

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

ÁREA AUDITADA: GERENCIA SECCIONAL NARIÑO			
TIPO DE AUDITORÍA: Auditoría Interna <input checked="" type="checkbox"/> Auditoría de Cumplimiento <input type="checkbox"/> Auditoría de seguimiento <input type="checkbox"/> Auditorías específicas: _____ Auditorías de sistemas o de TIC: _____ ¿Cuál? _____			
LUGAR DE DESARROLLO DE LA AUDITORÍA			
Gerencia Seccional <input checked="" type="checkbox"/> Oficina Local <input type="checkbox"/> PAPF <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____			
FORMA DE DESARROLLO DE LA AUDITORÍA: Presencial <input checked="" type="checkbox"/> Remota <input type="checkbox"/> Mixta			
VIGENCIA: 2025			
FECHA DE INICIO: 04/11/ 2025		FECHA DE FINALIZACIÓN: 07/11/2025	
TIPO DE INFORME:	Preliminar <input type="checkbox"/> Definitivo <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha: 09-01-2026	

1. PROCESO: PROTECCIÓN ANIMAL

1.1. TIPO DE PROCESO: MISIONAL

1.2. SUBPROCESO: GESTIÓN DE SANIDAD ANIMAL

1.3. UNIDAD AUDITABLE: SISTEMA NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN DE GANADO BOVINO – SINIGAN

1.4. OBJETIVO

Verificar la funcionalidad de uso de SINIGAN, en el marco del convenio interadministrativo de delegación 20160925 de 01/09/2016, celebrado entre el Ministerio Agricultura y Desarrollo Rural y el Instituto Colombiano Agropecuario.

1.5. ALCANCE

En el contexto de la auditoría interna al Sistema Nacional de Identificación e Información de Ganado Bovino - SINIGAN, se identificó el instructivo CRI-CRS-I-SA-FA-010 VERIFICACIÓN EN SIGMA AL PROCESO DE EXPEDICIÓN DE GSMI el cual permite hacer seguimiento a la funcionalidad del aplicativo y al manejo por parte de los responsables de los Puntos de Servicio al Ganadero (PSG) e involucra el procedimiento PRA-SPA-P-008 ACTUALIZACION DE INVENTARIOS EN SIGMA APLICADO A BOVINOS Y BUFLINOS, por cuanto la auditoría se basó en la verificación del cumplimiento de las tareas establecidas en los dos documentos, específicamente los relacionado de manera directa con el aplicativo SINIGAN; en cuanto a lo gestionado en la vigencia 2024 y lo transcurrido de la vigencia 2025. El desarrollo de la auditoría se llevó a cabo en las oficinas de la Seccional Nariño, con la participación de la profesional líder seccional de movilización.

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

1.6. LIMITACIONES AL ALCANCE

No se presentó limitación alguna al alcance de esta auditoría.

1.7. CRITERIOS

Convenio interadministrativo 20160925 de 01/09/2016, celebrado entre el Ministerio Agricultura y Desarrollo Rural y el Instituto Colombiano Agropecuario.

CRI-CRS-I-SA-FA-010 VERIFICACIÓN EN SIGMA AL PROCESO DE EXPEDICIÓN DE GSMI

PRA-SPA-P-008 ACTUALIZACION DE INVENTARIOS EN SIGMA APLICADO A BOVINOS Y BUFALINOS

1.8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

1.8.1. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de auditoría se utilizaron técnicas como:

- Inspección: se realizó revisión de la documentación, lo cual constituyó las actas de verificación de auditoría a usuario, expedición de GSMI y movimiento de animales.
- Observación: se realizó revisión y análisis del instructivo y el procedimiento, objeto de auditoría y las formas asociadas.
- Indagación: se realizó entrevista con la líder seccional de movilización, a fin de definir la implementación del instructivo auditado.

1.8.2. MUESTRA

Se realizó la inspección a 8 actas de verificación emitidas durante 2025, por parte de la líder del programa.

1.8.3. FORTALEZAS

Se reconoce el profesionalismo del líder del programa, lo cual permite asegurar la implementación de acciones de mejora que permitan subsanar las observaciones encontradas.

1.8.4. RESULTADOS

Se observó el procedimiento PRA-SPA-P-008 ACTUALIZACION DE INVENTARIOS EN SIGMA APLICADO A BOVINOS Y BUFALINOS y se determinó que este establece los lineamientos para realizar la modificación de inventarios cuando esto sea necesario, ya sea asociado a registro de vacunación contra aftosa o recategorización, pero no interviene en la funcionalidad del aplicativo para el control de la emisión de GSMI y por ende el control y la preservación del estatus sanitario del país y la inocuidad.

Observación 1. El documento del instructivo CRI-CRS-I-SA-FA-010 VERIFICACIÓN EN SIGMA AL PROCESO DE EXPEDICIÓN DE GSMI no da cumplimiento al procedimiento GIT-GCD-P-001PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS, dado que presenta algunas falencias en su estructura que afectan su implementación

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Responsable: Movilización y Trazabilidad

Se realizó la lectura correspondiente del documento y se encontraron las siguientes deficiencias estructurales:

- El título no identifica de manera correcta el documento, dado que este especifica los lineamientos para el seguimiento de expedición GSMI a través, no solo, del aplicativo SIGMA, si no, también, el aplicativo SINIGAN
- La relación del responsable, las tareas a realizar y el resultado de estas, no se lleva a cabo como lo solicita la forma 4-602 “Instructivo”. De otra parte, el resultado de las tareas no corresponde a productos evidenciables y, por ende, trazables.
- En el numeral 3 no se relacionan todas las formas involucradas en la implementación del instructivo

Recomendación

Hacer revisión del instructivo y hacer las modificaciones necesarias a fin de dar cumplimiento a los lineamientos de control documental institucional.

Observación 2. No se realiza notificación por parte de la Gerencia Seccional a Trazabilidad los usuarios de SINIGAN que ya no tienen nexo alguno con el ICA, se trate de funcionarios, contratistas, o cualquier tipo de PSG.

Se revisaron los usuarios de SINIGAN que se encontraban activos en la oficina local de Pasto, al momento de la auditoría y se encontraron 25 personas activas, de las cuales cinco se encuentran suscritos a la Gerencia Seccional, cuatro de ellas pertenecen a Sanidad Animal, uno a Sanidad Vegetal, nueve son técnicos de la Seccional, dos provisionales universitarios de la Seccional, uno adscrito directamente a la Seccional, dos sin dato en el sistema y uno (Silvio Alexander Estrada Bolaños) no tiene nexo con el ICA.

Responsables: Gerencia Seccional Nariño
Movilización y Trazabilidad

Recomendación

Establecer un mecanismo de comunicación entre la Gerencia Seccional y Trazabilidad que, permita notificar las novedades que se presenten, respecto a los usuarios internos de SINIGAN, a fin de inactivar el rol que les fue asignado y evitar que, sin nexo con el ICA, tenga oportunidad de emitir GSMI o realizar alguna actividad a través del aplicativo.

Observación 3. No se da cumplimiento a los lineamientos establecidos en el instructivo CRI-CRS-I-SA-FA-010 VERIFICACIÓN EN SIGMA AL PROCESO DE EXPEDICIÓN DE GSMI, por parte de la Seccional Nariño, dado que no se implementan todas las tareas en él establecidas

Responsables: Gerencia Seccional Nariño

Se indagó la implementación del instructivo para la verificación de la emisión de GSMI en la Seccional Nariño y se encontró que, no se implementan todas las tareas que se encuentran descritas en el mismo:

- No se realiza la primera fase de la verificación, la cual consiste en realizar un seguimiento virtual a los usuarios de SINIGAN (numeral 2, página 1).
- No se elabora un informe preliminar de acta.
- No se evidenció cumplimiento del aparte “Desarrollo de la verificación” (página 16).

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Las actas elaboradas como soporte de las verificaciones no cuentan con información clara que permita hacer una lectura de la situación de los usuarios verificados.
- No se realiza verificación al total de usuarios de SINIGAN de la seccional

Recomendación

Es necesario asegurar que el líder seccional y los servidores públicos responsables de la expedición de GSMI a través del aplicativo SINIGAN, conozcan perfectamente los documentos asociados a la actividad de verificación, de forma que la implementación de estos no presente falencias que puedan incrementar la probabilidad de materialización de riesgo.

1.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

1.9.1. RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

COR-Posibilidad de afectación reputacional por expedición de Guías Sanitarias de Movilización Interna (GSMI) por parte de usuarios o servidores públicos, así como Certificaciones de predios libres de Brucelosis o Tuberculosis, Certificaciones de compartimentos libres de PPC o Newcastle, para favorecimiento propio o de un tercero.

1.9.2. MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

Analizado el riesgo establecido en el mapa de riesgos institucional, relacionado con el Sistema de Identificación e información de ganado Bovino, el cual es COR-Posibilidad de afectación reputacional por expedición de Guías Sanitarias de Movilización Interna (GSMI) por parte de usuarios o servidores públicos, así como Certificaciones de predios libres de Brucelosis o Tuberculosis, Certificaciones de compartimentos libres de PPC o Newcastle, para favorecimiento propio o de un tercero, no se evidenció materialización de este. No obstante, la no materialización, sí se encontró la falta de un control que no permita que un usuario que ya no se encuentre adscrito al ICA continúe con la posibilidad de emitir GSMI. Se requiere establecer un control que asegure que se notifique a la DTSA los usuarios que deben ser desactivados luego de terminar el nexo con el ICA.

De otra parte, el proceso de verificación no permite trazar completamente la actividad de cada uno de los usuarios de SINIGAN, dado que no correlaciona completamente las actividades con el horario de estas. Adicionalmente, las bases de datos reportadas en la verificación son de difícil lectura para trazabilidad, lo cual incrementa el riesgo de emitir GSMI sin el cumplimiento de la normatividad, sin que sea detectado en la verificación.

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

En el desarrollo de la auditoría no se identificaron riesgos adicionales que debieran ser registrados en la matriz de riesgos del ICA.

1.10. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Para la unidad auditada objeto de esta auditoría no se encontró Plan de Mejoramiento alguno que, estuviese pendiente de cumplimiento.

1.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

No se da cumplimiento a los lineamientos establecidos en el instructivo CRI-CRS-I-SA-FA-010 VERIFICACIÓN EN SIGMA AL PROCESO DE EXPEDICIÓN DE GSMI.

La verificación es un control deficiente del sistema que, no permita mitigar con certeza el riesgo de emisión de GSMI sin cumplimiento de controles, por cuanto no se da cumplimiento a los objetivos establecidos en el convenio interadministrativo de delegación 20160925 de 01/09/2016.

Es necesario revisar la funcionalidad del aplicativo, a fin de que esta cuente con controles eficientes que permitan asegurar la mitigación del riesgo de emisión de GSMI sin cumplir con los lineamientos normativos y que permita la detección de mitigación del riesgo, si lo hubiere.

Es imperante tener en cuenta que, de acuerdo con la Ley General de Archivos (Ley 594 de 2000), el código único disciplinario (Ley 1952 de 2019) y el Decreto 2609 de 2012, los servidores públicos tienen obligación de consultar los documentos institucionales asociados a sus funciones, los cuales se constituyen en una herramienta indispensable para la administración y el buen servicio ciudadano, minimizando el riesgo de afectación institucional al sistema de gestión.

2. PROCESO: PROTECCIÓN ANIMAL

2.1. TIPO DE PROCESO: MISIONAL

2.2. SUBPROCESO: GESTIÓN DE SANIDAD ANIMAL

2.3. UNIDAD AUDITABLE: CRI-CRS-I-SA-ACU-002 Certificación De establecimientos de Acuicultura Bioseguros

2.4. OBJETIVO

Evaluar que la implementación de los instructivos se esté llevando a cabo acorde con las tareas y lineamientos establecidos en el mismo, se de alcance al objetivo propuesto y cumplimiento a lo establecido en la resolución 20186 de 26/12/2016.

2.5. ALCANCE

La auditoría se basó en la verificación del cumplimiento de las tareas establecidas en el instructivo CRI-CRS-I-SA-ACU-002 CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ACUICULTURA BIOSEGUROS en cuanto a lo gestionado en la vigencia 2024-2025; El desarrollo de la auditoría se llevó a cabo en las oficinas de la Seccional Nariño, con sede en la ciudad de pasto, con la participación del Médico Veterinario líder del proyecto acuícola de la seccional y la medico veterinaria, profesional contratista de apoyo al proyecto.

Se evaluó la coherencia del instructivo con las Forma 3-1200 Lista de Chequeo Establecimiento de Acuicultura bioseguro “Sistema productivo acuicultura de recursos limitados (AREL)”; Forma 3-1201 Lista de chequeo Establecimiento de Acuicultura bioseguro “Sistema productivo en Estanques”; Forma 3-1202 Lista de chequeo Establecimiento de Acuicultura bioseguro “sistema productivo en jaulas”; asociadas. Adicionalmente, con el instructivo PRA-SPA-I-001 Reporte De Actividades Mensuales Del Plan De Acción Operativo De La Dirección Técnica De Sanidad Animal, en lo concerniente y la forma 3-1336 “Consolidado de actividades programa nacional de vigilancia y control de enfermedades de animales acuáticos”, relacionada.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

De igual manera, se evaluará la implementación de los controles establecidos para la mitigación de los riesgos asociados al proceso desarrollado en el instructivo.

2.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

No se requirió la revisión de las metodologías de inspección e indagación sobre el instructivo PRA-SPA-I-003 DILIGENCIAMIENTO DE LA LISTA CHEQUEO CERTIFICACIÓN ESTABLECIMIENTOS DE ACUICULTURA BIOSEGUROS NIVEL EQUIVALENCIA R.20186- BAP GRANJAS- ALEVINERAS Y NTC 5700 y la forma 3-1306, correspondiente; debido a que no se reportaron predios en la Seccional Nariño que, estuviese asociada a la Norma Técnica Colombiana (NTC) 57000 o equivalentes.

2.7 CRITERIOS

- Resolución 20186 de diciembre 26 de 2016 “Por medio de la cual se establecen las condiciones sanitarias y de bioseguridad, en la producción primaria de animales acuáticos, para obtener el certificado como Establecimiento Acuícola Bioseguro”.
- CRI-CRS-I-SA-ACU-002 Instructivo: Certificación De Establecimientos De Acuicultura Bioseguros.
- Forma 3-1200 Lista de Chequeo Establecimiento de Acuicultura bioseguro “Sistema productivo acuicultura de recursos limitados (AREL)”.
- Forma 3-1201 Lista de chequeo Establecimiento de Acuicultura bioseguro “Sistema productivo en Estanques”.
- Forma 3-1202 Lista de chequeo Establecimiento de Acuicultura bioseguro “sistema productivo en jaulas”.
- PRA-SPA-I-001 Instructivo: Reporte De Actividades Mensuales Del Plan De Acción Operativo De La Dirección Técnica De Sanidad Animal

2.8 DESARROLLO DE LA AUDITORIA

Se realizó revisión y análisis de los instructivos CRI-CRS-I-SA-ACU-002 Certificación De Establecimientos De Acuicultura Bioseguros y se analizó el cumplimiento de la resolución 20186 de 2016.

Con base en la información suministrada por la Dirección Técnica de Sanidad Animal se estableció que, en el departamento de Nariño, existen 163 establecimiento acuícolas con registro sanitario de predio Pecuario RSPP, de los cuales, al momento del desarrollo de la auditoría, solamente 5 de estos predios están certificados como Establecimiento Acuícola Bioseguro, correspondiente a un 3% de los predios registrados, por lo cual se debe hacer énfasis en la implementación de la resolución 20186 de 26/12/2016, teniendo en cuenta el artículo 14 de la misma.

Dentro de este contexto, se realiza revisión de los dosieres correspondientes a los establecimientos Certificados, con base en el instructivo y se realizó entrevista con el equipo de profesionales responsables del programa acuícola a fin de verificar el nivel de conocimiento en la implementación del instructivo y determinar las razones por las cuales el alcance de certificación es tan bajo.

2.8.1 METODOLOGÍA

Para el desarrollo de auditoría se utilizaron técnicas como:

Inspección: se realizó revisión de la documentación archivada en los dosieres correspondientes a cada predio certificado.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Observación: se realizó revisión y análisis de los instructivos, objeto de auditoría, las formas asociadas y el instructivo y formas que le involucran y hacen parte del objeto de certificación.

Indagación: se realizó entrevista con el líder seccional del programa acuícola, a fin de definir la implementación del instructivo auditado.

2.8.2 MUESTRA

Dado el número de Establecimientos Acuícolas certificados, se realizó la verificación del 100% de los dosieres.

2.8.3 FORTALEZAS

Es de resaltar la organización que se tiene de la información del programa acuícola y el orden en que se tiene la información de los predios certificados, se evidencio la correcta aplicación del instructivo objeto de la auditoria, así mismo la coherencia en el diligenciamiento de las formas acorde al sistema productivo de cada establecimiento.

El programa acuícola de la seccional Nariño, desde el primer trimestre del año 2025, viene reorganizando la información de los predios acuícolas, realizando visitas de IVC, depurando la existencia de predios registrados activos e inactivos y la vinculación de nuevos predios; esta actividad ha permitido que a la fecha tengan un listado con 106 predios activos identificados, entre los cuales están los 5 predios certificados y se tiene la meta de certificar 10 predios mas para fines de este año y comienzos del próximo.

La actividad pesquera de la seccional Nariño esta plenamente identificada en el municipio de Pasto, específicamente en la Laguna de Cocha, con 71 establecimientos y los municipios de Linares con 14 predios, La Cruz con 3 predios, Pupiales 7 predios, Tuquerres 7 predios y Tumaco con 4 predios camaroneros.

Basado en lo anterior, se observa un potencial de trabajo bastante prometedor para la seccional Nariño.

2.8.4 RESULTADOS

Observación 4. El programa acuícola de la Gerencia Seccional Nariño; No cuenta con base de datos de predios acuícolas con registro sanitario de predio pecuario RSPP, que permita conocer la población base de establecimientos sobre los cuales la resolución 20186 de 2016 tiene obligatoriedad.

