

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

|   |  |
|---|--|
| <b>ÁREA AUDITADA:</b>   |  |
| GERENCIA SECCIONAL VALLE DEL CAUCA  |  |
| <b>TIPO DE AUDITORÍA:</b>   |  |
| Auditoría Interna <input checked="" type="checkbox"/> Auditoría de Cumplimiento <input type="checkbox"/> Auditoría de seguimiento <input type="checkbox"/><br>Auditorías específicas: _____ Auditorías de sistemas o de TIC: _____ ¿Cuál? |  |
| <b>LUGAR DE DESARROLLO DE LA AUDITORÍA</b>  |  |
| Gerencia Seccional <input checked="" type="checkbox"/> Oficina Local <input type="checkbox"/> PAPF <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/><br>Cuál? _____  |  |
| <b>FORMA DE DESARROLLO DE LA AUDITORÍA:</b> Presencial <input checked="" type="checkbox"/> Remota <input type="checkbox"/> Mixta  |  |
| <b>VIGENCIA:</b> 2025   |  |
| <b>FECHA DE INICIO:</b>   | 23/09/2025   |
| <b>FECHA DE FINALIZACIÓN:</b>   | 26/09/2025   |
| <b>TIPO DE INFORME:</b>   | Preliminar <input type="checkbox"/> Definitivo <input checked="" type="checkbox"/> Fecha: 26/01/2026 |

## 1. PROTECCIÓN ANIMAL

### 1.1 PROCESO MISIONAL

### 1.2 SUBPROCESO DE GESTIÓN DE SANIDAD ANIMAL

### 1.3 UNIDAD AUDITABLE

**CRI-CRS-I-SA-ACU-002 CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ACUICULTURA BIOSEGUROS**

### 1.4 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 2016.

### 1.5. 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. El desarrollo de la auditoría se llevó a cabo en las oficinas de la Seccional Valle del Cauca, en el Centro de Investigación Palmira con la participación de la profesional líder seccional del programa acuícola.

Se evaluó la coherencia del instructivo con las formas 3-1200 “*Establecimiento acuícola bioseguro-sistema productivo AREL*”, forma 3-1201 “*Establecimiento acuícola bioseguro-sistema productivo jaulas*”, forma 3-1202 “*Establecimiento acuícola bioseguro-sistema productivo estanques*”, 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.

De igual manera, se evaluará 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 llevan a cabo 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, dado que no se presentó certificación alguna, en la Seccional Valle del Cauca que, estuviese asociada a la Norma Técnica Colombiana (NTC) 57000

## 1.7. 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 CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ACUICULTURA BIOSEGUROS
- ✓ PRA-SPA-I-003 DILIGENCIAMIENTO DE LA LISTA CHEQUEO CERTIFICACIÓN ESTABLECIMIENTOS DE ACUICULTURA BIOSEGUROS NIVEL EQUIVALENCIA R.20186- BAP GRANJAS- ALEVINERAS Y NTC 5700
- ✓ PRA-SPA-I-001 REPORTE DE ACTIVIDADES MENSUALES DEL PLAN DE ACCIÓN OPERATIVO DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE SANIDAD ANIMAL

## 1.8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

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, existen 236 establecimientos acuícolas registrados, de los cuales, al momento del desarrollo de la auditoría, solamente un 2% de estos se encuentran certificados.

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 la profesional líder 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.

### 1.8.1 METODOLOGÍA

Para el desarrollo de auditoría se utilizaron técnicas como:

- Inspección: se realizó revisión de la documentación archivada en los dosieres correspondientes a cada certificación.
- 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 la líder seccional del programa acuícola, a fin de definir la implementación del instructivo auditado.

### 1.8.2 MUESTRA

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

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

#### 1.8.3 FORTALEZAS

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

#### 1.8.4 RESULTADOS

**Observación 1.** El programa acuícola de la Gerencia Seccional valle del cauca no cuenta con base de datos de predios acuícolas registrados que, permita conocer la población base de establecimientos sobre los cuales la resolución 20186 de 2016 tiene obligatoriedad. Tampoco se cuenta con base de datos de establecimiento acuícolas certificados como bioseguros, base del conocimiento institucional sobre la materia y necesaria para la trazabilidad histórica de la certificación, lo cual influye en la implementación del instructivo.

3

**Responsable:** Gerencia Seccional Valle del Cauca

En el desarrollo del proceso de indagación se solicitó la base de datos de predios acuícolas registrados en la Seccional valle del Cauca, 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.

Al momento de corroborar la información recibida por la Dirección Técnica de sanidad Animal, respecto a los predios certificados, no fue posible evidenciar que el establecimiento San Antonio con Registro Sanitario de Predio Pecuario (RSPP) 1505530, contaba con tres recertificaciones, lo cual puede hacer que la información de este sea tergiversada y los criterios de seguimiento sean evaluados de manera diferente arrojando conceptos incorrectos, como resultado de la evaluación.

Las bases de datos constituyen la bitácora de las actividades realizadas y la información en ellas registrada debe dar lectura clara, 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.

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 registrados 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

# **INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS**

## **– GERENCIA SECCIONAL**

### **OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**Observación 2.** 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 evidencian falencias en la implementación de la resolución, las cuales se relacionan adelante:

- 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 evidencian 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**

1. Realizar análisis del instructivo verificando que las tareas en él establecidas se encuentren estrictamente alineadas con las especificaciones de la resolución 20186 de 2016, de manera que se dé cumplimiento al objetivo de implementación de la resolución y realizar las modificaciones que fuesen necesarias.
2. Realizar socialización sobre la injerencia de las modificaciones realizadas al procedimiento

**Observación 3.** El procedimiento CRI-CRS-I-SA-ACU-002 CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ACUICULTURA BIOSEGUROS no da cumplimiento a las instrucciones de la forma 4-602 “Instructivo”.

**Responsable:** Dirección Técnica de Sanidad Animal

Realizada la inspección del procedimiento, se evidenció que el instructivo cuenta con algunas falencias en su construcción, las cuales difieren de las establecidas en las instrucciones de diligenciamiento de la forma 4-602. Como:

- El numeral 2 “Descripción de las Tareas”, de la forma 4-602, establece que las tareas se relacionan en la tabla de la forma diseñada para tal fin, en la cual se debe registrar la numeración de cada tarea, el responsable de realizar la tarea, la descripción de la tarea y el resultado o producto de la tarea; mientras que en el instructivo se hace una relación en prosa de las tareas, lo cual dificulta su lectura y la trazabilidad de este.
- Las tareas que se encuentran relacionadas en la tabla del instructivo no cuentan con productos o resultados evidenciables y cuantificados, que permitan trazar el instructivo.
- La forma 4-602 determina que las formas que se relacionan corresponden a aquellas que son utilizadas en el desarrollo de las tareas del instructivo. No obstante, la forma 3-1306 no es una forma necesaria para el desarrollo del instructivo CRI-CRS-I-SA-ACU-002.

#### **Recomendación**

Elaborar el instructivo conforme con las instrucciones de la forma 4-602

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

**Observación 4.** Las formas 3-1200 Lista de Chequeo Establecimiento de acuicultura Bioseguro - Sistema productivo acuicultura de recursos limitados (AREL), 3-1201 Lista de chequeo Establecimiento de acuicultura Bioseguro-Sistema productivo estanques y 3-1202 Lista de Chequeo Establecimiento de acuicultura Bioseguro - Sistema productivo en 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:

- Siendo el objetivo de las formas 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 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.
- En el número de requisito 3.4 de SANIDAD ANIMAL, el referente normativo no corresponde en su totalidad, específicamente anexo 5.4
- En el campo “PLAZO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS NO CONFORMIDADES”, se debe especificar que, éste, en aras de la certificación, solamente les corresponde a establecimientos en los cuales el concepto de la visita de verificación fue “aplazado”.

#### **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 5.** El diligenciamiento de las formas 3-1200 Lista de Chequeo Establecimiento de acuicultura Bioseguro - Sistema productivo acuicultura de recursos limitados (AREL), 3-1201 Lista de chequeo Establecimiento de acuicultura Bioseguro-Sistema productivo estanques y 3-1202 Lista de Chequeo Establecimiento de acuicultura Bioseguro - Sistema productivo en jaulas presentan falencias en su diligenciamiento, no dando cumplimiento al criterio técnico con el cual fueron estructuradas (AREL, estanque y jaula), lo cual evidencia subjetividad del profesional y no cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Resolución 20186 de 2016 y el instructivo que le implementa.

**Responsable:** Gerencia Seccional Valle del Cauca

Teniendo en cuenta que las formas se encuentran diferenciadas acorde con el tipo de producción, en ellas se encuentran establecidos los criterios técnicos necesarios para que la producción diferenciada cumpla con los lineamientos de la Resolución 20186 de 2016 y los criterios adicionales establecidos en el instructivo CRI-CRS-I-SA-ACU-002, por cuanto cada uno de ellos es de obligatorio cumplimiento y no puede algún criterio ser calificado como no aplica (NA) como resultado de la valoración del predio.

La valoración de “NA” en los criterios de las listas de chequeo diferenciadas por tipo de sistema productivo acuícola, sugiere subjetividad por parte del profesional o un error de entendimiento del criterio a calificar, el cual determina que donde no se encuentra evidencia de cumplimiento de este, es porque no aplica y no porque no se está dando cumplimiento, lo cual incrementa la probabilidad de materialización del riesgo de certificación de establecimientos sin cumplimiento de los lineamientos establecidos en la resolución 20186 de 2016 y el instructivo CRI-CRS-I-SA-ACU-002.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

#### **Recomendaciones**

1. Determinar cuál es la causa por la cual se califican algunos criterios de evaluación como “NA” en las listas de chequeo diferenciadas, para la certificación de establecimientos acuícolas como bioseguros, de manera tal que se establezca una corrección de fondo para dar cumplimiento al 100% de los criterios definidos.
2. Analizar los criterios sobre los cuales se determinaron las listas de chequeo diferenciadas a fin de corroborar la obligatoriedad de cumplimiento del 100% de los criterios
3. Con base en las recomendaciones anteriores de recomienda capacitar a los profesionales respecto al uso de las listas de chequeo.

**Observación 6.** El dossier de cada certificación no permite tener trazabilidad documental para las diferentes certificaciones de un establecimiento, debido a que, las tablas de retención documental para certificaciones establecen dos años de retención en el archivo general y paso al archivo central. Lo cual hace que cada certificación sea un dossier 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 Valle del Cauca  
Grupo de Gestión Documental  
Dirección Técnica de Sanidad Animal

Se hace inspección de las tablas de retención documental para la Seccional Valle del Cauca, respecto a la certificación de establecimientos acuícolas bioseguros y se evidenció que, la Gerencia Seccional da 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, esto 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 dosieres como evidencia de la gestión institucional.

Los dosieres 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. Evitando errores como el presentado en la última recertificación del establecimiento San Antonio, en el cual en la lista de chequeo aparece como una certificación. De igual manera, fue imposible corroborar la información de la lista de chequeo de la recertificación del año 2021, dado que el dossier de esa certificación se encuentra en el archivo central, dificultando su acceso.

#### **Recomendación**

Analizar la importancia de contar en los dosieres de los establecimientos, con todos los documentos que evidencien los diferentes servicios a los que los mismos accedieron ante el ICA, respecto al instructivo auditado y, de esta manera, tener la trazabilidad total de este. Con base en lo anterior se recomienda realizar modificación de las tablas de retención documental.

**Observación 7.** Se evidencia incumplimiento de la resolución 20186 de 2016 al momento de realizar certificación de establecimiento acuícola bioseguro, debido a que se hace la visita correspondiente sin el cumplimiento de los requisitos documentales. Adicionalmente, se emite concepto de aplazado en una recertificación y se cometan errores de diligenciamiento.

**Responsable:** Gerencia Seccional valle del Cauca

Se realizó inspección de las listas de chequeo para certificación como establecimiento acuícola bioseguro y se evidenciaron faltas a la resolución 20186 de 2016:

- Se aceptó la solicitud de recertificación con la resolución de la AUNAP vencida, lo cual va en contra del artículo 4, numeral 4.1.
- Se realizó visita al establecimiento San Antonio RSPP 1505530 sin contar con la documentación, incumplimiento del artículo 5 y artículo 9.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Se registro en la lista de chequeo certificación y se trata de una recertificación
- Se emite concepto de aplazado al establecimiento San Antonio con un registro de cumplimiento del 100% de los requisitos fundamentales y el 95% de los requisitos mayores, en la lista de chequeo.
- Al tratarse de una recertificación no es posible emitir concepto aplazado

#### **Recomendaciones**

1. Realizar capacitación sobre el entendimiento de la resolución 20186 de 2016, el instructivo CRI-CRS-I-SA-ACU-002 y el diligenciamiento de las formas (listas de chequeo).
2. Establecer controles que permitan identificar falencias en el proceso de certificación de establecimientos acuícolas como bioseguros

7

**Observación 8. Se evidencia incumplimiento a la resolución 20186 de 2016 por parte del 98% de los establecimientos acuícolas registrados en la Seccional Valle del Cauca, lo cual puede poner en riesgo el estatus sanitario del país al no contar con el cumplimiento de los requisitos en ella establecidos.**

**Responsables:** Dirección Técnica de Sanidad Animal  
Gerencia Seccional Valle del Cauca

Acorde con la información suministrada por la Dirección Técnica de Sanidad Animal la seccional cuenta con 236 establecimientos acuícolas registrados y solo 5 de ellos se encuentran certificados como bioseguros, lo cual permite evidencias que solamente el 2% establecimientos acuícolas dan cumplimiento a la resolución, la cual es de carácter obligatorio para todos los productores primarios de animales acuáticos.

#### **Recomendación**

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.

#### **Recomendación**

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

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

#### 1.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

##### 1.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

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

8

##### 1.9.2 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.

Se materializó el riesgo de certificación de establecimientos acuícolas como bioseguros, sin cumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad, específicamente la Resolución 20186 de 2016 y el procedimiento CRI-CRS-I-SA-ACU-002, evidenciado en el proceso de certificación del establecimiento San Antonio durante el año 2024. Riesgo que, aunque no se encuentra registrado en matriz de riesgos institucional, para el programa acuícola, sí es, en sí mismo, un riesgo posiblemente ubicado en zona inherente alta o extrema.

##### 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 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.

#### 1.10 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.

#### 1.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

El proceso de certificación como establecimiento acuícola bioseguro en la Seccional Valle del Cauca NO cuenta con bases de datos que permita hacer seguimiento de este y conocer, de manera directa, su estado en tiempo real.

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 concientización 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.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

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.

9

## 2. PROTECCIÓN ANIMAL

### 2.1 PROCESO MISIONAL

### 2.2 SUBPROCESO DE GESTIÓN DE SANIDAD ANIMAL

### 2.3 UNIDAD AUDITABLE

### SISTEMA NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN DE GANADO BOVINO - SINIGAN

### 2.4 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.

### 2.5. 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 Valle del Cauca, en el Centro de Investigación Palmira con la participación del 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.

### 2.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

No se presentó limitación alguna al alcance de esta auditoría

### 2.7. 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 BUFLINOS

### 2.8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

#### 2.8.1 METODOLOGÍA

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

10

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.

#### 2.8.2 MUESTRA

Se realizó inspección al 100% las actas de verificación emitidas durante 2024 y lo transcurrido de 2025, las cuales sumaron 14 documentos

#### 2.8.3 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.

#### 2.8.4 RESULTADOS

Se observó el procedimiento PRA-SPA-P-008 ACTUALIZACION DE INVENTARIOS EN SIGMA APLICADO A BOVINOS Y BUFA LINOS y se determinó que este establece los lineamientos para realizar la modificación de inventarios cuando esto sea necesario, ya se 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 10. 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-001 PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS, dado que presenta algunas falencias en su estructura que afectan su implementación.**

**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 11. 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.**

**Responsables:** Gerencia Seccional Valle del Cauca

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

#### Movilización y Trazabilidad

Se revisaron los usuarios de SINIGAN que se encontraban activos en la oficina local de Palmira, al momento de la auditoría y se encontraron 12 personas activas, de las cuales siete se encuentran suscritos a la Gerencia Seccional, tres de ellas pertenecen a la Oficina Local de Tuluá, uno a la Oficina Local de Cartago y uno (Cristian Camilo Ángulo Cabrera) no tiene nexo con el ICA.

#### 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.

11

**Observación 12. 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 Valle del cauca, dado que no se implementan todas las tareas en él establecidas**

**Responsable:** Gerencia Seccional Valle del Cauca

Se indagó la implementación del instructivo para la verificación de la emisión de GSMI en la Seccional Valle del Cauca 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).
- 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.

### 2.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

#### 2.9.1 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.

#### 2.9.2 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.

# **INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS**

## **– GERENCIA SECCIONAL**

### **OFICINA DE CONTROL INTERNO**

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.

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

#### **2.10 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.

#### **2.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES**

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.

### **3. GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS**

#### **3.1 PROCESO DE APOYO**

#### **3.2 SUBPROCESO ADMINISTRACIÓN DE INVENTARIOS**

#### **3.3 UNIDAD AUDITABLE**

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

#### **3.4 OBJETIVO**

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

#### **3.5. ALCANCE**

Verificación del procedimiento GRFIS-INV-P-001 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA, al igual que los instructivos y formas asociadas, gestionado por la Gerencia Seccional Valle del Cauca, 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 la unidad auditada.

### **3.6 LIMITACIONES AL ALCANCE**

En esta auditoría no se presentó limitación alguna al alcance.

### **3.7. CRITERIOS**

- GRFIS-INV-P-001 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA Versión 7.
- Tablas de Retención documental 800.30 - GERENCIA SECCIONAL VALLE DEL CAUCA
- Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DIR-OAP-G-007 Versión 6.

### **3.8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA**

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

#### **3.8.1 METODOLOGÍA**

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

- 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 del mismo y demás aspectos claves.
- Se realizó solicitud de información a través de memorando a la Gerencia Seccional, al Grupo de Servicios Generales, al Grupo de Gestión de Activos y Almacén, el Grupo de Gestión del Talento Humano y al Grupo de Gestión Contable. De igual manera durante la realización de la auditoría interna en campo se tomaron evidencias documentales.
- Se evaluaron los riesgos aplicables y la aplicación de los controles establecidos.
- 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.
  - Actas de toma física de inventarios, vigencia 2024.
  - Boletines de almacén: Consolidaciones mensuales de los movimientos de inventario, incluyendo entradas y salidas, vigencia 2024.
  - Inventario asignado a los funcionarios de la seccional.
  - Bases de datos elementos de consumo.
- Durante la realización en campo de la auditoría interna se contrastó la información suministrada por la seccional versus las actividades del procedimiento mediante observación y verificación de evidencias físicas y digitales.

