	PROCESO: EVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Fecha Revisión	27/11/2019
	SUBPROCESO: NA	Fecha Aprobación	27/11/2019
	FORMATO: INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN	Versión	1
	CÓDIGO: REG-EV-00-015	Página	Página 1 de 18



OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA

AUDITORÍA AL SUBPROCESO DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

JEFE OFICINA CONTROL INTERNO: MAGDA PATRICIA MORALES SÁENZ

**AUDITORES: SANDRA DEL PILAR CHUQUÍN BADILLO
JOSÉ ÁRNOL GUZMÁN HIGUERA**

LUGAR Y FECHA AUDITORÍA: BOGOTÁ D.C. 7 de JULIO – 11 de AGOSTO DE 2020.

FECHA DEL INFORME: 11 DE DICIEMBRE DE 2020

Lugar de Archivo: Oficina de Control Interno	Tiempo de Retención: 2 años	Disposición Final: Selección _ Microfilmación
--	-----------------------------	---



	PROCESO: EVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Fecha Revisión	27/11/2019
		Fecha Aprobación	27/11/2019
	FORMATO: INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN	Versión	1
	CÓDIGO: REG-EV-00-015	Página	Página 2 de 18

TABLA DE CONTENIDO

1.	OBJETIVOS	3
1.1.	Objetivo General.....	3
1.2.	Objetivos Específicos	3
2.	ALCANCE	3
3.	CRITERIOS DE AUDITORÍA	3
4.	RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	4
4.1	OBSERVACIONES/HALLAZGOS	5

Lugar de Archivo: Oficina de Control Interno	Tiempo de Retención: 2 años	Disposición Final: Selección _ Microfilmación
--	--------------------------------	--

	PROCESO: EVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Fecha Revisión	27/11/2019
		Fecha Aprobación	27/11/2019
	FORMATO: INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN	Versión	1
	CÓDIGO: REG-EV-00-015	Página	Página 3 de 18

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Realizar auditoría al Subproceso de Gestión de Calidad de la Procuraduría General de la Nación con el propósito de verificar el cumplimiento con las normas, funcionalidad, determinar controles establecidos y su efectividad.

1.2. Objetivos Específicos

- Verificar el cumplimiento de las políticas institucionales definidas en las resoluciones, directivas, circulares, manuales e instructivos sobre la gestión que se realiza en el subproceso de Gestión de Calidad.
- Verificar la conformidad del Sistema de Gestión de Calidad con la Norma NTC-ISO 9001:2015.
- Determinar el grado de conocimiento y apropiación del Sistema de Gestión de Calidad por parte de los funcionarios de la Entidad.
- Realizar recomendaciones que se deriven de la auditoría realizada.

2. ALCANCE

La auditoría se realizó al Subproceso de Gestión de Calidad administrado por la Oficina de Planeación, vigencia 2019 – 2020, ejecutada entre 07 de julio al 11 de agosto de 2020, mediante el uso de herramientas de comunicación virtual: videoconferencia, correo electrónico, almacenamiento en la nube y, con participación a nivel nacional, de gestores de proceso y funcionarios a través de encuestas.


3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

- Constitución Política de Colombia. Art. 277 numerales 1 y 9.
- Decreto Ley 262 de 2000¹.
- Ley 734 de 2002².

¹ Por el cual se modifican la estructura y la organización de la Procuraduría General de la Nación y del Instituto de Estudios del Ministerio Público; el régimen de competencias interno de la Procuraduría General; se dictan normas para su funcionamiento; se modifica el régimen de carrera de la Procuraduría General de la Nación, el de inhabilidades e incompatibilidades de sus servidores y se regulan las diversas situaciones administrativas a las que se encuentren sujetos.

² Por la cual se expide el Código Disciplinario Único.

Lugar de Archivo: Oficina de Control Interno	Tiempo de Retención: 2 años	Disposición Final: Selección _ Microfilmación
--	-----------------------------	---

	PROCESO: EVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Fecha Revisión	27/11/2019
		Fecha Aprobación	27/11/2019
	FORMATO: INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN	Versión	1
	CÓDIGO: REG-EV-00-015	Página	Página 4 de 18

- Resolución No. 555 de 2019³.
- Resolución No. 861 de 2019⁴.
- Plan Estratégico Institucional 2017-2021 “Por una Procuraduría Ciudadana”.
- Plan Operativo a Anual 2020 de la Oficina de Control Interno.
- Modelo Estándar de Control Interno MECI.
- Procedimientos, instructivos y formatos adoptados por la PGN.
- Norma NTC-ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos.
- Norma NTC-ISO 19011:2018 Directrices para la auditoría de los Sistemas de Gestión

4. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

El objetivo del Subproceso de Gestión de la Calidad consiste en definir los mecanismos de mejoramiento continuo que le permitan a la Procuraduría General de la Nación - PGN- aumentar su efectividad y satisfacer las necesidades de los usuarios de acuerdo con los procedimientos establecidos.