Responsabilidad: Gerencia Seccional Nariño

En el desarrollo del proceso de indagación se solicitó la base de datos de predios acuícolas registrados RSPP en la Seccional Nariño, a fin de establecer el universo con el que cuenta la Seccional, para la implementación del instructivo CRI-CRS-I-SA-ACU-002 Certificación De Establecimientos De Acuicultura Bioseguros, no obstante, el programa acuícola NO cuenta con dicha información, ni tiene acceso directo a su consulta, dado que el RSPP es realizado por parte de otra área de la Seccional.

Las bases de datos constituyen la bitácora de las actividades realizadas y la información en ellas registrada debe ser de fácil lectura y análisis, de manera que, toda persona que la consulte tenga la oportunidad de determinar el estado de la actividad sin requerir consulta alguna con el personal seccional del programa.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

El inventario de predios o establecimientos productivos registrados ante el ICA, es, en primera instancia, el punto de partida de todas las actividades que son desarrolladas por este, en aras de preservar el estatus sanitario del país. Específicamente, para la implementación del instructivo CRI-CRS-I-SA-ACU-002 CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ACUICULTURA BIOSEGUROS se requiere tener como referente los establecimientos acuícolas registrados, independiente de qué área institucional sea la encargada de realizar el procedimiento de registro.

A partir de los datos de registro se genera la base de datos correspondiente a Certificación de Establecimientos Acuícolas bioseguros, la cual debe contar con la información solicitada en el instructivo y capturada a partir de las formas con este relacionadas.

Las bases de datos permiten analizar la información para tener la posibilidad de tomar decisiones informadas, mejorando la eficiencia operativa y previniendo los riesgos asociados.

Recomendaciones

1. Crear y mantener una base de datos con la información correspondiente a los establecimientos acuícolas con RSPP y aquellos que han accedido al proceso de certificación como bioseguros, con los campos necesarios para análisis técnico de la información.
2. Realizar capacitaciones respecto a la importancia de los datos en las entidades del estado

Observación 5. Las carpetas que contienen la documentación correspondiente a la certificación de cada predio no permiten tener trazabilidad documental de dos establecimientos acuícolas, debido a que, las tablas de retención documental para certificaciones establecen dos años de retención en el archivo general de cada seccional y su posterior paso al archivo central. Lo cual hace que cada proceso de certificación sea una carpeta independiente y no permite identificar si el proceso se trata de una certificación nueva o de una recertificación y se pierde el análisis de las condiciones del establecimiento que lo llevaron a la certificación que precede.

Responsables: Gerencia Seccional Nariño
Grupo de Gestión Documental
Dirección Técnica de Sanidad Animal

Se hace inspección de las tablas de retención documental para las seccionales respecto a la certificación de establecimientos acuícolas bioseguros y se evidencia que, la Gerencia Seccional dando cumplimiento a los lineamientos de archivo, los cuales disponen que, debe archivarse un dossier por cada proceso de certificación, con dos años de retención en el archivo general, lo cual no permite tener una trazabilidad documental para cada establecimiento y dificulta reconocer su estatus al momento de llevar a cabo la certificación o recertificación. Este contexto refuerza la importancia de las bases de datos y pone en tela de juicio lógica de los dossieres como evidencia de la gestión institucional.

Los dossieres de los predios constituyen los soportes documentales de la historia del mismo, desde su registro y los diferentes servicios a los que el mismo accede ante el ICA, permitiendo llevar la trazabilidad del proceso de cada uno de los predios.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

En este caso la seccional Nariño reporta cinco predios certificados como EAB (Establecimiento Acuícola Bioseguro); tres de ellos corresponden a re certificaciones, y de estos tres, el predio SP ACUICUICULTURA, fue certificado por primera vez en el año 2023 y se encontró la documentación desde el inicio del proceso; de otra parte los predios PISCIFACTORIA REMAR 2 SANTA TERESITA y PISCIFACTORIA REMAR 1 BUESACO, fueron recertificadas en octubre de 2024, pero de estos DOS predios no se encontró archivo documental de la primera certificación, se evidencia el oficio de solicitud de recertificación en el cual se relacionan los números de las primeras resoluciones de certificación, y desde este documento de inicio el proceso de la re certificación, de este último se evidencio la totalidad de la documentación dando cumplimiento lo establecido en la resolución 20186 de 26/12/2025, por lo cual se hace necesario ubicar y archivar la documentación correspondiente al proceso completo de estos dos predios.

Recomendación

Es importante contar con las carpetas que contengan la documentación completa de los establecimientos certificados como EAB (Establecimiento Acuícola Bioseguro), con todos los documentos que evidencien los diferentes servicios a los que los mismos accedieron ante el ICA, para obtener dicha certificación; Además esta documentación debe estar archivada en medio digital en la carpeta compartida de la seccional Nariño, en su respectivo proyecto para de esta manera tener la trazabilidad de los procesos de certificación y se pueda acceder de manera ágil. Con base en lo anterior solicita se solicita actualizar la información de los cinco predios certificados y crear los archivos pertinentes según las tablas de retención documental, en físico y en medio digital.

Observación 6. El procedimiento CRI-CRS-I-SA-ACU-002 CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ACUICULTURA BIOSEGUROS no da estricto cumplimiento a los lineamientos establecidos en la resolución 20186 de diciembre 26 de 2016, dado que algunas de las tareas no corresponden o son implementadas en el procedimiento, de manera diferente.

Responsable: Dirección Técnica de sanidad Animal

Se realizó una inspección comparativa entre los lineamientos reglamentados por la resolución 20186 de 2016 y las tareas establecidas en el procedimiento CRI-CRS-I-SA-ACU-002 CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ACUICULTURA BIOSEGUROS, para la implementación de esta. Como resultado del ejercicio se evidenciaron falencias en la implementación de la resolución:

El artículo 5, hace referencia a la solicitud de aclaración sobre la información enviada o solicitud de la información faltante y no devolución de la totalidad de la información como lo plantea el procedimiento.

El artículo 6, establece el lineamiento a seguir cuando durante la segunda visita se encuentra no cumplimiento de los requerimientos determinados en la primera visita, lo cual no es tenido en cuenta en el procedimiento.

Adicionalmente, se evidenciaron diferencias en la terminología utilizada en la resolución, con respecto a la del procedimiento, en lo referente al resultado o respuesta de la verificación, para emisión del concepto, para la resolución es “aprobado, aplazado, rechazado”, mientras para el procedimiento es “favorable, aplazado, no favorable”.

Recomendaciones

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Realizar análisis del instructivo verificando que las tareas en él establecidas se encuentren estrictamente alineadas con las especificaciones de la resolución 20186 de 26/12/2016, de manera que se dé cumplimiento al objetivo de implementación de la resolución y realizar las modificaciones que fuesen necesarias.
2. Socializar a los encargados del proceso en todas las seccionales, sobre la injerencia de las modificaciones realizadas al procedimiento.

Observación 7. Las formas 3-1200 Establecimiento de acuicultura Bioseguro-Sistema productivo AREL, 3-1201 Establecimiento de acuicultura Bioseguro-Sistema productivo Estanques y 3-1202 Establecimiento de acuicultura Bioseguro-Sistema productivo Jaulas, presentan algunas falencias en su construcción que, modifican la calificación de los establecimientos acuícolas para ser certificados como bioseguros.

Responsable: Dirección Técnica de Sanidad Animal

En el proceso de inspección a las formas 3-1200, 3-1201 y 3-1202, se verificaron los requisitos registrados en cada una de ellas con respecto a la normatividad vigente, a fin de corroborar su cumplimiento y se evidencio la siguiente falencia:

El objetivo de las formas es corroborar el cumplimiento de los requisitos necesarios para obtener la certificación como establecimiento acuícola bioseguro, no se da cumplimiento a lo establecido en la resolución 20186 de 26/12/2016, dado que se incluyen como requisitos los artículos 10 “Obligaciones” y 11 “Prohibiciones”, artículos de cumplimiento de los titulares de la certificación, acorde con la resolución.

Recomendaciones

1. Modificar las listas de chequeo de manera tal que solamente integran en la verificación criterios de requisitos para obtener la certificación con establecimiento acuícola bioseguro, tal como se encuentran establecidos en la resolución 20186 de 2016 y el procedimiento CRI-CRS-I-SA-ACU-002.
2. Realizar modificación a la resolución 20186 de 2016 si se considera que algunas de las obligaciones o prohibiciones deben ser requisitos para la certificación.
3. Realizar capacitación sobre el uso de las formas modificadas.

Observación 8. Se evidencia incumplimiento a la resolución 20186 de 2016 por parte del 97% de los establecimientos acuícolas registrados en la Seccional Nariño, lo cual puede poner en riesgo el estatus sanitario del país al no contar con el cumplimiento de los requisitos en ella establecidos.

Acorde con la información suministrada por la Dirección Técnica de Sanidad Animal solamente el 3% de los establecimientos acuícolas registrados cuenta con certificación como establecimiento bioseguro, incumpliendo con la resolución la cual es de carácter obligatorio para todos los productores primarios de animales acuáticos.

Responsables: Gerencia Seccional Nariño
Dirección Técnica de Sanidad Animal

Recomendaciones

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Incrementar las visitas de inspección a establecimientos acuícolas registrados con el objeto de verificar su estado de cumplimiento e incitarlo a certificarse como establecimiento bioseguro, so pena de un proceso administrativo sancionatorio a causa de incumplimiento de la norma.
2. Buscar herramientas que permitan incrementar la certificación de establecimientos acuícolas como bioseguros.
3. Establecer lineamientos que aseguren iniciar un Proceso Administrativo Sancionatorio a los establecimientos acuícolas que no soliciten la certificación como bioseguros
4. Analizar la pertinencia de que, para un procedimiento que es de carácter obligatorio, se considere la opción de solicitud del usuario como primera tarea.

Observación 9. El nombre y objetivo del instructivo PRA-SPA-I-003 DILIGENCIAMIENTO DE LA LISTA CHEQUEO CERTIFICACIÓN ESTABLECIMIENTOS DE ACUICULTURA BIOSEGUROS NIVEL EQUIVALENCIA R.20186- BAP GRANJAS- ALEVINERAS Y NTC 5700, no está acorde con el texto del mismo, dado que este último hace referencia al proceso de certificación y no de la manera de diligenciar la lista de chequeo.

Responsable: Dirección Técnica de Sanidad Animal

Se realiza inspección del instructivo PRA-SPA-I-003 Diligenciamiento De La Lista Chequeo Certificación Establecimientos De Acuicultura Bioseguros Nivel Equivalencia R.20186- BAP Granjas- Alevineras Y NTC 5700 y se verifica que el nombre y objetivo del este plantea la explicación para diligenciar la lista de chequeo (forma 3-1306), no obstante, el documento relaciona el proceso de certificación como bioseguro de un predio acuícola.

Recomendaciones

1. Hacer revisión del instructivo, definir cuál es el objeto de su implementación y aplicar las modificaciones que sean requeridas para que cuente con la coherencia entre el nombre, el objetivo y las tareas a realizar para su implementación
2. Realizar capacitación sobre las modificaciones que sean realizadas

2.9 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

2.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

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

2.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

Analizado el riesgo establecido en la matriz de riesgos institucional, relacionado con el instructivo CRI-CRS-I-SA-ACU-002, el cual es *SGC Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por reinfección, establecimiento y dispersión de enfermedades de control oficial, inusuales o exóticas en el país o en zonas libres*, no se evidenció materialización de este.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

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

En la matriz de riesgos institucional, no se tiene establecido un riesgo asociado a certificación de establecimientos sin cumplimiento de los criterios establecidos en la Resolución 20186 de 2016 y el instructivo CRI-CRS-I-SA-ACU-002, el cual debe ser adicionado a la matriz de riesgos institucional.

2.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Para las unidades auditables objeto de esta auditoría no se encontró Plan de Mejoramiento alguno que, estuviese pendiente de cumplimiento.

2.11 RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

- El proceso de certificación como establecimiento acuícola bioseguro en la Seccional Nariño NO cuenta con bases de datos inicial en donde se relacionen los establecimientos registrados, que permita hacer seguimiento de este y conocer el estado actual de cada predio, de manera directa, teniendo en cuenta que esta base de datos es el insumo principal del programa acuícola de la seccional y sus procesos de certificación como establecimientos acuícolas bio seguros.
- La materialización de un riesgo institucional obedece a que la implementación del procedimiento no se realiza de manera correcta, lo cual evidencia falencias de atención al sistema de gestión institucional, por parte de los responsables del programa.
- Existen errores conceptuales entre la Resolución 20186 de 2016 y el instructivo de implementación, respecto a los requisitos para acceder a la certificación de establecimiento acuícola bioseguro.
- Se debe hacer una concienciación de los servidores públicos respecto a la importancia para el ICA de la información registrada en las bases de datos, necesaria para, con base en su análisis, realizar toma de decisiones informada y dar solución a problemas en aras de la mejora continua a fin de optimizar procesos, favorecer la productividad, minimizar riesgos, mejorar la seguridad de la información, dando como resultado una mejora en la gestión institucional.
- La Gerencia General en su rol de alta dirección debe definir mecanismos que permitan hacerle seguimiento a las actividades asociadas al cumplimiento de los objetivos misionales, teniendo en cuenta la efectividad de ejecución, a través de análisis y verificación de indicadores.
- Es necesario analizar y definir con claridad cuáles son los criterios técnicos que definen los requisitos para acceder a la certificación, cuáles son las obligaciones a las que se debe someter y cuáles las prohibiciones que debe atender un establecimiento certificado.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

3. PROCESO: Gestión de Recursos Financieros

3.1 TIPO DE PROCESO: Apoyo

3.2 SUBPROCESO: no aplica

3.3 UNIDAD AUDITABLE: Procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4, Recaudo y Causación de Cartera Resoluciones Sancionatorias y Facturas a Crédito

3.4 OBJETIVO

Evaluar la eficacia, oportunidad y cumplimiento normativo en la aplicación del procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4 relacionado con el recaudo y causación de cartera derivada de resoluciones sancionatorias y facturas a crédito en la Seccional Nariño del Instituto Colombiano Agropecuario – ICA, verificando la adecuada ejecución de las etapas del proceso de cartera, especialmente lo relacionado con el registro de sanciones, remisión de expedientes para cobro persuasivo, actualización del estado de las obligaciones en el aplicativo institucional y transición al cobro coactivo, con el fin de identificar posibles riesgos que comprometan el recaudo oportuno de los recursos y afecten la gestión institucional.

3.5 ALCANCE

Evidenciar la planificación, organización, control, registro y supervisión eficientes de los recursos financieros del ICA, a través de la gestión de cobro de las obligaciones derivadas de los servicios técnicos tarifados prestados, así como de las multas y sanciones impuestas por infringir las normas de sanidad agropecuaria y la inocuidad en la producción primaria, en cumplimiento de la misión institucional. Asimismo, se evaluaron las acciones implementadas en los planes de mejoramiento suscritos con la Oficina de Control Interno, correspondientes al período comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2024, bajo la responsabilidad de la Gerencia Seccional Nariño, así como el Grupo de Gestión Financiera y la Oficina Asesora Jurídica.

3.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

En esta auditoría no se presentó limitación alguna al alcance

3.7 CRITERIOS

- Resolución 090 del 01/01/2010
- Resolución 4218 del 22/12/2018
- Ley 1955 del 25 de mayo de 2019, “Por el cual se expide el plan nacional de desarrollo 2018-2022 pacto por Colombia, pacto por la equidad.”
- 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”
- Manual de Políticas Contables GRF- SAF- M-001

3.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

3.8.1 METODOLOGIA

La auditoría interna al procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4 “Recaudo y Causación de Cartera: Resoluciones Sancionatorias y Facturas a Crédito” se desarrolló aplicando técnicas y procedimientos orientados a obtener evidencia suficiente, competente y

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

pertinente, que permiten sustentar las observaciones. La metodología se estructuró de la siguiente manera:

Ampliación del Alcance de la Auditoría Interna para el área Financiera: El alcance inicial contemplaba la Gerencia Seccional Nariño; sin embargo, se amplió a todo el procedimiento, incluyendo a la Oficina Asesora de Jurídica y al Grupo de Gestión Financiera, por su incidencia en la gestión del proceso. Se identificaron actores clave y fuentes de información relevantes para garantizar un análisis integral.

Con la finalidad de abarcar la totalidad del procedimiento, se requirió información documental y registros a las áreas involucradas. Adicionalmente, se solicitó información al Grupo de Gestión Documental, aunque no interviene directamente en el procedimiento, sus datos fueron utilizados como insumo para contrastar y validar la consistencia de la información obtenida.

Para la ejecución de la auditoría se contrastó la información suministrada por las diferentes dependencias, entre ellas la Gerencia Seccional Nariño, el Grupo de Gestión Financiera, el Grupo de Gestión Documental y la Oficina Asesora de Planeación. Adicionalmente, se realizaron mesas de trabajo con la Oficina Asesora Jurídica y el Grupo de Gestión Financiera, con el fin de aclarar aspectos normativos y operativos del procedimiento. Posteriormente, se validó la existencia, autenticidad y exactitud de los documentos que respaldan las operaciones, así como el cumplimiento normativo y de los lineamientos internos aplicables. La información recopilada fue sometida a pruebas de consistencia y trazabilidad para garantizar su pertinencia y confiabilidad, realizando contrastes entre las diferentes fuentes con el propósito de identificar desviaciones, riesgos y oportunidades de mejora.

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

Para el análisis del procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4, se realizó un estudio detallado de su diseño y aplicación, revisando los flujos operativos, responsabilidades asignadas y controles establecidos. Este análisis se complementó con mesas de trabajo sostenidas con la Oficina Asesora Jurídica (OAJ) y el Grupo de Gestión Financiera (GGF), orientadas a profundizar en aspectos normativos, contractuales y técnicos que inciden en la gestión del recaudo y la causación de cartera. Asimismo, se contrastó la información obtenida de las diferentes dependencias involucradas, verificando los soportes documentales y los lineamientos internos aplicables. Todo este proceso permitió consolidar una visión integral del procedimiento, identificar puntos críticos y evaluar su alineación con la normativa vigente y las políticas institucionales.