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

#### **3.8.2 MUESTRA**

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

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

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

- 12 boletines de almacén vigencia 2024
- 368 comprobantes de Movimientos de inventario Propiedad Planta y Equipo durante la vigencia 2024.
- 25 terceros con inventario a cargo
- 328 referencias de bienes en estado inservibles.
- 48 referencias de elementos en estado disponible
- 122 referencias de elementos de consumo

14

#### Tamaño de la Muestra

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

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

#### • MUESTRA TERCEROS CON INVENTARIO A CARGO

Tabla No. 1 Parámetros muestra terceros con inventario.

| <b>PARÁMETROS</b>          |       |
|----------------------------|-------|
| Tamaño de la Población (N) | 25    |
| Error Muestral (E)         | 15%   |
| Proporción de Éxito (P)    | 10%   |
| Nivel de Confianza         | 90%   |
| Nivel de Confianza (Z) (1) | 1,645 |
| Muestra                    | 8     |

Fuente: Elaboración propia OCI

**Criterios de inclusión:** Seleccionados al azar.

Tabla No. 2 Muestra terceros con inventario.

| N. | ÚLTIMOS TRES DÍGITOS DEL CÓDIGO DEL TERCERO |
|----|---|
| 1  | 982   |
| 2  | 686   |
| 3  | 919   |
| 4  | 038   |
| 5  | 213   |
| 6  | 403   |
| 7  | 703   |
| 8  | 888   |

Fuente: Elaboración propia OCI

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

- **MUESTRA CMI PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO**

Tabla No.3 Parámetros muestra CMI PPE

| PARÁMETROS                 |           |
|----------------------------|-----------|
| Tamaño de la Población (N) | 368       |
| Error Muestral (E)         | 14%       |
| Proporción de Éxito (P)    | 10%       |
| Nivel de Confianza         | 90%       |
| Nivel de Confianza (Z) (1) | 1,645     |
| <b>Muestra</b>             | <b>12</b> |

Fuente: Elaboración propia OCI

15

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

Tabla No. 4 Muestra CMI PPE

|           |   |
|-----------|---|
| VAL240539 | DISMINUCION O DETERIORO                         |
| VAL240385 | BAJA POR SINIESTRO                              |
| VAL240298 | CLASIFICACION DE INSERVIBLES                    |
| OFI241327 | COMPRA  |
| VAL240516 | COMPRA NACIONAL Y ENTREGA EN EL NIVEL SECCIONAL |
| VAL240272 | INDEMNIZACION POR SINIESTRO                     |
| VAL240182 | RECLASIFICACION ENTRE CUENTAS                   |
| VAL240515 | RECLASIFICACION TERCERO / SECCIONAL             |
| VAL240409 | REINTEGRITO                                     |
| VAL240212 | SUMINISTRO DE BIENES DEVOLUTIVOS                |
| VAL240267 | TRASPASO ENTRE FUNCIONARIOS                     |
| OFI240046 | TRASPASO ENTRE SECCIONALES                      |

Fuente: Elaboración propia OCI

- **MUESTRA ELEMENTOS EN ESTADO INSERVIBLES**

Tabla No. 5 Parámetros muestra elementos en estado inservibles

| PARÁMETROS                 |           |
|----------------------------|-----------|
| Tamaño de la Población (N) | 328       |
| Error Muestral (E)         | 10%       |
| Proporción de Éxito (P)    | 8%        |
| Nivel de Confianza         | 90%       |
| Nivel de Confianza (Z) (1) | 1,645     |
| <b>Muestra</b>             | <b>19</b> |

Fuente: Elaboración propia OCI

**Criterios de Inclusión:** elementos de mayor valor.

Tabla No. 6 Muestra elementos en estado inservibles

| COD_PLA | OBS_GEN  |
|---------|--|
| 0243775 | AUTOCLAVE AUTOCLAVE CASTLE                                   |
| 0603089 | INCUBADORA NACEDORA CON AUTOTRANSFORMADOR Y KIT DE REPUESTOS |
| 0239395 | AUTOCLAVE AUTOCLAVE  |
| 501036  | DETERMINADOR DE HUMEDAD DE SEMILLAS DE MESA MODELO 1200      |

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

|          |   |
|----------|---|
| 0641670  | CPU INDEMIZACION POR SINIESTRO 220116902202233  |
| 5030316  | CABLEADO ESTRUCTURADO Red-Voz Cte Regu y Normal cont GC-135-2011 Fact7206                         |
| 0615531  | DESTILADOR DE AGUA DE VIDRION MD MEGAPURE MP1A THERMO SCIENTIFIC BARNSTEAD                        |
| 0630553  | MICROPIPIETA MULTICANAL 30-300 UL 12 CANALES GGC-304-2015   |
| 0612967  | PLANTA TELEFONICA Para Integracion de Telefonía Sobre IP cont GC-01-135-2011                      |
| 0506175A | PUNTO DE CABLEADO ESTRUCTURADO , RACK Y SISTEMA DE CABLAEADO DE DATOS Y ELECTRICO.                |
| 0508686  | LAVADORA DE MICROPLACAS PARA PRUEBAS ELISA  |
| 5031353  | COMPUTADORES MINI HP 2140 PC PORTATIL 2140 – HP   |
| 06087111 | SERVIDOR IP VOZ SOBRE IP  |
| 0505807  | SERVIDOR PRCESADOR INTEL HP PROLIANT ML 150 Gh, MONITOR TECLADO Y MAUSE OPTICO.                   |
| 0219696  | DESCASCARADORA DESCASCARADORA   |
| 0639880  | IMPRESORA MULTIFUNCIONAL EPSON L3110 REPOSICIÓN SINIESTRO No. 56809-20-70; CASO ONBASE No. 224014 |
| 0614014  | IMPRESORA MULTIFUNCIONAL SER X466-SERIE S35P8PZM  |
| 0614205  | IMPRESORA MULTIFUNCIONAL REF-X466 SER-S35P8KFP  |
| 0615099  | IMPRESORA MULTIFUNCIONAL LEXMARK X466de SER 35P8V8C   |
| 0604491  | COMPUTADOR HP PAVILON PCS 520   |

Fuente: Elaboración propia OCI

16

- **MUESTRA ELEMENTOS EN ESTADO DISPONIBLE**

Tabla No. 7 Parámetros muestra elementos en estado disponible

| PARÁMETROS                 |           |
|----------------------------|-----------|
| Tamaño de la Población (N) | 48        |
| Error Muestral (E)         | 10%       |
| Proporción de Éxito (P)    | 15%       |
| Nivel de Confianza         | 90%       |
| Nivel de Confianza (Z) (1) | 1,645     |
| <b>Muestra</b>             | <b>20</b> |

Fuente: Elaboración propia OCI

**Criterios de Inclusión:** elementos de mayor valor.

Tabla No. 8 Muestra elementos en estado disponible

| COD_PLA | OBS_GEN  |
|---------|--|
| 0634990 | AIRE ACONDICIONADO LG 40000 BTU REPOSICION SINIESTRO 220116902002083 / TIPO CASSETTE, MODELO ATQ40GNLA4, INCLUYE CONTROL REMOTO. |
| 0631731 | COMPUTADOR LENOVO THINKCENTRE M700 REPOSICION SINIESTRO G201700010509. CORE 17 8 GB WIN 10 PRO SERIE MJ055FNB                    |
| 0624793 | PORTATIL HEWLETT PACKARD NOTEBOOK PROBOOK440G1 SERIAL 8CG4330MR3   |
| 0626063 | PORTATIL HEWLETT PACKARD NOTEBOOK PROBOOK 440G1 SERIAL 8CG4330MQ1  |
| 0626072 | PORTATIL HEWLETT PACKARD NOTEBOOK PROBOOK 440G1 SERIAL 8CG4330MPX  |
| 0604482 | MOTOCICLETA AKT 150 TT FUF65C CN-106-2005  |
| 0612706 | MOTOCICLETA AKT 125 CUATRO TIEMPOS ROJA MODELO 2010 AK 125 SCL   |
| 0622972 | COMPUTADOR HP  |
| 0627240 | COMPUTADOR MARCA HEWLLET PACKARD ProDesk 600 G1 SFF GGC-239-2014   |
| 0627250 | COMPUTADOR MARCA HEWLLET PACKARD ProDesk 600 G1 SFF GGC-239-2014   |
| 0627254 | COMPUTADOR MARCA HEWLLET PACKARD ProDesk 600 G1 SFF GGC-239-2014   |
| 0627256 | COMPUTADOR MARCA HEWLLET PACKARD ProDesk 600 G1 SFF GGC-239-2014   |

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

|         |  |
|---------|--|
| 0501029 | MOTOCICLETA SUZUKI PLACA IJW67A TS 125 CR MODELO 2007            |
| 0501031 | MOTOCICLETA SUZUKI PLACA OVQ-30A TS 125 CR MODELO 2007           |
| 0638938 | GPS GARMIN ETREX 30 X GGC-236-2019                               |
| 0622962 | COMPUTADOR HP  |
| 0622974 | COMPUTADOR HP  |
| 0622984 | COMPUTADOR HP  |
| 0622988 | COMPUTADOR HP  |
| 0627236 | COMPUTADOR MARCA HEWLLET PACKARD ProDesk 600 G1 SFF GGC-239-2014 |

Fuente: Elaboración propia OCI

17

- MUESTRA STOCK DE ELEMENTOS DE CONSUMO**

Tabla No. 9 Parámetros muestra stock elementos consumo

| PARÁMETROS                 |           |
|----------------------------|-----------|
| Tamaño de la Población (N) | 122       |
| Error Muestral (E)         | 10%       |
| Proporción de Éxito (P)    | 10%       |
| Nivel de Confianza         | 90%       |
| Nivel de Confianza (Z) (1) | 1,645     |
| <b>Muestra</b>             | <b>20</b> |

Fuente: Elaboración propia OCI

**Criterios de Inclusión:** insumos de mayor valor.

Tabla No. 10 Muestra stock elementos de consumo

| No. | DES_ITEM  | DES_MEDIDA | TOT_UNI |
|-----|---|------------|---------|
| 1   | TONER LEXMARK 60F4X00 (HOMOLOGO 50F4U00)  | UNIDAD     | 1       |
| 2   | TONER 56F4U00 EXTRA HIGH YIEL 56F4U0025K  | UNIDAD     | 1       |
| 3   | TONER LEXMARK 62D4H00 (HOMOLOGO 52D4H00)  | UNIDAD     | 1       |
| 4   | UNIDAD DE IMAGEN LEXMARK 56F0Z00  | UNIDAD     | 2       |
| 5   | UNIDAD IMAGEN LEXMARK 52D0Z00 Imaging Unit MX710- MX711-MX810- MX811- MX812     | UNIDAD     | 1       |
| 6   | UNIDAD DE IMAGEN LEXMARK 50F0Z00 Imaging UnitMS310- MS410 - MS510- MS610- MX311 | UNIDAD     | 2       |
| 7   | HP 105A Blk Original Laser Toner Crtg   | UNIDAD     | 3       |
| 8   | CD -RW REGRABABLE X 100   | PAQUETE    | 3       |
| 9   | TERMO CON DISPENSADOR PORTATIL TERMICO X 3 LT                                   | UNIDAD     | 12      |
| 10  | EXTINTOR POLVO QUIMICO ABC 10 LB  | UNIDAD     | 1       |
| 11  | PEGANTE LIQUIDO DE 4000 GRS   | UNIDAD     | 1       |
| 12  | PAPEL KRAFT   | ROLLO      | 5       |
| 13  | COSEDORA SEMINDUSTRIAL  | UNIDAD     | 7       |
| 14  | PAPEL VINIPEL TRANSPARENTE 50 CM CALIBRE 8 X 500 MT                             | ROLLO      | 4       |
| 15  | PAPEL CONTACT TRANSPARENTE  | ROLLO      | 1       |
| 16  | CUCHILLA PARA BISTURI   | PAQUETE    | 1       |
| 17  | CAFE X 1 LB   | LIBRA      | 172     |
| 18  | JARRA EN VIDRIO 1.5LT   | UNIDAD     | 9       |
| 19  | ALCOHOL INDUSTRIAL X 3.785 CC   | UNIDAD     | 20      |
| 20  | SOBRE DE MANILA OFICIO x 100  | PAQUETE    | 2       |

Fuente: Elaboración propia OCI

- MUESTRA BOLETÍN DE ALMACÉN**

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

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

#### 3.8.3 FORTALEZAS

Durante la ejecución de la auditoría interna, se evidenció la disposición, compromiso y actitud colaborativa del personal responsable del proceso, quienes atendieron de manera oportuna las recomendaciones formuladas por el equipo auditor, orientadas al fortalecimiento y mejoramiento continuo de la gestión. Igualmente, se observó apertura y diligencia en la entrega de la información requerida para el desarrollo adecuado de la auditoría.

18

#### 3.8.4 RESULTADOS

##### Observación 13. Inobservancia en la conservación documental de los soportes que respaldan los movimientos de inventario registrados mediante Comprobante de Movimiento de Inventario (CMI)

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

Si bien el procedimiento menciona la legalización de los CMI y la necesidad de contar con los respectivos soportes al momento de su registro, no precisa la obligatoriedad de archivar dichos documentos conjuntamente con el comprobante. Adicionalmente, la TRD no contempla estos soportes como parte del tipo documental asociado.

Esta situación evidencia una debilidad en el control y conservación documental, lo cual podría afectar la integridad de la información, la trazabilidad de los movimientos de inventario y, en consecuencia, la confiabilidad del sistema de administración de bienes y la rendición de cuentas institucional.

**Responsables:** Gerencia Seccional Valle del Cauca  
Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes  
Grupo de Gestión Documental.

##### Recomendaciones:

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

**Observación 14. Falta de claridad en los lineamientos para la organización de la serie “historiales de bienes en servicio”, así como en la conservación del tipo documental “traspasos de bienes entre seccionales”.** Se identificó que, si bien la Tabla de Retención Documental (TRD) correspondiente a la Gerencia Seccional Valle del Cauca, en la serie 800.30.24 “Historiales de Bienes en Servicio”, incluye los tipos documentales relacionados con los movimientos de inventario como Comprobantes de Movimiento de Inventario, actas, suministros, reintegros, trasladados y ajustes, no establece de forma clara que los soportes deben organizarse en carpetas individuales por funcionario o tercero con bienes en servicio, como lo exige el numeral 10.8 del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7. Así mismo, se identificó que no existe precisión respecto a si los documentos que respaldan los traspasos de bienes entre seccionales deben archivarse en carpetas individuales por funcionario o tercero con bienes en servicio, o si corresponde su inclusión en una serie diferente, de acuerdo con la naturaleza y finalidad de dichos soportes. Esta falta de

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

definición genera ambigüedad en la gestión documental del proceso y puede afectar la trazabilidad, organización y control de los bienes institucionales.

**Responsables:** Gerencia Seccional Valle del Cauca  
Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes  
Grupo de Gestión Documental.

#### Recomendaciones

1. Revisar y ajustar la TRD, particularmente la serie 800.30.24 “Historiales de Bienes en Servicio”, para que se especifique de manera expresa que los documentos deben organizarse en carpetas individuales por funcionario o tercero con bienes en servicio, conforme a lo indicado en el numeral 10.8 del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7.
2. Verificar si los soportes relacionados con los “traspasos de bienes entre seccionales” deben archivarse dentro de la serie documental 800.30.24 – Historiales de Bienes en Servicio, o si corresponde su inclusión en una serie diferente, de acuerdo con la naturaleza y función del documento.
3. Actualizar el procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 y/o la TRD si es necesario, para asegurar la coherencia normativa entre lo operativo y lo archivístico, y así garantizar una gestión documental eficaz y alineada con los principios de trazabilidad, integridad y control institucional.

**Observación 15. Incumplimiento del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA ítem 5.2. Lineamientos de operación, inciso:** “Cuando un funcionario se retire o traslade debe hacer entrega de los bienes muebles en servicio a su cargo, bien sea como reintegro al almacén o traspasándolos a otro funcionario que se designe para tal efecto. En caso de retiro, el Grupo Gestión Control de Activos y Almacenes dará el visto bueno al certificado de paz y salvo administrativo para funcionarios emitido por el Grupo de Gestión de Talento Humano.”, en el desarrollo de la auditoría interna se evidenció que existe inventario de bienes asignados a cinco (5) personas que no se encuentran vinculadas a la seccional, los cuales corresponde a seis (6) elementos relacionados en estado disponible y en servicio con un costo de \$27.246.360. Así mismo se evidencio que la relación de funcionarios reportada por el GGTH no coincide con la suministrada por la seccional, toda vez que un funcionario con bienes a cargo en la sede Palmira, registra en el reporte del GGTH en la sede de Tuluá.

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

**Responsable:** Gerencia Seccional Valle del Cauca  
Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes  
Grupo de Gestión de Talento Humano.

Se realizó la revisión y análisis del archivo “Inventario por funcionario”, verificando que los responsables de los bienes estuvieran efectivamente vinculados a la Seccional, específicamente en la Oficina de Palmira. Durante este ejercicio se evidenció que los registros asociados a los códigos cod\_ter cuyos últimos tres dígitos son 218, 403, 103, 482 y 470, corresponden a funcionarios que ya no laboran en la seccional.

Así mismo, al comparar la relación de personal suministrada por el **Grupo de Gestión de Talento Humano (GGTH)** con la información proporcionada por la Seccional, se evidenció una inconsistencia en la ubicación de un funcionario identificado con el **código cod\_ter** cuyos últimos tres dígitos son 149, quien figura con bienes asignados en la oficina de Palmira, pero aparece registrado en el reporte del GGTH como adscrito a la sede Tuluá.

**Recomendaciones:**

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Realizar los traspasos correspondientes al inventario de bienes que se encuentra a cargo de personal que ya no está vinculado al Instituto.
2. Cumplir con el procedimiento cuando un funcionario se retire o traslade, el cual debe hacer entrega de los bienes muebles en servicio a su cargo, bien sea como reintegro al almacén o traspasándolos a otro funcionario que se designe para tal efecto.
3. Implementar el "Paz y Salvo de Activos", como lo define el procedimiento para los casos de retiro: el Grupo Gestión Control de Activos y Almacenes dará el visto bueno al certificado de paz y salvo administrativo para funcionarios emitido por el Grupo de Gestión de Talento Humano.
4. Realizar la verificación y actualización de la información reportada por el Grupo de Gestión de Talento Humano (GGTH) y la Seccional, con el fin de garantizar la coherencia entre los registros de ubicación de los funcionarios y los bienes asignados.
5. Capacitar a los funcionarios de las áreas de Almacén y Control de Activos, sobre la importancia y los lineamientos del procedimiento GRFIS-INV-P-001.

20

**Observación 16. Incumplimiento del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA ítem 5.2. Lineamientos de operación, inciso: "En las Gerencias Seccionales se asignarán las funciones y responsabilidades para el manejo y control administrativo de los bienes mediante comunicación escrita a través de memorando, con copia al Coordinador del Grupo Gestión Control de Activos y Almacenes".**

**Responsables:** Gerencia Seccional Valle del Cauca  
Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes  
Grupo de Gestión de Talento Humano.

Durante el desarrollo de la auditoría interna se evidenció que en la Gerencia Seccional Valle del Cauca no se han asignado formalmente, mediante memorando, las funciones relacionadas con el manejo y control administrativo de los bienes, tal como lo dispone el procedimiento institucional. Adicionalmente, se constató que el funcionario que actualmente tiene bajo su responsabilidad dichas actividades se encuentra en período de prueba, y su nombramiento corresponde al área funcional de la gerencia seccional en el perfil agropecuario como auxiliar administrativo, lo cual no guarda relación directa con las responsabilidades propias de la gestión administrativa de bienes.

Esta situación desconoce los lineamientos establecidos en el procedimiento institucional y genera riesgos en el control y la custodia de los bienes públicos, al no existir una designación formal de responsabilidades, ni una verificación de idoneidad del perfil del funcionario encargado, aspectos fundamentales para garantizar la trazabilidad, responsabilidad y rendición de cuentas en la administración de los activos del Instituto.

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

En el proceso de verificación no se evidenció memorando de asignación de funciones relacionadas con el manejo y control administrativo de los bienes a los servidores que desempeñaron dichas actividades durante las vigencias 2024 y 2025. Se observó que, mediante el memorando No. 42253013752 del 9 de julio de 2025, se notificó al Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes sobre quién ejerce la responsabilidad del subproceso de Control de Activos y Almacén en la Seccional Valle del Cauca; sin embargo, en dicho documento no se realiza la asignación formal de funciones al servidor responsable, como lo establece el procedimiento institucional. Esta situación afecta la trazabilidad y la claridad en la definición de responsabilidades, lo que incrementa el riesgo de debilidades en el control administrativo, la custodia y rendición de cuentas de los bienes institucionales, además de limitar la posibilidad de establecer responsabilidades ante eventuales novedades o pérdidas de activos.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

Así mismo, en la relación de personal suministrada por el Grupo de Gestión de Talento Humano (GGTH) se evidenció que el funcionario actualmente a cargo del proceso se encuentra en período de prueba. Durante este tiempo, el servidor aún no ha adquirido los derechos de carrera administrativa, por lo cual no cuenta con estabilidad ni permanencia definitiva en el cargo.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 1952 de 2019 (*Por medio de la cual se expide el código general disciplinario se derogan la ley 734 de 2002 y algunas disposiciones de la ley 1474 de 2011, relacionadas con el derecho disciplinario.*) y el Decreto 403 de 2020 (*Por el cual se dictan normas para la correcta implementación del Acto Legislativo 04 de 2019 y el fortalecimiento del control fiscal*), todo servidor público que tenga a su cargo la custodia o administración de bienes del Estado es responsable de su conservación, uso adecuado y rendición de cuentas. En ese sentido, la designación de un funcionario en período de prueba para el manejo de bienes institucionales no resulta procedente ni garantiza la plena responsabilidad fiscal y disciplinaria exigida por la normatividad vigente.

#### **Recomendaciones:**

1. Designar para dichas funciones a un servidor que haya superado el período de prueba y que cuente con el perfil para la administración de los bienes en la seccional.
2. Realizar la asignación formal de las funciones y responsabilidades relacionadas con el manejo y control administrativo de los bienes, mediante memorando.
3. Emitir lineamientos institucionales que orienten a las gerencias seccionales sobre las restricciones y consideraciones en la asignación de responsabilidades administrativas o de custodia de bienes a servidores en período de prueba, a fin de garantizar la idoneidad del personal designado para estas funciones.
4. **Coordinar con la Gerencias Seccional y el Grupo Gestión Control de Activos y Almacenes la revisión periódica de las designaciones vigentes**, de manera que se asegure el cumplimiento de los procedimientos internos y se minimicen los riesgos asociados al manejo y custodia de bienes públicos.

**Observación 17. Deficiencias en la verificación documental previa al registro del movimiento de inventario y falta de control en el cumplimiento de los requisitos formales establecidos en el procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 “Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA”, específicamente en el numeral 15.13 “Administración y Control de Bienes Inmuebles”, correspondiente al registro de disminución o deterioro de bienes.** Durante la revisión se identificó que uno de los CMI incluidos en la muestra, presenta falta de diligenciamiento completo del formato establecido, firmas con similitud gráfica y ausencia de los soportes requeridos en la actividad 6 o 10, según corresponda, situación que afecta la fiabilidad, trazabilidad y transparencia del proceso de control patrimonial.