La principal herramienta de apoyo del Subproceso es el Sistema de Gestión de Calidad, creado mediante la Resolución No. 107 de 2005 y actualizado mediante la Resolución No. 555 de 2019, teniendo como referencia la Norma NTC-ISO 9001:2015, el cual se ha establecido, implementado, mantenido y mejorado continuamente, de acuerdo con el estándar internacional, dándosele mayor impulso desde 2019, bajo el liderazgo de la Oficina de Planeación, presentando importantes avances. Sin embargo, existen oportunidades de mejora.


En el **Componente Ambiente de Control** se observa que la Entidad cuenta con la Carta de Valores y Principios Éticos, se fomenta la ética a través de conversatorios; para la fecha de la auditoría estaba en proceso de construcción el Código de Integridad; no obstante, no se evidenció la operación del “Comité de Verificación y Seguimiento a la Carta de Valores y Principios Éticos” reglamentado mediante Resolución No. 125 de 2006.

En el **Componente de Evaluación del Riesgo** se observa, que la Entidad cuenta con procedimientos que establecen la gestión integral del riesgo; en el Mapa de Riesgos se evidencia que han identificado los riesgos de los procesos y subprocesos; se han realizado análisis, definido controles, llevado a cabo el seguimiento y monitoreo. Sin embargo, se requiere realizar un análisis más exhaustivo, puesto que se pueden estar desconociendo riesgos en algunos procesos y subprocesos, como para el caso del Subproceso auditado, para el cual no se observó en el Mapa ningún riesgo identificado.

³ Por la cual se actualiza el Sistema de Gestión de Calidad de la Procuraduría General de la Nación, bajo la Norma ISO 9001 2015.

⁴ Por medio de la cual se adopta la actualización del Modelo Estándar de Control Interno – MECI y se dictan otras disposiciones.

Lugar de Archivo: Oficina de Control Interno	Tiempo de Retención: 2 años	Disposición Final: Selección _ Microfilmación
--	-----------------------------	---

	PROCESO: EVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Fecha Revisión	27/11/2019
		Fecha Aprobación	27/11/2019
	FORMATO: INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN	Versión	1
	CÓDIGO: REG-EV-00-015	Página	Página 5 de 18

En el **Componente Actividades de Control** se observa que la Entidad ha provisto los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con los requisitos de la Norma NTC-ISO 9001:2015. Sin embargo, se deben revisar aspectos relacionados con algunos artículos de la Resolución No.555 de 2019; la definición, consolidación, análisis y medición de los indicadores en el Sistema de Gestión de Calidad; la implementación de controles de seguimiento a talleres de sensibilización y comunicación.

En el **Componente Información y Comunicación** se requiere, de una parte, revisar la sección “SGC – Introducción” del Sistema de Gestión de Calidad, disponible en el Portal Institucional y la Intranet, puesto que se encuentran casos de información desactualizada; y, de otra, verificar la información desplegada en la sección “Consulta de documentos de origen externo” en donde se observó, para la fecha de la auditoría, publicado un documento protegido por *Copyright* y alguna información no vigente.

En el **Componente Actividades de Monitoreo**, las actividades se llevan a cabo a través de auditorías de gestión y auditorías seguimiento a planes de mejoramiento desde la Oficina de Control Interno.

Como resultado de la auditoría, se identificaron cuarenta y tres (**43**) hallazgos.

4.1 OBSERVACIONES/HALLAZGOS


COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

1. Se evidencia la existencia de las Resoluciones Nos. 452 de 2002, 125 de 2006; 257 de 2006; y, 16 de 2007 que reglamentan los aspectos relacionados con valores y principios éticos de la Entidad. Sin embargo, no se evidenció la operación del “Comité de Verificación y Seguimiento a la Carta de Valores y Principios Éticos” y la ejecución de la funciones asignadas, incumpliendo la Resolución No.125 de 2006, lo que puede afectar la divulgación y apropiación de los valores y principios éticos establecidos en la Entidad, los cuales deben constituir un pilar fundamental en el quehacer institucional.

COMPONENTE EVALUACIÓN DEL RIESGO

2. No se evidenció la identificación de riesgos asociados al Subproceso de Gestión de Calidad en el Mapa de Riesgos plasmado en el documento “200706-PGN-MAPA-RIESGOS-CORRUPCION-CONSOLIDADO-2020-V2.xlsx”, por lo que se podrían estar desconociendo riesgos que afectarían al mencionado subproceso, y como consecuencia, que no se lleve a cabo el adecuado tratamiento y la posible

Lugar de Archivo: Oficina de Control Interno	Tiempo de Retención: 2 años	Disposición Final: Selección _ Microfilmación
--	-----------------------------	---

	PROCESO: EVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Fecha Revisión	27/11/2019
		Fecha Aprobación	27/11/2019
	FORMATO: INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN	Versión	1
	CÓDIGO: REG-EV-00-015	Página	Página 6 de 18

materialización, generando debilidades en los controles internos y afectando el requisito “6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades” de la Norma NTC-ISO 9001:2015.

COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL


- Como se puede evidenciar, en cada una de las actividades de los componentes que hacen parte del subproceso auditado, tan solo se observó el registro de las tareas ejecutadas, en tanto que las metas no son consignadas previamente, lo que por consiguiente no permite determinar el nivel de cumplimiento de las tareas planteadas; en otras palabras, no es posible precisar el grado de eficacia en el cumplimiento de cada actividad, y por ende medir su gestión en términos cuantitativos.

El escenario anterior, contraviene el cumplimiento de la Resolución No. 084 de 2012, en el literal B, “**De los Administradores de Strategos en las Dependencias**”, que señala en el numeral 1: “Consolidar e Ingresar la información de indicadores, compromisos o proyectos de informe cualitativo, actas de compromiso en el Sistema de Información Strategos en las fechas señaladas”. Importante precisar que es una labor de corresponsabilidad que se debe adelantar en conjunto con el Jefe de la Dependencia, quien es el garante de que dicha información sea consolidada y registrada en el aplicativo destinado para tal efecto.

- En el tema de reuniones de análisis estratégico - RAE no se advierte la realización alguna de ellas; al respecto, conviene precisar el cumplimiento que se debe dar tanto al art. 2, literal A, numeral 3 de la Resolución N° 84 de 2012⁵, que dice: “*Realizar cada trimestre una reunión de análisis estratégico...*”
- De igual forma, en lo referente a la realización de conversatorios éticos, no se encontraron evidencias de que se hayan adelantado uno o varios conversatorios en lo corrido de la presente vigencia; así las cosas, es importante observar el cumplimiento del numeral **9.6.2. Conversatorios de integridad, ética**, que señala: “La PGN tiene implementada una actividad para todas las dependencias denominada “conversatorios éticos” que se miden a través del cumplimiento de una meta de cuatro (4) al año”.
- La Resolución No.555 de 2019 define en el artículo séptimo las funciones de los Gestores de Procesos; sin embargo, se observan en los numerales: “7. Validar la identificación, implementación y aplicación de controles y/o medidas administrativas a implementar basadas en la administración del riesgo”, “8. Asegurar el cumplimiento de

⁵ «Por medio de la cual se modifica la Resolución 278 de octubre 3 de 2007 y se regula integralmente el funcionamiento del Sistema de Información STRATEGOS para el seguimiento y control del Modelo Estratégico y del Sistema de Medición del Plan Operativo Anual del día a día a nivel institucional y de cada una de las dependencias de la Procuraduría General de la Nación».

Lugar de Archivo: Oficina de Control Interno	Tiempo de Retención: 2 años	Disposición Final: Selección _ Microfilmación
--	-----------------------------	---


	PROCESO: EVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Fecha Revisión	27/11/2019
		Fecha Aprobación	27/11/2019
	FORMATO: INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN	Versión	1
	CÓDIGO: REG-EV-00-015	Página	Página 7 de 18

políticas de calidad, objetivos y aplicación de información documentada”; “9. Asegurar que las necesidades actuales y futuras de los ciudadanos, se conozcan, comprendan y documenten de acuerdo a los servicios brindados” y “10. Garantizar que los cambios en los procesos se evalúen constantemente, verificando el impacto que causen sobre la operación y modificándolos si hay necesidad de ello”, asignaciones que exceden las competencias y capacidades de la mayoría de los servidores públicos que son designados como gestores.

Para la función definida en el numeral 7, estaría bajo la competencia del Jefe de Dependencia y, aunque en algunos casos el gestor ostenta este cargo, no es la generalidad, por lo que no tendrían, en la mayoría de los casos, la competencia para ejecutarla; y para la función definida en el numeral 8, no estaría dentro de la capacidad del gestor, puesto que depende de todo el funcionamiento del Sistema; la 9, implica toma de decisiones, que no está dentro del alcance de la mayoría de gestores y en la 10, el gestor no tiene competencia para modificar los procesos, sin el aval del respectivo líder.