3.8.2 MUESTRA

Las validaciones para esta auditoría se realizaron en el trabajo de campo realizado entre el 4 y el 7 de noviembre de 2025. A partir del análisis del reporte SNRI de la Seccional Nariño de la vigencia 2024, se identificaron 58 resoluciones sanción clasificadas según estado de la cuenta, con un valor total de \$130.563.526, detalladas en el siguiente cuadro:

Tabla 1. Reporte SNRI Seccional Nariño

Estado de la Cuenta	No. de Resoluciones	Valor
CUENTAS DE ORDEN	2	\$ 3.978.859
COBRO PERSUASIVO	3	\$5.533.749
PAGADAS	13	\$ 31.030.731
COBRO COACTIVO	40	\$ 90.020.187

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

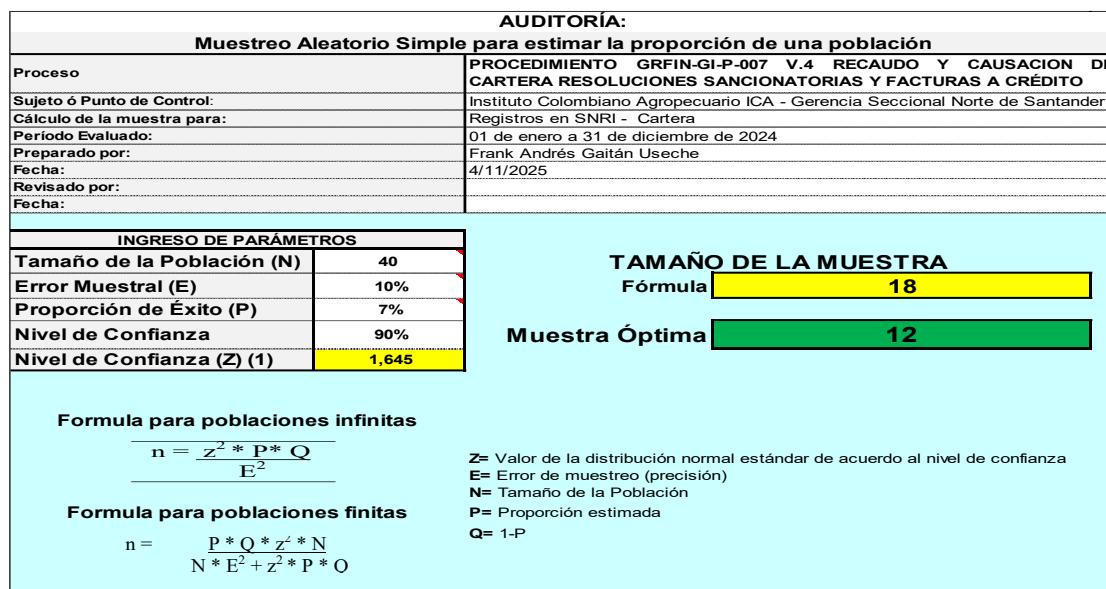
OFICINA DE CONTROL INTERNO

Total	58	\$ 130.563.526,00
--------------	-----------	--------------------------

Fuente. Reporte SNRI Seccional Nariño 04-11-2025 – Elaboración propia Grupo Auditor

Se utilizó el 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 fórmula estadística para determinación de la muestra de poblaciones determinadas:

Ilustración 1. Muestra



Conforme al resultado anterior, se determinaron doce (12) Resoluciones Sanción para revisión en estado de COBRO COACTIVO, tres (3) en COBRO PERSUASIVO y dos (2) en CUENTAS DE ORDEN, las cuales fueron seleccionadas por medio de Aleatorización estadística, ordenando de mayor a menor, obteniendo el siguiente resultado: 12+3+2 = 17, la muestra óptima es de 12

Ilustración 2. Resoluciones estado cobro coactivo

Nº RESOLUCIÓN	CONCEPTO	FECHA EXPEDICIÓN RESOLUCIÓN	VALOR ORIGINAL RESOLUCIÓN	TOTAL A CARGO	ESTADO DE LA CUENTA	ALEATORIO	MAYOR A MENOR
0000003241-1	41901 Sanción programa erradicación de la fiebre aftosa	17/04/2024	\$ 908.526,00	\$ 908.526,00	COBRO COACTIVO	0,53840032	1
0000004152-1	41901 Sanción programa erradicación de la fiebre aftosa	16/05/2024	\$ 908.526,00	\$ 908.526,00	COBRO COACTIVO	0,77059538	2
0000005754-2	41901 Sanción programa erradicación de la fiebre aftosa	17/06/2024	\$ 1.817.052,00	\$ 1.817.052,00	COBRO COACTIVO	0,36972915	3
0000004151-1	41901 Sanción programa erradicación de la fiebre aftosa	16/05/2024	\$ 2.147.425,00	\$ 2.147.425,00	COBRO COACTIVO	0,15802715	4
0000014899-2	41901 Sanción programa erradicación de la fiebre aftosa	21/10/2024	\$ 1.982.239,00	\$ 1.982.239,00	COBRO COACTIVO	0,71592326	5
0000005603-2	041903 Sanción sanidad Animal	12/06/2024	\$ 3.884.732,00	\$ 3.884.732,00	COBRO COACTIVO	0,26496679	6
00000019832-1	41904 Sanción insumos agrícolas	16/12/2024	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	COBRO COACTIVO	0,66331766	7
00000014382-1	41901 Sanción programa erradicación de la fiebre aftosa	09/10/2024	\$ 3.634.104,00	\$ 3.634.104,00	COBRO COACTIVO	0,28755902	8
0000005151-2	41901 Sanción programa erradicación de la fiebre aftosa	31/05/2024	\$ 7.433.395,00	\$ 7.433.395,00	COBRO COACTIVO	0,79151422	9
00000002226-1	41901 Sanción programa erradicación de la fiebre aftosa	13/03/2024	\$ 1.577.201,00	\$ 1.577.201,00	COBRO COACTIVO	0,11409703	10
00000014901-1	41901 Sanción programa erradicación de la fiebre aftosa	21/10/2024	\$ 908.526,00	\$ 908.526,00	COBRO COACTIVO	0,60191008	11
0000012486-1	41901 Sanción programa erradicación de la fiebre aftosa	16/09/2024	\$ 908.526,00	\$ 908.526,00	COBRO COACTIVO	0,2693995	12

Resoluciones en estado de COBRO PERSUASIVO:

Ilustración 3. Resoluciones estado persuasivo

Nº RESOLUCIÓN	CONCEPTO	FECHA EXPEDICIÓN RESOLUCIÓN	VALOR ORIGINAL RESOLUCIÓN	VALOR TOTAL ABONOS	TOTAL A CARGO
0000006340-1	41901 Sanción programa erradicación de la fiebre aftosa	26/06/2024	\$ 2.477.798,00	\$ 0,00	\$ 2.477.798,00
0000001752-1	41901 Sanción programa erradicación de la fiebre aftosa	28/02/2024	\$ 908.526,00	\$ 400.000,00	\$ 508.526,00
0000012487-1	41901 Sanción programa erradicación de la fiebre aftosa	16/09/2024	\$ 2.147.425,00	\$ 1.826.000,00	\$ 321.425,00

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Resoluciones en estado de CUENTAS DE ORDEN:

Ilustración 4. resoluciones estado cuentas de orden

Nº RESOLUCIÓN	CONCEPTO	FECHA EXPEDICIÓN RESOLUCIÓN	VALOR ORIGINAL RESOLUCIÓN	VALOR TOTAL ABONOS	TOTAL A CARGO
0000018784-1	041903 Sanción sanidad Animal	04/12/2024	\$ 1.831.434,00	\$ 0,00	\$ 1.831.434,00
0000010988-1	41901 Sanción programa erradicación de la fiebre aftosa	21/08/2024	\$ 2.147.425,00	\$ 0,00	\$ 2.147.425,00

3.8.3 FORTALEZAS

Durante el desarrollo de la auditoría se evidenció que la experiencia del personal directivo y profesional de las áreas jurídica y de cartera, de la Gerencia Seccional Nariño y de Oficinas Nacionales, ha facilitado una adecuada transferencia de información y el mantenimiento de un ambiente laboral de calidad. En las mesas de trabajo sostenidas, las áreas involucradas demostraron amplio conocimiento del procedimiento auditado, la Resolución 090 del 2010, el Código Contencioso Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, así como del debido proceso y del alcance de sus responsabilidades en la aplicación del procedimiento.

Además, se evidenció claridad respecto al cumplimiento y los requisitos mínimos que debe cumplir un proceso sancionatorio para avanzar tanto a cobro persuasivo como a cobro coactivo. Las áreas también manifestaron su compromiso con la mejora continua en la aplicación del procedimiento, destacando el trabajo en equipo y la comunicación asertiva, especialmente en la toma de decisiones relacionadas con la aceptación o rechazo de procesos sancionatorios, a fin de subsanarlos en el menor tiempo posible y dar celeridad al trámite para cumplir con los plazos establecidos y evitar la caducidad del proceso.

3.8.4 RESULTADOS

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

La revisión del procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4 se realizó con base en el análisis documental y la experiencia técnica del equipo auditor, complementada con las mesas de trabajo sostenidas con las áreas involucradas. Este enfoque permitió integrar el conocimiento especializado del grupo auditor con los aportes de las dependencias responsables, garantizando una evaluación integral que considera tanto la normativa aplicable como la operatividad del proceso.

OBSERVACIÓN 10. Se identificó que en la sección 1.2 Definiciones, no se incluyen conceptos clave relacionados con las etapas de cartera, y que están desarrollados durante todo el procedimiento, tales como: Cobro Persuasivo, Cobro Coactivo, Constancia de Ejecutoria.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Nariño
 Grupo de Gestión Financiera
 Oficina Asesora Jurídica

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

La ausencia de estas definiciones puede generar ambigüedad en la interpretación del procedimiento, especialmente para los funcionarios que participan en las etapas de cobro y seguimiento de obligaciones.

Recomendación

Se recomienda incluir en la sección 1.2 "Definiciones" todos los términos utilizados durante el procedimiento, especialmente los conceptos de Cobro Persuasivo, Cobro Coactivo y Constancia de Ejecutoria, con base en la normativa vigente y el marco jurídico aplicable. Esto contribuirá a una mayor claridad, uniformidad en la aplicación del procedimiento y facilitará la comprensión por parte de los usuarios del proceso.

OBSERVACIÓN 11. Se evidenció que el procedimiento auditado presenta vacíos normativos y operativos en materia de definiciones y alcances. En particular, la sección 1.2 “Definiciones” y el numeral 2.1 “Procedimiento de Cartera” no contemplan conceptos esenciales para la actuación administrativa, tales como debido proceso, vía gubernativa, apelación, reposición y queja, los cuales resultan indispensables para orientar de manera clara las actuaciones frente a los recursos interpuestos.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Nariño
Grupo de Gestión Financiera
Oficina Asesora Jurídica

Esta omisión resulta relevante dado que, en la práctica, como se evidenció en la Gerencia Seccional Nariño, se expiden resoluciones que resuelven recursos de reposición y se reconocen subsidios de apelación, lo cual implica el agotamiento de la vía gubernativa y la existencia de una actuación administrativa formal frente a los recursos interpuestos. La ausencia de lineamientos específicos en el procedimiento puede generar inconsistencias en la gestión de cartera, afectar la seguridad jurídica y comprometer el cumplimiento del principio de legalidad.

Recomendación

Actualizar el procedimiento GRFIN-GI-P-007 V4, incorporando en la sección 1.2 "Definiciones" y en el numeral 2.1 "Procedimiento de Cartera", los conceptos de debido proceso, vía gubernativa y los mecanismos de actuación administrativa frente a los recursos interpuestos, tales como apelación, reposición y queja.

Asimismo, se recomienda establecer los plazos máximos para el trámite de cada tipo de recurso, definir de manera explícita la dependencia responsable del seguimiento y resolución de estos, y precisar el procedimiento que debe seguirse para garantizar la trazabilidad, legalidad y seguridad jurídica en la gestión de cartera. Esta actualización permitirá alinear el procedimiento con la práctica, fortalecer el cumplimiento normativo y asegurar la correcta aplicación de los principios de legalidad, transparencia y eficiencia administrativa.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

OBSERVACION 12 En la sección 1.3 Normatividad Aplicable no se incluye el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) a pesar de que este cuerpo normativo regula aspectos esenciales de las actuaciones administrativas, incluyendo los recursos interpuestos contra resoluciones (reposiciónes, apelaciones, quejas), así como los plazos y requisitos para su trámite. De igual manera, no se incluye la Constitución Política de Colombia, normas fundamentales para garantizar el debido proceso y regular actuaciones administrativas. Esta ausencia debilita la fundamentación jurídica del procedimiento y puede afectar la legalidad de las actuaciones.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Nariño
Grupo de Gestión Financiera
Oficina Asesora Jurídica

Recomendación

Actualizar la sección 1.3 Normatividad Aplicable, incorporando el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011), junto con la Constitución Política de Colombia, haciendo referencia explícita al principio del debido proceso consagrado en el artículo 29 como marco jurídico de referencia. Esto permitirá fortalecer la base legal del procedimiento, garantizar el cumplimiento del debido proceso, asegurar el respeto por los derechos fundamentales, promover la coherencia entre la normativa interna y el ordenamiento jurídico superior, al mismo tiempo que se mejora la gestión de los recursos administrativos interpuestos contra actos resolutivos.

OBSERVACIÓN 13. Se evidenció que el numeral 2.1 “Procedimiento de Cartera” presenta debilidades en la definición de tareas y resultados, dado que en la actividad 1 el resultado “Expedientes sancionatorios registrados en el aplicativo vigente” no corresponde con la tarea realmente ejecutada, que consiste únicamente en el registro de la resolución sancionatoria, no del expediente completo, generando imprecisiones sobre el alcance de dicha actuación; en la actividad 2, la inclusión del término “transacción bancaria” resulta ambigua al no contemplar los diversos medios válidos de pago existentes, lo que puede generar confusión en el proceso de recaudo; y en las actividades 18 y 19 no se especifica la finalidad ni el destino del estado de cuenta ni del oficio elaborado, lo cual afecta la claridad operativa, la trazabilidad documental y la correcta ejecución del procedimiento, así como la eficacia administrativa esperada.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Nariño
Grupo de Gestión Financiera.

Recomendación

Ajustar la redacción de varias actividades del numeral 2.1 del procedimiento auditado para mejorar la claridad y trazabilidad del proceso. En primer lugar, se debe precisar el resultado de la Actividad 1, indicando que corresponde al registro de la resolución sancionatoria en el aplicativo vigente, y no al expediente completo, lo que facilitará su correcta aplicación y fortalecerá la trazabilidad documental.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Asimismo, se sugiere modificar la tarea de la Actividad 2, especificando que el recaudo puede realizarse mediante consignación bancaria, transferencia electrónica, consignación en correspondales u otros medios autorizados, siempre que los recursos ingresen correctamente a las cuentas institucionales, promoviendo el uso eficiente de los canales de pago disponibles.

Finalmente, complementar las Actividades 18 y 19, definiendo la finalidad de los resultados descritos, el destinatario de los documentos (sancionado, seccional, archivo, etc.) y el uso que se le debe dar dentro del proceso de cobro persuasivo, con el fin de asegurar una correcta ejecución de las tareas y fortalecer la comunicación entre los actores involucrados en la gestión de cartera.

OBSERVACIÓN 14. En el numeral 2.1 Procedimiento de Cartera, se identificó que la actividad 21 establece dos rutas: (i) pago total de la obligación y (ii) remisión al paso 18 o al paso 23 cuando el sancionado solicita por escrito un acuerdo de pago, tal como exige la Resolución 090 de 2010. Sin embargo, el procedimiento no define el escenario en el cual el deudor no solicita el acuerdo de pago pese a encontrarse en etapa de cobro persuasivo, ni establece un plazo máximo para remitir el proceso a cobro coactivo cuando no existe dicha solicitud. Esta omisión genera vacíos en la trazabilidad del procedimiento y puede derivar en actuaciones tardías, riesgos de prescripción de las obligaciones y disminución de la oportunidad en el recaudo.