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

**Responsables:** Gerencia Seccional Valle del Cauca  
Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes.

En la verificación efectuada a los Comprobantes de Movimiento de Inventario (CMI) seleccionados en la muestra, se evidenció que el CMI No. VAL240539, por un valor de \$3.917.819.602,26, presenta inconsistencias en su diligenciamiento, toda vez que no se encuentran diligenciados los campos “Novedad” y “Fuente”. Así mismo, se observó que las firmas en los campos “Recibí” y “Entregué” presentan similitud gráfica y no registran los nombres de las personas a quienes corresponden.

De acuerdo con la información contenida en la base de datos suministrada por el Grupo de Gestión Administrativa (GGAA), denominada “Movimientos Valle del Cauca 2024”, la novedad

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

corresponde a un CMI por Disminución o Deterioro. En este sentido, conforme a lo establecido en el numeral 15.13 “Administración y Control de Bienes Inmuebles” del procedimiento GRFIS-INV-P-001, el CMI debe contar con soportes como el informe de vulnerabilidad estructural para edificaciones que presenten daños estructurales o el informe técnico que determine si corresponde a una invasión parcial o total, en caso de cesión de áreas del terreno, de acuerdo con las actividades 15 (1, 5, 6 y 10) del citado procedimiento.

Sin embargo, se constató que el único soporte anexo al comprobante de movimiento de inventario es un informe de avalúo de diciembre de 2024, lo que evidencia falta de cumplimiento de los requisitos documentales exigidos, afectando la validez y trazabilidad del registro contable y patrimonial.

22

**Recomendaciones:**

1. Revisar y completar la información del CMI No. VAL240539.
2. Adjuntar los soportes documentales requeridos conforme al numeral 15.13 del procedimiento GRFIS-INV-P-001.
3. Verificar la autenticidad de las firmas registradas en el CMI, mediante certificación de los responsables, con el fin de garantizar la validez de los documentos.
4. Implementar un control previo y posterior al registro de movimientos de inventario, que permita validar el cumplimiento de los requisitos formales y la existencia de los soportes exigidos antes de su aprobación y registro.
5. Capacitar al personal encargado de la gestión de bienes en la correcta aplicación del procedimiento GRFIS-INV-P-001, enfatizando en los numerales relacionados con la administración y control de bienes inmuebles, para prevenir reincidencias.

**Observación 18. Incumplimiento del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 “Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA”, en el numeral 10 “Descripción del procedimiento”, específicamente en el numeral 10.5.2 “Baja por siniestro”, el cual establece que “se registra una vez el funcionario es exonerado de la responsabilidad disciplinaria, con el fin de lograr la indemnización del bien por parte de la compañía aseguradora”. No obstante, se identificó una baja por siniestro registrada casi dos años después de la comunicación de la aseguradora, sin que mediara notificación o acto formal de exoneración de responsabilidad disciplinaria del funcionario responsable del bien, tal como lo exige la actividad 5 del numeral 15.5 “Baja de Bienes” del mismo procedimiento. Lo cual puede generar riesgos de responsabilidad administrativa y disciplinaria, además de afectar la oportunidad, confiabilidad y trazabilidad de la información patrimonial institucional.**

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

**Responsables:** Gerencia Seccional Valle del Cauca  
Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes.

Durante la verificación efectuada en el desarrollo de la auditoría, se evidenció que, dentro de los comprobantes seleccionados para la muestra, el CMI No. VAL240385 fue registrado el 21 de octubre de 2024, teniendo como soportes los documentos relacionados con el siniestro, cuyos trámites se iniciaron el 30 de diciembre de 2022.

Evidenciando debilidad en el seguimiento y control del proceso de bajas por siniestro, así como falta de articulación entre las áreas responsables de gestión de bienes y jurídica para verificar el cumplimiento de los requisitos previos al registro contable.

**Recomendaciones:**

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Implementar un control previo de validación documental que verifique el cumplimiento de los requisitos establecidos para las bajas por siniestro antes de su registro en el sistema.
2. Capacitar al personal responsable de la gestión de bienes sobre la correcta aplicación del procedimiento GRFIS-INV-P-001, especialmente en lo referente a los numerales relacionados con la baja de bienes por siniestro, con el propósito de fortalecer el control interno y prevenir recurrencias.

**Observación 19. Incumplimiento del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 “Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA”, específicamente en la actividad 10.7 “Levantamiento físico de inventarios”,** debido a que no se estableció un cronograma para la toma física de inventarios. De igual forma, no se implementó la forma 4-972 “Kardex de Almacén”, herramienta establecida en el numeral 10.7.1.1 “Kardex de bienes”, ni se dio cumplimiento al numeral 10.7.2 “Levantamiento físico de bienes en servicio”, por cuanto al realizar la comparación entre los bienes relacionados en el acta de inventario y los registrados en el reporte de inventario de cada funcionario en el aplicativo SCIAF, se evidenciaron diferencias e inconsistencias entre ambas fuentes de información, lo que refleja debilidades en el control y administración de los bienes institucionales.

23

**Responsable:** Gerencia Seccional Valle del Cauca.

Se evidenció el incumplimiento del procedimiento dado que en la revisión documental no se observó el cronograma para la toma física de inventarios.

De igual forma, en la inspección que se realizó a cada una de las bodegas del almacén de la seccional no se encontró diligenciada forma 4-972 “Kardex de almacén”, herramienta prevista en el numeral 10.7.1.1 “Kardex de bienes”.

El incumplimiento al numeral 10.7.2 “Levantamiento físico de bienes en servicio”, se determinó porque allí se establece que se deben Comparar los bienes relacionados en el acta de inventario con los bienes que aparecen en el reporte de inventario de cada funcionario, sin embargo, al realizar el análisis del reporte del aplicativo SCIAF entregado por cada uno de los funcionarios relacionados en la muestra, identificados con los **códigos “cod\_ter”** cuyos últimos tres dígitos son 982, 213, 403, 703, y 888 no coinciden con el saldo final registrado en el acta de inventario, para lo cual los responsables de activos tienen como herramienta de control la forma 4-968 “control de elementos en servicio”, donde la verificación de la sumatoria del total de los bienes en servicio por carpeta se debe realizar cada vez que se archiva un CMI legalizado y así verificar que la información coincida.

#### **Recomendaciones:**

1. Elaborar un cronograma de toma física de inventarios, e informar a los responsables la fecha de realización para garantizar la diligencia de cada funcionario.
2. Implementar y diligenciar de manera permanente la forma 4-972 “Kardex de Almacén”, asegurando su utilización como herramienta de control y registro actualizado de los bienes.
3. Actualizar la información en el aplicativo SCIAF, verificando la correspondencia entre los bienes registrados en las actas físicas y los reportes del aplicativo.
4. Capacitar al personal responsable y revisión periódica del cumplimiento del procedimiento, para prevenir futuras desviaciones.

**Observación 20. incumplimiento del procedimiento GRFIS-INV-P-001 “Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA”, específicamente en el numeral 10.4 “Clasificación de Bienes Inservibles” y en la actividad No. 8 del numeral 15.4 “Clasificación de Bienes a Inservibles”,** toda vez que el acta de clasificación de bienes inservibles no se encuentra diligenciada en su totalidad, contraviniendo lo establecido en la Forma 4-962 “Acta de Clasificación de Bienes Inservibles”, la cual contempla información esencial para el adecuado proceso de verificación, control y trazabilidad de los bienes.

*Por lo anterior, se correrá traslado del presente informe de auditoría al Grupo de Instrucción Disciplinaria y a las instancias que esta oficina considere, con el fin de que se determine si se incurrió en alguna falta disciplinaria, así como las responsabilidades a que*

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

**haya lugar, según lo establecido en el procedimiento numeral 7.3. Incumplimiento al procedimiento: El incumplimiento a cada uno de los numerales descritos en este documento, y demás actividades que estén inmersas en el Subproceso Administración de Inventarios, serán reportados a la Gerencia Seccional y/o al Grupo de Procesos Disciplinarios para que inicie el trámite correspondiente y determine las acciones frente a los responsables del incumplimiento.**

**Responsables:** Gerencia Seccional Valle del Cauca  
Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes.

24

De la clasificación realizada por el Comité de Bienes Inservibles de la seccional el 24/09/2024 hacen parte los CMI: VAL240295, VAL240296, VAL240297, VAL240300 y VAL240301. Se verificó que los conceptos técnicos y el Acta de Comité No. CI-002-2024 del 24/09/2024 se encuentran en orden; igualmente, los CMI de clasificación a inservibles están debidamente registrados y legalizados con todas las firmas y archivados. No obstante, se evidenció que el acta de clasificación de bienes inservibles se encuentra sin totalizar, situación que impide contar con información consolidada del proceso. La omisión de información completa en el acta de clasificación de bienes inservibles puede generar inconsistencias en la consolidación del proceso, afectar la trazabilidad y control de los activos, y limitar la confiabilidad de los registros de inventario institucionales.

**Recomendaciones:**

1. Implementar un mecanismo que asegure la revisión por parte del Responsable de Control de Activos en la seccional verificando que toda la información esté completa y conforme con el procedimiento.
2. Establecer una revisión periódica por parte del Grupo Gestión Control de Activos y Almacenes, con el fin de verificar la correcta aplicación del procedimiento y prevenir reincidencias en la omisión de información o totalización en futuros procesos de clasificación de bienes.
3. Asegurar que el expediente físico o digital del proceso de clasificación de bienes inservibles contenga toda la documentación de respaldo en cumplimiento de los lineamientos de control de activos y archivo institucional.
4. Realizar una capacitación al personal encargado del manejo de bienes sobre la correcta aplicación del procedimiento GRFIS-INV-P-001 y el diligenciamiento de la Forma 4-962, enfatizando en la importancia de la totalización de la información y la firma de los responsables.

***Observación 21. No aplicación del numeral 10.5 “Baja de Bienes” del procedimiento GRFIS-INV-P-001 “Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA”, toda vez que la Seccional Valle del Cauca mantiene 328 bienes clasificados como inservibles sin que se haya dado inicio al correspondiente proceso de baja. Esta situación contraviene lo establecido en el procedimiento GRFIS-INV-P-001, el cual define las actividades y responsabilidades necesarias para efectuar la baja de bienes de manera oportuna, y representa un riesgo de pérdida, deterioro o uso indebido de los bienes inservibles, además de ocupar espacios físicos innecesarios en las instalaciones de la entidad y afectar la depuración oportuna de los registros contables y administrativos de inventario.***

**Responsables:** Gerencia Seccional Valle del Cauca  
Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes

Se verificó que la Seccional Valle del Cauca adelantó el procedimiento de clasificación de bienes inservibles, evidenciándose que los elementos se encuentran organizados en una bodega y dispuestos para su disposición final. No obstante, se constató que no se ha iniciado el proceso de baja correspondiente, configurándose así el incumplimiento del numeral 10.5 “Baja de Bienes” del procedimiento GRFIS-INV-P-001 “Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA”, así como de las actividades establecidas en el numeral 15.5 “Baja de Bienes” del mismo procedimiento.

*De igual forma se constató que, en el CMI VAL240298 como soportes se encuentra el Memorando No. 42243100246 del 08/04/2024, a través del cual la Seccional Valle del Cauca solicitó a la Gerencia General la autorización para la disposición final de los bienes inservibles; sin embargo,*

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

*no se evidencia la ejecución posterior del trámite de baja, ni la adopción de medidas para gestionar dichos bienes.*

*Esta situación contraviene lo dispuesto en el procedimiento GRFIS-INV-P-001, el cual en sus actividades establece que, la clasificación de bienes como inservibles, es el soporte del proceso de baja correspondiente, conforme a los lineamientos institucionales y las normas de administración de bienes públicos.*

**Recomendaciones:**

1. Coordinar, monitorear y documentar el avance del proceso de baja, garantizando trazabilidad y cumplimiento de los plazos establecidos por parte del GGAA.
2. Dar inicio al procedimiento de baja de los bienes clasificados como inservibles, conforme a lo establecido en los numerales 10.5 y 15.5 del procedimiento GRFIS-INV-P-001, asegurando el cumplimiento de las etapas, responsables y requisitos normativos.
3. Capacitar a los responsables del proceso en los lineamientos del numeral 10.5 “Baja de Bienes” del procedimiento GRFIS-INV-P-001, enfatizando en la importancia de cumplir con las fases del proceso.

25

**Observación 22. Incumplimiento del procedimiento GRFIS-INV-P-001 “Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA”, específicamente en los numerales 10 y 15, relacionados con la gestión y control de los comprobantes de movimiento de inventario (CMI).** Durante la verificación se identificó que, en diversas novedades de bienes, tales como disminución o deterioro, baja por siniestro, clasificación de inservibles, compra, compra nacional y entrega en el nivel seccional, indemnización por siniestro, reclasificación entre cuentas, reclasificación tercero/seccional, reintegro, suministro de bienes devolutivos, traspaso entre funcionarios y traspaso entre seccionales, los CMI presentan inconsistencias y/o carecen de la documentación soporte requerida. Esta situación afecta la confiabilidad, trazabilidad y transparencia de los registros de inventario, limitando la capacidad de control y verificación sobre los movimientos de bienes institucionales, y contraviene los lineamientos establecidos en el procedimiento GRFIS-INV-P-001.

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

**Responsables:** Gerencia Seccional Valle del Cauca

Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes

Durante el desarrollo de la auditoria se evidenció incumplimiento del procedimiento GRFIS-INV-P-001 en la gestión de los Comprobantes de Movimiento de Inventario (CMI), debido a la falta de soportes completos y firmas, lo que afecta la trazabilidad y confiabilidad del control de bienes institucionales y refleja debilidades en la supervisión y seguimiento del proceso.

Tabla No. 11 Deficiencias detectadas

| CMI       | NOVEDAD   | VERIFICACION                                 | N. PROCEDIMIENTO INCUMPLIDO                               |
|-----------|---|--|---|
| OFI241327 | Compra  | CMI sin firma y sin soportes                 | 10.1.1.1. Compra  |
| VAL240516 | Compra nacional y entrega en el nivel seccional | CMI sin informe se supervisión               | 10.1.1.3. Compra nacional y entrega en el nivel seccional |
| VAL240272 | Indemnización por siniestro                     | CMI con soportes sin firma y la totalidad de | 10.1.1.8. Indemnización por siniestro                     |

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

| CMI       | NOVEDAD                             | VERIFICACION                 | N. PROCEDIMIENTO INCUMPLIDO                                       |
|-----------|-------------------------------------|------------------------------|---|
|           |                                     | la información diligenciada. |   |
| VAL240182 | Reclasificación entre cuentas       | CMI sin soportes             | 15.10. REPORTE DE MOVIMIENTO MENSUAL AL GRUPO DE GESTIÓN CONTABLE |
| VAL240515 | Reclasificación tercero / seccional | CMI sin soporte              | 15.10. REPORTE DE MOVIMIENTO MENSUAL AL GRUPO DE GESTIÓN CONTABLE |
| VAL240409 | Reintegro                           | CMI sin soportes             | 10.3.3. Reintegro de bienes                                       |
| VAL240212 | Suministro de bienes devolutivos    | CMI sin soportes             | 10.2.1. Solicitud de bienes e inventarios                         |
| VAL240267 | Traspaso funcionarios               | entre CMI sin soportes       | 10.3.2. Traspaso de bienes  |
| OFI240046 | Traspaso seccionales                | entre CMI sin soportes       | 10.3.2.1. Entre Seccionales                                       |

**Recomendaciones:**

1. Implementar controles de revisión previa por parte de los responsables de inventarios antes de aprobar o registrar los CMI en el sistema.
2. Capacitar al personal en la aplicación del procedimiento GRFIS-INV-P-001, con énfasis en los numerales 10 y 15.
3. Fortalecer el seguimiento y supervisión periódica por parte del Grupo Gestión Control de Activos y Almacenes, para garantizar la correcta aplicación de las normas y procedimientos vigentes.

### 3.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

#### 3.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

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

Tabla No- 12 Riesgos asociados al procedimiento GRFIS-INV-P-001 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA.

| Nombre del Riesgo  | Objetivo Estratégico                                 | Zona Inherente       | Controles Existentes   |
|--|--|----------------------|--|
| COR GRFIS1 Posibilidad de afectación económica debido al hurto de bienes de la entidad asegurados, por personas ajenas a la organización.  | Optimizar los recursos administrativos y financieros | ZONA RIESGO ALTA     | 1. El Grupo de Gestión de Servicios Generales realiza el seguimiento a las fechas de vencimiento de las pólizas, asegurando que los bienes se encuentren amparados.<br>2. El Grupo de Gestión de Servicios Generales realiza las respectivas solicitudes a las áreas que intervengan y reúne la documentación necesaria para enviar la solicitud de contratación referente a las diferentes pólizas a contratar que requiere el Instituto. |
| SGC GRFIS3 Posibilidad de afectación reputacional y económica por inventarios físicos de bienes en servicio que no corresponden a lo registrado en la base de datos de bienes de la entidad. | Optimizar los recursos administrativos y financieros | ZONA RIESGO MODERADA | 1. Los responsables de control de activos realizan los levantamientos físicos de inventarios de bienes en servicio a los funcionarios del Instituto conforme el procedimiento, los cuales deben coincidir con lo reportado en el aplicativo SCIAF  |

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

| Nombre del Riesgo   | Objetivo Estratégico                                 | Zona Inherente      | Controles Existentes   |
|---|--|---------------------|--|
| COR GRFIS4 Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por hurto o 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>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.</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.</p> |

Fuente: Elaboración propia OCI.

De esta revisión y validación se evidenció lo siguiente:

**Observación 23. Debilidad en los controles y en la gestión del riesgo asociado al manejo y control de los bienes institucionales,** por cuanto se evidencia que, pese a la existencia del procedimiento GRFIS-INV-P-001 “Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA”, los controles establecidos no están operando de manera eficaz, lo que ha permitido la ocurrencia de múltiples incumplimientos relacionados con la falta de soportes, ausencia de firmas, registros incompletos y aplicación parcial de los procedimientos definidos para la administración de los bienes. Esta situación demuestra una brecha entre el diseño y la ejecución de los controles, reflejando una deficiencia en la supervisión, seguimiento y verificación documental por parte de los responsables del proceso.

**Responsables:** Grupo de Gestión Control de Activos  
Almacenes, Oficina Asesora de Planeación.

#### Recomendación

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

#### 3.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

**Observación 24. Materialización de riesgos institucionales asociados a la gestión de bienes del ICA – Procedimiento GRFIS-INV-P-001, específicamente en:**

**Riesgo GRFIS1 – Hurto de bienes asegurados por terceros externos. No se evidencian hurtos o siniestros por terceros; sin embargo, sí hay retraso en la baja por siniestro (Observación. 18) y falta de validación de soportes (Observación. 17). No se materializó directamente, pero existen debilidades en los controles de seguimiento a bienes asegurados, que pueden favorecer su ocurrencia.**

**Riesgo GRFIS3 – Inventario físico desactualizado. Observaciones 15 y 19: se hallaron bienes asignados a funcionarios desvinculados y diferencias entre el inventario físico y el aplicativo SCIAF. Riesgo materializado. Se confirma pérdida de correspondencia entre bienes físicos y registros de inventario, lo que afecta la trazabilidad y confiabilidad de la información.**

**Riesgo GRFIS4 – Posibilidad de hurto o pérdida de bienes al interior del almacén por parte del funcionario encargado. Observaciones 16, 20, 21 y 22: falta de asignación formal de funciones, deficiencias en la documentación soporte, bienes inservibles sin baja y CMI sin respaldo. Riesgo materializado. Se confirma pérdida de correspondencia entre bienes físicos y registros de inventario, lo que afecta la trazabilidad y confiabilidad de la información. Se evidencia incumplimiento de controles operativos y documentales, lo que implica riesgo de pérdida o uso inadecuado de bienes bajo custodia del almacenista o responsable de activos.**

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

**Responsables:** Grupo de Gestión Control de Activos y Almacenes  
Oficina Asesora de Planeación.

#### **Recomendaciones**

1. Actualizar el análisis de riesgos institucionales, incluyendo la valoración real con base en las evidencias de materialización encontradas.
2. Rediseñar los controles asociados a la gestión de bienes para que sean más preventivos, articulados y eficaces, incorporando medidas físicas, tecnológicas y administrativas.
3. Implementar un plan de seguimiento estricto a la aplicación de los controles y a la gestión de riesgos por parte de las áreas responsables, con base en el enfoque de mejora continua del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
4. Realizar una depuración integral del inventario institucional, iniciando por los bienes registrados a nombre de funcionarios desvinculados, e implementar la exigencia de “paz y salvo de activos” antes de cualquier retiro laboral.
5. Ejecutar con prioridad el proceso de baja conforme lo establece el procedimiento.

