas, plazos, tipología, cuantías responsables, términos y vencimientos.
- Establecer mecanismos de actualización y verificación periódica de dicha herramienta, garantizando la articulación entre el área jurídica, los sistemas de información y la Oficina Asesora Jurídica.
- Designar un responsable del control de términos y del mantenimiento de la matriz, con funciones claras de reporte, validación y retroalimentación jurídica.
- Incorporar sistemas de alertas automatizadas o revisiones semanales para anticiparse a la configuración de causales de nulidad o caducidad, fortaleciendo así la seguridad jurídica y la transparencia del procedimiento.

6.11 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

6.11.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

RIESGOS ASOCIADOS:

Tabla 31 Riesgos asociados a la unidad auditable

Nombre del Riesgo	Objetivo Estratégico	Zona 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. 3. El supervisor de contrato designado verifica el cumplimiento

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

				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 contrata	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.

6.11.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

Observación 39. 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”.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Atlántico

Teniendo en cuenta las observaciones formuladas en el presente informe, se evidencian fallas reiteradas en la fase de cierre contractual, entre las que se destacan el incumplimiento de los plazos legales para la liquidación de contratos, la falta de actualización en el estado de los contratos tras su finalización, y la omisión en el cargue de los documentos soporte correspondientes al plan de pagos en la plataforma SECOP. Estas deficiencias impactan negativamente los principios de planeación y control, dificultan la trazabilidad de la ejecución contractual y concretan riesgos previamente identificados, afectando directamente la eficacia del sistema de supervisión institucional.

En virtud de lo anterior, se procederá a remitir el presente informe de auditoría al Grupo de Instrucción Disciplinaria, a fin de que se analice la posible comisión de faltas disciplinarias por parte de los responsables, y se establezcan las responsabilidades que correspondan, de conformidad con la normativa vigente.

Recomendaciones:

- Diseñar e implementar una herramienta de control institucional que consolide, en tiempo real, la información sobre el estado de ejecución, liquidación y cumplimiento documental de los contratos, alimentada por los responsables de cada etapa del proceso contractual. Esta tabla de control deberá incorporar alertas automáticas que permitan detectar vencimientos u omisiones, con el fin de prevenir la pérdida de control sobre las obligaciones contractuales.
- Realizar un seguimiento técnico periódico a las herramientas de control implementadas, verificando su correspondencia con la situación real de los contratos. En caso de detectar inconsistencias, omisiones o información desactualizada, se deberán aplicar de manera inmediata las acciones correctivas necesarias para evitar impactos negativos en la gestión documental, el control fiscal y la responsabilidad funcional.
- Liquidación y cierre inmediato de los procesos contractuales en los que ha finalizado el plazo de ejecución.

6.12 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

En el marco de la auditoría interna realizada al procedimiento **Manual de Contratación**, el auditor realizó seguimiento a las acciones vencidas relacionadas con la unidad auditable correspondiente a la **vigencia 2018**, cuyos resultados se consolidan en la presente tabla de observación. Dicho seguimiento se enmarca en el proceso de control interno orientado a verificar la implementación de acciones de mejora y el cumplimiento de los compromisos establecidos por el área responsable en auditorías previas.

Tabla 32 Seguimiento acciones de mejoramiento unidad auditable

No. OBS	No. ACC	ACCIÓN DE MEJORA	COMPROMISO/RECOMENDACIÓN
22	1	En el acta de entrega de bienes a contratista (Forma 4-1008), se detallará el bien suministrado, su estado y la placa como activo del ICA.	100% AVANCE En la revisión realizada se evidenció que se implementado el lleno de la (Forma 4-1008), acta de entrega de bienes a contratista. Recomendaciones OCI: Envío del expediente con la forma relacionada diligenciada para otorgar cumplimiento.
23	1	Al finalizar el contrato se requerirá al contratista la suscripción del acta de devolución de bienes suministrados para el cumplimiento del objeto contractual (Forma 4-1009), donde se detalle su descripción, la placa y el estado del bien.	100% AVANCE En la revisión realizada se evidenció que se implementado el lleno de la (Forma 4-1009), acta de entrega de bienes a contratista. Recomendaciones OCI: Envío del expediente con la forma relacionada diligenciada para otorgar cumplimiento.