Áreas responsables: Grupo de Gestión Financiera
Oficina Asesora Jurídica

Recomendación:

Ajustar el procedimiento GFIN-GI-P-007 V4 para incluir de forma explícita el tratamiento de los casos en los que el deudor no suscribe un acuerdo de pago durante la etapa de cobro persuasivo. Asimismo, se sugiere establecer un plazo máximo y criterios claros para la remisión del proceso a cobro coactivo en estos casos, con el fin de garantizar la trazabilidad, oportunidad y eficacia en la gestión de cartera, y mitigar los riesgos asociados a la omisión de esta transición

Observación 15. Se evidenció que los diagramas de flujo de la sección 3 del procedimiento presentan inconsistencias en la secuencia lógica frente a lo descrito en las actividades, pues en la actividad 2, aunque el procedimiento indica continuar con la actividad 12 cuando no se recibe el pago, el diagrama remite erróneamente a la actividad 1; en la actividad 8, ante una transacción no válida, el procedimiento señala continuar con la actividad 11, pero el diagrama también direcciona a la actividad 1; en la actividad 14, el procedimiento establece continuar con la actividad 16 cuando la documentación cumple para iniciar la etapa persuasiva, pero el diagrama vuelve a remitir a la actividad 1; y en la actividad 6, el procedimiento ordena continuar con la actividad 8, mientras que el diagrama dirige a la actividad 7, configurando inconsistencias que afectan la claridad del proceso, la trazabilidad de las actuaciones y la correcta gestión de cartera. “Observación Reiterativa”

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

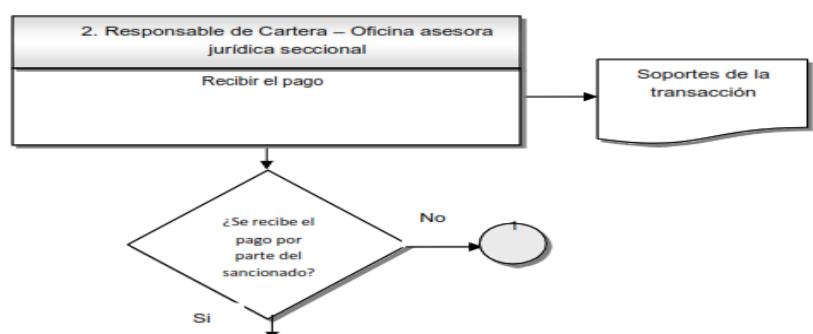
OFICINA DE CONTROL INTERNO

Áreas responsables: Gerencia Seccional Nariño
 Grupo de Gestión Financiera
 Oficina Asesora Jurídica

CASO 1: Procedimiento

2	Responsable de cartera – Oficina asesora jurídica seccional.	<p>Si se recibe la transacción bancaria de parte del sancionado, ir al paso N° 3.</p> <p>Si no se recibe soporte de pago, ir al paso N° 12.</p>	Soportes de la transacción
---	--	---	----------------------------

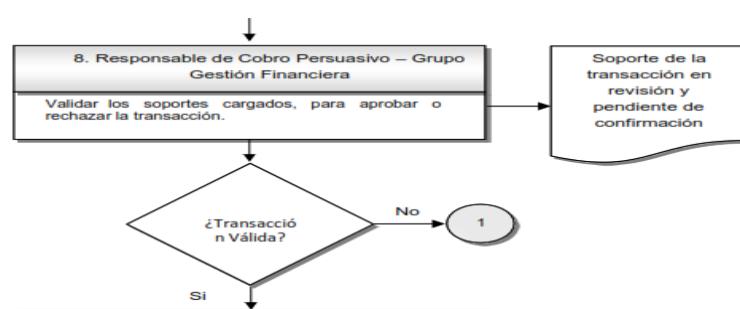
Diagrama



CASO 2: Procedimiento

8	Responsable Cobro Persuasivo – Grupo de Gestión Financiera	<p>El responsable del Grupo de Gestión Financiera realiza la validación de los soportes cargados, para aprobar o rechazar la transacción. ©</p> <p>Si la transacción es válida, pasar al paso N° 9.</p> <p>Si la transacción no es válida, pasar al paso N° 11.</p>	Soporte de la transacción en revisión y pendiente de confirmación.
---	--	---	--

Diagrama



CASO 3: Procedimiento

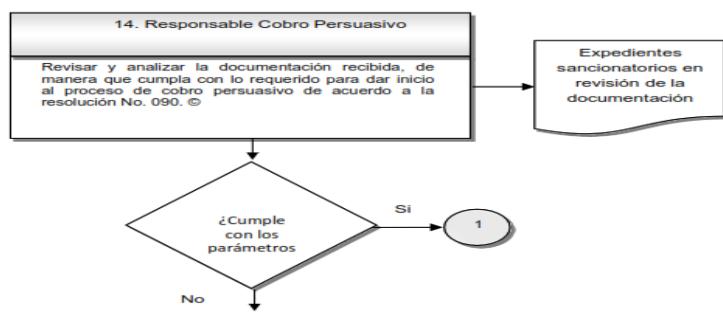
14	Responsable cobro Persuasivo	<p>Revisar y analizar la documentación recibida, de manera que cumpla con lo requerido para dar inicio al proceso de cobro persuasivo de acuerdo a la resolución No. 090. ©</p> <p>Si no cumple con los parámetros para el inicio del cobro en la etapa persuasiva ir al paso N° 15</p> <p>Si cumple con los requisitos para el inicio del cobro en la etapa persuasiva ir al paso N° 16</p> <p>Si la resolución presenta más de 180 días desde la fecha de constancia de ejecutoria remitir al paso N° 29</p>	Documentos en PDF de acuerdo a lo descrito en la tarea No. 12
----	------------------------------	--	---

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

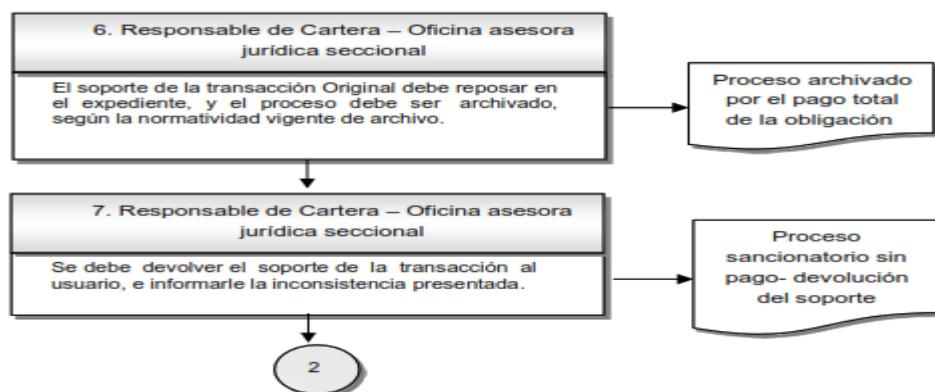
Diagrama



CASO 4: Procedimiento

6	Responsable de cartera – Oficina asesora jurídica seccional.	<p>El soporte de la transacción Original debe reposar en el expediente, y el proceso debe ser archivado, según la normatividad vigente de archivo.</p> <p>Seguir al paso N° 8</p>	Proceso archivado por el pago total de la obligación.
---	--	---	---

Diagrama



Recomendaciones

Revisar y ajustar los diagramas de flujo de la sección 3 del procedimiento GRFIN-GI-P-007 V4, asegurando que:

1. La secuencia de actividades refleje fielmente lo descrito en el numeral 2.1, especialmente lo relacionado con la actividad 6, para que se conecte correctamente con la actividad 8, tal como lo establece el procedimiento.
2. Las rutas de decisión estén correctamente representadas, y en especial los casos de la actividad 2 cuando el sancionado no paga, lo relacionado con la actividad 8 cuando la transacción no es válida, y lo relacionado con la actividad 14 cuando la documentación cumple y está correcta.
3. Realizar una validación técnica del flujo para garantizar su coherencia y funcionalidad.
4. Verificar la coherencia entre todas las actividades del procedimiento y su representación gráfica, para garantizar que el flujo refleje fielmente las decisiones y acciones descritas

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Esto permitirá mejorar la comprensión del procedimiento, facilitar su correcta aplicación por parte de los funcionarios responsables y reducir el riesgo de errores operativos.

• COBRO PERSUASIVO

Observación 16. Se evidencio el incumplimiento de la actividad 1, del numeral 2.1 procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4 Procedimiento de Cartera, en razón que, en el año 2024 se expedieron un total 706 resoluciones administrativas, de las cuales 70 corresponden a procesos sancionatorios. Al cruzar esta información con el reporte de cartera institucional, se encuentran registradas 58 resoluciones, quedando 22 resoluciones sin registro en el aplicativo institucional.

Áreas Responsables: Gerencia Seccional Nariño

Esta situación evidencia una debilidad en el control y seguimiento del registro de las resoluciones sancionatorias, las cuales deben quedar registradas en el SNRI y cuyo estado debe establecerse como “CUENTAS DE ORDEN”, lo anterior para tener un control efectivo del proceso.

Lo anterior afecta la confiabilidad y oportunidad de la información financiera relacionada con la gestión de cartera, ocasionando riesgos de omisión en el recaudo, prescripción de obligaciones y distorsiones en los reportes contables y financieros.

Recomendaciones

1. Registrar de manera inmediata cada acto administrativo sancionatorio en el aplicativo, con el fin de garantizar la trazabilidad, control y verificación del estado de la cartera, aspecto que no se está cumpliendo en los casos verificados.
2. La Gerencia Seccional debe adelantar procesos de conciliación internos entre el responsable de Cartera y la Oficina Asesora Jurídica, con el fin de depurar y contrastar integralmente la información relacionada con las resoluciones sancionatorias emitidas y su correspondiente registro en el aplicativo institucional.

Observación 17. Se evidenció el incumplimiento de la actividad 1 del numeral 2.1 del Procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4 – Procedimiento de Cartera, en razón a que durante el año 2024 se expedieron 706 resoluciones administrativas, de las cuales 117 correspondieron a resoluciones de archivo de procesos sancionatorios.

Áreas Responsables: Gerencia Seccional Nariño

Del total de archivos, 83 resoluciones (71%) tuvieron como causa la “Caducidad de la facultad sancionatoria (Art. 52 del CPACA)”.

Esta situación refleja una debilidad en el control y seguimiento oportuno de las actuaciones sancionatorias, ocasionando pérdida de la facultad para exigir el cumplimiento de las obligaciones y afectando la gestión de recaudo al materializar riesgos de prescripción y caducidad.

Recomendaciones

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Implementar un mecanismo de control y seguimiento periódico sobre los términos de caducidad de los procesos sancionatorios, garantizando que:

1. Verificar y registrar oportunamente cada actuación en el SNRI y en la matriz de control Fénix, desde la expedición del auto de apertura hasta la emisión de la resolución sancionatoria.
2. En coordinación con la Oficina Asesora Jurídica se actualicen los lineamientos relacionados con el cobro, con el fin de evitar que se siga presentando caducidades.

Observación 18 . Se evidenció el incumplimiento de la actividad 1, del numeral 2.1 procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4 Procedimiento de Cartera, en la medida que las carpetas seleccionadas presentan al inicio una HOJA DE CONTROL DE EXPEDIENTES forma 4-978, la cual se encuentra sin diligenciar, situación que dificulta la revisión del expediente conforme a su organización. “Observación Reiterativa”

Áreas Responsables: Gerencia Seccional Nariño

Recomendación

Diligenciar la forma 4-978 HOJA DE CONTROL DE EXPEDIENTES en la totalidad de las carpetas, con el fin de referenciar el contenido de los folios.

Observación 19. Se evidenció el incumplimiento de la actividad 1, del numeral 2.1 procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4 Procedimiento de Cartera, en razón a que, las resoluciones sanción no se registran en SNRI una vez están numeradas, fechadas y firmadas. Se registran cuando tienen constancia ejecutoria o pago. Es el caso de las resoluciones 6140 (21/06/2024) y 18751 (3/12/2025)

Áreas Responsables: Gerencia Seccional Nariño

Recomendación

La Gerencia Seccional debe adoptar las medidas necesarias para garantizar que el responsable de Cartera y la Oficina Asesora Jurídica realicen el registro oportuno de las resoluciones sancionatorias en el SNRI, inmediatamente después de ser numeradas, fechadas y firmadas, conforme a la actividad 1 del numeral 2.1 del procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4.

Observación 20. Se evidenció el incumplimiento de lo dispuesto los numerales 16 y 17 del numeral 2.1 procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4 Procedimiento de Cartera, así como el artículo 10 de la Resolución 090 de 2010, el cual establece que la etapa de Cuentas de Orden y Cobro Persuasivo no podrá exceder un término máximo de dos (2) meses contados a partir de la ejecutoria del título. “Observación Reiterativa”

Áreas Responsables: Gerencia Seccional Nariño
Grupo de Gestión Financiera

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Para el año 2024, se identificaron dos (2) registros en estado de Cuentas de Orden (Resoluciones 10988-1 y 18784) y tres (3) registros en estado de Cobro Persuasivo (Resoluciones 1752,6340 y 12487) que superan dicho plazo, evidenciándose así el incumplimiento del término procedural establecido.

Recomendaciones

1. La Gerencia Seccional debe adoptar las acciones necesarias para asegurar el cumplimiento estricto de los plazos establecidos en el artículo 10 de la Resolución 090 de 2010, garantizando que los registros en estado de Cuentas de Orden y Cobro Persuasivo avancen oportunamente dentro del término máximo de dos (2) meses contados desde la ejecutoria del título.
2. Implementar un mecanismo de seguimiento periódico que permita identificar de manera anticipada los casos en riesgo de vencimiento, establecer responsables y tiempos de respuesta, y fortalecer la coordinación entre el responsable de Cartera y la Oficina Jurídica.

Observación 21. Incumplimiento con la Actividad 26, del numeral 2.1 Procedimiento de Cartera, del procedimiento auditado, teniendo en cuenta que, en la revisión de la muestra seleccionada, se identificó un expediente en el que se suscribió acuerdo de pago dentro de la etapa de cobro persuasivo, correspondiente a la Resolución sanción 12487-1 (ESOS). Según la información suministrada por el Grupo de Gestión Financiera (GGF), en los documentos aportados no se encuentra el soporte ni la evidencia del tercer pago, a pesar de que este valor aparece descontado en la deuda.

Áreas Responsables: Gerencia Seccional Nariño
Grupo de Gestión Financiera

Si bien el equipo auditor reconoce la rigurosidad del GGF en la ejecución del proceso, la inexistencia de soporte documental formalmente registrado constituye una debilidad en el control interno, al comprometer la trazabilidad, la evidencia de auditoría y la verificación objetiva del cumplimiento del acuerdo. Esta brecha documental puede derivar en riesgos asociados a la transparencia, la confiabilidad del registro y la eficacia de los mecanismos de control establecidos

Recomendación

Fortalecer los controles internos sobre la gestión de acuerdos de pago en la etapa de cobro persuasivo, estableciendo la obligatoriedad de conservar y remitir los soportes de cada pago realizado, incluso cuando el descuento se refleje en el estado de cuenta. Se sugiere que cada abono esté respaldado por evidencia física o digital.

- **COBRO COACTIVO**

Observación 22. Incumplimiento en la tarea 1 del numeral 2.1 Procedimiento de cartera, del procedimiento GRFIN-GI-P-007 en lo relacionado con la expedición de

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Resoluciones. Durante el contraste de la información aportada por el Grupo de Gestión Documental (GGD) y la Gerencia Seccional Nariño, se evidenciaron inconsistencias que afectan la trazabilidad y la seguridad jurídica del procedimiento. Entre los hallazgos más relevantes se identificaron diferencias en las fechas de expedición de varias resoluciones, como la Resolución 5767, reportada por GGD como emitida el 17/06/2024, mientras la Gerencia Seccional Nariño la registra como expedida el 22/06/2024, y la Resolución 8711, que GGD reporta como generada el 17/07/2024, mientras la Gerencia indica el 07/07/2024.

Áreas responsables: Gerencia Seccional Nariño
Oficina Jurídica Seccional

Asimismo, se evidenció la duplicidad en el reporte de la Resolución 14668 del 15 de octubre de 2024 por parte de la Gerencia Seccional Nariño, lo que genera desconfianza en la calidad de la información. Con la información suministrada por el Grupo de Gestión Documental se identificó que la Resolución 9347 “Por medio de la cual se impone sanción dentro del Proceso Administrativo Sancionatorio No. NAR.2.32.0-82.003.2021-0203, adelantado en contra del(la) señor(a) AMYM, identificado(a) con C. C. xx.xxx.539” de fecha 25/07/2024, no fue reportada como expedida por la Gerencia Seccional Nariño, a pesar de que ambas fuentes coinciden en la existencia de la Resolución 2808, que sanciona a la misma persona igualmente, la Gerencia Seccional Nariño presentó la omisión de la Resolución 15778 del 30 de octubre de 2024, reportada por GGD, mediante la cual se resuelve un recurso contra una resolución sancionatoria.

Estas inconsistencias reflejan falta de articulación y control entre las dependencias, lo que puede afectar la correcta aplicación de la vía gubernativa, comprometer el principio de legalidad y generar riesgos en la gestión de recursos administrativos.

Recomendación

Establecer un mecanismo de conciliación y validación de la información entre el Grupo de Gestión Documental y la Gerencia Seccional Nariño, previo a la expedición y registro de las resoluciones sancionatorias. Este mecanismo debe garantizar la coherencia en las fechas y datos asociados a cada acto administrativo, evitando inconsistencias que puedan afectar la trazabilidad del procedimiento y la correcta aplicación de la vía gubernativa.

Observación 23. Se evidenció incumplimiento en las actividades 12 y 28 del numeral 2.1 del Procedimiento de Cartera, lo cual impacta también los numerales 2.3.1 y 2.3.3, debido a que durante la revisión de información de la Gerencia Seccional Nariño, el Grupo de Gestión Financiera y la Oficina Asesora Jurídica se identificó que varios expedientes reportados como activos en cobro coactivo no fueron remitidos por ninguna de estas dependencias, excepto uno informado por el Grupo de Gestión Financiera como enviado mediante memorando SINAD 20243135137, pero que no registra ingreso en la Oficina Asesora Jurídica. Esta situación evidencia desarticulación y falta de consistencia entre las dependencias, así como ausencia de trazabilidad en algunos procesos, lo que puede generar confusión y vacíos en la gestión de cartera.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Áreas Responsables: Gerencia Seccional Nariño
 Grupo Gestión Financiera
 Oficina Asesora Jurídica

Recomendación

Fortalecer la articulación entre la Gerencia Seccional Nariño, el Grupo de Gestión Financiera y la Oficina Asesora Jurídica mediante la implementación de un mecanismo de control cruzado y verificación previa antes de reportar procesos como activos en cobro coactivo. Este mecanismo debe incluir la validación documental completa y la actualización simultánea en los aplicativos institucionales, garantizando trazabilidad y consistencia en la información.

3.9 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

3.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

Riesgos asociados a la unidad auditável

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

Fuente: Matriz Institucional de Riesgos

3.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

OBSERVACION 24. Se evidenció la materialización del Riesgo SGC “Posibilidad de afectación económica por presentación de estados financieros que no reflejan la realidad económica de la entidad”, dado que los saldos por concepto de Cartera no presentan consistencia entre la información reportada por la Subgerencia Administrativa y Financiera y las Seccionales, generando diferencias que son remitidas al Grupo de Gestión Contable sin la depuración correspondiente. Esta

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

situación afecta la razonabilidad de los estados financieros y evidencia falencias en la conciliación y verificación previa de la información contable.

Áreas Responsables: Gerencia Seccional Nariño
 Grupo de Gestión Financiera
 Oficina Asesora Jurídica
 Oficina Asesora de Planeación

El proceso auditor determinó materialización de este riesgo, en el sentido que, los Estados Financieros de la Entidad presentan imprecisión en los saldos por concepto de Cartera, dada la ausencia de conciliación entre la Subgerencia Administrativa y Financiera y las Seccionales, información que posteriormente es remitida al Grupo de Gestión Contable, sin la depuración correspondiente. Lo anterior, obedece a la Resolución 3262 (\$908.526) por concepto de caducidad y las 6140 (\$2.808.171) y 18751 (\$6277.089) dado que no están incluidas en el reporte SNRI, que en total suman \$9.993.786.