28

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

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

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

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

#### **3.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.**

En el marco de la auditoría interna realizada al procedimiento GRFIS-INV-P-001 MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES DEL ICA, se realizó seguimiento a las acciones vencidas relacionadas con la unidad auditada de la vigencia 2018, los resultados fueron los siguientes:

El responsable de Control de Activos de la seccional no reportó oportunamente las acciones de mejora de las observaciones suscritas en el Plan de Mejoramiento con la oficina, de tal manera que se encuentra pendiente subsanar la observación 17 acciones 3 y 4 de a vigencia 2018.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

Tabla No. 14 Seguimiento a las acciones vencidas del procedimiento GRFIS-INV-P-001  
GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / MANEJO Y CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES.

| No. OBS | No. ACC | ACCIÓN DE MEJORA  | COMPROMISO/RECOMENDACIÓN   |
|---------|---------|---|--|
| 17      | 3       | 3. Revisar el boletín del mes de diciembre de 2017, efectuando los ajustes a que haya lugar de acuerdo a los portes o anular si corresponde | <p><b>0% AVANCE</b><br/>No se evidencio que los elementos tienen placada asignada.</p> <p><b>Recomendaciones OCI:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consultar en el archivo los boletines con los ajustes en la vigencia 2017, si no se encuentran en la seccional pedir al Grupo de Gestión de Activos y almacenes teniendo en cuenta la TRD. De lo contrario solicitar certificación que esos boletines fueron validados.</li> <li>2. Cuando tenga lo correspondiente a la vigencia 2017 revisar si se dio cumplió a la acción de mejora.</li> </ol> |
| 17      | 4       | 4. Revisar los boletines de la vigencia 2017  | <p><b>0% AVANCE</b><br/>No se evidencio que los elementos tienen placada asignada.</p> <p><b>Recomendaciones OCI:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consultar en el archivo los boletines con los ajustes en la vigencia 2018, si no se encuentran en la seccional pedir al Grupo de Gestión de Activos y almacenes de acuerdo con la TRD. De lo contrario solicitar certificación que esos boletines fueron validados.</li> <li>2. Una vez se tenga la evidencia anterior, verificar si se dio cumplimiento a la acción de mejora.</li> </ol>         |

Seguidamente, se insta al servidor a dar cumplimiento a las acciones de mejora vencidas, en concordancia con lo dispuesto en el numeral 5.2 “Lineamientos de operación” del procedimiento GRFIS-INV-P-001 V.7 “Manejo y Control Administrativo de los Bienes del ICA”, el cual establece que: “El Grupo de Gestión de Control de Activos y Almacenes, así como los Responsables de Control de Activos en las seccionales, deberán reportar oportunamente las acciones de mejora de los hallazgos suscritos en los Planes de Mejoramiento con las oficinas y entes de control, según corresponda, con el fin de garantizar la subsanación de las observaciones identificadas.”

### 3.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

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

Esta auditoría fue realizada con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por el auditor a cargo de la realización del trabajo. Una consecuencia de esto es la presencia del riesgo de muestreo; es decir, el riesgo de que la conclusión basada en la muestra analizada no coincida con la conclusión a que se habría llegado en caso de haber examinado todos los elementos que componen la población.

La evidencia recopilada para propósitos de la evaluación efectuada versa en información suministrada por el personal y/o colaboradores pertenecientes al proceso o actividad auditada, a través de solicitudes y consultas realizadas por la Oficina de Control Interno.

#### Notas:

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

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

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

#### 4. GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

##### 4.1 PROCESO DE APOYO

##### 4.2 LA UNIDAD AUDITABLE NO CUENTA SUBPROCESO

##### 4.3 UNIDAD AUDITABLE

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

##### 4.4 OBJETIVO

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

##### 4.5 ALCANCE

Se verificó el registro 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, específicamente las tareas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 y 30 del numeral 2. Descripción del Procedimiento, 2.1 Procedimiento de Cartera, las cuales están bajo la responsabilidad de la Gerencia Seccional Valle del Cauca, con corte a 31 de diciembre de 2024; sin embargo, por criterio del auditor se extendió el alcance de esta auditoría al 24 de septiembre de 2025.

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

##### 4.6 LIMITACIONES AL ALCANCE

Durante el desarrollo de la auditoría se contó con toda la información requerida para completar el alcance definido en la planificación de la auditoría.

##### 4.7 CRITERIOS

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

##### Normatividad externa:

- MIPG - Modelo Integrado de Planeación y Gestión
- Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6 del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- 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”

##### Normatividad interna:

- Resolución 090 del 14 de enero de 2010, “Por la cual se adopta el Reglamento Interno de Recaudo de Cartera del Instituto Colombiano Agropecuario ICA”
- Manual de Políticas Contables GRF- SAF- M-001 V.4
- Manual de Políticas Contables GRF- SAF- M-001 V.5
- Guía para la Administración de Riesgos DIR-OAP-G-007 Versión 6

#### **4.8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA**

El proceso de auditoría interna se ejecutó en estricto cumplimiento con las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGA) y atendiendo a los lineamientos establecidos en la Ley 87 de 1993 y sus decretos y directrices reglamentarias, que rigen el Sistema de Control Interno.

Para la obtención de evidencia suficiente, competente y relevante, se aplicó un conjunto robusto de técnicas de auditoría, las cuales proporcionarán una base razonable para la evaluación de los procesos y la identificación de las debilidades encontradas. Estas técnicas incluyen:

- Confrontación de información, como la cotejación de actos administrativos sancionatorios con los registros del módulo de Cartera - SNRI.
- Obtención de información oral de funcionarios clave.
- Revisión detallada de la documentación de soporte y los registros del sistema.

Como parte de la fase de recolección de evidencia objetiva, se llevó a cabo una entrevista formal con el responsable de Cartera de la Gerencia Seccional Valle del Cauca. Este funcionario es titular del perfil de acceso al Módulo de Cartera del Sistema Nacional de Recaudo del ICA (SNRI), lo que permitió:

- Validar los procedimientos internos para el registro de los actos administrativos sancionatorios.
- Obtener evidencia de primera mano sobre la integridad y la actualidad de la información registrada en el aplicativo SNRI, esencial para la gestión de la cartera.

##### **4.8.1 Metodología.**

Para obtener evidencia suficiente y competente, sobre la cual se sustentan las observaciones, conclusiones y recomendaciones de este informe, se emplearon las siguientes técnicas de auditoría:

- Entrevista
- Solicitud de Información
- Revisión bases de datos SNRI y matriz FÉNIX
- Observación y análisis de actividades y procedimientos
- Revisión documental relacionada con los actos administrativos sancionatorios
- Verificación de aplicación de políticas de administración de riesgos asociados al proceso e identificación de la realización de seguimientos periódicos para garantizar la efectividad de los controles
- Revisión de la normatividad interna vigente y aplicable al procedimiento

Es importante señalar que la naturaleza de la labor de auditoría interna ejecutada por la Oficina de Control Interno, al estar supervisada al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, se encuentra intrínsecamente limitada por restricciones de tiempo, recursos y alcance preestablecido. Por consiguiente, procedimientos más detallados o que involucran la revisión de otras dependencias funcionales podrían potencialmente desarrollar aspectos adicionales no abordados durante la ejecución de esta actividad.

##### **4.8.2 Muestra**

Para asegurar la representatividad y validez de las conclusiones de esta auditoría, la definición del tamaño de la muestra y la posterior selección de los expedientes se llevará a cabo mediante el siguiente procedimiento técnico:

**Definición de la Población.** Con el fin de determinar con precisión el tamaño muestral, la población de auditoría se determinó considerando el siguiente universo obtenido de la base de datos facilitada por el área auditada:

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Listado SNRI con corte a 24 de septiembre de 2025, que contiene 114 registros

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

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

32

Tabla No.15 Parámetros muestra, registros en SNRI.

| PARÁMETROS                 |       |
|----------------------------|-------|
| Tamaño de la Población (N) | 114   |
| Error Muestral (E)         | 10%   |
| Proporción de Éxito (P)    | 7%    |
| Nivel de Confianza         | 90%   |
| Nivel de Confianza (Z) (1) | 1,645 |
| Muestra óptima             | 15    |

**Criterios de inclusión:** Seleccionados al azar.

Tabla No.16 Parámetros muestra, Resoluciones Sanción registradas en SNRI.

| ÍTEM | RESOLUCIÓN SANCIÓN | FECHA      | VALOR ORIGINAL RESOLUCIÓN | VALOR TOTAL ABONOS | TOTAL A CARGO    | OBSERVACIONES  | ESTADO DE LA CUENTA |
|------|--------------------|------------|---------------------------|--------------------|------------------|--|---------------------|
| 1    | 0000008787-1       | 07/07/2017 | \$ 4.260.338,00           | \$ 0,00            | \$ 4.260.338,00  | - 21/11/2018 11:26 AM sanción disciplinaria a exfuncionario  | ANULADA             |
| 2    | 0000000477-1       | 25/09/2015 | \$ 184.797,00             | \$ 0,00            | \$ 184.797,00    |  | CEDIDA              |
| 3    | 0000000767-1       | 09/12/2013 | \$ 786.000,00             | \$ 0,00            | \$ 786.000,00    | - 23/08/2024 13:43 PM Remitida por la Oficina Asesora Jurídica con memorando No.20243122956 del 22-08-2024   | COBRO COACTIVO      |
| 4    | 0000000621-1       | 25/11/2014 | \$ 2.484.493,00           | \$ 0,00            | \$ 2.484.493,00  |  | COBRO COACTIVO      |
| 5    | 0000000385-1       | 18/12/2012 | \$ 10.712.000,00          | \$ 9.000.000,00    | \$ 1.712.000,00  |  | COBRO PERSUASIVO    |
| 6    | 0000000603-1       | 19/11/2014 | \$ 151.120,00             | \$ 0,00            | \$ 151.120,00    |  | CUENTAS DE ORDEN    |
| 7    | 0000005345-1       | 05/04/2022 | \$ 5.545.156,00           | \$ 0,00            | \$ 5.545.156,00  |  | CUENTAS DE ORDEN    |
| 8    | 0000006866-1       | 29/04/2022 | \$ 3.634.144,00           | \$ 0,00            | \$ 3.634.144,00  |  | CUENTAS DE ORDEN    |
| 9    | 0000007240-1       | 03/07/2024 | \$ 10.000.000,00          | \$ 0,00            | \$ 10.000.000,00 |  | CUENTAS DE ORDEN    |
| 10   | 0000008107-1       | 13/05/2022 | \$ 7.600.800,00           | \$ 10.159.800,00   | -\$ 2.559.000,00 | - 03/05/2023 11:30 AM incumplimiento normas para productores exportadores y empacadores de vegetales, en fresco - 05/05/2023 09:52 AM La seccional valle mediante memorando sidad No.42233100288, remite el soporte de pago por valor de \$10.159.800,00 del día 3 de Mayo 2023. | PAGADA              |
| 11   | 0000004806-1       | 02/05/2023 | \$ 1.160.000,00           | \$ 1.160.000,00    | \$ 0,00          |  | PAGADA              |
| 12   | 0000011190-1       | 05/09/2023 | \$ 553.000,00             | \$ 553.000,00      | \$ 0,00          |  | PAGADA              |
| 13   | 0000000139-3       | 09/01/2024 | \$ 4.350.000,00           | \$ 4.350.000,00    | \$ 0,00          |  | PAGADA              |

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

| ÍTEM | RESOLUCIÓN SANCIÓN | FECHA      | VALOR ORIGINAL RESOLUCIÓN | VALOR TOTAL ABONOS | TOTAL A CARGO | OBSERVACIONES | ESTADO DE LA CUENTA |
|------|--------------------|------------|---------------------------|--------------------|---------------|---------------|---------------------|
| 14   | 0000003418-1       | 23/04/2024 | \$ 2.600.000,00           | \$ 2.600.000,00    | \$ 0,00       |               | PAGADA              |
| 15   | 0000007259-1       | 09/06/2025 | \$ 4.260.000,00           | \$ 4.260.000,00    | \$ 0,00       |               | PAGADA              |

#### 4.8.3 FORTALEZAS

Durante la ejecución de la auditoría interna, la Oficina de Control Interno destacó los siguientes aspectos positivos en la Gerencia Seccional Valle del Cauca, que contribuyen a la mejora continua del proceso:

- Se observó una excelente disposición y una actitud altamente colaborativa por parte del personal de la Gerencia Seccional Valle del Cauca.
- La persona encargada del registro de las resoluciones de sanción en el Sistema Nacional de Recaudo del ICA (SNRI) demostró un alto grado de compromiso, atendiendo las técnicas del auditor de manera inmediata para optimizar los procedimientos de registro y garantizar la integridad de la información en el sistema.

#### 4.8.4 RESULTADOS

**Observación 25. Incumplimiento de la Tarea 1 del Procedimiento GFIN-GI-P-007: “Organizar el expediente y Registrar el acto administrativo sancionatorio en el aplicativo vigente en el módulo de cartera, en las cuentas de orden”.** La práctica observada consiste en retrasar dicho registro hasta el momento en que se efectúa el pago del comprobante por parte del sancionado, lo cual contraviene el flujo establecido en el procedimiento.

**Responsables:** Grupo de Gestión Financiera  
Gerencia Seccional Valle del Cauca

Esta directriz (Tarea 1) establece el momento procesal exacto en que debe incorporarse la obligación al sistema de información financiera, siendo inmediatamente después de la emisión del acto administrativo — entendido como la resolución numerada, fechada y firmada por el Gerente Seccional — y no sujeto a la condición de pago.

Esta situación afecta la oportunidad del control, seguimiento y gestión de la cartera, incrementando el riesgo de prescripción de las obligaciones, pérdida de trazabilidad de los actos administrativos y potencial pérdida de recursos públicos para el Instituto.

En el sistema SNRI se encuentran registradas once (11) resoluciones sancionatorias correspondientes a las vigencias 2023 (7), 2024 (3) y 2025 (1). Todas constan en estado pagadas, con la excepción de la resolución 0000007240-1, emitida el 03/07/2024, la cual fue remitida al proceso de cobro persuasivo dado que —según el entrevistado— el sancionado se negó a efectuar el pago.

#### Criterio Normativo

- **Decreto 019 de 2012 (Ley Anti-trámites) y Legislación de Títulos Ejecutivos.** El acto administrativo sancionatorio es, por sí mismo, el título ejecutivo que presta mérito para el cobro. El procedimiento interno debe reflejar esta naturaleza jurídica, asegurando que el registro inicial en el sistema identifique el título valor que da origen a la cartera.
- **Procedimiento GFIN-GI-P-007 V.4, Tarea 1:** Este documento interno es la base del proceso de recaudo y causación de cartera, y su incumplimiento directo en la Tarea 1 es la principal inconsistencia.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

- **Ley 1066 de 2006, artículo 2:** dispone que las entidades públicas deben ejercer la gestión de cobro de manera oportuna y eficaz.
- **Decreto 4473 de 2006, artículos 1 y 3:** reglamenta la gestión de cartera pública, estableciendo la obligación de registrar y mantener actualizada la información de las obligaciones a favor del Estado.
- **Ley 1955 de 2019, artículo 66:** refuerza los mecanismos de cobro y administración de cartera de las entidades estatales.
- **Manual de Régimen de Contabilidad Pública (CGN):** establece la obligación de registrar oportunamente los hechos económicos, incluyendo las cuentas de orden asociadas a sanciones y multas.
- **Resolución 090 de 2010 (ICA):** reglamenta el proceso de cobro persuasivo y coactivo en la entidad.
- **Manual de Políticas Contables del ICA:** define la oportunidad del registro contable y el principio de devengo en la causación de las obligaciones.

34

#### **Recomendaciones**

1. Actualizar el Procedimiento GRFIN-GI-P-007. Implementar un control concurrente para verificar que las resoluciones sancionatorias emitidas sean registradas en el módulo de cartera dentro de un plazo máximo definido (ej. 5 días hábiles) a partir de la recepción del acto firmado por parte del Gerente Seccional.
2. El Grupo de Gestión Financiera deberá programar y ejecutar una jornada de socialización y capacitación específica sobre el Procedimiento GRFIN-GI-P-007, dirigida al personal responsable de su ejecución, en donde se unifique el criterio de aplicación.
3. El responsable de Cartera, encargado directo del registro en el aplicativo, debe asumir la apropiación inmediata y el estricto cumplimiento de la Tarea 1 del Procedimiento GRFIN-GI-P-007, reconociendo la importancia crítica del registro oportuno del acto administrativo sancionatorio para el control efectivo de la cartera. Dicha apropiación se fundamenta en el impacto directo que tiene en la correcta presentación de los estados financieros, según el Principio de Devengo definido en el Manual de Políticas Contables GRF-SAF-M-001 como: “Los hechos económicos se reconocen en el momento en que suceden, con independencia del instante en que se produce el flujo de efectivo o equivalentes al efectivo que se deriva de estos, es decir, el reconocimiento se efectúa cuando surgen los derechos y obligaciones, o cuando la transacción u operación originada por el hecho incide en los resultados del periodo.” Por lo anterior, el responsable debe, a partir de la fecha, realizar los registros de conformidad con el procedimiento, sin esperar el comprobante de pago.
4. Implementar un mecanismo de seguimiento para verificar el cumplimiento del registro oportuno y asegurar que la información en el sistema sea un reflejo fiel de la fecha de emisión del acto administrativo.

#### **Observación 26. Ausencia de mecanismos formales de Conciliación y Control sobre el Universo de actos administrativos sancionatorios.**

**Responsables:** Grupo de Gestión Financiera  
Gerencia Seccional Valle del Cauca  
Responsable de Cartera

Actualmente, no existe una confrontación sistemática entre el universo de resoluciones sancionatorias emitidas y aquellas que han sido efectivamente registradas en el módulo de Cartera del SNRI.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

Se evidencia una debilidad crítica en el control de la fuente primaria de información, manifestada en la ausencia de un punto de control o un mecanismo formal de conciliación periódica que permita confrontar la totalidad de los actos administrativos sancionatorios (Resoluciones) firmadas por la Gerencia Seccional con los registrados en las cuentas de orden del Sistema Nacional de Recaudo del ICA (SNRI) o el módulo de Cartera. Esta omisión impide garantizar que el 100% de las obligaciones generadas sean ingresadas al proceso de cobro.

El desconocimiento del universo exacto de actos sancionatorios que han adquirido firmeza y deben ser incorporados como cartera genera un riesgo significativo de omisión, inexactitud y demora en la activación del debido proceso administrativo sancionatorio (cobro persuasivo y coactivo). Esta situación compromete la integridad y la confiabilidad del saldo de la cartera de la entidad, pudiendo resultar en la prescripción de los derechos de cobro y, consecuentemente, en la pérdida de recursos para el Instituto.

35

#### Criterio Normativo

- **Procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4:** Aunque la Tarea 1 obliga al registro, la ausencia de un control posterior formal de conciliación incumple el espíritu del control interno. Se requiere, por extensión, un control de verificación de la fuente (Secretaría General/Oficina Jurídica) contra el registro para asegurar que todas las resoluciones que representan derechos de cobro sean efectivamente incorporadas.
- **Ley 87 de 1993, Art. 2 (Sistema de Control Interno):** Esta ley establece que los sistemas de control interno deben proporcionar seguridad razonable de que se cumplan las metas y objetivos de la entidad, incluyendo la salvaguarda de los recursos. La ausencia de un control de conciliación incumple este principio.
- **Ley 1066 de 2006:** La falta de un control interno efectivo para el registro de la cartera afecta la capacidad del Instituto para realizar una gestión de cobro oportuna y efectiva.
- **Manual de Políticas Contables (GRF-SAF-M-001):** En lo referente al Principio de Devengo o Acumulación, el cual obliga a reconocer los derechos de cobro en el momento en que estos surgen (firmeza del acto), lo que implica la necesidad de conocer el universo total de dichos derechos.
- **Procedimiento GF-GC-P-004 "Conciliaciones Contables":** Aunque enfocado en cuentas contables, establece el principio general de la conciliación para "garantizar la integridad de la información contable". La integridad se ve comprometida al no conciliar la fuente primaria del ingreso (el acto administrativo) con el registro en el subsistema de cartera.
- **Sistema de Control Interno (MECI/COSO):** Se incumple el componente de Actividades de Control, específicamente en la necesidad de controles de procesamiento que aseguren la totalidad de las transacciones (todas las resoluciones firmadas deben ser registradas).

#### Recomendaciones:

1. Realizar una conciliación y depuración inmediata de todos los actos administrativos sancionatorios emitidos y vigentes que se encuentren pendientes de registro en el Sistema Nacional de Recaudo del ICA (SNRI), procediendo con su incorporación en el módulo de cartera correspondiente.
2. Implementar un mecanismo obligatorio de conciliación mensual, anterior al envío del informe, que confronte el listado de resoluciones sancionatorias firmadas y en firme contra las registradas en el SNRI, documentando las diferencias y gestionando su incorporación inmediata.
3. Modificar el Procedimiento GRFIN-GI-P-007 (o crear un instructivo específico) para incluir una tarea formal y periódica que asigne la responsabilidad de la conciliación a un

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

36

funcionario específico, garantizando que el universo total de actos administrativos sancionatorios entre al circuito de cobro.