6.13 RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

Del análisis efectuado en el marco de la auditoría, se identificaron deficiencias estructurales en diversas fases del ciclo contractual, que comprometen tanto la legalidad como la eficacia de la gestión contractual en la Entidad. Se observaron omisiones reiteradas en la etapa de cierre de los contratos, tales como el incumplimiento de los plazos establecidos para la liquidación, la no actualización del estado de los contratos una vez finalizada su ejecución, y la ausencia del cargue oportuno de los documentos soporte del plan de pagos en el SECOP2. Estas falencias no solo dificultan la trazabilidad del proceso contractual, sino que también materializan riesgos previamente advertidos en el mapa institucional, afectando los principios de transparencia, responsabilidad, eficiencia y planeación consagrados en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.

Asimismo, se evidenció debilidad en la etapa precontractual respecto a la conformación del expediente contractual, en especial la ausencia de algunos documentos esenciales para la validez del proceso, como los estudios previos completos, certificaciones presupuestales y justificaciones técnicas. Estas omisiones podrían comprometer la legalidad de los contratos suscritos y abrir escenarios de nulidad, pérdida de recursos o imposibilidad de defensa jurídica en caso de controversias.





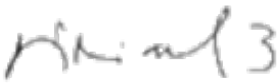
Frente a estas situaciones, se hace necesario adoptar medidas correctivas y preventivas para asegurar el cumplimiento del marco normativo y fortalecer el control interno de la gestión contractual.

Recomendaciones:

- Fortalecer el cumplimiento de la liquidación contractual:
 - Establecer un cronograma de liquidaciones con responsables definidos por contrato y plazos ajustados al artículo 11 de la Ley 1150 de 2007.
 - Implementar alertas automáticas que notifiquen a los supervisores y áreas responsables sobre la proximidad del vencimiento del término legal de liquidación.

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

- Incluir en el proceso de verificación jurídica previa una revisión del cumplimiento del plan de pagos, con el soporte documental cargado en la plataforma institucional.
2. Asegurar la validez y legalidad de los contratos desde la etapa precontractual:
- Adoptar listas de verificación obligatoria para cada proceso precontractual, que incluyan estudios previos completos, certificación de disponibilidad presupuestal, análisis de riesgos, justificación de modalidad de selección, y demás documentos requeridos por la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y sus decretos reglamentarios.
 - Prohibir la adjudicación o firma de contratos que no cuenten con expedientes precontractuales completos y validados por el equipo jurídico o la dependencia competente.
3. Implementar control y trazabilidad documental permanente:
- Centralizar los expedientes contractuales en medios electrónicos institucionales, con acceso restringido y trazabilidad de cargue de documentos en cada etapa.
 - Capacitar permanentemente a supervisores y ordenadores del gasto sobre la conformación, custodia y actualización del expediente contractual, incluyendo el deber funcional de reportar información veraz y completa.
4. Mejorar la supervisión técnica, financiera y jurídica:
- Estandarizar formatos para informes de supervisión que integren análisis de ejecución física, financiera y cumplimiento de plazos, conforme a los artículos 83 de la Constitución y 4° de la Ley 1474 de 2011.
 - Establecer controles cruzados entre áreas (jurídica, financiera, técnica) que permitan validar los avances y el cumplimiento de obligaciones contractuales en tiempo real.
5. Reforzar la función preventiva como primera línea de defensa:
- Promover auditorías periódicas internas enfocadas en etapas críticas como la precontractual, ejecución y liquidación, así como la revisión de procedimientos de supervisión.
 - Generar reportes ejecutivos periódicos a los niveles directivos con alertas sobre posibles incumplimientos o riesgos identificados en tiempo oportuno.

FIRMA DE APROBACIÓN	NOMBRE Y FIRMA DEL(LOS) AUDITOR(ES)	FECHA DE APROBACIÓN
<div>Sandra Piedad Riaño Bustamante</div> <div>Jefe Oficina Control Interno</div> <div></div>	<div></div> <div>Aranza Rocío Vargas Solano</div>	14-08-2025
	<div></div> <div>Daniel Fernando Jiménez Cadena</div>	
	<div></div> <div>Emmy Montoya Velosa</div>	
	<div></div> <div>Liliam Ivonne Bobadilla Torres</div>	