No. RESOLUCIÓN SANCIÓN ARCHIVO	FECHA RESOLUCIÓN SANCIÓN ARCHIVO (dd/mm/yyyy)	TIPO SANCIÓN	Observación	valor
3262	17/04/2024	Multa	Caducidad	908.526
6140	21/06/2024	Multa	No esta en SNRI	2.808.171
18751	3/12/2024	Multa	No esta en SNRI	6.277.089
TOTAL				9.993.786

Recomendaciones

1. Remitir al Grupo de Gestión Contable información conciliada y depurada.
2. Realizar de manera mensual la conciliación de la información de cartera, entre las Oficinas Seccionales y el Grupo de Gestión Financiera.

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

Se identifican riesgos estructurales y operativos que comprometen la eficacia del proceso de gestión de cartera institucional, los cuales se presentan a continuación:

Nombre del Riesgo	Objetivo Estratégico	Zona Inherente	Causa
Prescripción de obligaciones por inactividad en la etapa de cobro persuasivo o coactivo	Optimizar los recursos administrativos y financieros	Moderada	Incumplimiento de los plazos establecidos en los artículos 10 y 11 de la Resolución 090 de 2010.
Inconsistencia y desactualización de los sistemas de información sancionatoria (SNRI, Base FENIX, contabilidad)	Optimizar los recursos administrativos y financieros	Moderada	Falta de conciliación entre áreas y deficiente diligenciamiento de los aplicativos institucionales.
Decisiones de archivo a Resoluciones sin agotar las etapas de cobro o sin soporte documental suficiente	Optimizar los recursos administrativos y financieros	Moderada	Omisión de validaciones previas al cierre de expedientes sancionatorios.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Nombre del Riesgo	Objetivo Estratégico	Zona Inherente	Causa
Pérdida de trazabilidad documental	Optimizar los recursos administrativos y financieros	Moderada	La falta de articulación entre la Gerencia Seccional Nariño, el Grupo de Gestión Financiera y la Oficina Asesora Jurídica, evidenciada en la ausencia de expedientes completos y diferencias en los registros, puede generar pérdida de trazabilidad en los procesos sancionatorios y de cobro.

Recomendación

1. Diseñar e institucionalizar un modelo de seguimiento transversal al proceso de cartera, que permita articular documental y técnicamente todas las etapas (resolución, ejecutoria, cobro persuasivo y coactivo), con responsables definidos, sistemas interconectados y verificación periódica.
2. Adoptar un plan de depuración que incluya la revisión histórica de sanciones, actualización de estados, cierre formal de expedientes prescritos o sin viabilidad de cobro, e identificación de los casos que requieren acciones judiciales o disciplinarias.
3. Incorporar funcionalidades tecnológicas que generen alertas automáticas ante el vencimiento de los plazos establecidos para la remisión, gestión o actualización de las obligaciones, reduciendo el riesgo de omisión o atraso.
4. Generar informes ejecutivos mensuales dirigidos a la Dirección General del ICA, en los que se evidencien los avances, riesgos, cumplimiento de plazos, procesos en mora y acciones correctivas implementadas en materia de cartera.

3.10 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 al plan de mejoramiento suscrito entre la Gerencia Seccional y la Oficina de Control Interno. Se revisó la matriz y no hay acciones ni en estado VENCIDA o CUMPLIDA, realizadas al procedimiento de Cartera.

3.11 RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

Recomendaciones Generales

1. Fortalecer la articulación entre la Seccional Nariño, el Grupo de Gestión Financiera y la Oficina Asesora Jurídica, mediante protocolos de comunicación interinstitucional, con cronogramas de seguimiento, responsables designados y reportes periódicos, para asegurar la trazabilidad de las obligaciones desde su origen hasta el cierre definitivo del proceso de cobro.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

2. Actualizar, depurar y conciliar los sistemas institucionales de información (SNRI, Base FENIX, contabilidad), garantizando consistencia, completitud y oportunidad en los registros. Se recomienda realizar conciliaciones mensuales firmadas entre las áreas responsables, y registrar formalmente las obligaciones en etapa de cobro coactivo que actualmente no figuran en los sistemas oficiales.
3. Implementar un plan de saneamiento de cartera, con acciones específicas para:
 - Identificar obligaciones prescritas o sin gestión,
 - Remitir pendientes a cobro coactivo,
 - Cerrar adecuadamente expedientes sin viabilidad jurídica o económica,
 - Recuperar obligaciones viables en mora.
4. Adoptar un sistema de alertas automáticas en el aplicativo institucional de cartera, que notifique el vencimiento de los plazos para remisión, cobro persuasivo o coactivo, lo cual reducirá el riesgo de prescripción y aumentará la oportunidad de recuperación.
5. Capacitar al personal involucrado en la gestión de cartera y sanciones, en normativas vigentes, diligenciamiento de aplicativos y remisión de expedientes, con énfasis en los artículos 10 y 11 de la Resolución 090 de 2010 y el procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4.
6. Incluir los nuevos riesgos detectados durante la auditoría en la matriz institucional, especialmente aquellos relacionados con la desactualización de sistemas, prescripción de obligaciones y decisiones de archivo sin agotar las etapas previas.

Conclusiones de la auditoría

1. El proceso de gestión de cartera en la Seccional Nariño presenta riesgos estructurales y operativos que afectan la eficacia, trazabilidad y legalidad del proceso sancionatorio y de recaudo institucional.
2. Se identificaron inconsistencias entre los sistemas de información institucional (SNRI, Base FENIX) y los registros contables y jurídicos, lo cual compromete la confiabilidad de los reportes oficiales y dificulta el seguimiento efectivo de las obligaciones.
3. Existen obligaciones en mora y expedientes sin actuación, en contravía de los procedimientos institucionales y de la Resolución 090 de 2010, lo que representa un riesgo real de prescripción de recursos públicos y debilita la función sancionatoria del Instituto.
4. Se evidenció la falta de controles oportunos, mecanismos de alerta y supervisión interna sobre el tránsito de las obligaciones entre las etapas de ejecución, cobro persuasivo y coactivo, generando omisiones en la gestión.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Es imperativo que la Alta Dirección disponga medidas correctivas y preventivas, priorizando la gestión eficiente de la cartera institucional, para garantizar la protección de los recursos públicos, la efectividad sancionatoria y la mejora continua del control interno.

4 PROCESO: GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

4.1 TIPO DE PROCESO: APOYO

4.2 SUBPROCESO: ADMINISTRACIÓN DE INVENTARIOS

4.3 UNIDAD AUDITABLE: GRFIS-INV-P-001 Manejo Y Control Administrativo De Los Bienes Del ICA.

4.4 OBJETIVO:

Cumplimiento de 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, formas asociadas y la gestión del riesgo.

4.5 ALCANCE:

Verificación del procedimiento GRFIS-INV-P-001 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA, instructivos y formas asociadas, gestionado por la Gerencia Seccional Nariño durante la vigencia 2024.

La Oficina de Control Interno, de considerarlo necesario, podrá extender el alcance de esta auditoría a otras vigencias o procedimientos relacionados. De otra parte, el alcance podrá verse limitado cuando no sea suministrada la información solicitada, o se suministre de manera parcial o cuando no se permita el acceso a los sitios involucrados en el alcance.

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

4.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

Durante el desarrollo de la auditoría no se presentaron limitaciones en el acceso a la información requerida por parte de la Seccional Nariño. Sin embargo, al Grupo de Gestión de Activos se le solicitó, mediante el memorando No. 20253023329 de 2025, la información relacionada con el seguimiento mensual a la ejecución de los contratos suscritos, el informe mensual remitido al Grupo de Gestión Contable, así como el detalle de los inmuebles legalizados y de los bienes con titularización, con la finalidad de medir el impacto de estos en la Dirección Seccional Nariño.

En respuesta a dicha solicitud, el Grupo de Gestión de Activos, a través del memorando No. 20253024257, informó que estas actividades se desarrollan en las Oficinas Nacionales y, por tanto, no aplican para la auditoría realizada en la Seccional Nariño. Posteriormente, mediante el memorando No. 20253024592 del 16-10-2025, la OCI reiteró la solicitud, precisando que dicha información resulta necesaria, en la medida en que impacta directamente a las seccionales o áreas, en este caso a la Seccional Nariño, y que su revisión permite identificar el cumplimiento de las obligaciones asociadas al procedimiento.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

No obstante, a la fecha de cierre de la auditoría, no se recibió respuesta adicional ni se suministró la información requerida por parte del Grupo de Gestión de Activos.

Respecto de lo anterior, la Oficina de Control Interno tiene conocimiento de que estas actividades se ejecutan en el nivel central; sin embargo, su verificación es relevante para constatar que, para la Seccional Nariño, se haya realizado la gestión correspondiente y, adicionalmente, para comparar y validar información directamente relacionada con los boletines y reportes de movimientos de bienes.

Finalmente, ante la no entrega oportuna de la información requerida y conforme al alcance definido en la planeación de la auditoría; el cual contempla que, *de considerarse necesario, este podrá extenderse a otras vigencias o procedimientos relacionados, y que podría verse limitado en caso de que la información no sea suministrada, sea parcial o no se permita el acceso a sitios involucrados*, no fue posible realizar la verificación correspondiente.

4.7 CRITERIOS:

- GRFIS-INV-P-001 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA Versión 7.
- Tablas de Retención documental 800.21- Gerencia Seccional Nariño
- Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6 y 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública. Anexo 3 - Catalogo indicativo puntos riesgos fiscales.

4.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

4.8.1 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. La información entregada por el área auditada se realizó a través de una carpeta compartida en SharePoint. De igual manera durante la realización de la auditoría interna en campo se tomaron evidencias documentales y fotográficas.
- **Evaluación de Riesgos:** Se evaluaron la aplicación de los controles establecidos a los riesgos aplicables a la unidad auditável.
- **Análisis de Datos:** Se analizaron los datos recolectados utilizando la herramienta de tabulación, filtrado y selección de datos Microsoft Excel. Para el desarrollo de esta auditoría se analizó la siguiente información:
 - Base de datos de los CMI movimientos de inventario Propiedad Planta y Equipo vigencia 2024.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Actas de toma física de inventarios, vigencia 2024.
- Boletines de almacén: Consolidaciones mensuales de los movimientos de inventario, incluyendo entradas y salidas, vigencia 2024 y 2025.
- Inventario asignado a los funcionarios de la seccional Nariño.
- Total de inventarios a corte julio 2025.
- Reporte de inventario inservible de a nivel nacional y seccional Nariño.
- Cronograma de toma de inventarios 2024 -2025
- Resolución No. 00021343 de nombramiento de provisionalidad del empleo denominado Auxiliar Administrativo, Código 4044, Grado 9.
- Comité de Inservibles Seccional Nariño.

- **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.

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 y el Grupo de Gestión de Activos y Almacén ; adicionalmente 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 funcionarios con inventario a cargo, dicho aplicativo se basa en la formula estadística para determinación de la muestra de poblaciones finitas .

Población Inventario 2024 – 2025

Se identifico una población global de 1629 bienes en la Seccional Nariño de acuerdo con el reporte de inventario corte julio 2025.

Tabla 2. Estado de inventario

Estado inventario	Total
D – Disponible	332
I – Inservible	12
N – Nuevo	218
S – Servicio	1067
Total general	1629

Tamaños de muestra:

- 12 boletines de almacén vigencia 2024

Tabla 3. Tamaño de muestra

INGRESO DE PARÁMETROS	
Tamaño de la Población (N)	12
Error Muestral (E)	9%
Proporción de Éxito (P)	10%
Nivel de Confianza	90%
Nivel de Confianza (Z) (1)	1,645
Muestra	9

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- 163 comprobantes de movimientos de inventario Propiedad Planta y Equipo durante la vigencia 2024.

Tabla 4. muestra - parámetros

INGRESO DE PARÁMETROS	
Tamaño de la Población (N)	163
Error Muestral (E)	12%
Proporción de Éxito (P)	10%
Nivel de Confianza	90%
Nivel de Confianza (Z) (1)	1,645
Muestra	15

- 80 funcionarios de la seccional Nariño y 30 de la Sede Pasto con inventario a cargo

Inventario asignado a los funcionarios 2024 y 2025 cronograma y carpetas:

Tabla 5. Muestra y parámetros por funcionarios

INGRESO DE PARÁMETROS	
Tamaño de la Población (N)	30
Error Muestral (E)	12%
Proporción de Éxito (P)	10%
Nivel de Confianza	90%
Nivel de Confianza (Z) (1)	1,645
Muestra	11

Tabla 6. Total inventario por cada funcionarios - Nariño

No	ID TERCERO (últimos 4 dígitos)	SEDE	ESTADO DEL BIEN	CABTIDAD DE BIENES A CARGO	COSTO TOTAL BIENES A CARGO
1	4494	RUMICHACA	S	4	\$ 21.241.792,00
2	2599	NO VINCULADO A LA SEDE		373	\$ 265.787.755,89
			D	322	\$ 217.147.682,00
			I	12	\$ 4.235.670,00
			N	13	\$ 28.678.734,09
			S	26	\$ 15.725.669,80
3	9991	RUMICHACA	S	24	\$ 216.558.965,20
4	4207	CUMBAL	S	70	\$ 63.731.197,10
5	8666	NO VINCULADO A LA ENTIDAD	S	72	\$ 65.262.161,10
6	3283	IPIALES	S	106	\$ 47.862.505,10
7	5920	PASTO		117	\$ 1.914.127.225,37
			D	9	\$ 9.681.400,00
			N	108	\$ 1.904.445.825,37
8	2899	PASTO		92	\$ 147.637.340,26
			N	90	\$ 146.997.340,26
			S	2	\$ 640.000,00
9	6946	PASTO		72	\$ 433.120.316,80
			N	4	\$ 243.075.340,00
			S	68	\$ 190.044.976,80
10	1857	PASTO	S	109	\$ 315.153.187,81
11	5253	TUMACO		45	\$ 32.708.207,10
			N	3	\$ 3.000.000,00
			S	42	\$ 29.708.207,10
		TOTAL		1084	\$ 3.523.190.654

D= Disponible; N= Nuevo; I= Inservible; S= Servicio

Fuente: Elaboración propia OCI

- Reporte de inventario inservible con un bien inservible y de baja:

1 bien inservible reportado por la Seccional Nariño:

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Ilustración 5.Detalle NOVASOFT inservibles

	INSTITUTO COLOMBIANO AGROPECUARIO - ICA 899.999.069-7 AÑO 2025 ACTIVOS VENDIDOS O DADOS DE BAJA	Fecha: 9/10/2025 3:06:42 p. m. Usuario: ica/gonzalo.vivero Reporte: PPE017 Página: 1
PLACA	PL.FISICA	DETALLE
0222837	0222837	EDIFICACION
		CLASE C. COSTO SUC. TERCERO ADQUIRIDO COSTO
		16401 01 052 899999069 01/01/2018 77.313.283,00
		Total General: 77.313.283,00

Fuente: Reporte NOVASOFT – Sección Nariño

12 bienes inservibles en el inventario 2025, se verificaron 2 bienes con mayor costo :

cod_pla	des_cor	fec_asig	num_asig	fec_adq	obs_gen	usr_estado	cos_def
130829	CAMPERO	30/07/2019	206-NAR190179	25/01/2000	CHEV. SAMURAI P. FDP-578	I	\$ 1.600.000,00
0614632	MOTOCICLETA	30/07/2019	206-NAR190179	24/10/2012	MOTOCICLETA UXM-49C XTZ125E-ROJO-Motor E3B4E009330-Chasis 9FK3B211XD2009330	I	\$ 2.340.000,00

Fuente: Reporte NOVASOFT – Proceso Gestión de Activos Oficinas Nacionales

4.8.3 FORTALEZAS

- Se resalta la actitud receptiva y colaborativa por parte de todo el equipo y el responsable de activos en la Seccional Nariño.
- Se observó disposición para atender los requerimientos del equipo auditor, facilitar el acceso a la información y participar activamente en las verificaciones realizadas.
- Se observó la gestión realizada por el responsable de activos en la identificación de algunos bienes inservibles en la bodega de inventarios, con el fin de adelantar el trámite correspondiente para su disposición final y continuar con el procedimiento establecido.
- Se observó la gestión realizada en la organización de la bodega de bienes de consumo, así como la identificación de la cantidad de bienes de consumo que se encuentran inservibles.
- Se observó la disposición y gestión encaminadas a la realización del levantamiento de inventarios, incluyendo la solicitud elevada a la Gestión de Activos del nivel nacional con el fin de obtener los recursos financieros necesarios para verificar, en las sedes de Tumaco, La Cruz, Ipiales, Rumichaca, Guachucal y Túquerres, el respectivo levantamiento de inventarios.

4.8.4 RESULTADOS

Observación 25. Incumplimiento de los lineamientos para la clasificación de bienes inservibles y ausencia en el desarrollo de las funciones del Comité de Bienes Inservibles

Responsable: Gerencia Seccional Nariño

Criterio

Incumplimiento de 10.4 y 15.4 “Clasificación de bienes a inservibles”

Condición

Durante la inspección visual a la bodega de almacén de bienes de la Seccional Nariño y una comparación de la base de datos de inventarios corte 30 de julio del 2025 con el fin de verificar el cumplimiento de las actividades del procedimiento y rectificar la cantidad de elementos en estado inservible se evidenció lo siguiente:

- a) Se comparó la base de datos de inventarios de bienes inservibles con corte al 30 de julio de 2025, remitida por el Proceso de Recursos Físicos, frente a las carpetas y la información física enviada por la Seccional. Como resultado de esta revisión, se evidenció una diferencia en la relación de elementos, toda vez que, según el reporte del sistema NOVASOFT, existen 12 bienes clasificados como inservibles, correspondientes a ocho (8) licencias, dos (2) computadores, un (1) vehículo tipo campero y una (1) motocicleta. No obstante, en la verificación de la documentación física de la Seccional solo se encontró la carpeta documental del vehículo campero, sin embargo, de los demás elementos inservibles no se evidencia dicha documentación en donde se relacione los respectivos conceptos técnicos, acta de comité de inservibles y los CMI respectivos donde se identifique la disposición final de los elementos.