4. Implementar controles gerenciales que monitoreen el ciclo de vida de los actos sancionatorios, creando alertas tempranas para identificar resoluciones firmadas que excedan un plazo máximo sin ser registrados en SNRI, asegurando la trazabilidad y evitando la prescripción.
5. Diseñar e implementar una Herramienta de Control y Trazabilidad (Listado de Chequeo o Matriz de Seguimiento), de uso obligatorio para las áreas involucradas, que permita registrar y conciliar los siguientes hitos de cada acto administrativo sancionatorio: 1) Fecha de firma por parte del Gerente Seccional; 2) Fecha de Registro en el módulo de cartera (SNRI); 3) Fecha de traslado a cobro persuasivo; y 4) Cumplimiento de las etapas del debido proceso administrativo sancionatorio, incluyendo la notificación efectiva y las demás actividades prejudiciales. Esta matriz deberá servir como soporte de la conciliación mensual exigida para garantizar la totalidad de los actos administrativos y asegurar la continuidad y oportunidad en el flujo hacia las siguientes fases de gestión de cobro.
6. Sensibilizar al personal involucrado sobre la importancia de este control para asegurar la transparencia, la exactitud de la información y la gestión efectiva de la cartera institucional.

**Observación 27.** Se evidencia una inexactitud conceptual en la descripción del "RESULTADO" esperado de la Tarea 1 del Procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4. El procedimiento establece que el resultado de esta tarea es el registro de "Expedientes sancionatorios" en el aplicativo vigente, en este caso SNRI, lo cual refleja una debilidad teniendo en cuenta que el registro inicial que debe realizarse en esta etapa es el "acto administrativo - resolución sanción" apenas está fechado, numerado y firmado por el Gerente Seccional.

**Responsable:** Grupo de Gestión Financiera

El registro que debe realizarse en esta etapa no es un expediente (que es un conjunto de documentos), sino el "Acto Administrativo - Resolución Sanción" mismo, el cual es el título valor que crea el derecho de cobro inmediatamente después de su numeración, fecha y firma por parte del Gerente Seccional.

Esta inexactitud conceptual puede inducir al error operativo de priorizar el manejo documental sobre el registro contable y financiero. La falta de claridad y precisión en la descripción del resultado fomenta la interpretación errónea y la dilatación en el registro inicial de la cartera. Esto afecta la oportunidad, la trazabilidad del proceso de cobro persuasivo, y compromete la aplicación adecuada del principio contable de devengo.

El acto administrativo sancionatorio (Resolución) es el hecho que causa el derecho de cobro y, por ende, debe ser reconocido como un activo (cartera) en las cuentas de orden. El registro debe identificar la fuente del derecho (la Resolución), no el contenedor documental (el Expediente).

#### Criterio Normativo

- **Procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4 (Tarea 1):** Es el procedimiento interno que establece la acción, pero su descripción del resultado ("Expedientes sancionatorios") es conceptualmente inexacta, pues el objeto del registro es el título de cobro.
- **Manual de Políticas Contables (GRF-SAF-M-001) - Principio de Devengo o Acumulación:** Este principio exige que los derechos de cobro se reconozcan en el momento en que surgen. El derecho surge con la firmeza del acto administrativo (la resolución), no con la finalización del expediente. Por lo tanto, el resultado del procedimiento debe ser la resolución como hecho económico.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

- **Ley 87 de 1993, Art. 2 (Sistema de Control Interno):** La falta de un lenguaje preciso en el procedimiento es una debilidad en el control interno, ya que puede generar confusiones y, por ende, inconsistencias en la información, afectando la confiabilidad de los datos de cartera.
- **Ley 1066 de 2006:** Esta ley enfatiza la necesidad de una gestión de cobro oportuna. El retraso en el registro, causado por una redacción imprecisa, obstaculiza la gestión y el seguimiento desde el primer paso del proceso.

37

#### Recomendaciones:

1. Modificar formalmente el Procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4, específicamente en la Tarea 1, sección "RESULTADO", para reemplazar la frase "Expedientes sancionatorios" por "Acto Administrativo - Resolución Sanción registrada" o una redacción similar que refleja el título ejecutivo que se incorpora a la cartera.
2. Emitir una instrucción o memorando provisional dirigido al Responsable de Cartera y demás involucrados, aclarando que, mientras se formaliza la modificación del procedimiento, el registro en el SNRI debe realizarse tomando como base el acto administrativo en firme, alineándose con el Principio de Devengo.
3. Sensibilizar a los usuarios del procedimiento sobre la importancia de registrar el acto administrativo desde su emisión para garantizar la trazabilidad de la cartera.

#### OBSERVACIÓN 28. Incumplimiento e inobservancia de la Tarea 30 del Procedimiento GRFIN-GI-P-007: “Organizar y remitir mediante memorando mensual, el informe de Cartera al Grupo de Gestión Financiera”.

**Responsable:** Gerencia Seccional Valle del Cauca

No se proporcionaron evidencias de la ejecución de la Tarea 30 del Procedimiento GRFIN-GI-P-007, que establece: "Organizar y remitir mediante memorando mensual, el informe de Cartera al Grupo de Gestión Financiera". Además, el responsable de Cartera de la Seccional manifestó desconocer la existencia de esta tarea, lo cual es indicativo de una falta de conocimiento y apropiación de los procedimientos internos bajo su responsabilidad.

La omisión sistemática en la remisión del informe mensual de Cartera por parte de la Gerencia Seccional al Grupo de Gestión Financiera constituye la eliminación de un punto de control esencial en el ciclo de gestión. La importancia de este informe radica en que la Gerencia Seccional debe realizar un proceso de conciliación y seguimiento previo, lo que implica que la información remitida al Nivel Central ya ha pasado por un proceso de depuración y validación inicial antes de su consolidación final.

#### Criterio Normativo

- **Procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4 (Tarea 30):** Establece la obligación específica de generar y remitir el informe mensual de cartera al Grupo de Gestión Financiera para su conocimiento y control.
- **Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) / Sistema de Control Interno (MECI/COSO):** Se incumple el componente de Ambiente de Control (Apropiación de Procedimientos) y Actividades de Control (Controles Gerenciales y Controles de Procesamiento de Información), pues la entidad no puede asegurar la ejecución de las tareas ni la generación de la información clave para el monitoreo de un proceso misional como la gestión de cartera.
- **Ley 87 de 1993, Artículo 2 (Sistema de Control Interno):** La ausencia de un control de conciliación de la cartera entre la seccional y el nivel central representa una debilidad en

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

el sistema de control interno, ya que no permite la verificación de que la información sea completa, exacta y oportuna para la salvaguarda de los recursos de la entidad.

- **Manual de Políticas Contables (GRF-SAF-M-001 V.5):** La falta de un registro y seguimiento adecuados de la cartera, a través de la no remisión del informe mensual, afecta la confiabilidad de los estados financieros, lo que incumple los principios contables de la entidad.

#### Recomendaciones

38

1. El Grupo de Gestión Financiera debe iniciar la gestión para actualizar formalmente el Procedimiento GRFIN-GI-P-007 (V.4). La modificación debe incluir, de manera explícita en la Tarea 30, el establecimiento de un plazo perentorio y obligatorio para la remisión del informe mensual de Cartera por parte de las Seccionales. Se sugiere fijar dicho plazo dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente al período reportado, con el objetivo de formalizar el control, asegurar la oportunidad de la información y garantizar el correcto monitoreo.
2. Instruir al responsable de Cartera para que, de manera inmediata, inicie la ejecución de la Tarea 30 del Procedimiento GRFIN-GI-P-007, organizando y remitiendo el informe de Cartera al Grupo de Gestión Financiera de forma mensual (incluyendo la remisión de los informes pendientes de la vigencia 2025, si es viable).
3. Implementar un control interno que asegure la remisión mensual del informe de cartera de la seccional al Grupo de Gestión Financiera, estableciendo un cronograma de cumplimiento y un mecanismo de confirmación de recibido.
4. El responsable de Cartera debe realizar la organización y envío del informe y documentar esta actividad, guardando los soportes de los memorandos enviados como evidencia de cumplimiento.
5. El responsable de cartera de la seccional debe implementar mecanismos de autocontrol para asegurar el correcto desempeño de sus funciones. Esto implica la lectura y comprensión obligatoria de los procedimientos relacionados con su cargo, especialmente el Procedimiento GRFIN-GI-P-007. Es crucial que el funcionario no solo conozca las tareas asignadas, sino que también entienda su propósito y el impacto de su cumplimiento o incumplimiento en la gestión financiera del Instituto. Este autocontrol garantiza la mejora continua, la integridad de la información y la prevención de hallazgos en futuras auditorías tanto internas como externas.

**Observación 29. Incumplimiento de los Principios de contabilidad pública y Resolución 090 de 2010 que regula los requisitos para la anulación y reversión de cartera. Específicamente, en la muestra de cartera de la seccional, se encontró el registro de la resolución sancionatoria 0000008787-1 en estado "Anulada" que, sin embargo, mantiene un valor.**

**Responsables:** Grupo de Gestión Financiera  
Gerencia Seccional Valle del Cauca

Tabla No.17 Análisis muestra resoluciones sanción en estado ANULADA, registradas en SNRI

| ÍTEM | RESOLUCIÓN SANCIÓN | FECHA      | VALOR ORIGINAL RESOLUCIÓN | VALOR TOTAL ABONOS | TOTAL A CARGO   | OBSERVACIONES   | ESTADO DE LA CUENTA |
|------|--------------------|------------|---------------------------|--------------------|-----------------|---|---------------------|
| 1    | 0000008787-1       | 07/07/2017 | \$ 4.260.338,00           | \$ 0,00            | \$ 4.260.338,00 | - 21/11/2018 11:26 AM sanción disciplinaria a exfuncionario | ANULADA             |

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

De la muestra seleccionada, la resolución 0000008787-1 se encuentra en estado “Anulada”, pero mantiene un valor registrado por \$4.260.338, el cual también se registra como TOTAL A CARGO. Registra en OBSERVACIONES que corresponde a sanción disciplinaria a exfuncionario, sin embargo, no registra el motivo de la anulación. Esta inconsistencia indica que no se está aplicando correctamente el procedimiento para la anulación de cartera, lo que genera una distorsión en el valor de las cuentas por cobrar y puede afectar la fiabilidad de los estados financieros de la entidad. En el reporte generado por SNRI con corte al 24 de septiembre de 2025 solo se encuentra este registro en estado ANULADA.

39

#### Criterio Normativo

- **Principios de Contabilidad Pública (Contaduría General de la Nación):** Los principios de contabilidad pública, incluyendo el de fiabilidad y consistencia, exigen que la información financiera sea veraz y refleje la realidad económica de la entidad. El registro de una cartera anulada con valor a cargo incumple este principio.
- **Resolución 090 de 2010 (Contaduría General de la Nación):** Esta resolución establece los criterios para la anulación y reversión de cartera. La falta de un acto administrativo que soporte la anulación, o el mantenimiento de un valor a cargo después de la anulación, contraviene directamente lo dispuesto en esta norma.
- **Procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4:** El procedimiento interno debe contemplar la Tarea específica para dar de baja contablemente los valores asociados a los actos administrativos que han sido anulados, revocados o que han prescrito. La ausencia de la ejecución de esta tarea o la deficiencia de la misma es la causa raíz del hallazgo.

#### Recomendaciones

1. Se debe implementar un punto de control para que cada resolución anulada en el sistema cuente con el acto administrativo de soporte correspondiente y que el valor a cargo sea debidamente ajustado a cero. Confirmar la existencia del acto administrativo de anulación, si no existe, gestionar su elaboración y registro. De lo contrario, proceder con la reversión contable del valor asociado.
2. El Grupo de Gestión Financiera debe revisar y ajustar el proceso de anulación de cartera en las seccionales para asegurar que cumpla con los requisitos de la Resolución 090 de 2010.
3. Capacitar al personal sobre los requisitos y el procedimiento adecuado para la anulación de cartera y las implicaciones que tiene en los estados financieros y la gestión del Instituto.
4. El Grupo de Gestión Financiera debe gestionar con la Oficina de Tecnologías de la Información, OTI, la realización de un desarrollo en el aplicativo SNRI que automatice la gestión de las resoluciones sancionatorias anuladas. Esta mejora debe incluir una funcionalidad que, al registrar el acto administrativo de anulación, automáticamente ajuste a cero el valor a cargo de la resolución en el módulo de cartera. Esta acción no solo alinearán los registros contables con la realidad financiera de la entidad, sino que también eliminará las inconsistencias observadas, optimizará los procesos de auditoría y garantizará el cumplimiento de los principios de contabilidad pública y de la Resolución 090 de 2010.

**Observación 30. Inconsistencia crítica en la gestión de la cartera, específicamente en la aplicación del estado "CEDIDA" en el reporte de SNRI a la resolución 000000477-1.**

**Responsable:** Grupo de Gestión Financiera  
Gerencia Seccional Valle del Cauca

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

Se han identificado inconsistencias críticas en la aplicación del estado de cartera "CEDIDA" en el informe generado por el Sistema Nacional de Recaudo del ICA (SNRI), lo cual compromete seriamente la trazabilidad y el control sobre los derechos de cobro de la entidad.

La resolución sancionatoria 0000000477-1 figura en el estado "CEDIDA", pero esta acción no está debidamente respaldada, ni documentada en el sistema. La inconsistencia radica en que la acción de cesión del derecho de cobro no registra la información mínima de control requerida. Específicamente el soporte documental y la identificación del cesionario.

El reporte del SNRI con corte al 24 de septiembre de 2025 muestra un total de ocho (8) registros con el estado "CEDIDA". Al analizar la muestra, se encontró el siguiente caso representativo:

Tabla No.18 Análisis muestra resoluciones sanción en estado CEDIDA, registradas en SNRI

| ÍTEM | RESOLUCIÓN SANCIÓN | FECHA      | VALOR ORIGINAL RESOLUCIÓN | VALOR TOTAL ABONOS | TOTAL A CARGO | OBSERVACIONES | ESTADO DE LA CUENTA |
|------|--------------------|------------|---------------------------|--------------------|---------------|---------------|---------------------|
| 2    | 0000000477-1       | 25/09/2015 | \$ 184.797,00             | \$ 0,00            | \$ 184.797,00 |               | CEDIDA              |

#### Criterio Normativo

- Manual de Políticas Contables (GRF-SAF-M-001 V.5): La inconsistencia en los estados de la cartera contraviene el principio de fiabilidad, ya que la información registrada no es veraz ni representativa de la realidad de la gestión administrativa y contable.
- Resolución 090 de 2010: Esta resolución establece los requisitos para la anulación y reversión de cartera. La aplicación incorrecta del estado "CEDIDA" en casos que deberían estar anulados o archivados evidencia un desconocimiento de la normativa que rige la depuración de la cartera.
- Procedimiento Gestión de Cobro de Cartera (GRFIN-GI-P-007): El procedimiento interno debe especificar las tareas de registro y documentación requeridas cuando una obligación entra en un estado especial (como "CEDIDA"), exigiendo que se capturen datos críticos como la referencia del memorando de cesión o el nombre de la entidad receptora.

#### Recomendaciones

1. El Grupo de Gestión Financiera debe establecer un protocolo claro y detallado para el registro de los diferentes estados de la cartera en el aplicativo SNRI, asegurando que cada estado corresponda a una acción administrativa específica y debidamente soportada.
2. Capacitar al personal sobre las implicaciones de cada estado de la cartera y la importancia de registrar la información de manera precisa y oportuna para garantizar la confiabilidad de los datos.
3. Implementar un control de obligatoriedad en el aplicativo SNRI que impida la activación del estado "CEDIDA" si no se diligencia simultáneamente un campo de Observaciones/Soporte Legal con la información mínima requerida (Entidad Receptora y Referencia Documental).

**Observación 31. Debilidad en la gestión de cobro coactivo. La antigüedad de algunos casos de cartera en la muestra (resolución 0000000767-1 del 09/12/2013 y resolución 0000000621-1 del 25/11/2014) sugiere que el proceso de cobro coactivo, el cual debería seguir al cobro persuasivo, no se está ejecutando de manera efectiva, o no se está realizando. La falta de este proceso puede llevar a la prescripción de la obligación y el consecuente daño patrimonial para el Instituto.**

**Responsables:** Oficina Asesora Jurídica  
 Grupo de Gestión Financiera  
 Gerencia Seccional Valle del Cauca

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

Tabla No.19 Análisis muestra resoluciones sanción en estado COBRO COACTIVO, registradas en SNRI

| ÍTEM | RESOLUCIÓN SANCIÓN | FECHA      | VALOR ORIGINAL RESOLUCIÓN | VALOR TOTAL ABONOS | TOTAL A CARGO   | OBSERVACIONES   | ESTADO DE LA CUENTA |
|------|--------------------|------------|---------------------------|--------------------|-----------------|---|---------------------|
| 3    | 0000000767-1       | 09/12/2013 | \$ 786.000,00             | \$ 0,00            | \$ 786.000,00   | - 23/08/2024 13:43<br>PM Remitida por la Oficina Asesora Jurídica con memorando No.20243122956 del 22-08-2024 | COBRO COACTIVO      |
| 4    | 0000000621-1       | 25/11/2014 | \$ 2.484.493,00           | \$ 0,00            | \$ 2.484.493,00 |   | COBRO COACTIVO      |

41

Se ha evidenciado una ineficiencia en el proceso de cobro coactivo. En el reporte del aplicativo SNRI se identifica una inconsistencia crítica en las resoluciones 000000767-1 y 0000000621-1, han transcurrido más de 10 años sin gestión. La demora en este proceso aumenta el riesgo de que la obligación prescriba y se convierta en una pérdida de ingresos para la entidad. En el reporte generado por SNRI con corte al 24 de septiembre de 2025 se encuentran solamente estos 2 registros en estado COBRO COACTIVO.

Se consulta el documento registrado en la observación memorando No. 20243122956 del 22/08/2024 generado por la Oficina Asesora Jurídica y dirigido al Grupo de Gestión Financiera: y el texto es el siguiente: “*Amablemente solicitamos estado de cuenta de “AH” identificada con CC. No. ...822 dentro del proceso de cobro coactivo 1694-2014. La sanción fue impuesta mediante Resolución 767 del 9 de diciembre de 2013 por la Seccional Valle del Cauca por un valor de \$ 786.000 (Setecientos ochenta y seis mil pesos) con fecha de ejecutoria del 12 de febrero de 2014.*”

La revisión del Memorando No. 20243122956 del 22/08/2024, emitido por la Oficina Asesora Jurídica al Grupo de Gestión Financiera, demuestra que el área de Cobro Coactivo debe iniciar un proceso de solicitud formal de información (memorando) para obtener el estado de una cuenta dentro de un proceso judicial ya existente (Proceso 1694-2014).

Este proceso de solicitud formal y la consecuente demora en la respuesta ralentizan de manera crítica la gestión coactiva, especialmente en casos sensibles y antiguos como el mencionado (Resolución de 2013/Ejecutoria de 2014), donde el tiempo es un factor determinante para evitar la prescripción de la obligación.

#### Criterio Normativo

- Ley 1066 de 2006: Esta ley establece que las entidades públicas que tengan a su cargo el recaudo de obligaciones a su favor deberán realizar las gestiones de cobro persuasivo y coactivo de sus carteras, según corresponda.
- Procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4: La Tarea 29 estipula la oferta de cartera vencida a CISA, una acción que es parte de la gestión de cartera y se considera una alternativa al cobro coactivo. El incumplimiento de esta tarea evidencia una deficiencia en la gestión.

#### Recomendaciones

1. Realizar un Estudio de Prescripción y Saneamiento: Ordenar un estudio legal exhaustivo e inmediato de toda la cartera cuya antigüedad sea superior a cuatro (4) años para determinar su estado legal (prescrita, próxima a prescribir, o con interrupción de términos) y disponer las acciones de saneamiento y castigo contable necesarias.
2. Disponer la activación prioritaria y urgente de las acciones de cobro coactivo sobre los títulos ejecutivos vigentes más antiguos, antes de que el término de prescripción se cumpla.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

3. Activar de manera inmediata y sin dilación el proceso de cobro coactivo para aquellos expedientes que cumplan con los requisitos para ser ejecutados.
4. Desarrollar en el aplicativo SNRI un sistema de alertas automatizadas que notifique a los responsables cuando un expediente de cobro coactivo no ha tenido avances en un plazo de tiempo predeterminado.
5. El personal encargado del registro debe ser capacitado para que las observaciones en el sistema reflejen exclusivamente las acciones de gestión de cobro, como la remisión de oficios, las notificaciones y los avances en el proceso, y no notas administrativas que no aportan valor.
6. Fortalecer la comunicación y la coordinación entre el Grupo de Gestión Financiera y la Oficina Asesora Jurídica, para asegurar que se agoten todas las instancias de cobro coactivo de manera efectiva y oportuna, antes de que las obligaciones prescriban.

