



FORMATO: INFORME DE AUDITORIA
PROCESO: MEJORAMIENTO CONTINUO

Versión	3
Fecha	17/05/2024
Código	MC-F-19

OFICINA DE PLANEACIÓN

INFORME DE AUDITORÍA
PROCESO EVALUACIÓN INSTITUCIONAL

CONFORMACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR:	Auditor Líder: Amina Astrid Carabaño Contratista Oficina de Planeación Auditor Acompañante: Mongui Gutiérrez Vargas Contratista Oficina de Planeación
LUGAR Y FECHA AUDITORIA:	Oficina de Control Interno – Piso 9 06 de junio de 2024
FECHA DEL INFORME:	16 de julio de 2024



FORMATO: INFORME DE AUDITORIA INTERNA

PROCESO: MEJORAMIENTO CONTINUO

Versión

3

Fecha

17/05/2024

Código

MC-F-19

CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1. PROCESO AUDITADO:

Evaluación Institucional

1.2. AUDITADOS PARTICIPANTES

Diego Esteban Ortiz Delegado
Jefe de la Oficina de Control Interno

Leonardo Andrés Prieto García
Profesional Universitario
Oficina de Control Interno

1.3. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA:

1.3.1 Confirmar que el proceso de Evaluación Institucional cumple con los requisitos definidos en la NTC ISO 9001:2015 aplicables y demás requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables.

1.3.2 Confirmar que el proceso de Evaluación Institucional ha implementado eficazmente las disposiciones planificadas.

1.4. ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

Proceso Evaluación Institucional.

1.5. CRITERIOS DE AUDITORÍA:

NTC ISO 9001:2015 (5.2.2, 6.1.1, 6.1.2, 6.2.1, 6.2.2, 7.1.1, 7.5.1, 7.5.2, 9.1.1, 10.2, 10.2.1, 10.2.2, 10.3) y la documentación del sistema de gestión de la calidad definida para el proceso de Evaluación Independiente.

2. CONCLUSIONES DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Se logró un alto nivel de cumplimiento, ya que se llevó a cabo la evaluación de las actividades del proceso, la eficacia de la gestión de los riesgos, la ejecución de los controles y seguimiento y medición para asegurar los resultados y que se cumpla

con los objetivos, los requisitos legales y reglamentarios, así como los definidos en la NTC ISO 9001:2015.

3. CONCLUSIONES DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Se logró un nivel alto de cumplimiento, ya que se evaluó el flujo de información del proceso a través de la verificación de riesgos y controles, mediante la ejecución de pruebas de observación, entrevistas y la verificación de la información documentada en el Sistema de Gestión de Calidad.

4. CONCLUSIONES DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE AUDITORÍA:

En cumplimiento del programa y cronograma de auditoría interna de la Procuraduría General de la Nación 2024, se llevó a cabo la auditoría al proceso de Evaluación Institucional, en el marco de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015. Esta auditoría se orientó hacia el análisis de la efectividad de los elementos de control establecidos en el proceso, desarrollándose en las fases de planificación, ejecución y cierre, de la siguiente manera:

Fase de planificación:

En esta fase, se realizó la revisión de fuentes de información que incluyeron la alineación estratégica, la caracterización del proceso en su ciclo P.H.V.A, la matriz de riesgos, los indicadores, el normograma, los planes de mejoramiento, la interacción del proceso con la política y objetivos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC), entre otros elementos relevantes para el desarrollo de la auditoría. Se identificó la alineación estratégica del proceso auditado, encontrando que existe coherencia y que este se convierte en un proceso transversal para el fortalecimiento de la gestión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Procuraduría General de la Nación.

Se verificaron los grupos de valor y las partes interesadas que intervienen en el desarrollo del proceso (todos los procesos) y externos (organismos de inspección, vigilancia y control), así como instituciones del poder público, organismos del Estado y grupos de valor en general.

Fase de ejecución:

Durante la fase de ejecución, llevada a cabo mediante entrevistas, observaciones y verificación de la información documentada realizada el 6 de junio de 2024, se verificó la operación del proceso.

Se constató que la política de calidad, como elemento fundamental del SGC, es socializada por el equipo de trabajo del proceso, además de identificar el aporte de la gestión del proceso al cumplimiento de la política. Se evidenció que efectivamente se realiza la socialización de la política y que, a través del seguimiento a las actividades y el uso adecuado de la documentación, se contribuye al aseguramiento y cumplimiento de la política.

Como soporte, se encuentran el acta de reunión de seguimiento a las actividades del 21 de mayo de 2024 y del 31 de julio de 2023.

En cuanto a la evaluación de los riesgos, se identificó que el proceso cuenta con dos riesgos: uno de gestión y otro de corrupción. Se constató que la ejecución de los controles se está llevando a cabo adecuadamente y, hasta la fecha, ninguno de los riesgos se ha materializado.

Sin embargo, durante la revisión, se identificó que el proceso no tiene identificados riesgos relacionados con la seguridad de la información.