- b) Se realizó una inspección visual a la bodega de almacén encontrando que los bienes inservibles no estaban clasificados, separados adecuadamente, bienes sin placa o en mal estado. adicionalmente se pudo observar que 4 motocicletas que no contaban con la respectiva identificación, placa del bien y en mal estado.

- c) Se realizó una inspección y verificación de los bienes inservibles a cargo del Id Tercero 2599, revisando la carpeta correspondiente al vehículo tipo campero marca Samurai, color rojo, con placa FDP-578. En dicha carpeta se identificó el concepto técnico; sin embargo, no se encontró el acta del Comité de Bienes Inservibles ni los CMI correspondientes.

Con respecto a la motocicleta con placa ICA 0614632 identificada con placa UXN-49C, color rojo, según el reporte del sistema NOVASOFT no fue posible identificar la carpeta física ni el bien asociado, por lo cual no se pudo verificar la documentación que respalda su clasificación o estado actual.

Igualmente se identificó en la bodega de almacén bienes asignados al funcionario 2599 y se observó bienes sin la debida clasificación, sin separar los elementos disponibles de los inservibles. A continuación, se relacionan los bienes identificados:

- Placa 0607984, correspondiente a una planta eléctrica (D), y otra planta adicional

- Placa 0137291, correspondiente a una cámara para laboratorio.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Placa 5002481, correspondiente a una balanza de laboratorio.
- Placa 29513, correspondiente a una centrífuga.

Finalmente, en el inventario del reporte NOVASOFT se registran nueve (9) puestos móviles ocho con placas 0607836, 0615228, 0615231, 0621917, 0621919, 0621921, 0621922 y 0621923 en estado Disponible a cargo del funcionario 2599, y uno con placa 0621920 aparece en estado en servicio a cargo del funcionario 5870, quien, según la base de datos de personal, labora en el punto de control El Espino.

Sin embargo, el puesto móvil con placa 0621920 en estado en servicio se encuentra parqueado en el área destinada al almacén de Pasto, por lo cual no existe coherencia entre el reporte y lo observado en sitio. Adicionalmente, de los ocho (8) puestos móviles en estado Disponible, solo se identificaron dos sin placa, y no se encontraron o ubicaron los otros seis (6) que deberían estar en este lugar. Cabe señalar que el funcionario 2599 ya no pertenece a esta Dirección Seccional de Nariño.

Adicionalmente, se solicitó las actas de comité de inservibles enviando que el mismo no ha dado cumplimiento a sus funciones de acuerdo con lo establecido en el procedimiento para la toma de decisiones de disposición de los bienes clasificados como inservibles.

Se evidencian debilidades en la aplicación de los controles internos relacionados con el registro, consolidación y actualización de la información de bienes inservibles entre la Seccional y el Proceso de Recursos Físicos, así como deficiencias en la gestión documental, posibles errores o retrasos en el cargue de información en el sistema NOVASOFT y la ausencia de inventarios físicos periódicos que permitan garantizar la integridad y consistencia de la información.

Inconsistencias entre los registros del sistema y la información física, afectando la confiabilidad del inventario institucional. Esto puede derivar la materialización de riesgos de pérdida, deterioro o uso indebido de los bienes, así como en incumplimientos normativos y afectaciones en la toma de decisiones relacionadas con la disposición final de los bienes inservibles.

Recomendación

Fortalecer los controles internos asociados al registro, consolidación y actualización de la información de bienes inservibles mediante la articulación efectiva entre la Seccional y el Proceso de Recursos Físicos. Se recomienda la verificación de la aplicación del procedimiento estandarizado que asegurar el cargue oportuno y verificación en el sistema NOVASOFT, y programar inventarios físicos periódicos que permitan conciliar la información del sistema con la documentación física.

4.9 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

4.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

Nombre del Riesgo	Objetivo Estratégico	Zona Inherente	Causa	Controles Existentes
RFIS1 - COR Posibilidad de afectación	Optimizar los recursos	ZONA RIESGO ALTA	Delincuencia externa a la entidad	1. El Grupo de Gestión de Servicios Generales realiza el seguimiento a las fechas de

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

económica debido al hurto de bienes de la entidad asegurados, por personas ajenas a la organización.	administrativos y financiero		<ul style="list-style-type: none"> *Inventarios desactualizados *Demoras en el proceso contractual *Falta de seguimiento al vencimiento de póliza 	<ul style="list-style-type: none"> vencimiento de las pólizas, asegurando que los bienes se encuentren amparados. (Anual) 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. (Anual)
GRFIS3 - SGC Posibilidad de afectación reputacional y económica por inventarios físicos de bienes en servicio que no corresponden a lo registrado en la base de datos de bienes de la entidad.	Optimizar los recursos administrativos y financieros	ZONA RIESGO MODERADA	<p>MODERADA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Desconocimiento del procedimiento para el manejo y control de bienes * Falta de oportunidad para el registro de novedades de inventario * Inventario de bienes en servicio desactualizado 	<p>. Los responsables de control de activos realizan los levantamientos físicos de inventarios de bienes en servicio a los funcionarios del Instituto conforme el procedimiento, los cuales deben coincidir con lo reportado en el aplicativo SCIAF. (Anual).</p>
GRFIS4 - COR Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por hurto o perdida 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	<p>EXTREMA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Fallas en la seguridad y vigilancia *Falta de sentido de pertenencia *Inventarios desactualizados *Desconocimiento de los lineamientos para el ingreso y salida de bienes *Interés particular en el bien 	<p>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. (Cada vez que se de ingreso de bienes a la entidad).</p> <p>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. (Anual)</p>

4.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

Observación 26. Incumplimiento levantamiento físico de bienes, entrega y recibo de almacén y materialización del riesgo “GRFIS3 – SGC Posibilidad de afectación reputacional y económica por inventarios físicos de bienes en servicio que no corresponden a lo registrado en la base de datos de bienes de la Entidad.”

Responsable: Gerencia seccional Nariño

Incumplimiento al lineamiento No. 10.7 “Levantamiento físico de inventarios”; incumplimiento al lineamiento No. 10.8 “Expediente Funcionario y/o terceros con bienes en servicio”, el numeral 14 “Administración y control de bienes inmuebles”, específicamente el ítem 14.3 “Levantamiento físico de bienes inmuebles”; así como la descripción de actividades contenida en el ítem 15.7 “Levantamiento físico de inventario”, De igual manera, se considera el numeral 15.9 “Entrega y recibo del almacén” y el Diagrama de Flujo señalado en el ítem 16.7 “Levantamiento físico de inventarios”.

Durante la revisión del proceso de gestión de inventarios en la Seccional Nariño con el fin de verificar el cumplimiento de las actividades en el procedimiento y el respectivo control de los bienes, se evidenció lo siguiente:

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- a) Ausencia de soportes documentales que acrediten la ejecución del levantamiento físico de bienes en servicio y del inventario general en el año 2024. Ya que el cronograma de levantamiento de inventarios para el 2024 no cuenta con la totalidad de las respectivas actas de levantamiento físico generada del aplicativo NOVASOFT junto con la identificación de las características de los bienes (código, placa, descripción, valor unitario, valor total, estado de conservación y fecha de conteo). Para la vigencia 2025 de acuerdo con cronograma se tiene planeado para los meses de noviembre y diciembre del 2025.
- b) Se observó la ausencia del acta inicial de entrega del almacén de las vigencias 2024 y 2025 suscritas por el responsable de control de activos y persona que entrega el cargo, cuya acta debe incluir cronograma sin exceder los 30 días hábiles. Ya que se designó nuevo responsable el 31 de diciembre del 2024 por medio de la Resolución No 00021343 *por la cual se efectúa nombramiento de provisionalidad del empleo denominado Auxiliar Administrativo, Código 4044, Grado 9.*
- c) Se verificó que 117 bienes, con un costo de \$1.914.127.225,37, asignados al funcionario 5920, responsable saliente del control de activos en la vigencia 2024, no habían sido objeto del traspaso correspondiente al nuevo funcionario ya que a corte julio 2025 cuenta con varios bienes a cargo. Asimismo, se evidenció que 373 bienes, por un valor de \$265.787.755,89, permanecen a cargo del funcionario 2599, quien ya no se encuentra vinculado a la Seccional Nariño; y 72 bienes, por un valor de \$65.262.161,10, continúan asignados al funcionario 8666, quien no se encuentra vinculado a la Entidad.
- d) Para el ID Tercero 2899 se identificó que los bienes con placas 0652029, 0652030 y 0652031 con un costo \$5.841.000, correspondientes a tres neveras, se encuentran sin placa. De estas, dos fueron evidenciadas durante la inspección ocular en la sede Pasto y una en la sede Cumbal, conforme a la evidencia fotográfica obtenida. En consecuencia, se observó la ausencia del respectivo Certificado de Movimiento de Inventario - CMI de traspaso al funcionario de la sede correspondiente.
- e) Para el ID_Tercero 6946 se identificó que el bien con placa 0649625, correspondiente a un termociclador convencional y con un costo de \$79.730.000, se encuentra sin placa, sin factura en su envío y el CMI de traspaso al momento de la inspección ocular.
- f) Para el ID_Tercero 5920 se identificó que los bienes con placas 0644326, 0650076, 0650077, 0650078 correspondientes aires a condicionados con un costo total de \$20.862.510, durante la inspección ocular y fotografía se encontró que el de placa 0644326 se encuentra en la sede Rumichaca informado por la OTI a Gestión de activos por medio del memorando No. 20233129170, y los bienes 0650076, 0650077, 0650078 frente a la evidencia fotográfica enviada no cuenta con placa que identifique la ubicación del mismo. Así mismo, se identificó una motocicleta con placa ICA 0643685 con placa KRN-56G la cual está en la sede la Cruz sin el respectivo CMI de traspaso y finalmente se identificaron cuatro impresoras con placa 0646451, 06464252, 0646453 y 0646455 se verificó que mediante acta de OTI se asignaron para Guachucan, Ipiales, Rumichaca y Tuquerés sin CMI de traspaso al personal u seccional a cargo.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- g) Para el ID Tercero 8666 se identificó el bien 0615741 correspondiente a una Motocicleta con placa YEJ34C y un costo de \$2.340.000 se encuentra en servicio en la sede Pasto y, durante la inspección ocular, fue ubicado en el parqueadero de dicha sede. Sin embargo, se evidenció que continúa asignado a un funcionario que ya no hace parte de la Entidad.

De igual manera, se efectuó una verificación visual de las carpetas físicas individuales correspondientes a los funcionarios incluidos en la muestra de la Dirección Seccional Nariño que tienen bienes asignados a su cargo. Como resultado de esta revisión, se evidenció la inexistencia de cinco (5) carpetas pertenecientes a los funcionarios identificados con los Id Tercero 2599, 8666, 5920, 2899 y 1857; de estos, tres funcionarios (2599, 5920 y 2899) han ejercido funciones relacionadas con el control de activos en la Seccional. Se observaron cuatro (4) carpetas correspondientes a los Id Tercero 4494, 5416, 3283 y 4207, las cuales contienen actas de inventario únicamente hasta la vigencia 2023. Igualmente, se identificó una (1) carpeta del Id Tercero 9991 con acta de inventario de la vigencia 2021 y una (1) carpeta del Id Tercero 7989 con actas de inventario actualizadas hasta el año 2024.

Lo anterior, demuestra debilidad en el levantamiento, seguimiento y control de los inventarios, así como en la administración de los respectivos Certificados de Movimiento de Inventarios (CMI) —incluyendo suministro, traspaso y reintegros al almacén— necesarios para garantizar la trazabilidad y concordancia con las actas de inventarios físicos.

La ausencia de controles internos efectivos para el registro, seguimiento y actualización periódica de las actas de inventario y de los Certificados de Movimiento de Inventarios (CMI), u desconocimiento de los procedimientos o inadecuada aplicación por parte del personal encargado del manejo de inventarios.

Así mismo, la rotación frecuente del personal responsable sin una transferencia formal, completa y verificable de la información y documentación asociada a los bienes, y posibles debilidades en la supervisión y seguimiento por parte de los líderes o responsables del proceso de almacén e inventarios.

Se identificó una ausencia en el levantamiento físico anual debido a una limitación para verificar la existencia, estado y trazabilidad de los bienes asignados, lo que impide asegurar que los activos están siendo administrados conforme a la normativa vigente. Así como la materialización del riesgo de pérdida, deterioro o uso inadecuado de los bienes ante la ausencia de documentación soporte que certifique los movimientos de inventarios (suministros, traspasos y reintegros).

Recomendaciones

1. Fortalecer los controles del proceso de inventarios, asegurando que el levantamiento físico se realice conforme a los lineamientos establecidos y que se generen, conserven y custodien los soportes documentales que respalden dichas actividades.
2. Tener en cuenta lo establecido en el procedimiento GRFIS-INV-P-001 Manejo y control administrativo de los bienes del ICA en el numeral 10.7.2. Levantamiento físico de bienes en servicio : *“Teniendo en cuenta que, por razones de distancias y presupuesto de las seccionales, en muchas ocasiones no es viable que el responsable de control de activos pueda realizar el levantamiento de inventario físico en las diferentes sedes, oficinas locales y Entidades con las que se tengan convenios, es factible que cualquier funcionario administrativo o contratista que realice visitas a estos sitios en el cumplimiento de sus funciones u obligaciones,*

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

pueda ser delegado por parte de la Gerencia Seccional para realizar esta actividad, previa entrega del acta de inventarios físico por parte del funcionario de control de activos” y realizar las gestiones necesarias.

3. Fortalecer la gestión documental del proceso de administración de bienes, garantizando que cada funcionario con elementos a cargo cuente con una carpeta física y digital actualizada, que incluya todos los soportes requeridos.
4. Establecer mecanismos de supervisión y seguimiento por parte de los líderes de almacén e inventarios, asegurando el cumplimiento oportuno de los procedimientos y la correcta administración de la documentación soporte.
5. Consolidar e integrar la información física y digital, promoviendo el uso adecuado de los sistemas institucionales para el registro de asignaciones y movimientos, y garantizando la correspondencia entre lo registrado en el sistema y lo archivado en carpeta.
6. Capacitar al personal encargado de los inventarios en buenas prácticas de gestión documental, control interno y normatividad vigente en materia de administración de bienes.

Observación 27. Incumplimiento en procedimiento Numeral 15.3 Movimiento de bienes y materialización del riesgo “GRFIS4 – COR Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por hurto o perdida de bienes al interior de los almacenes del ICA, por parte de funcionario encargado de control de activos de la seccional.”

Responsable: Gerencia Seccional Nariño

Incumplimiento del numeral 15.3 Movimiento de bienes, respecto a la omisión del certificado de movimiento de inventarios.

Se realizó una muestra de bienes Disponibles D, Nuevos N y en Servicio de la cual se verificó en el sistema NOVASOFT y la inspección ocular de los bienes de mayor valor asignados a seis funcionarios de la sede Pasto incluidos en la muestra.

- a) Para el ID_Tercero 2599 se identificó que el bien con placa 0623321, correspondiente a un escritorio con un costo \$911.103, no pudo ser localizado durante la inspección ocular.
- b) Para el ID Tercero 1857 se identificó un bien con placa 0615743, correspondiente a una motocicleta XTZ125 con un costo de \$3.120.000 la cual se encuentra en servicio. No obstante, el bien no pudo ser ubicado en el parqueadero, dado que las motocicletas en servicio no contaban con placa ICA para su correcta identificación, o la placa existente no correspondía con la registrada. En consecuencia, no fue posible determinar cuál de las motocicletas en servicio estaba asignada a este funcionario.

Se evidencio deficiencias en los procesos de marcación y control físico de los bienes institucionales, así como ausencia de los respectivos CMI de traspaso, tanto entre sedes como entre funcionarios, lo que refleja debilidades en el procedimiento de asignación y traslado de activos y un inadecuado seguimiento al inventario por parte de los

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

responsables del manejo de bienes, especialmente cuando los funcionarios se retiran o cambian de área.

La ausencia de control y seguimiento al inventario y debilidades encontradas pueden producir la materialización de riesgos como la perdida, hurto, extravió de bienes, inexactitud de inventarios, aumento de responsabilidad fiscal o disciplinaria ya que hay bienes pertenecientes a funcionarios que ya no perteneces a la Entidad.

Recomendaciones

1. Fortalecer el proceso de marcación física de bienes, garantizando la reposición inmediata de placas ICA extraviadas o ilegibles y su correspondiente registro en NOVASOFT.
2. Actualizar de manera inmediata y exhaustiva la información en el sistema NOVASOFT, asegurando que la ubicación, el custodio y el estado de cada bien reflejen la realidad física.
3. Realizar los respectivos CMI de traspaso para todos los bienes que han cambiado de sede o de funcionario, con el fin de formalizar su asignación y asegurar la trazabilidad.
4. Implementar controles periódicos de verificación física, especialmente para bienes de alta movilidad o riesgo, como motocicletas y equipos tecnológicos.
5. Articular a las áreas de Gestión de Activos, OTI y Coordinaciones de sede para consolidar un flujo de información eficiente, especialmente en traslados y asignaciones de equipos.

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 la ejecución de la auditoria la Oficina de Control Interno identifico posibles riesgos que deben tenerse en cuenta en el proceso de Gestión de Recursos Físicos y/o proceso de Gestión contractual con aplicabilidad en la Gerencia Seccional Nariño:

- Riesgo 1: Constancias de recibo a satisfacción de bienes, servicios firmados por supervisor o interventor de bienes, servicios inconclusos, infuncionales y/o que no brindan utilidad o beneficio.
- Riesgo 2: Bienes u obras recibidas a satisfacción por deterioro del bien u obra por indebido mantenimiento
- Riesgo 3: Pérdida de tenencia de bienes de la entidad por la pérdida de la tenencia de bienes inmuebles de la Entidad.

4.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

A la fecha del desarrollo de la auditoria la Gerencia Seccional Nariño no tiene acciones de mejora en los planes de mejoramiento de la Entidad.

4.11 RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

- Materialización de dos riesgos identificados en el proceso de Gestión de Recursos Físicos - GRFIS4 – COR *Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por hurto o perdida de bienes al interior de los almacenes del ICA, por parte de funcionario encargado de control de activos de la seccional* y el riesgo GRFIS3 – SGC

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

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, evidenciándose que los controles estipulados han sido ineficaces y no se han aplicado .