42

**Observación 32. Se identificó una deficiencia en la trazabilidad y la gestión oportuna de la resolución sanción 0000000385-1 que se encuentra en estado de "COBRO PERSUASIVO" dentro del Sistema Nacional de Recaudo del ICA (SNRI).**

**Responsables:** Grupo de Gestión Financiera  
Gerencia Seccional Valle del Cauca

El análisis de la muestra reveló la Resolución Sancionatoria 0000000385-1 con las siguientes características:

Tabla No.20 Análisis muestra resoluciones sanción en estado COBRO PERSUASIVO, registradas en SNRI

| ÍTEM | RESOLUCIÓN SANCIÓN | FECHA      | VALOR ORIGINAL RESOLUCIÓN | VALOR TOTAL ABONOS | TOTAL A CARGO   | OBSERVACIONES | ESTADO DE LA CUENTA |
|------|--------------------|------------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------------|---------------------|
| 5    | 0000000385-1       | 18/12/2012 | \$ 10.712.000,00          | \$ 9.000.000,00    | \$ 1.712.000,00 |               | COBRO PERSUASIVO    |

A pesar de que la resolución registra un abono significativo de \$9.000.000 equivalente al 84 % del valor original y presenta un saldo pendiente de \$1.712.000, el registro en el SNRI no contiene ninguna observación ni fecha de gestión que permita validar:

- La última acción de cobro persuasivo ejecutada sobre el saldo pendiente.
- El plan de acción o la fecha límite para el traslado a cobro coactivo.
- La justificación de por qué la cuenta, emitida desde 2012, sigue en estado persuasivo después de más de una década.

La falta de información de gestión en el campo de "OBSERVACIONES" o en un módulo de seguimiento específico, impide el control del tiempo y aumenta el riesgo de que el saldo restante prescriba, o que se acumulen intereses de mora sin una gestión activa.

#### Criterio Normativo

El proceso de cobro persuasivo debe regirse por la normatividad interna del ICA y, en su defecto, por el Estatuto Tributario (ET), aplicable a las entidades públicas con facultades de jurisdicción coactiva, específicamente en cuanto a:

- Ley 1066 de 2006 (Principios de Gestión del Cobro): Exige que las entidades públicas realicen una gestión oportuna, eficiente y transparente del cobro de sus acreencias, lo que implica documentar las acciones realizadas en la etapa persuasiva.
- Estatuto Tributario (Art. 823 y ss.): Establece que el cobro coactivo procede si el persuasivo no es exitoso. La gestión ineficaz o la omisión en el traslado a la siguiente etapa constituye una omisión del deber funcional.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

#### Recomendaciones

1. Establecer un protocolo de registro obligatorio: Implementar un protocolo que exija, como requisito indispensable para mantener un registro en estado "COBRO PERSUASIVO", el diligenciamiento de los siguientes campos en el SNRI:
  - a. Fecha de la última gestión: (Llamada, notificación, etc.).
  - b. Tipo de Gestión Realizada.
  - c. Fecha de traslado a cobro coactivo.
2. Realizar un barrido trimestral de toda la cartera en estado "COBRO PERSUASIVO" para identificar deudas con antigüedad superior a 60 días (o el plazo máximo definido internamente) y garantizar su traslado inmediato a la etapa de Cobro Coactivo.
3. Depuración de cartera histórica: Priorizar la revisión de resoluciones de sanción con más de cuatro (4) años de antigüedad (como la resolución 0000000385-1 de 2012) para determinar la viabilidad jurídica de su cobro y evitar la prescripción del saldo restante de \$1.712.000.

43

**Observación 33. Ausencia de gestión en la depuración de las cuentas de orden.** Se ha evidenciado que existen actos administrativos sancionatorios con una antigüedad considerable, algunos desde 2014 (Resolución 0000000603-1), 2022 (Resoluciones 0000005345-1 y 0000006866-1) y 2024 (0000007240-1), que aún se encuentran registrados en "Cuentas de Orden"

**Responsables:** Grupo de Gestión Financiera  
Gerencia Seccional Valle del Cauca

Este estado contable, según el Manual de Políticas Contables (GRF-SAF-M-001 V.5), corresponde a valores que no afectan directamente los resultados financieros, pero que deben ser gestionados para su eventual recaudo o depuración. La inacción en estos casos genera un riesgo de prescripción de la obligación y la consecuente pérdida de los recursos públicos.

Tabla No.21 Análisis muestra resoluciones sanción en estado CUENTAS DE ORDEN, registradas en SNRI

| ÍTEM | RESOLUCIÓN SANCIÓN | FECHA      | VALOR ORIGINAL RESOLUCIÓN | VALOR TOTAL ABONOS | TOTAL A CARGO    | OBSERVACIONES | ESTADO DE LA CUENTA |
|------|--------------------|------------|---------------------------|--------------------|------------------|---------------|---------------------|
| 6    | 0000000603-1       | 19/11/2014 | \$ 151.120,00             | \$ 0,00            | \$ 151.120,00    |               | CUENTAS DE ORDEN    |
| 7    | 0000005345-1       | 05/04/2022 | \$ 5.545.156,00           | \$ 0,00            | \$ 5.545.156,00  |               | CUENTAS DE ORDEN    |
| 8    | 0000006866-1       | 29/04/2022 | \$ 3.634.144,00           | \$ 0,00            | \$ 3.634.144,00  |               | CUENTAS DE ORDEN    |
| 9    | 0000007240-1       | 03/07/2024 | \$ 10.000.000,00          | \$ 0,00            | \$ 10.000.000,00 |               | CUENTAS DE ORDEN    |

#### Criterio Normativo

- Ley 1955 de 2019, Artículo 66: La norma exige la venta de cartera con más de 180 días de vencida a CISA, una disposición que debería aplicar a estos casos para evitar su estancamiento en el tiempo.
- Procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4: Aunque el procedimiento no detalla un paso específico para la cartera en Cuentas de Orden, la Tarea 29, que menciona la oferta a CISA, es el mecanismo aplicable para sanear estos procesos.
- Manual de Políticas Contables (GRF-SAF-M-001 V.5): Establece la necesidad de gestión y seguimiento de las cuentas de orden para asegurar su recaudo.

#### Recomendaciones

1. Realizar una revisión exhaustiva de todas las cuentas de orden para identificar los procesos con antigüedad que aún no han sido gestionados.
2. Establecer un plan de acción para cada caso, definiendo si se inicia un proceso de cobro coactivo o si se remite a CISA, según lo establecido por la ley y el procedimiento interno.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

**OBSERVACIÓN 34.** Se han detectado inconsistencias en el registro de la cartera que evidencian una falta de control en el diligenciamiento de los datos. En el caso de la resolución 0000008107-1, a pesar de estar en estado "PAGADA", presenta saldo negativo. Esta situación demuestra una falta de conciliación de los pagos, así como de un protocolo claro para la gestión de excedentes y abonos. Esta inconsistencia distorsiona la realidad financiera del ICA y afecta la fiabilidad de los estados de cartera.

**Responsables:** Grupo de Gestión Financiera  
Gerencia Seccional Valle del Cauca

44

Tabla No.22 Análisis muestra resoluciones sanción en estado PAGADA, registradas en SNRI.

| ÍTEM | RESOLUCIÓN SANCIÓN | FECHA      | VALOR ORIGINAL RESOLUCIÓN | VALOR TOTAL ABONOS | TOTAL A CARGO   | OBSERVACIONES  | ESTADO DE LA CUENTA |
|------|--------------------|------------|---------------------------|--------------------|-----------------|--|---------------------|
| 10   | 0000008107-1       | 13/05/2022 | \$ 7.600.800,00           | \$10.159.800,00    | -\$2.559.000,00 | - 03/05/2023 11:30 AM incumplimiento normas para productores exportadores y empacadores de vegetales, en fresco - 05/05/2023 09:52 AM La seccional valle mediante memorando SISAD No.42233100288, remite el soporte de pago por valor de \$10.159.800,00 del día 3 de Mayo 2023. | PAGADA              |
| 11   | 0000004806-1       | 02/05/2023 | \$ 1.160.000,00           | \$ 1.160.000,00    | \$ 0,00         |  | PAGADA              |
| 12   | 0000011190-1       | 05/09/2023 | \$ 553.000,00             | \$ 553.000,00      | \$ 0,00         |  | PAGADA              |
| 13   | 0000000139-3       | 09/01/2024 | \$ 4.350.000,00           | \$ 4.350.000,00    | \$ 0,00         |  | PAGADA              |
| 14   | 0000003418-1       | 23/04/2024 | \$ 2.600.000,00           | \$ 2.600.000,00    | \$ 0,00         |  | PAGADA              |
| 15   | 0000007259-1       | 09/06/2025 | \$ 4.260.000,00           | \$ 4.260.000,00    | \$ 0,00         |  | PAGADA              |

#### Criterio Normativo

- Manual de Políticas Contables (GRF-SAF-M-001 V.5): La existencia de saldos negativos y positivos en una cartera "pagada" contraviene los principios de contabilidad pública, especialmente los de veracidad y fiabilidad, ya que los registros no reflejan la realidad económica de la entidad.
- Procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4: La falta de un procedimiento claro y una gestión efectiva para la conciliación de pagos y el manejo de excedentes es una debilidad en el control interno que afecta la integridad del proceso de recaudo

#### Recomendaciones

1. Realizar una conciliación inmediata de los pagos en las resoluciones identificadas, ajustando los saldos a cero o gestionando la devolución de los pagos en exceso, según corresponda.
2. El Grupo de Gestión Financiera debe establecer un procedimiento claro para la gestión de los pagos en exceso, incluyendo la identificación, el registro y el trámite de devolución a los usuarios.
3. Capacitar al personal sobre la importancia de la conciliación de los saldos y el correcto registro de los abonos en el campo OBSERVACIONES, para garantizar la veracidad de la información financiera.
4. Evaluar la posibilidad de ajustar el aplicativo para que, una vez que una resolución esté en estado "PAGADA", se verifique que el saldo a cargo sea cero y no permita la existencia de valores negativos o positivos.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

**Observación 35. Inconsistencia crítica y contradicción sustancial entre el contenido del acto administrativo sancionatorio 0000000139-3 del 09/01/2024 y su registro en el Sistema Nacional de Recaudo del ICA (SNRI), a pesar de que la obligación ya figura en estado "PAGADA".**

**Responsable:** Gerencia Seccional Valle del Cauca

El análisis de la Resolución 0000000139-3 del 01/09/2024 revela las siguientes contradicciones, las cuales debieron ser subsanadas antes o durante el proceso de pago:

45

| Elemento                          | Contenido en la Resolución Física  | Contenido Registrado en el SNRI                  | Inconsistencia (Hallazgo)  |
|-----------------------------------|--|--|--|
| Sancionado (Epígrafe)             | HAROLD MUÑOZ COLLAZOS (CC 1.144.069.879), Propietario de la Granja Avícola RINCÓN DEL CAMPO. | AVICOLA EL RINCON DEL CAMPO SAS (NIT 901032004). | Contradicción en el Deudor: El registro en el SNRI utiliza una persona jurídica (SAS) diferente a la persona natural identificada en el epígrafe.                              |
| Sancionado (Artículo 1º Resuelve) | AGROAVICOLA SAN MARINO SA (Sancionado con multa de \$4.350.000).                             | AVICOLA EL RINCON DEL CAMPO SAS.                 | Contradicción en el Deudor y la Razón Social: El acto sanciona a una tercera empresa (AGROAVICOLA SAN MARINO SA) sin coherencia con el epígrafe ni con el registro en el SNRI. |
| Concepto de Sanción               | Infracción a resoluciones relacionadas con avicultura.                                       | **41901  | Sanción programa de erradicación de la fiebre aftosa**.  |

El hecho de que la cuenta figura en estado PAGADA indica que el pago ingresó al sistema, pero no elimina la falta de coherencia. El registro de un pago con información errónea (sujeto, NIT y conceptos incorrectos) constituye un riesgo, ya que:

- Impide la conciliación correcta de los ingresos, pues el dinero entró bajo un concepto y un deudor que no coincide con la multa impuesta en el acto administrativo.
- Si la multa no fue impuesta legalmente a AVICOLA EL RINCON DEL CAMPO SAS (quien pagó), esta empresa podría interponer una acción de repetición o solicitar la devolución del pago por no ser la obligada legalmente, basándose en la contradicción del acto administrativo original.

#### Criterio normativo

Esta inconsistencia vulnera los principios de legalidad y tipicidad (Ley 1437 de 2011, CPACA) y los principios de coherencia y veracidad de la información pública. El acto administrativo original contiene un vicio de nulidad que debió haber sido subsanado antes de recibir el pago, y el registro incorrecto en el SNRI afecta la veracidad de la información de recaudo.

#### Recomendaciones:

A pesar de que el ingreso se ha materializado, se requiere una acción correctiva para el control interno y la mitigación de riesgos legales futuros:

1. La Gerencia Seccional y el Grupo de Gestión Financiera deben determinar quién realizó efectivamente el pago (el identificado en el epígrafe, el sancionado en el resuelve, o el registrado en el SNRI) y bajo qué concepto se recibió, adjuntando la prueba de pago al expediente físico.
2. El Grupo de Gestión Financiera debe realizar el ajuste formal en el SNRI para que el registro de la sanción y del pago refleje la razón social y el concepto correctos (si la multa se mantiene firme), documentando el ajuste con una nota interna de auditoría que referencia la inconsistencia original.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

3. El área Jurídica debe implementar un control previo obligatorio que certifique la coherencia entre el RESUELVE (deudor, valor y concepto) del acto administrativo y el registro inicial en el SNRI antes de que el valor sea causado en el sistema, independientemente de que la cuenta vaya a ser pagada.
4. La Gerencia Seccional debe formalizar la identificación de la Resolución 0000000139-3 como un Producto No Conforme (PNC) dentro del sistema de gestión de calidad.

46

**Observación 36. Debilidad o incumplimiento en la aplicación del procedimiento para la gestión de cartera vencida, específicamente en lo relacionado con la Tarea 29 del procedimiento "Recaudo y Causación de Cartera Resoluciones Sancionatorias y Facturas a Crédito" GFIN-GI-P-007 V.4.** La muestra de cartera revisada incluye procesos sancionatorios con una antigüedad considerable (desde 2012) que aún no han sido gestionados ni transferidos a la Central de Inversiones (CISA), a pesar de que la normatividad vigente establece la obligación de hacerlo una vez que superan los 180 días de vencidos.

**Responsables:** Grupo de Gestión Financiera  
Gerencia Seccional Valle del Cauca

En el análisis del reporte del aplicativo SNRI, generado con fecha de corte 24 de septiembre de 2025, se ha evidenciado un incumplimiento del Procedimiento GFIN-GI-P-007 V.4. Este incumplimiento se focaliza en la Tarea 29, la cual es responsabilidad del Grupo de Gestión Financiera. A pesar de que la auditoría se está realizando en la Gerencia Seccional Valle del Cauca, la falta de gestión en este punto demuestra una debilidad en el nivel central. La inobservancia de esta tarea específica se evidencia en la presencia de cartera con una antigüedad considerable que, según la normativa, debería haber sido ofertada a la Central de Inversiones (CISA),

#### Criterio Normativo

- Procedimiento GFIN-GI-P-007 V.4, Tarea 29: Este apartado establece que se debe "Presentar oferta con los procesos sancionatorios a la Central de Inversiones (CISA), los cuales la constancia de ejecutoria es mayor a 180 días".
- Ley 1955 de 2019, Artículo 66: El procedimiento hace referencia directa a esta ley, que en su apartado de "Movilización de cartera" indica que "se deberá vender la cartera con más de ciento ochenta (180) días de vencida al colector de activos de la Nación, Central de Inversiones (CISA), para que este las gestione".
- Manual del Régimen de Contabilidad Pública: La falta de depuración y gestión oportuna de la cartera afecta la fiabilidad de los estados financieros del Instituto Colombiano Agropecuario, lo cual incumple las directrices de la Contaduría General de la Nación.

#### Recomendaciones

1. Realizar una revisión exhaustiva de toda la cartera para identificar los procesos sancionatorios que cumplan con el criterio de antigüedad para ser ofertados a CISA.
2. Implementar un mecanismo de control periódico que alerte de manera automática o manual sobre los procesos de cartera que se acercan al límite de los 180 días de vencidos, asegurando que sean transferidos a CISA de forma oportuna.
3. Capacitar al personal de la Gerencia Seccional y del Grupo de Gestión Financiera sobre la importancia de la depuración de la cartera y el estricto cumplimiento del procedimiento GFIN-GI-P-007 V.4 y la normatividad aplicable, para evitar acumulaciones de cartera de difícil recaudo.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

4. Evaluar la posibilidad de mejorar o automatizar el módulo de cartera en el sistema SNRI para facilitar la identificación, seguimiento y transferencia de la cartera vencida a la entidad encargada de su gestión.

**Observación 37. Ineficiencia crítica en la gestión de la cartera, lo que podría llevar a la pérdida de recursos públicos.**

**Responsables:** Grupo de Gestión Financiera  
Gerencia Seccional Valle del Cauca

47

El análisis de la cartera de resoluciones sancionatorias, obtenido del informe del Sistema Nacional de Recaudo del ICA (SNRI), revela un patrón de concentración de la cartera por cobrar y un riesgo elevado de prescripción de las obligaciones más antiguas, debido a la ineficacia en la gestión del cobro.

Tabla No.23 Consolidado del reporte de Cartera Gerencia Seccional Valle del Cauca, generado por SNRI

| VIGENCIA       | CANTIDAD RESOLUCIONES | VALOR SANCIÓN      | ABONOS             | SALDO              | ANULADA  | CEDIDA   | COBRO COACTIVO | COBRO PERSUASIVO | CUENTAS DE ORDEN | EN TRÁMITE | PAGADA    |
|----------------|-----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------|----------|----------------|------------------|------------------|------------|-----------|
| 2012           | 1                     | \$ 10.712.000      | \$ 9.000.000       | \$ 1.712.000       |          |          |                | 1                |                  |            |           |
| 2013           | 2                     | \$ 884.250         | \$ -               | \$ 884.250         |          |          | 1              |                  | 1                |            |           |
| 2014           | 2                     | \$ 2.635.613       | \$ -               | \$ 2.635.613       |          |          | 1              |                  | 1                |            |           |
| 2015           | 4                     | \$ 8.563.328       | \$ 1.086.560       | \$ 7.476.768       |          | 2        |                | 1                | 1                |            |           |
| 2016           | 7                     | \$ 7.623.360       | \$ 4.949.387       | \$ 2.673.973       |          | 3        |                |                  | 2                |            | 2         |
| 2017           | 24                    | \$ 52.704.325      | \$ 13.785.530      | \$ 38.918.795      | 1        | 3        |                | 7                | 11               |            | 2         |
| 2018           | 28                    | \$ 58.435.139      | \$ 36.820.968      | \$ 21.614.171      |          |          |                | 2                | 8                |            | 18        |
| 2019           | 0                     |                    |                    | \$ -               |          |          |                |                  |                  |            |           |
| 2020           | 0                     |                    |                    | \$ -               |          |          |                |                  |                  |            |           |
| 2021           | 23                    | \$ 30.571.168      | \$ 14.217.700      | \$ 16.353.468      |          |          |                |                  | 11               |            | 12        |
| 2022           | 12                    | \$ 64.235.256      | \$ 10.159.800      | \$ 54.075.456      |          |          |                |                  | 11               |            | 1         |
| 2023           | 7                     | \$ 60.213.000      | \$ 60.213.000      | \$ -               |          |          |                |                  |                  |            | 7         |
| 2024           | 3                     | \$ 16.950.000      | \$ 6.950.000       | \$ 10.000.000      |          |          |                |                  | 1                |            | 2         |
| 2025           | 1                     | \$ 4.260.000       | \$ 4.260.000       | \$ -               |          |          |                |                  |                  |            | 1         |
| <b>TOTALES</b> | <b>114</b>            | <b>317.787.439</b> | <b>161.442.945</b> | <b>156.344.494</b> | <b>1</b> | <b>8</b> | <b>2</b>       | <b>11</b>        | <b>47</b>        | <b>0</b>   | <b>45</b> |

Según el reporte, la entidad mantiene un saldo total por cobrar de \$156.344.494. Se observa que la cartera pendiente de cobro se concentra principalmente en los siguientes períodos de vigencia:

- Vigencia 2017: Saldo pendiente de \$38.918.795.
- Vigencia 2018: Saldo pendiente de \$21.614.171.
- Vigencia 2022: Saldo pendiente de \$54.075.456.

Estas tres vigencias (2017, 2018 y 2022) concentran aproximadamente el 73% (\$114.608.422) del saldo total de la cartera pendiente, lo que indica una gestión de cobro con foco disperso y que permite la acumulación de obligaciones en vigencias pasadas.

Las vigencias 2012, 2013, 2014, y 2015 suman un saldo pendiente de \$12.708.631. Estos derechos de cobro tienen más de cinco (5) a diez (10) años de antigüedad.

Se evidencia que las resoluciones correspondientes a estas vigencias históricas se encuentran mayoritariamente en estados de baja gestión ("COBRO PERSUASIVO" o "CUENTAS DE ORDEN"), y algunas vigencias no reportan gestión de cobro coactivo. La prescripción de la acción de cobro es inminente o ya se pudo haber consumado en las vigencias más antiguas.