Se revisaron los mecanismos de medición del proceso y se identificó que cuenta con un indicador que mide la ejecución del plan anual de auditoría con una frecuencia trimestral. Se observó que para el primer trimestre, la ejecución alcanzó el 85.7%. Esta cifra se debe a que no se cumplió con la actividad de diligenciamiento de la evaluación del estado del sistema de control interno a través de la herramienta FURAG, ya que el Departamento Administrativo de la Función Pública extendió los plazos. Sin embargo, esta actividad se completó en el mes de abril, alcanzando así un cumplimiento del 100% de la meta establecida.

Por otra parte, se verificó la interacción del proceso con los demás procesos, determinando el ciclo de las actividades y los cambios o necesidades que impactan el desarrollo del proceso o del Sistema de Gestión de Calidad.

Se realizó una revisión del plan de mejoramiento, identificando que no tiene acciones vigentes.

Se revisó la información documentada con el objetivo de agregar valor y mejorar la operación de la entidad. Se identificó que el proceso tiene documentados en el SGC 21 documentos, entre los cuales se encuentran la caracterización, manuales, guías, instructivos, formatos, indicadores y normograma.

Se tomaron dos procedimientos como muestra para verificar el cumplimiento del ciclo PHVA y determinar la conformidad del proceso: i) EI-P-04- Plan Anual de Auditoría y ii) EI-P-01- Auditoría Interna.

Para el caso del primer procedimiento, se identificó que se realiza un ejercicio anual de identificación de las unidades auditables, de las necesidades de las

dependencias y de la alta dirección para la priorización y construcción del plan anual de auditoría. Este plan es revisado y aprobado por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, quien lo aprueba a finales de la vigencia para su ejecución en el siguiente período.

El plan anual de auditoría 2024 fue aprobado en la sesión No. 5 del comité, realizada el 30 de noviembre de 2023. Como evidencia, se cuenta con una presentación en formato PowerPoint y el acta de reunión del comité de esa fecha, firmada por todos los integrantes.

Este plan se está ejecutando y, a la fecha de revisión, se tiene un cumplimiento del 100%.

En el numeral 4 "Documentos de referencia", se mencionan dos enlaces con acceso directo a normas expedidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública, pero se encuentran en versiones anteriores.

Respecto al procedimiento de Auditoría Interna, se tomó como muestra la auditoría realizada en la Procuraduría Regional de Instrucción de La Guajira el 11 de abril de 2024. Se constató que efectivamente se cumple con el procedimiento y el uso adecuado de los formatos, los cuales son archivados correctamente siguiendo las indicaciones del memorando expedido por el líder del proceso antes de iniciar la auditoría. Este memorando proporciona instrucciones e indica el listado de documentos de carácter obligatorio que deben mantenerse en el archivo de la auditoría.

Adicional, se mencionan dos guías sobre auditoría que hacen referencia al mismo tema. Es importante que también se corrija.

Fase de cierre (Informe de auditoría):

En la fase de cierre, se hizo reunión y se presentaron los resultados del desarrollo de la auditoría de manera general y se solicitó la evaluación del ejercicio de auditoría.

5. CUALQUIER OPINIÓN DIVERGENTE NO RESUELTA ENTRE EL EQUIPO DE AUDITORÍA Y EL AUDITADO

No aplica.

6. FORTALEZAS

- Compromiso del equipo auditor en la depuración de los planes de mejoramiento desde el año 2017 hasta la fecha. Esto facilita la consulta, el análisis, la identificación de hallazgos reiterativos y la presentación de los seguimientos.
- Utilización de la herramienta "Power BI" para el registro de las acciones de los planes de mejoramiento depurados. Esta herramienta permite clasificar las acciones por años, temas y regionales, lo que posibilita la generación de informes interactivos y ayuda en la toma de decisiones basada en datos.

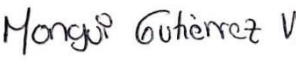
7. NO CONFORMIDADES

En el desarrollo de la auditoría, no se identificaron No conformidades.

8. OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Se recomienda analizar la pertinencia de identificar riesgos de seguridad de la información, dada la naturaleza de la información que maneja el proceso, que incluye informes legales, resultados de seguimientos y auditorías.
- Se recomienda revisar e incluir en el normograma las siguientes normas: Decreto 648 de 2017, la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas y el Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna, que son referentes para el cumplimiento de las actividades del proceso de evaluación institucional.

Firmas Equipo Auditor:

		No aplica
Auditor Líder: Amina Astrid Carabaño Contratista Oficina de Planeación	Auditor Acompañante: Mongui Gutiérrez Vargas Contratista Oficina de Planeación	Nombre y Firma auditor observador



FORMATO: INFORME DE AUDITORIA INTERNA

PROCESO: MEJORAMIENTO CONTINUO

Versión

3

Fecha

17/05/2024

Código

MC-F-19

Firmas Líderes / Responsables del Proceso

Diego Esteban Ortiz Delegado
Jefe de la Oficina de Control Interno