- Reforzar la capacitación del personal encargado de la gestión y custodia de activos, incluyendo la importancia del uso correcto de placas ICA y del reporte oportuno de novedades.
- Articular a las áreas de Gestión de Activos, OTI y Coordinaciones de sede para consolidar un flujo de información eficiente, especialmente en traslados y asignaciones de equipos.
- Realizar una revisión a los bienes activos con placa 0629423, 0627026, 0621851 y 0137459 ya que existe CMI con número, pero no se relaciona la fecha de asignación ni en 2024 ni en 2025. Y para los bienes con placa 0054833, 0054834 y 0054835 se evidencia cambio en el sistema a otro responsable, pero no se relaciona el CMI correspondiente. (*P.T. – Excel - Activos cambios- hoja 5*)
- Fortalecer el proceso de marcación física de bienes, garantizando la reposición inmediata de placas ICA extraviadas o ilegibles y su correspondiente registro en NOVASOFT.
- Realizar los respectivos CMI de traspaso para todos los bienes que han cambiado de sede o de funcionario, con el fin de formalizar su asignación y asegurar la trazabilidad.
- Establecer mecanismos de supervisión y seguimiento por parte de los líderes de almacén e inventarios, asegurando el cumplimiento oportuno de los procedimientos y la correcta administración de la documentación soporte.
- Evaluar la posibilidad de identificar riesgos fiscales ya identificados en el Anexo 3 “Catalogo indicativo puntos riesgos fiscales” del Departamento Administrativo de la Función Pública” de la Guía de Administración de Riesgos:
 - a) Respecto a la custodia de los bienes muebles de la entidad: Se recomienda fortalecer el riesgo ya existente *GRFIS4 – COR Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por hurto o perdida de bienes al interior de los almacenes del ICA, por parte de funcionario encargado de control de activos de la seccional*. Complementándolo en los casos en que pueda existir extravío, daño, robo o declaratoria de bienes faltantes pertenecientes a la Entidad.

(Declaratoria hace referencia a la determinación oficial o formal que realiza una entidad sobre una situación específica relacionada con un bien. Por ejemplo: Declaratoria de pérdida: cuando se oficializa que un bien se da por perdido, o declaratoria de baja: cuando se determina que el bien ya no es útil y debe retirarse del inventario y/o declaratoria de siniestro: cuando un bien sufre daño o robo y se activa un seguro.)
 - b) Pagos efectuados a contratistas por bienes, servicios u obras: Es necesario evaluar posibilidad que el proceso incluya el riesgo de pagar el bien a pesar de no cumplir las condiciones de calidad establecidas en el contrato.

5.PROCESO: GESTIÓN JURÍDICA

5.1 TIPO DE PROCESO: APOYO

5.2 SUBPROCESO: ASESORÍAS JURÍDICAS

5.3 UNIDAD AUDITABLE: GJUR-OAJ-M-001 Manual del Proceso Sancionatorio

5.4 OBJETIVO

Evaluar de manera integral la ejecución y el cumplimiento del Manual del Proceso Administrativo Sancionatorio (código GJUR-OAJ-M-001), garantizando el respeto del derecho constitucional al debido proceso, en especial en lo referente a la correcta notificación de cada una de las actuaciones que conforman estos procedimientos. El propósito de esta evaluación es contribuir al fortalecimiento de la potestad sancionatoria del ICA y a la protección de la sanidad agropecuaria del país, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 156 de la Ley 1955 de 2019.

Este manual, formalizado en el sistema de información Diamante del Instituto, será objeto de verificación en cuanto a: la normativa aplicable, la oportunidad en la gestión, el cumplimiento de los tiempos establecidos, la implementación de controles y la adecuada gestión del riesgo.

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 Nariño 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.

5.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

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

5.7 CRITERIOS

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

Normatividad Externa

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

Normatividad Interna:

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

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

5.8 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 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.

5.8.1 METODOLOGÍA

Para la evaluación de la gestión del control y seguimiento de los procesos administrativos sancionatorios, se desarrollaron las siguientes actividades:

- a. Se efectuó una revisión preliminar del Manual del Proceso Administrativo Sancionatorio, documentado en el sistema de información DIAMANTE, identificado con el código GJUR-OAJ-M-001, Versión 1. En esta etapa se analizaron las actividades principales y los aspectos críticos del procedimiento.
- b. Se gestionó ante la Oficina Asesora Jurídica la entrega de la matriz consolidada del sistema Fénix, correspondiente a los procesos sancionatorios activos de la Gerencia Seccional, para las vigencias 2021, 2022, 2023 y 2024. Posteriormente, en visita presencial, se solicitó el acceso a los expedientes físicos de los casos seleccionados, con el fin de realizar la revisión documental.
- c. Se aplicó un muestreo aleatorio simple sobre la base de los procesos activos reportados por la Gerencia Seccional, con el fin de garantizar la representatividad de los casos revisados conforme a los principios de objetividad y suficiencia de la auditoría.

Tabla 7. Casos revisados

TAMAÑO DE LA POBLACIÓN (N)	ERROR MUESTRAL (ϵ)	PROPORCIÓN DE ÉXITO (P)	NIVEL DE CONFIANZA	NIVEL DE CONFIANZA (Z)	FÓRMULA	MUESTRA
693	5%	3%	90%	1,645	21	21

5.8.2 MUESTRA

Las validaciones para esta auditoria se adelantaron de manera selectiva a los procesos administrativos sancionatorios con un total de 693 procesos, verificando el cumplimiento de los lineamientos dispuestos para tal fin, de una muestra de veintisiete (21) proceso.

Tabla 8. Muestra procesos sancionatorios

VIGENCIA	NO. PROCESO	TOTAL, POR VIGENCIA
2021	NAR.2.32.0-82.001.2024-0113-NAR.2.32.0-82.001.2024-0114- NAR.2.32.0-82.001.2024-0115-NAR.2.32.0-82.001.2024-0116- NAR.2.32.0-82.001.2024-0117-NAR.2.32.0-82.001.2024-0118- NAR.2.32.0-82.001.2024-0119	7

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

2022	NAR.2.32.0-82.002.2022-0230-NAR.2.32.0-82.002.2022-0232- NAR.2.32.0-82.002.2022-0232-NAR.2.32.0-82.002.2022-0233- NAR.2.32.0-82.002.2022-0234-NAR.2.32.0-82.002.2022-0282	6
2023	NAR.2.32.0-82.002.2023-0039-NAR.2.32.0-82.002.2023-0051- NAR.2.32.0-82.002.2023-0064-NAR.2.32.0-82.002.2023-0064- NAR.2.32.0-82.002.2023-0086-NAR.2.32.0-82.002.2023-0091	6
2024	NAR.2.32.0-82.002.2024-0001-NAR.2.32.0-82.002.2024-0035- NAR.2.32.0-82.002.2024-0036	3

5.8.3 FORTALEZAS

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

5.8.4 RESULTADOS

Observación 28: Incumplimiento de las tareas Nos. 4, 5, 6, 7, 8, 12 y 13 del Manual del Proceso Administrativo Sancionatorio – Código GJUR-OAJ-M-001, por configuración de la caducidad de la acción sancionatoria, toda vez que, aunque se profirió el auto de formulación de cargos, no se adelantó la citación para notificación personal o no se logró su práctica efectiva, y tampoco se continuó con la ejecución de las actuaciones subsiguientes que permitieran expedir y notificar la resolución sanción dentro del término legalmente establecido. Esta omisión llevó al vencimiento del plazo para ejercer la potestad sancionatoria, en contravía de lo dispuesto en el artículo 157 de la Ley 1955 de 2019 y sin que mediara acto administrativo de archivo, lo cual vulnera además lo señalado en el artículo 156 de la misma ley y los artículos 47, 48 y 52 de la Ley 1437 de 2011, generando un riesgo jurídico elevado y afectando la eficacia del procedimiento sancionatorio.

Área responsable: Gerencia Seccional Nariño

Durante la revisión de los expedientes sancionatorios del año 2021, se evidenció que en varios de ellos la figura de caducidad, contemplada en el artículo 157 de la Ley 1955 de 2019, fue aplicada de forma extemporánea. Dicha situación configuró la pérdida del ejercicio oportuno de la potestad sancionatoria y la imposibilidad de imponer multas administrativas, generando un impacto directo en la seguridad jurídica y en la capacidad del Instituto para la recuperación de recursos públicos.

La ausencia de mecanismos eficaces de control sobre los plazos procesales representa un riesgo jurídico y fiscal elevado, vulnerando los principios constitucionales de eficacia, legalidad y responsabilidad administrativa previstos en el artículo 209 de la Constitución Política

VIGENCIA	NO. PROCESO	TOTAL, POR VIGENCIA	ESTADO
2021	NAR.2.32.0-82.001.2024-0113-NAR.2.32.0-82.001.2024-0114-NAR.2.32.0-82.001.2024-0115- NAR.2.32.0-82.001.2024-0116-NAR.2.32.0-82.001.2024-0117-NAR.2.32.0-82.001.2024-0118- NAR.2.32.0-82.001.2024-0119	7	Caducidad

Durante la revisión de los expedientes sancionatorios del año 2021, se constató que la figura de caducidad contemplada en el artículo 157 de la Ley 1955 de 2019 fue aplicada de manera extemporánea en múltiples casos. Esta situación vulnera los términos legales para ejercer la potestad sancionatoria, impidiendo la imposición de sanciones

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

administrativas, en particular de multas, afectando directamente el principio de oportunidad del procedimiento sancionatorio.

La omisión en el seguimiento procesal y la falta de control sobre los plazos configuró la pérdida de la posibilidad de sancionar, lo que representa un riesgo jurídico y fiscal elevado, al implicar un detrimiento económico por la imposibilidad de recuperar recursos a favor del Estado. Así mismo, se transgreden principios constitucionales como la eficacia, legalidad y responsabilidad, conforme al artículo 209 de la Constitución Política.

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

Recomendaciones

1. Implementar un tablero de control actualizado que permita monitorear en tiempo real el avance y estado de cada expediente sancionatorio.
2. Aplicar procedimientos de revisión periódica sobre los expedientes con riesgo de vencimiento de términos, a fin de anticipar la configuración de la caducidad.
3. Capacitar al personal responsable del PAS sobre los efectos legales y disciplinarios derivados de la caducidad procesal extemporánea.

Observación 29: Incumplimiento de las tareas Nos. 3, 9 y 13 del Manual del Proceso Administrativo Sancionatorio – Código GJUR-OAJ-M-001, por insuficiencia en los mecanismos internos de trazabilidad procesal derivada del uso inadecuado del aplicativo Fénix, vulneración del principio de planeación y pérdida de oportunidad en la actuación administrativa.

Área responsable: Gerencia Seccional Nariño

Durante el ejercicio auditor adelantado a la Gerencia Seccional Nariño, se evidenció una deficiencia estructural en los mecanismos de control y seguimiento del Proceso Administrativo Sancionatorio (PAS), originada en el uso parcial e inadecuado del aplicativo institucional Fénix, así como en la inexistencia de una matriz interna complementaria que permita registrar de manera oportuna, clara y verificable los estados y avances de cada expediente.

Se encontró diligenciamiento inadecuado de Fénix, no han sido debidamente diligenciados, particularmente aquellos relacionados con la actualización del estado procesal, imposición de medidas cautelares como la caución, fechas de actuaciones clave (formulación de cargos, pruebas, recursos), y cambios de etapa. Esta omisión impide determinar con precisión si las actuaciones están vigentes, finalizadas o inactivas, generando incertidumbre jurídica sobre la situación de los procesos sancionatorios.

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.

Adicionalmente, 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.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

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

1. 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.
2. Designar un responsable del control de términos y del mantenimiento de la matriz, con funciones claras de reporte, validación y retroalimentación jurídica.

Observación 30: 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, 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 Nariño

Vigencia	N.º de Proceso	Tareas incumplidas (Manual GJUR-OAJ-M-001 V.1)	Descripción del incumplimiento	Estado / Riesgo
2021	NAR.2.32.0-82.016.2022-0089	1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13	No se adelantó notificación personal, ni se ejecutaron las actuaciones subsiguientes para expedir y notificar la resolución sanción dentro del término legal.	Caducidad
2021	NAR.2.32.0-82.003.2021-0201	1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13	Igual incumplimiento: falta de trámite oportuno posterior al auto de formulación de cargos.	Caducidad
2021	NAR.2.32.0-82.003.2021-0204	1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13	Sin citación o notificación personal efectiva, ni avance a resolución sanción.	Caducidad
2021	NAR.2.32.0-82.003.2021-0200	1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13	No se surtieron etapas procesales posteriores al auto de formulación de cargos.	Caducidad
2021	NAR.2.32.0-82.003.2021-0206	1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13	Se evidencia inactividad procesal dentro del término legal.	Caducidad

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

2021	NAR.2.32.0-82.003.2021-0274	1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13	Falta de notificación oportuna y avance del trámite sancionatorio.	Caducidad
2021	NAR.2.32.0-82.001.2021-0268	1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13	No se continuó con las actuaciones del procedimiento sancionatorio.	Caducidad
2021	NAR.2.32.0-82.001.2021-0218	1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13	Sin constancia de notificación ni actuación posterior.	Caducidad

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 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 impidió la expedición de la resolución sanción o, en su defecto, del acto de archivo, configurándose de esta manera la caducidad de la facultad sancionatoria, en contravención de lo dispuesto en el artículo 157 de la Ley 1955 de 2019, lo cual a su vez vulnera el artículo 156 de la misma disposición, que atribuye al Instituto Colombiano Agropecuario (ICA).

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.

VIGENCIA	NO. PROCESO	TOTAL, POR VIGENCIA
2021	NAR.2.32.0-82.001.2024-0113-NAR.2.32.0-82.001.2024-0114-NAR.2.32.0-82.001.2024-0115-NAR.2.32.0-82.001.2024-0116-NAR.2.32.0-82.001.2024-0117-NAR.2.32.0-82.001.2024-0118-NAR.2.32.0-82.001.2024-0119	7
2022	NAR.2.32.0-82.002.2022-0230-NAR.2.32.0-82.002.2022-0232-NAR.2.32.0-82.002.2022-0232-NAR.2.32.0-82.002.2022-0233-NAR.2.32.0-82.002.2022-0234-NAR.2.32.0-82.002.2022-0282	6
2023	NAR.2.32.0-82.002.2023-0039-NAR.2.32.0-82.002.2023-0051-NAR.2.32.0-82.002.2023-0064-NAR.2.32.0-82.002.2023-0064-NAR.2.32.0-82.002.2023-0086-NAR.2.32.0-82.002.2023-0091	6
2024	NAR.2.32.0-82.002.2024-0001-NAR.2.32.0-82.002.2024-0035-NAR.2.32.0-82.002.2024-0036	3

Revisados los 21 expedientes de muestra y la matriz suministrada, se constató que, si bien se expedieron los respectivos actos administrativos, al momento de la verificación no se encontraba acreditada su notificación en debida forma. Esta situación se evidenció en los siguientes expedientes NAR.2.32.0-82.002.2023-0039-NAR.2.32.0-82.002.2023-0051-NAR.2.32.0-82.002.2023-0064-NAR.2.32.0-82.002.2023-0064-NAR.2.32.0-82.001.2024-0117-NAR.2.32.0-82.001.2024-0118-NAR.2.32.0-82.001.2024-0119

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Así las cosas, se identificó que en varios casos la notificación del acto de apertura del proceso sancionatorio fue realizada 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

1. Depurar los expedientes activos registrados en la matriz Fénix, identificando aquellos en los cuales haya operado la caducidad de la facultad sancionatoria, y proceder a la expedición formal de las resoluciones de archivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 52 de la Ley 1437 de 2011.
2. 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.
3. Dar cumplimiento a los compromisos asumidos por la Gerencia Seccional Nariño en el marco de los “Diagnósticos Procesos PAS” y a los cronogramas de actividades definidos en las reuniones quincenales, 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.
4. 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.

5.9 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE

5.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL

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 	<ul style="list-style-type: none"> 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.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

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 secretaría 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 trámites 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 determinar la viabilidad de iniciar o no la acción de repetición 	1. El Jefe de la Oficina Asesora Jurídica solicita al abogado la realización de estudio de viabilidad o no de la acción de repetición una vez realizado el pago de la sentencia que condene al ICA. Posteriormente se realiza presentación al comité de conciliación

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Observación 31. 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 Nariño.

VIGENCIA	NO. PROCESO	TOTAL, POR VIGENCIA
2021	NAR.2.32.0-82.001.2024-0113-NAR.2.32.0-82.001.2024-0114-NAR.2.32.0-82.001.2024-0115-NAR.2.32.0-82.001.2024-0116-NAR.2.32.0-82.001.2024-0117-NAR.2.32.0-82.001.2024-0118-NAR.2.32.0-82.001.2024-0119	7
2022	NAR.2.32.0-82.002.2022-0230-NAR.2.32.0-82.002.2022-0232-NAR.2.32.0-82.002.2022-0232-NAR.2.32.0-82.002.2022-0233-NAR.2.32.0-82.002.2022-0234-NAR.2.32.0-82.002.2022-0282	6
2023	NAR.2.32.0-82.002.2023-0039-NAR.2.32.0-82.002.2023-0051-NAR.2.32.0-82.002.2023-0064-NAR.2.32.0-82.002.2023-0064-NAR.2.32.0-82.002.2023-0086-NAR.2.32.0-82.002.2023-0091	6
2024	NAR.2.32.0-82.002.2024-0001-NAR.2.32.0-82.002.2024-0035-NAR.2.32.0-82.002.2024-0036	3

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

1. 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.
2. 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.

5.9.2 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.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- 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.

5.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

Unidad auditada sin Acciones de mejora pendientes en la Gerencia Seccional

5.11 RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

Las observaciones formuladas durante la auditoría a los Procesos Administrativos Sancionatorios (PAS) en la Seccional Nariño evidencian deficiencias estructurales en el cumplimiento de los términos legales, el impulso procesal y la trazabilidad funcional, lo cual ha derivado en la materialización del riesgo GJUR3, previamente identificado en el mapa de riesgos institucional.