La vigencia 2017, con el segundo mayor número de resoluciones (24) y un saldo pendiente de \$38.918.795, no reporta resoluciones en estado de Cobro Coactivo, mientras que siete (7) se encuentran en Cobro Persuasivo y once (11) en Cuentas de Orden. Esta disparidad muestra una ineficiencia severa en el traslado oportuno de la cartera a la etapa coactiva.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

48

#### Criterio Normativo

- Ley 1955 de 2019, Artículo 66: La norma establece la obligación de vender la cartera con más de 180 días de vencida a la Central de Inversiones (CISA). El alto número de resoluciones en estados de "Cobro Persuasivo", "Cobro Coactivo" y "Cuentas de Orden" demuestra un incumplimiento de este mandato, lo que afecta la capacidad de recaudo de la entidad.
- Procedimiento GFIN-GI-P-007 V.4: El procedimiento establece los lineamientos para el registro, control y seguimiento de la cartera. La falta de gestión y depuración de la cartera en las vigencias anteriores demuestra una inobservancia de este procedimiento.
- Resolución 090 de 2010: Esta resolución establece los requisitos para la anulación y reversión de cartera. La inactividad en la gestión de la cartera, sumada a la existencia de inconsistencias como resoluciones con valores a cargo que deberían estar anulados, afecta la fiabilidad de los registros contables.
- Estatuto Tributario (Art. 817 - Prescripción): Establece que la acción de cobro de las obligaciones fiscales (aplicable a las entidades con jurisdicción coactiva) prescribe en un término de cinco (5) años contados a partir de la ejecutoria del acto administrativo. La inactividad en la gestión coactiva o la falta de interrupción del plazo de prescripción conlleva la pérdida del derecho de cobro y un perjuicio patrimonial.
- Ley 1066 de 2006 y Decreto 4473 de 2006: Exigen a las entidades públicas contar con un sistema de control interno y procedimientos que aseguren una gestión de cobro eficiente, oportuna y transparente, lo que implica evitar la acumulación de cartera sin gestión activa.

#### Recomendaciones

1. La Gerencia Seccional y el Grupo de Gestión Financiera deben iniciar de manera urgente un plan de saneamiento para depurar la cartera de vigencias anteriores. Este plan debe priorizar los casos en estados de "Cobro Persuasivo" y "Cobro Coactivo" con mayor antigüedad, para evitar la prescripción de las obligaciones.
2. El Grupo de Gestión Financiera debe asegurar el cumplimiento de la Tarea 29 del procedimiento, que establece la oferta de la cartera con más de 180 días de vencida a la Central de Inversiones (CISA).
3. Implementar un sistema de monitoreo constante de los estados de la cartera que alerte a los responsables cuando un expediente no ha tenido avances en los plazos establecidos, para garantizar una gestión oportuna y efectiva.
4. Implementar un plan de choque para mitigar el riesgo de detrimento patrimonial derivado de la escasa gestión en el recaudo.
5. Capacitar al personal responsable del Módulo de Cartera en SNRI, en la importancia de registrar todas las actuaciones de cobro (persuasivas y coactivas) para mantener la trazabilidad de la interrupción o suspensión de los términos de prescripción.
6. Implementar indicadores de gestión (KPIs) de envejecimiento de cartera y eficiencia en el traslado a Cobro Coactivo. Monitorear que al menos el 80% de la cartera pendiente con más de 180 días de vencimiento esté en etapa de Cobro Coactivo.

**Observación 38. Omisión en el registro oportuno de actos administrativos Sancionatorios en el Módulo de Cartera de SNRI**

**Responsables:** Gerencia Seccional Valle del Cauca  
Responsable de Cartera

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

Se identificó una omisión crítica en el proceso de causación de la cartera, la cual impacta directamente en la trazabilidad, gestión y control del activo (derecho de cobro).

Con corte al 24 de septiembre de 2025, el Sistema Nacional de Recaudo del ICA (SNRI) solo registró la Resolución Sancionatoria 0000007259-1 de la vigencia 2025 (la cual ya se encuentra en estado PAGADA).

Sin embargo, al verificar la documentación expedida por la Gerencia Seccional y compartida a través de la plataforma SharePoint, se constató la existencia de, al menos, tres (3) resoluciones sancionatorias adicionales y ejecutoriadas que no habían sido registradas en el SNRI.

Tabla No.24 Actos administrativos sancionatorios no registrados en SNRI

| ÍTEM                 | RESOLUCIÓN SANCIÓN | FECHA      | VALOR ORIGINAL RESOLUCIÓN | CONCEPTO   | ESTADO DE LA CUENTA   |
|----------------------|--------------------|------------|---------------------------|--|-----------------------|
| 1                    | 00000742           | 30/01/2025 | \$ 7.117.500              | Programa erradicación de la fiebre aftosa              | SIN REGISTRAR EN SNRI |
| 2                    | 00000744           | 30/01/2025 | \$ 5.000.000              | Incumplimiento del reglamento técnico de fertilizantes | SIN REGISTRAR EN SNRI |
| 3                    | 00007260           | 09/06/2025 | \$3.558.750               | Programa erradicación de la fiebre aftosa              | SIN REGISTRAR EN SNRI |
| <b>TOTAL OMITIDO</b> |                    |            | <b>\$15.676.250</b>       |  |                       |

Esta omisión genera las siguientes consecuencias críticas:

- El proceso de cobro persuasivo y coactivo no puede iniciarse hasta que el acto administrativo se registre en el sistema oficial, lo cual ha generado un retraso de hasta ocho (8) meses (Resolución 00000742) en el inicio de la gestión de cobro.
- La inoportunidad del registro reduce el tiempo efectivo de gestión y aumenta el riesgo de que las obligaciones prescriben, constituyendo un detrimento potencial patrimonial de \$15.676.250.
- La cartera no registrada no se refleja en el activo de la entidad, afectado la razonabilidad de los Estados Financieros y los reportes de ingresos proyectados.

#### Criterio normativo

Esta omisión vulnera el principio de Oportunidad y Trazabilidad de la información pública, en concordancia con:

- Ley 87 de 1993 (Sistema de Control Interno): Exige la aplicación de mecanismos de verificación y evaluación para asegurar que las actividades, operaciones y registros se realicen en forma oportuna y razonable (Art. 4, Numeral 5).
- Procedimiento GRFIN-GI-P-007 (Recaudo y Causación de Cartera): Este procedimiento interno establece el flujo para la causación de la cartera, obligando a que los actos administrativos ejecutoriados sean ingresados al sistema de manera inmediata o dentro de los plazos internos definidos, lo cual evidentemente no se cumplió.
- Estatuto Tributario (Aplicación Supletoria): La prescripción de la acción de cobro corre a partir de la ejecutoria del acto. La omisión del registro implica la pérdida de tiempo valioso para la interrupción de dicho término.

#### Recomendaciones:

Para asegurar la integridad y la oportunidad en la gestión de la cartera, se recomienda:

1. La Gerencia Seccional y el Grupo de Gestión Financiera deben garantizar el registro inmediato de las Resoluciones 00000742, 00000744 y 00007260 en el SNRI, y formalizar el inicio de la gestión de cobro persuasivo en el mismo día.
2. Establecer un punto de control obligatorio al inicio del flujo, donde la Gerencia Seccional comunique el acto administrativo sancionatorio al funcionario responsable de Cartera con

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

un acuse de recibo fechado, cuyo plazo de registro en el SNRI no pueda exceder de cinco (5) días hábiles.

3. Establecer una conciliación trimestral obligatoria entre el Listado Oficial de Actos Sancionatorios Expedidos (base de datos de la Seccional/Jurídica) y el Reporte de Cartera Causada (SNRI/Financiera) para detectar y subsanar omisiones de registro con antigüedad superior a 30 días.

#### 4.9. RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE:

50

##### 4.9.1 RIESGOS DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUAL.

Tabla No.25 Riesgos asociados a la unidad auditible

| Nombre del Riesgo   | Objetivo Estratégico                                 | Zona Inherente      | Causa  | Controles Existentes   |
|---|--|---------------------|--|--|
| SGC Posibilidad de afectación económica por presentación de estados financieros que no reflejan la realidad económica de la entidad | Optimizar los recursos administrativos y financieros | Zona de riesgo Baja | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Información incompleta de los estados financieros</li> <li>* Errores humanos en la verificación y registro</li> <li>* Falta de personal</li> <li>* Personal no idóneo</li> <li>* Entrega de información fuera de los plazos establecidos.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul> |
| 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"> <li>* Errores humanos en la verificación y registro</li> <li>* Falta de personal</li> <li>* Personal no idóneo</li> <li>* Entrega de información fuera de los plazos establecidos.</li> <li>*Entrega inoportuna de extractos bancarios</li> <li>* Fallas tecnológicas en los aplicativos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. El Grupo de Gestión Financiera realiza identificación de los movimientos a través de los extractos bancarios</li> </ul>  |

##### 4.9.2 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.

##### **OBSERVACIÓN 39. Materialización de Riesgos Institucionales asociados al procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4, RECAUDO Y CAUSACION DE CARTERA RESOLUCIONES SANCIONATORIAS Y FACTURAS A CRÉDITO**

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

**Responsables:** Gerencia Seccional Valle del Cauca  
 Grupo de Gestión Financiera  
 Grupo de Gestión Contable  
 Oficina Asesora de Planeación.

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

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

51

- Clasificación y Registro Inadecuado de Valores Anulados/No Exigibles. Se detectó la Resolución 0000008787-1 en estado "ANULADA" que mantiene un valor registrado como TOTAL A CARGO, sin el acto administrativo que respalde su eliminación. Genera una distorsión en el valor de las cuentas por cobrar, inflando el activo con valores que no son exigibles.
- Pagos en exceso no conciliados, ni devueltos. La Resolución 0000008107-1 presenta un pago superior al valor original (pago en exceso), sin que exista registro de la justificación, conciliación o gestión de devolución de los recursos sobrantes. Afecta la caja, genera un pasivo contingente por la obligación de devolución y distorsiona el saldo real del deudor.
- Prescripción y vencimiento de términos sin gestión activa. Múltiples resoluciones con gestión inactiva, incrementando el riesgo de pérdida del derecho de cobro: Resolución 0000000385-1 (con abono de \$9.000.000) permanece en Cobro Persuasivo después de más de una década; y las resoluciones 0000000603-1 (2014), 0000005345-1 y 0000006866-1 (2022) y 0000007240-1 (2024) se encuentran en Cuentas de Orden sin gestión coactiva. La falta de gestión oportuna en la etapa coactiva podría derivar en la pérdida de capacidad de cobro por prescripción, constituyendo un perjuicio patrimonial.

#### **Recomendaciones:**

A continuación, se presentan las recomendaciones concretas dirigidas a la Gerencia Seccional Valle del Cauca, el Grupo de Gestión Financiera y el Grupo de Gestión Contable, enfocadas en subsanar las fallas de control que permitieron la materialización de los riesgos asociados al procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4 (Recaudo y Causación de Cartera):

#### **1. Riesgo de Afectación Económica por Presentación de Estados Financieros que no Reflejan la Realidad Económica de la Entidad**

**Recomendación.** El Grupo de Gestión Financiera y el Grupo de Gestión Contable, en coordinación con la Gerencia Seccional Valle del Cauca, deben implementar un proceso de saneamiento contable y conciliación periódica de la cartera. Es vital depurar y ajustar los saldos en los estados financieros, eliminando los valores de las resoluciones que se encuentren en estado "ANULADA" sin un acto administrativo que respalde su eliminación y los pagos en exceso que no han sido devueltos. Esta acción asegurará que los estados financieros reflejen la realidad económica de la entidad.

#### **2. Riesgo de Afectación Económica y Reputacional por Reconocimiento Inoportuno de los Ingresos**

**Recomendación.** La Gerencia Seccional Valle del Cauca debe establecer un control formal para asegurar el registro oportuno de los actos administrativos en el sistema SNRI, según lo estipulado en la Tarea 1 del Procedimiento GRFIN-GI-P-007. Este control debe validar que el registro se realice inmediatamente después de que la resolución sancionatoria sea firmada, numerada y fechada por el Gerente Seccional, evitando así la inobservancia de la norma y el riesgo de prescripción o vencimiento de los términos de cobro. Se debe capacitar al personal para que comprenda que la demora en el registro tiene un impacto directo en el reconocimiento de los ingresos y en la gestión de la cartera.

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

Basados en la evidencia de la auditoría y la documentación proporcionada, se han identificado riesgos operativos y de control que, por su especificidad e impacto potencial en la eficacia del proceso de gestión de cartera, deben ser considerados e incorporados al Mapa de Riesgos Institucional.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

#### Riesgo 1: Demora en la Gestión de Cobro por Desconexión Operacional y Falta de Conciliación Inter-Áreas

**Causa.** La ausencia de un punto de control y de un protocolo formal de comunicación entre la Gerencia Seccional y el Grupo de Gestión Financiera impide la conciliación oportuna de los actos administrativos firmados con los registros en el sistema SNRI.

##### Impacto.

- Se genera una desconexión crítica entre los documentos físicos (actos administrativos) y los registros en los sistemas de información, afectando la trazabilidad de la cartera.
- La falta de una visión completa y oportuna de la cartera dificulta la toma de decisiones estratégicas, lo que podría llevar a omisiones ya la prescripción de los derechos de cobro.
- La inoportunidad del registro de los actos administrativos retrasa el inicio de la gestión de cobro, lo que se traduce en un aumento del riesgo de prescripción y una consecuente pérdida de ingresos.

**Sugerencia.** Implementar un modelo de conciliación mensual que articule formalmente la información física de la Gerencia Seccional con los registros en el SNRI. Se debe elaborar un protocolo oficial para el traslado de la documentación, definir un responsable y un plazo estricto para su ejecución, garantizando la trazabilidad desde la firma del acto administrativo hasta su causación en el sistema.

#### Riesgo 2: Prescripción Acelerada de Obligaciones por Inactividad en la Gestión de Cobro (Incumplimiento de Plazos)

**Causa.** Incumplimiento sistemático de los plazos establecidos en el Procedimiento GFIN-GI-P-007 y en la Resolución 090 de 2010 para la gestión de cobro persuasivo o coactivo y el traslado de cartera a la Central de Inversiones (CISA).

##### Impacto:

- Detrimento Patrimonial: La pérdida definitiva del recaudo genera un daño económico directo a la entidad.
- Debilitamiento Institucional: Se afecta el principio sancionador y la credibilidad institucional, ya que se percibe una ineeficacia en la gestión de cobro de las obligaciones.

**Sugerencia:** Incluir este riesgo en el mapa institucional con un nivel de criticidad medio-alto. Además, se recomienda implementar controles preventivos automatizados en el sistema de información para generar alertas de vencimiento ante el cumplimiento de los plazos de gestión de la cartera.

#### Riesgo 3: Inconsistencia y Desactualización de los Sistemas de Información

**Causa.** La falta de conciliación y la omisión o el diligenciamiento deficiente de los aplicativos institucionales como SNRI, la Base Fénix y el sistema contable por parte de los usuarios responsables.

##### Impacto:

- Los informes generados no reflejan la realidad financiera (ej., valores anulados activos), lo que afecta la razonabilidad de los estados contables y la toma de decisiones.
- La pérdida de trazabilidad y la falta de coherencia entre sistemas dificultan la realización de auditorías internas, externas y el ejercicio del control fiscal.

**Sugerencia:** Clasificar este riesgo como tecnológico y de gestión operativa, con potencial afectación al control fiscal. Se recomienda la revisión, estandarización e integración de los sistemas para asegurar que la información fluya de manera coherente, completa y oportuna entre todas las áreas involucradas en la gestión de cartera.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

#### Riesgo 4: Decisiones de Archivo sin Agotar las Etapas de Cobro o sin Soporte Documental

**Causa:** La omisión de las validaciones previas al cierre de los expedientes sancionatorios, lo que puede llevar al archivo prematuro de casos que aún son jurídica y económicamente viables para el cobro.

#### Impacto:

- Pérdida de Ingresos Públicos: El cierre prematuro de expedientes se traduce en una pérdida directa de recursos para la entidad.
- Debilitamiento de la Cultura de Legalidad: Se envía un mensaje incorrecto sobre la seriedad en la gestión de las sanciones y el cumplimiento de la normatividad.

53

**Sugerencia:** Registrar este riesgo como jurídico, con controles asociados a la revisión exhaustiva de antecedentes y la aprobación conjunta de las áreas jurídica, financiera y seccional antes de proceder al archivo definitivo de cualquier expediente.

#### Recomendaciones:

1. Diseñar e institucionalizar un modelo de seguimiento transversal al proceso de cartera, que articule 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 Gerencia 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.

#### 4.10 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

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, sin embargo, no se encontraron acciones vencidas relacionadas con la unidad auditada.

#### 4.11 RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES

##### Recomendaciones Generales:

El Grupo de Gestión Financiera debe liderar la revisión y actualización inmediata del procedimiento GRFIN-GI-P-007 V.4, RECAUDO Y CAUSACION DE CARTERA RESOLUCIONES SANCIONATORIAS Y FACTURAS A CRÉDITO. La nueva versión debe ser precisa, coherente y reflejar la realidad operativa, estableciendo puntos de control claros y obligatorios que garanticen la integridad de la información desde su origen hasta su registro en los sistemas.

La Gerencia Seccional debe implementar un control de calidad de salida que certifique la coherencia total entre el acto administrativo sancionatorio y el registro inicial en el SNRI antes de que el valor sea causado. Todo registro con inconsistencias será considerado Producto No Conforme (PNC), y se deberá aplicar un protocolo de disposición que asegure su corrección formal.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

El Grupo de Gestión Financiera y la Gerencia Seccional deben implementar un sistema de control interno robusto que incluya:

- Puntos de control cruzado para conciliar la información de la documentación física con los registros en el sistema SNRI y la matriz Fénix.
- Monitoreo constante de los estados de la cartera para identificar y gestionar de manera oportuna la que se encuentra vencida.

Es necesarios incorporar funcionalidades tecnológicas en el SNRI que generen alertas automáticas ante la proximidad de la prescripción de los derechos de cobro y la falta de gestión oportuna.

54

El Grupo de Gestión Financiera debe realizar capacitación integral y continua a todo el personal involucrado en el proceso de cartera. La capacitación debe enfocarse en el conocimiento detallado del procedimiento y la normatividad aplicable, así como en la importancia del autocontrol y la precisión en la información registrada, lo que contribuirá a la prevención de futuras inconsistencias y al cumplimiento de los objetivos institucionales.

Se debe realizar una depuración inmediata de la cartera actual. Esto incluye la gestión de las resoluciones con antigüedad que no han tenido avances, la anulación correcta de los valores que no son exigibles y la conciliación y devolución de los pagos en exceso, para asegurar que los registros contables reflejen la realidad financiera del Instituto.

Se debe ejecutar un plan de choque inmediato para la revisión jurídica de las resoluciones sancionatorias de vigencias 2012 a 2020 y realizar el trámite para declarar la prescripción de aquellas obligaciones que hayan perdido la viabilidad jurídica de cobro, procediendo a su depuración contable.

Incluir los nuevos riesgos detectados durante la auditoría en la matriz institucional.

Se requiere analizar, evaluar y determinar si hay lugar o no al inicio de una investigación de carácter disciplinario.

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

#### Conclusiones:

El ejercicio de auditoría interna a la Gerencia Seccional Valle del Cauca, enfocado en el proceso de gestión de cartera, permite concluir lo siguiente:

- Se evidencia una alta probabilidad de distorsión en los Estados Financieros de la entidad, toda vez que los registros de cartera en el Sistema Nacional de Recaudo del ICA (SNRI) no reflejan con fidelidad la realidad económica. La inconsistencia se manifiesta en que se encuentran resoluciones sancionatorias sin registrar en SNRI.
- La inactividad o la gestión deficiente de la cartera histórica (vigencias 2012 a 2015, y la concentración en 2017 y 2018) ha expuesto a la entidad a un riesgo inminente de prescripción de importantes derechos de cobro, lo que se traduce en un detrimento patrimonial.
- La principal causa de las deficiencias es la ausencia de controles transversales y protocolos formales de comunicación entre la Gerencia Seccional y el Nivel Central. La omisión en la remisión de información depurada (conciliada) y la falta de soporte documental para estados críticos (Anulada, Cedida) eliminan puntos de control esenciales.
- El riesgo se agrava por el incumplimiento de los plazos internos de gestión de cobro y por las limitaciones en el SNRI que no exigen el soporte documental mínimo ni generan alertas automatizadas de vencimiento, evidenciando que el Mapa de Riesgos Institucional no contempla riesgos operativos con la especificidad necesaria, por lo que es pertinente el fortalecimiento normativo y tecnológico.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

55

- La falta de un control de calidad al momento de la causación de las resoluciones sancionatorias permite el ingreso de registros con errores sustanciales (ej. contradicción en el deudor o concepto de sanción), generando un Producto No Conforme en el sistema, lo cual afecta la validez jurídica del activo.
- Finalmente, se ha concluido que existe un desconocimiento de las tareas y responsabilidades por parte del personal encargado de la gestión de cartera. El responsable del proceso en la seccional manifestó desconocer la Tarea 30 y se evidenció la malinterpretación de la Tarea 1, lo cual es un indicador de la falta de socialización y capacitación sobre la importancia de cada paso en el procedimiento. Este hallazgo representa un riesgo latente, ya que la ejecución de la gestión de cartera depende de que cada funcionario comprenda y aplique correctamente los lineamientos establecidos.