La falta de actuación oportuna en varios expedientes pone en riesgo la eficacia del poder sancionatorio del Instituto Colombiano Agropecuario, y genera una exposición crítica frente a la caducidad de la acción administrativa, debilitando la función disciplinaria del Estado.

Esta situación compromete principios esenciales del actuar administrativo, como la legalidad, eficiencia, responsabilidad y transparencia, y podría generar eventuales responsabilidades disciplinarias y fiscales, así como escenarios de impunidad institucional.

En consecuencia, se formulan las siguientes recomendaciones generales:

- Implementar un sistema de gestión del riesgo enfocado en el monitoreo automatizado de los términos procesales, con alertas tempranas, responsables funcionales designados y trazabilidad de actuaciones, para garantizar decisiones dentro de los plazos legales y prevenir la caducidad de los procedimientos.
- Fortalecer la trazabilidad funcional a través de registros electrónicos sistemáticos, que permitan evidenciar el seguimiento individual de los PAS, facilitar el control interno y soportar la supervisión directiva y los procesos de responsabilidad disciplinaria.
- Establecer un procedimiento estandarizado de revisión periódica de expedientes sancionatorios, con una matriz de control de plazos y actuaciones críticas, que permita detectar rezagos en tiempo real y adoptar medidas correctivas oportunas, conforme al artículo 38 de la Ley 1437 de 2011 y normativa reglamentaria.
- Solicitar a la Oficina Asesora Jurídica la programación de capacitaciones periódicas dirigidas a los funcionarios encargados de los PAS, enfocadas en el impulso oficioso, el respeto de términos legales, el uso adecuado de recursos y la prevención de la caducidad, promoviendo la eficacia y la responsabilidad funcional.
- 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.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

6.PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL

6.1 TIPO DE PROCESO: APOYO

6.2 SUBPROCESO: CONTRATACIÓN

6.3 UNIDAD AUDITABLE: GRFT-GC-MP-001 V.13 Manual de Contratación

6.4 OBJETIVO

Evaluar y analizar de manera independiente el diseño, 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.

Verificar que los procedimientos y controles establecidos se encuentren alineados con las disposiciones normativas internas y externas vigentes, así como con los principios de transparencia, eficiencia y legalidad que rigen la función pública. Asimismo, analizar si dichos controles garantizan una gestión oportuna, segura y acorde con los objetivos institucionales.

6.5 ALCANCE

Verificación de la unidad auditada GRFT-GC-MP-001 V.13 Manual de Contratación, donde se evaluará la gestión del proceso de la vigencia 2024.

6.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

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

6.7 CRITERIOS

Para 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.13
- Manual del Supervisor de Contratos.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

6.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

En la realización de la auditoría se aplicaron diversas técnicas con el fin de obtener evidencia suficiente, tales como comparación, indagación, comprobación, verificación e inspección digital. Estas técnicas permitieron obtener y evaluar la evidencia necesaria, proporcionando una base razonable para determinar las debilidades identificadas.

6.8.1 METODOLOGÍA

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

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

Para ello se consultó la siguiente información:

b. Consulta en el SECOP II de los procesos de contratación seleccionados:

- Expedientes contractuales seleccionados, en sus etapas precontractuales o de selección, contractual y post contractual.
- Informes de supervisión e interventoría de los contratos seleccionados

c. Muestreo aleatorio simple:

TAMAÑO DE LA POBLACIÓN (N)	ERROR MUESTRAL ϵ	PROPORCIÓN DE ÉXITO (P)	NIVEL DE CONFIANZA	NIVEL DE CONFIANZA (Z)	FÓRMULA	MUESTRA ÓPTIMA
138	5%	5%	90%	1,645	37,66	38

6.8.2 MUESTRA

Las validaciones para esta auditoría se adelantaron de manera selectiva a los procesos Contractuales celebrados durante el periodo comprendido entre la vigencia 2024 con un total de 38 contratos:

CONTRATO	NOMBRE O REPRESENTANTE LEGAL	SUPERVISION
1167-2024	OLIVER KENEDY DIAZ NARVAEZ	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1110-2024	OSCAR ANTONIO BOLAÑOS TUAPANTE	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1109-2024	DIEGO FERNANDO BOLAÑOS TUAPANTE	Jorge Antonio Zambrano Agreda
0846-2024	CARLOS ANDRES MANTILLA PISTALA	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1184-2024	FABIAN ALEXANDER DELGADO CERON	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1152-2024	FAVIAN ERNESTO URBANO MUÑOZ	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1060-2024	INES LUCELY PATIÑO BETANCOURT	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1020-2024	MARIO FERNANDO LEITON BENAVIDES	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1019-2024	JESÚS DAVID RECALDE CAMPIÑO	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1052-2024	JENNY KARINA PARRA	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1090-2024	EDWIN JADER DELGADO TIPANTA	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1018-2024	ARMANDO RUIZ	Jorge Antonio Zambrano Agreda

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

1061-2024	RICARDO ANDRES CALVACHE ARTEAGA	Jorge Antonio Zambrano Agreda
0726-2024	MAURICIO HERNANDO CORDOBA JIMENEZ	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1126-2024	EDGAR ARTURO MAYA OLIVA	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1296-2024	DANIELA TROYANO MUÑOZ	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1166-2024	NELSON ALEJANDRO CERON URBANO	Jorge Antonio Zambrano Agreda
0647-2024	CLAUDIA PATRICIA VELASQUEZ CORTES	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1555-2024	EDISON MAURICIO IBARRA DELGADO	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1556-2024	MAURA ADALGIXA ÑAÑEZ ORTEGA	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1449-2024	KAREN PILAR OBREGON VIVEROS	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1530-2024	JHON JAIRO BETANCOURT PATIÑO	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1529-2024	ALVARO ROBERTO QUIÑONEZ RIASCOS	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1554-2024	CESAR IVAN GONGORA ZUÑIGA	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1573-2024	EVELYN MELISSA CARVAJAL	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1641-2024	LILIA GONZALEZ ANGULO	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1623-2024	FRANCISCO GONZALEZ MARTINEZ	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1832-2024	VICTOR ALFONSO LASSO MAYA	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1828-2024	DEICY YURANI MONTENEGRO ROJAS	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1667-2024	EDISON JOSE ESCOBAR ORTEGA	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1808-2024	EDUARDO SALOMON MARTINEZ SALAS	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1807-2024	ARTURO PASCUAZA POLO	Jorge Antonio Zambrano Agreda
SN-02-2024	CONSTRUSERVICIOS TORO SAS	Jorge Antonio Zambrano Agreda
SN-03-2024	DISTRIMAM S.A.S.	Jorge Antonio Zambrano Agreda
SN-04-2024	DISTRIMAM S.A.S.	Jorge Antonio Zambrano Agreda
SN-05-2024	ELVIA TERESA REVELO PALACIOS – Fumibichos	Jorge Antonio Zambrano Agreda
SN-06-2024	HDC Soporte a la Ingeniería SAS	Jorge Antonio Zambrano Agreda
SN-07-2024	DISTRIMAM S.A.S.	Jorge Antonio Zambrano Agreda

6.8.3 FORTALEZAS

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

6.8.4 RESULTADOS

Observación 32. 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 2.2.7 del Manual de Contratación GRFT-GC-MP-001 V.13. 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 Nariño

CONTRATO	NOMBRE O REPRESENTANTE LEGAL	SUPERVISION
1167-2024	OLIVER KENEDY DIAZ NARVAEZ	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1110-2024	OSCAR ANTONIO BOLAÑOS TUAPANTE	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1109-2024	DIEGO FERNANDO BOLAÑOS TUAPANTE	Jorge Antonio Zambrano Agreda

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

0846-2024	CARLOS ANDRES MANTILLA PISTALA	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1184-2024	FABIAN ALEXANDER DELGADO CERON	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1152-2024	FAVIAN ERNESTO URBANO MUÑOZ	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1060-2024	INES LUCELY PATIÑO BETANCOURT	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1020-2024	MARIO FERNANDO LEITON BENAVIDES	Jorge Antonio Zambrano Agreda

Durante el ejercicio auditor, se detectó una omisión reiterada por parte de la Seccional Nariño en el cumplimiento del deber funcional de registrar de forma sistemática los soportes que evidencien la ejecución del plan de pagos de los contratos en la plataforma institucional de gestión contractual.

Dicha omisión representa un incumplimiento normativo a lo establecido en el numeral 2.2.7 del Manual de Contratación, que impone al supervisor contractual la obligación de efectuar seguimiento al cronograma y dejar constancia documentada, física o digital, del cumplimiento de pagos.

La ausencia de dicha trazabilidad vulnera principios como la publicidad, la eficiencia y la responsabilidad, consagrados en el artículo 209 de la Constitución Política y el artículo 3º de la Ley 1474 de 2011. Se destaca que el incumplimiento también infringe lo señalado en el numeral 2.2.10 del Manual, según el cual el supervisor debe alimentar oportunamente la plataforma institucional con los documentos que soporten cada fase contractual.

Esta falencia incrementa el riesgo de desembolsos no respaldados, omite controles jurídicos sobre la ejecución contractual y afecta la transparencia del gasto público. Cabe resaltar que esta omisión compromete los mecanismos de vigilancia contractual y limita la rendición de cuentas institucional, al dificultar la verificación del uso eficiente de los recursos públicos.

La trazabilidad documental no solo constituye una exigencia normativa, sino una herramienta esencial para la defensa jurídica de la Entidad ante eventuales controversias contractuales o requerimientos de organismos de control.

Recomendaciones

1. Exigir el cargue obligatorio, sistemático y verificable de los soportes del plan de pagos, conforme a los numerales 2.2.7 y 2.2.10 del Manual institucional.
2. Establecer un protocolo interno de supervisión jurídica sobre los documentos cargados en la plataforma institucional y su correspondencia con los desembolsos realizados.
3. Incluir como requisito de verificación jurídica previa la existencia de evidencias documentales del plan de pagos antes de autorizar el cumplimiento y cierre contractual.

Observación 33. Falencias en la actualización del estado contractual en la plataforma SECOP II, dado que varios 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 2.2.7 del Manual de Contratación GRFT-GC-MP-001 V.13.

Área responsable: Gerencia Seccional Nariño

CONTRATO	NOMBRE O REPRESENTANTE LEGAL	SUPERVISION

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

1530-2024	JHON JAIRO BETANCOURT PATIÑO	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1529-2024	ALVARO ROBERTO QUIÑONEZ RIASCOS	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1554-2024	CESAR IVAN GONGORA ZUÑIGA	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1573-2024	EVELYN MELISSA CARVAJAL	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1641-2024	LILIA GONZALEZ ANGULO	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1623-2024	FRANCISCO GONZALEZ MARTINEZ	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1832-2024	VICTOR ALFONSO LASSO MAYA	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1828-2024	DEICY YURANI MONTENEGRO ROJAS	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1667-2024	EDISON JOSE ESCOBAR ORTEGA	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1808-2024	EDUARDO SALOMON MARTINEZ SALAS	Jorge Antonio Zambrano Agreda
1807-2024	ARTURO PASCUAZA POLO	Jorge Antonio Zambrano Agreda
SN-02-2024	CONSTRUSERVICIOS TORO SAS	Jorge Antonio Zambrano Agreda

Se observó que 12 contratos que habían finalizado su ejecución continuaban registrados como 'en 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 2.2.7 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. Desde la perspectiva de gestión 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

1. Adoptar un protocolo jurídico de cierre de contratos, con fundamento en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015, que incluya el cambio del estado del contrato en la plataforma institucional y en el SECOP II.
2. Establecer controles periódicos para verificar la consistencia del estado contractual reportado frente a la ejecución real del contrato.
3. Ordenar a los supervisores contractuales que justifiquen por escrito cualquier retardo en el cierre o cambio de estado de los contratos en las plataformas oficiales.

Observación 34. 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 2.3.5 del Manual de Contratación GRFT-GC-MP-001 V.13, el cual establece la obligación de adelantar la liquidación de manera oportuna.

Área responsable: Gerencia Seccional Nariño

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

La falta de liquidación formal impide determinar con certeza el estado de cumplimiento de las obligaciones contractuales, tanto de la Entidad como del contratista. En caso de reclamaciones judiciales o requerimientos de autoridades externas, la carencia de un acta de liquidación dificulta la defensa técnica y jurídica del Instituto. De igual manera, esta omisión podría ser interpretada como negligencia administrativa y acarrear consecuencias disciplinarias o fiscales para los funcionarios encargados del seguimiento contractual.

SN-02-2024	CONSTRUSERVICIOS TORO SAS	Jorge Antonio Zambrano Agreda
SN-03-2024	DISTRIMAM S.A.S.	Jorge Antonio Zambrano Agreda
SN-04-2024	DISTRIMAM S.A.S.	Jorge Antonio Zambrano Agreda
SN-05-2024	ELVIA TERESA REVELO PALACIOS – Fumibichos	Jorge Antonio Zambrano Agreda
SN-06-2024	HDC Soporte a la Ingeniería SAS	Jorge Antonio Zambrano Agreda
SN-07-2024	DISTRIMAM S.A.S.	Jorge Antonio Zambrano Agreda

Se evidenció el incumplimiento de la obligación legal de liquidar los contratos dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su terminación, conforme al artículo 11 de la Ley 1150 de 2007. Esta falencia, reiterada en varios expedientes, refleja una debilidad estructural en el seguimiento al ciclo contractual, específicamente en su fase de cierre.

El numeral 2.3.5 del Manual de Contratación establece con claridad que es deber del supervisor adelantar el proceso de liquidación de forma oportuna. La inobservancia de este deber genera riesgos jurídicos de prescripción de reclamaciones contractuales, omisión de derechos o deberes no cumplidos y ausencia de análisis técnico-jurídico final.

Adicionalmente, la falta de cierre contractual expone a la Entidad a observaciones fiscales, disciplinarias y contables por negligencia funcional.

Recomendaciones

1. Establecer alertas internas que adviertan el vencimiento del plazo de cuatro (4) meses posteriores a la finalización del contrato.
2. Instruir a los supervisores contractuales para iniciar de manera inmediata el trámite de liquidación al concluir la ejecución contractual.
3. Designar responsable directo del cumplimiento del cronograma de liquidaciones en cada dependencia, con seguimiento mensual desde la Oficina Jurídica.

6.9 RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE

6.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

RIESGOS ASOCIADOS

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	Contribuir a la	Extrema	*Inadecuada supervisión	1. El Grupo de Gestión Contractual a partir del informe de

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

del servicio por incumplimiento en la ejecución de contratos o convenios sin realizar el Procedimiento previsto para el mismo.	optimización e los recursos administrativos y financieros		* Factores externos que impiden el cumplimiento de las obligaciones.	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 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.

6.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

Observación 35. 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”

Área responsable: Gerencia Seccional Nariño

Teniendo en cuenta las observaciones presentadas en el informe respecto a fallas recurrentes en la etapa de cierre contractual, tales como el incumplimiento de los términos para la liquidación, la omisión en el cambio de estado de los contratos una vez finalizada su ejecución, y la ausencia de cargue de documentación soporte en el plan de pagos del SECOP. Estas situaciones afectan el principio de planeación y control, e impiden una adecuada trazabilidad en la ejecución contractual, lo que materializa el riesgo identificado y compromete la eficacia de la supervisión institucional.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

– GERENCIA SECCIONAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO

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

Recomendaciones

1. Diseñar e implementar una tabla de control institucional, alimentada por los actores responsables de cada etapa contractual, que permita conocer en tiempo real el estado de ejecución, liquidación y cargue documental de cada contrato. Esta herramienta deberá incluir alertas automáticas para detectar omisiones o vencimientos, y así reducir el riesgo de pérdida de control o incumplimiento de obligaciones.
2. Ejecutar seguimiento periódico y técnico sobre las tablas de control existentes, evaluando su correspondencia con el estado real de los contratos. En caso de hallar inconsistencias o datos desactualizados, se deberán aplicar correctivos inmediatos para mitigar los riesgos asociados a omisiones en el cierre contractual, pérdida de evidencia documental y posibles responsabilidades fiscales o disciplinarias

6.10 RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

- Se recomienda a la dependencia responsable del proceso contractual adoptar medidas de mejora orientadas a garantizar el cumplimiento de los términos legales para la liquidación de los contratos, evitando demoras que puedan derivar en contingencias jurídicas o afectaciones al cierre administrativo.
- Es necesario establecer controles efectivos para asegurar que, una vez finalizada la etapa de ejecución contractual, se proceda con el cambio oportuno del estado del contrato en los sistemas institucionales y en la plataforma SECOP, permitiendo su trazabilidad y cierre formal.
- Se sugiere implementar un sistema de verificación previa al pago, que condicione el trámite del plan de pagos al cargue completo y verificado de la documentación contractual exigida, promoviendo así la legalidad, transparencia y control interno del gasto público.
- Asimismo, se recomienda institucionalizar revisiones periódicas de cumplimiento post contractual, incluyendo validación de documentos, fechas de liquidación y estados contractuales, con reportes a nivel directivo que permitan tomar decisiones oportunas de mejora.
- Finalmente, se insta a la Oficina Asesora Jurídica y a las dependencias responsables del proceso contractual a realizar jornadas de capacitación y retroalimentación dirigidas a los funcionarios encargados, con el fin de fortalecer las competencias en gestión documental, control de términos y uso adecuado del SECOP, como mecanismo esencial para la transparencia y rendición de cuentas.

FIRMA DE APROBACIÓN	NOMBRE Y FIRMA DEL(LOS) AUDITOR(ES)	FECHA DE APROBACIÓN
 Sandra Piedad Bustamante Jefe Oficina Control Interno	<u>Sin vinculación actual a la OCI</u> Karen Andrea Fúquene <u>Luz Nancy Sánchez</u>	
		60

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

	<p>Sin vinculación actual a la OCI</p> <p>Frank Andrés Gaitán</p> <p>Sin vinculación actual a la OCI</p> <p>Johan Sebastián Mesa</p> <p>Sin vinculación actual a la OCI</p> <p>Jefferson Morris</p> <p>Sin vinculación actual a la OCI</p> <p>María Angelica Jurado</p> <p>Sin vinculación actual a la OCI</p> <p>Ivonne Bobadilla Torres</p>	
--	--	--