## 5. PROCESO GESTIÓN JURIDICA

### 5.1 PROCESO DE APOYO

### 5.2 SUBPROCESO DE ASESORÍAS JURIDICAS

### 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 Valle del Cauca 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.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

#### 5.7 CRITERIOS

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

##### **Normatividad Externa**

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

##### **Normatividad Interna:**

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

#### 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.

| TAMAÑO DE LA POBLACIÓN (N) | ERROR MUESTRAL ( $\epsilon$ ) | PROPORCIÓN DE ÉXITO (P) | NIVEL DE CONFIANZA | NIVEL DE CONFIANZA (Z) | FÓRMULA | MUESTRA |
|----------------------------|-------------------------------|-------------------------|--------------------|------------------------|---------|---------|
| 206                        | 5%                            | 3%                      | 90%                | 1,645                  | 27      | 27      |

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

#### 5.8.2 MUESTRA

Las validaciones para esta auditoría se adelantaron de manera selectiva a los procesos administrativos sancionatorios con un total de 206 procesos, verificando el cumplimiento de los lineamientos dispuestos para tal fin, de una muestra de veintisiete (27) proceso.

| VIGENCIA     | NO. PROCESO  | TOTAL, POR VIGENCIA |
|--------------|--|---------------------|
| 2021         | VALL 2.42.0-82.001.2021-377-VALL 2.42.0-82.001.2021-376-VALL 2.42.0-82.001.2021-375-VALL 2.42.0-82.001.2021-374-VALL 2.42.0-82.001.2021-373-VALL 2.42.0-82.001.2021-372-VALL 2.42.0-82.001.2021-370-VALL 2.42.0-82.001.2021-367-VALL 2.42.0-82.001.2021-374-VALL 2.42.0.006-2021-195-VALL 2.42.0-82.001-2021-374 | 11                  |
| 2022         | VALL 2.42.0-82.001.2022-451-VALL 2.42.0-82.005.2022-427- VALL 2.42.0-82.001.2022-445-VALL 2.42.0-82.001.2022-446   | 4                   |
| 2023         | VALL 2.42.0-82.001.2023-022-VALL 2.42.0-82.002.2023-024-VALL 2.42.0-82.005.2023-014-VALL 2.42.0-82.005.2023-040-VALL 2.42.0-82.006.2023-003-VALL 2.42.0-82.001.2023-002-VALL 2.42.0-82.001.2023-005-VALL 2.42.0-82.001.2023-006-VALL 2.42.0-82.001.2023-007-VALL 2.42.0-82.001.2023-008                          | 10                  |
| 2024         | VALL.2.42.0-82.005.2024-010-VALL.2.42.0-82.005.2024.007  | 2                   |
| <b>TOTAL</b> |  | <b>27</b>           |

#### 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 40. 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 conllevó 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.

**Responsable:** Gerencia Seccional Valle del Cauca

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

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

| VIGENCIA | NO. PROCESO                      |                         |                                  |                         | TOTAL, POR VIGENCIA | ESTADO    |
|----------|----------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------------------|---------------------|-----------|
| 2021     | VALL 2.42.0-82.001.2021-377-VALL | 2.42.0-82.001.2021-376- | VALL 2.42.0-82.001.2021-375-VALL | 2.42.0-82.001.2021-374- | 11                  | Caducidad |

58

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 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 41. Incumplimiento de las tareas Nos. 3 y 9 del Manual del Proceso Administrativo Sancionatorio – Código GJUR-OAJ-M-001, por inobservancia de la Tabla de Retención Documental y ausencia de criterios técnicos en la organización, codificación y custodia de los expedientes del PAS, lo que afecta la trazabilidad, integridad probatoria y legalidad del procedimiento sancionatorio, en contravía de los lineamientos del manual y los principios de eficacia y transparencia administrativa.**

**Responsable:** Gerencia Seccional Valle del Cauca

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

Esta situación constituye una infracción a la normatividad archivística aplicable y a los

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

lineamientos técnicos previstos en el Manual GJUR-OAJ-M-001 V.1, afectando la integridad, legalidad y transparencia de las actuaciones administrativas.

Se evidenció dentro de la muestra VALL2.42.0-82.001.2021-375, VALL2.42.0-82.001.2021-374, VALL2.42.0-82.001.2021-373 la inexistencia de un sistema documental estructurado para los expedientes del PAS, incumpliendo las disposiciones establecidas en las Tablas de Retención Documental (TRD) del ICA. La revisión permitió constatar que varios expedientes carecen de codificación, foliación, estructura de archivo y sistematización de la información procesal, dificultando su trazabilidad, custodia y consulta posterior.

59

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

#### **Recomendaciones**

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

**Observación 42. 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 y la ausencia de herramientas complementarias de seguimiento, generando riesgo de afectación al debido proceso, vulneración del principio de planeación y pérdida de oportunidad en la actuación administrativa.**

**Responsable:** Gerencia Seccional Valle del Cauca

Durante el ejercicio auditor adelantado a la Gerencia Seccional Valle del Cauca, 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.

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

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.

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.

60

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. Diseñar e implementar un tablero de control procesal institucional que permita el monitoreo actualizado, técnico y permanente del estado de los expedientes sancionatorios en trámite, registrando fecha de apertura, etapa procesal, responsables, términos y vencimientos.
2. 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.
3. Designar un responsable del control de términos y del mantenimiento de la matriz, con funciones claras de reporte, validación y retroalimentación jurídica.
4. Incorporar sistemas de alertas automatizadas o revisiones semanales para anticiparse a la configuración de causales de nulidad o caducidad, fortaleciendo así la seguridad jurídica y la transparencia del procedimiento.

**Observación 43. 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.**

**Responsable:** Gerencia Seccional Valle del Cauca

| Vigencia | N.º de Proceso              | Tareas incumplidas (Manual GJUR-OAJ-M-001 V.1) | Descripción del incumplimiento   | Estado / Riesgo |
|----------|-----------------------------|--|--|-----------------|
| 2021     | VALL 2.42.0-82.001.2021-377 | 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     | VALL 2.42.0-82.001.2021-376 | 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     | VALL 2.42.0-82.001.2021-375 | 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13              | Sin citación o notificación personal efectiva, ni avance a resolución sanción.   | Caducidad       |

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

|      |                             |                                   |  |           |
|------|-----------------------------|-----------------------------------|--|-----------|
| 2021 | VALL 2.42.0-82.001.2021-374 | 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 | VALL 2.42.0-82.001.2021-373 | 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 | Se evidencia inactividad procesal dentro del término legal.                          | Caducidad |
| 2021 | VALL 2.42.0-82.001.2021-372 | 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 | Falta de notificación oportuna y avance del trámite sancionatorio.                   | Caducidad |
| 2021 | VALL 2.42.0-82.001.2021-370 | 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 | No se continuó con las actuaciones del procedimiento sancionatorio.                  | Caducidad |
| 2021 | VALL 2.42.0-82.001.2021-367 | 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 | Sin constancia de notificación ni actuación posterior.                               | Caducidad |
| 2021 | VALL 2.42.0.006-2021-195    | 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 | Inobservancia de las etapas previstas en el manual para avanzar en el procedimiento. | Caducidad |
| 2021 | VALL 2.42.0-82.001-2021-374 | 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 | Omisión del trámite de notificación y actuaciones posteriores.                       | Caducidad |

61

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         | VALL 2.42.0-82.001.2021-377-VALL 2.42.0-82.001.2021-376-VALL 2.42.0-82.001.2021-375-VALL 2.42.0-82.001.2021-374-VALL 2.42.0-82.001.2021-373-VALL 2.42.0-82.001.2021-372-VALL 2.42.0-82.001.2021-370-VALL 2.42.0-82.001.2021-367-VALL 2.42.0-82.001.2021-374-VALL 2.42.0.006-2021-195-VALL 2.42.0-82.001-2021-374 | 11                  |
| 2022         | VALL 2.42.0-82.001.2022-451-VALL 2.42.0-82.005.2022-427- VALL 2.42.0-82.001.2022-445-VALL 2.42.0-82.001.2022-446   | 4                   |
| 2023         | VALL 2.42.0-82.001.2023-022-VALL 2.42.0-82.002.2023-024-VALL 2.42.0-82.005.2023-014-VALL 2.42.0-82.005.2023-040-VALL 2.42.0-82.006.2023-003-VALL 2.42.0-82.001.2023-002-VALL 2.42.0-82.001.2023-005-VALL 2.42.0-82.001.2023-006-VALL 2.42.0-82.001.2023-007-VALL 2.42.0-82.001.2023-008                          | 10                  |
| 2024         | VALL 2.42.0-82.005.2024-010-VALL 2.42.0-82.005.2024.007  | 2                   |
| <b>TOTAL</b> |  | <b>27</b>           |

Revisados los 27 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 VALL.2.42.0-82.005.2024-010-VALL.2.42.0-82.005.2024.007,

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

VALL 2.42.0-82.001.2023-022-VALL 2,42,0-82,002,2023-024-VALL 2.42.0-82.005.2023-014-VALL 2.42.0-82.005.2023-040-VALL 2.42.0-82.006.2023-003-VALL 2.42.0-82.001.2023-002-VALL 2.42.0-82.001.2023-005-VALL 2.42.0-82.001.2023-006-VALL 2.42.0-82.001.2023-007-VALL 2.42.0-82.001.2023-008, VALL 2.42.0-82.001.2022-451-VALL 2.42.0-82.005.2022-427- VALL 2.42.0-82.001.2022-445-VALL 2.42.0-82.001.2022-446, VALL 2.42.0-82.001.2021-377-VALL 2.42.0-82.001.2021-376-VALL 2.42.0-82.001.2021-375-VALL 2.42.0-82.001.2021-374-VALL 2.42.0-82.001.2021-373-VALL 2.42.0-82.001.2021-372-VALL 2.42.0-82.001.2021-370-VALL 2.42.0-82.001.2021-367-VALL 2.42.0-82.001.2021-374-VALL 2.42.0.006-2021-195-VALL 2.42.0-82.001-2021-374

62

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 Valle del Cauca 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 | Consolidar la Gestión Jurídica del ICA | Extrema        | *Ofrecimiento económico o beneficios personales al Abogado * Amenazas al abogado que adelanta el caso | 1. El abogado presenta la ficha de conciliación y expone el caso ante el Comité de Conciliación y Defensa Jurídica para tomar una |

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

|  |   |         |  |   |
|--|---|---------|--|---|
| por favorecimiento a un tercero.   |   |         | * Interés personal en el resultado del proceso   | decisión sobre la procedencia o no de la conciliación. Una vez se cuente con la decisión del Comité el abogado deberá expresar la postura de la Entidad en la audiencia de conciliación correspondiente y posteriormente cargar el acta de la audiencia en e-Kogui. Lo anterior será validado por el Secretario del Comité de Conciliación.   |
| SGC Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por dar asesoría jurídica que atente contra la unidad de criterio                             | Implementar las Soluciones tecnológicas Requeridas. | Extrema | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Desconocimiento de los lineamientos jurídicos estandarizados por la dependencia</li> <li>* Desconocimiento de precedentes del tema</li> <li>* Falta de capacitación en los asuntos jurídicos de la naturaleza de la entidad</li> <li>* Falta de la socialización de la decisión adoptada en el grupo de trabajo</li> <li>* Omisión en el completo análisis del concepto jurídico</li> <li>* Falta de discusión y análisis del tema a tratar.</li> </ul> | <p>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.</p> |
| 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"> <li>*Falta de personal de apoyo para adelantar las actuaciones dentro de los procesos administrativos sancionatorios</li> <li>*No hay estructuración en las funciones para Personal de apoyo.</li> <li>*Sobre carga de los procesos, procedimientos y trámites adicionales al proceso administrativo sancionatorio</li> <li>* Falta de herramientas e insumos para la sustanciación de los actos administrativos del proceso</li> </ul>                       | <p>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.</p>  |
| 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"> <li>*Omisión en la realización del estudio jurídico para la recomendación de iniciar o no la acción de repetición.</li> <li>*Omisión en la realización del Comité de conciliación para determinar la viabilidad de iniciar o no la acción de repetición</li> </ul>  | <p>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</p>   |

**Observación 44. Materialización del Riesgo GJUR3: “Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por la omisión de actuaciones para impulsar los procesos administrativos sancionatorios (PAS)”**

**Responsable:** Gerencia Seccional Valle del Cauca.

| VIGENCIA | NO. PROCESO  | TOTAL, POR VIGENCIA |
|----------|--|---------------------|
| 2021     | VALL 2.42.0-82.001.2021-377-VALL 2.42.0-82.001.2021-376-VALL 2.42.0-82.001.2021-375-VALL 2.42.0-82.001.2021-374-VALL 2.42.0-82.001.2021-373-VALL 2.42.0-82.001.2021-372-VALL 2.42.0-82.001.2021-370-VALL | 11                  |

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

|      |   |           |
|------|---|-----------|
|      | 2.42.0-82.001.2021-367-VALL 2.42.0-82.001.2021-374-VALL 2.42.0.006-2021-195-VALL 2.42.0-82.001-2021-374   |           |
| 2022 | VALL 2.42.0-82.001.2022-451-VALL 2.42.0-82.005.2022-427- VALL 2.42.0-82.001.2022-445-VALL 2.42.0-82.001.2022-446  | 4         |
| 2023 | VALL 2.42.0-82.001.2023-022-VALL 2.42.0-82.002.2023-024-VALL 2.42.0-82.005.2023-014-VALL 2.42.0-82.005.2023-040-VALL 2.42.0-82.006.2023-003-VALL 2.42.0-82.001.2023-002-VALL 2.42.0-82.001.2023-005-VALL 2.42.0-82.001.2023-006-VALL 2.42.0-82.001.2023-007-VALL 2.42.0-82.001.2023-008 | 10        |
| 2024 | VALL.2.42.0-82.005.2024-010-VALL.2.42.0-82.005.2024.007   | 2         |
|      | <b>TOTAL</b>  | <b>27</b> |

64

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.

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

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

#### 5.10 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 Valle del Cauca 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.

65

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.

## **6. PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL**

### **6.1 PROCESO DE APOYO**

### **6.2 SUBPROCESO N/A**

### **6.3 UNIDAD AUDITABLE**

GRFT-GC-MP-001 V.13 MANUAL CONTRATACION

### **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

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

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.

66

#### 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.

#### 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:

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

- 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 MUESTRA L <sub>E</sub> | PROPORCIÓN DE ÉXITO (P) | NIVEL DE CONFIANZA | NIVEL DE CONFIANZA (Z) | FÓRMULA | MUESTRA ÓPTIMA |
|----------------------------|------------------------------|-------------------------|--------------------|------------------------|---------|----------------|
| 82                         | 5%                           | 5%                      | 90%                | 1,645                  | 31,82   | 32             |

#### 6.8.2 MUESTRA

Las validaciones para esta auditoria se adelantaron de manera selectiva a los procesos Contractuales celebrados durante el periodo comprendido entre la vigencia 2024 con un total de 32 contratos:

| CONTRATO         | NOMBRE O REPRESENTANTE LEGAL       | SUPERVISION                   |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| 1947-2024        | ADRIANA DEL PILAR RIVERA MILLAN    | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 1192-2024        | AIDA MILENA BASTIDAS               | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 3255-2024        | ALEJANDRA RIVAS CANO               | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 1509-2024        | ALEJANDRO OLIVEROS NEIRA           | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 1066-2024        | ALEXANDER JARAMILLO LOZANO         | LUIS AMANCIO ARIAS PALACIOS   |
| 2812-2024        | ALFREDO HUMBERTO YAÑEZ SERRANO     | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 0497-2024        | ANGELICA MARIA ARREDONDO VARGAS    | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 0498-2024        | ANGIE ESTEPHANIE SANCHEZ RIOS      | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 2098-2024        | ANYI LICETH TAMAYO CAMPIÑO         | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 1113-2024        | BRAYAN ANDRES MARIN HERMOSA        | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 0323-2024        | CARLOS FERNANDO BERRO CAVALLI      | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 3456-2024        | PALACIO AGUIRRE CARLOS ANDRES      | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 0151-2024        | CESAR MAURICIO GOMEZ               | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| CESIÓN 3274-2024 | HUMBERTO OCHOA GARCIA              | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 0221-2024        | IVAN DARIO ECHEVERRI CORTES        | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 1453-2024        | JAHWIN HERMINSO CASTAÑO ORTIZ      | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 1114-2024        | JESSICA ALEJANDRA PEÑARANDA FRANCO | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 3273-2024        | JOHAN STEVEN GARZON CHANTRE        | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 1948-2024        | JORGE ESTEBAN SANCHEZ GOMEZ        | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| VAL-CD-003-2024  | Paula Andrea Berrio A              | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| VAL-MC-003-2024  | RH Ciudad Limpia                   | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| VAL-MC-004-2024  | Avila y cia s.a.s                  | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| VAL-MC-005-2024  | Merabyte                           | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| VAL-MC-006-2024  | Servicasa                          | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| VAL-MC-007-2024  | Ecowash & Tank                     | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| VAL-MC-008-2024  | Centro Especializado Automotriz    | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| VAL-MC-011-2024  | Servitka Electrodominguez          | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| VAL-MC-001-2025  | RH Ciudad Limpia                   | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| VAL-MC-002-2025  | Grupo ingmec                       | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| VAL-MC-003-2025  | Merabyte                           | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

#### 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 45.** 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.

68

**Responsable:** Gerencia Seccional Valle del Cauca

| CONTRATO  | NOMBRE O REPRESENTANTE LEGAL    | SUPERVISION                   |
|-----------|---------------------------------|-------------------------------|
| 3255-2024 | ALEJANDRA RIVAS CANO            | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 1509-2024 | ALEJANDRO OLIVEROS NEIRA        | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 1066-2024 | ALEXANDER JARAMILLO LOZANO      | LUIS AMANCIO ARIAS PALACIOS   |
| 2812-2024 | ALFREDO HUMBERTO YAÑEZ SERRANO  | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 0497-2024 | ANGELICA MARIA ARREDONDO VARGAS | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 0498-2024 | ANGIE ESTEPHANIE SANCHEZ RIOS   | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |
| 2098-2024 | ANYI LICETH TAMAYO CAMPIÑO      | OSCAR MAURICIO HURTADO MURCIA |

Durante el ejercicio auditor, se detectó una omisión reiterada por parte de la Seccional Valle del Cauca 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 46. 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.**

**Responsable:** Gerencia Seccional Valle del Cauca

Se observó que múltiples 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 47. 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.**

**Responsable:** Gerencia Seccional Valle del Cauca

# 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.

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<br>* falta de análisis de la necesidad a real a contratar<br>* Falta de ética | 1. El Grupo de Gestión Contractual convoca al Comité de Contratación y este evalúa si esta adecuadamente motivada la necesidad de contratación o convenio a la estructura de la entidad, el comité aprueba o desaprueba la solicitud, dejando sentado el concepto mediante acta.  |
| SGC Posibilidad de afectación en la prestación del servicio por incumplimiento en la ejecución de contratos o convenios sin realizar el procedimiento previsto para el mismo.   | Contribuir a la optimización de los recursos administrativos y financieros | Extrema        | *Inadecuada supervisión<br>* Factores externos que impiden el cumplimiento de las obligaciones.   | 1. El Grupo de Gestión Contractual a partir del informe de supervisión en donde se evidencie el incumplimiento adelanta el trámite de la audiencia, para analizar si se decreta el mismo y dar traslado a la aseguradora en caso de Comprobarse.<br><br>2. El Grupo de Gestión Contractual y/o responsable de adelantar la contratación |

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

|   |  |      |   |  |
|---|--|------|---|--|
|   |  |      |   | 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.   |
| SGC Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por realizar estudios y análisis económicos del sector que no identifiquen necesidad real a contrata | Contribuir a la optimización de los Recursos administrativos y financieros | Alta | *Falta de personal idóneo para realizar la actividad<br>* Alto volumen de Solicitudes<br>* Interés propios<br>* Deficiente estructuración de los estudios técnicos de la contratación | 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<br><br>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.<br><br>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 48. 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”.**

**Responsable:** Gerencia Seccional Valle del Cauca

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.

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

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS

## – GERENCIA SECCIONAL

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

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

72

#### **6.11. RECOMENDACIONES GENERALES Y CONCLUSIONES**

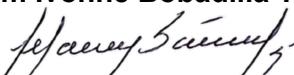
Se recomienda a la dependencia responsable del proceso contractual adoptar medidas de mejora orientadas a garantizar el cumplimiento de los términos legales para la liquidación de los contratos, evitando demoras que puedan derivar en contingencias jurídicas o afectaciones al cierre administrativo.

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 cargo 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 postcontractual, 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 |
|---|---|---------------------|
| <br><b>Sandra Piedad Riaño Bustamante</b><br><b>Jefe Oficina Control Interno</b> | <b>Aranza Rocío Vargas Solano</b><br><br><b>Liliam Ivonne Bobadilla Torres</b><br><br><b>Luz Nancy Sánchez Patiño</b><br><br><b>Sin vinculación a la OCI</b><br><b>Johan Sebastian Mesa Zamudio</b> | <b>26/01/2026</b>   |