7. No resulta clara la diferencia entre el término utilizado en el artículo sexto “Liderazgo de Procesos” de la Resolución No.555 de 2019, para referirse a los “Líderes de proceso” y el utilizado en el documento de caracterización para referirse al “Responsable del Proceso”. No se indica si los dos roles son equivalentes o si por el contrario ambos deben coexistir. La situación descrita puede llevar a confusión a quienes ejercen los diferentes roles, puesto que mientras que para el líder de proceso se establecen las funciones, para el responsable no se observó definición, afectando el requisito 5.3 “Roles, Responsabilidades y autoridades de la organización de la Norma 9001:2015”.
8. No se evidencia un Sistema o mecanismo en el que se consoliden los datos de los indicadores establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad que, aunque están definidos, no se observa el análisis, evaluación y seguimiento de forma que se pueda determinar, a través de resultados la eficiencia, eficacia y efectividad del Sistema de Gestión de Calidad, ni tampoco sobre quien recae esta tarea, con el fin de que se tomen decisiones enfocadas a la mejora continua, situación que puede afectar el cumplimiento del requisito 9.1 “Seguimiento, medición, análisis y evaluación” de la Norma NTC-ISO 9001:2015.
9. Bajo el liderazgo de la Oficina de Planeación se llevaron a cabo actividades de capacitación, observándose la programación para **33** sedes en el nivel territorial en 2019, destinadas a **1.675** funcionarios. La información reportada permite concluir que se ejecutaron **31** visitas con participación de **51** territoriales (**31** Regionales y **20** Provinciales) y se pudo verificar, a través de soportes, la participación de **151** asistentes

Lugar de Archivo: Oficina de Control Interno	Tiempo de Retención: 2 años	Disposición Final: Selección _ Microfilmación
--	-----------------------------	---

	PROCESO: EVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Fecha Revisión	27/11/2019
		Fecha Aprobación	27/11/2019
	FORMATO: INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN	Versión	1
	CÓDIGO: REG-EV-00-015	Página	Página 8 de 18

en listas correspondientes a seis (6) de las sedes visitadas. Para las restantes **25** no se suministró información, por lo que no es posible determinar con exactitud el número real de participantes.

En las seis (6) sedes para las cuales se proporcionaron evidencias, se observó que el número de destinatarios eran **383** funcionarios y asistieron **151**, con una diferencia de **232**, que equivale a un porcentaje de inasistencia del **61%**; generando una subutilización de recursos destinados para impartir el conocimiento, en especial, en las que actividades programadas en las territoriales en donde se realizó desplazamiento de dos (2) servidores públicos por sede y no se observa el seguimiento, ni las acciones tomadas al respecto. Lo anterior, muestra debilidades en los controles internos en la ejecución de las actividades de capacitación, situación que puede afectar el cumplimiento del requisito 7.3 “Toma de Conciencia” de la Norma NTC-ISO 9001:2015.


10. En la Sede Central de la PGN se observó la programación de siete (7) talleres y eventos con temas asociados al Sistema de Gestión de Calidad destinados a **540** participantes; sin embargo, no fue posible determinar el porcentaje de participación puesto que no se suministraron soportes, tales como listas de asistencias u otros, que permitieran evidenciar dicha información, por lo que muestra debilidad en los controles internos para hacer seguimiento a las actividades de socialización, sensibilización y capacitación llevadas a cabo.

11. Se evidenció ausencia de un líder para todo el Proceso Disciplinario que coordine en forma transversal tanto a las Procuradurías Delegadas Disciplinarias, como a las Procuradurías del nivel territorial, en consecuencia, la responsabilidad en materia del Sistema de Gestión de Calidad se diluye, de manera que cada dependencia disciplinaria actúa de manera independiente bajo sus propios lineamientos.

En consecuencia, no existe un líder visible para el Proceso Disciplinario en el Sistema de Gestión de Calidad que abarque todas las dependencias disciplinarias, con el fin de fortalecer el SGC, en lo referente a la estandarizar el proceso disciplinario y que sea quien asuma la labor de actualización y efectivización de los procedimientos del proceso disciplinario de primera y segunda instancia, apuntando con ello a la pretensión de la Entidad en la obtención de la Certificación de calidad.

Dicho escenario refleja debilidades en la Política de Talento Humano, alineada con los preceptos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP en el documento “Dimensión 7 Control Interno”, componente uno (1) Ambiente de Control, que, entre otras actividades aquí involucradas señala: “Toma en cuenta la estructura, facultades y responsabilidades, con el fin de asignar la responsabilidad y

Lugar de Archivo: Oficina de Control Interno	Tiempo de Retención: 2 años	Disposición Final: Selección _ Microfilmación
--	-----------------------------	---

	PROCESO: EVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Fecha Revisión	27/11/2019
		Fecha Aprobación	27/11/2019
	FORMATO: INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN	Versión	1
	CÓDIGO: REG-EV-00-015	Página	Página 9 de 18

autoridad en todos los niveles (...); es decir, refrenda el hecho de la necesidad de contar con niveles de responsabilidad que permitan la toma de decisiones dentro de una gestión determinada, en este caso la referente al Proceso Disciplinario.

12. La documentación de la Guía Disciplinaria se cita de manera genérica y los formatos no han sido adecuados para ser incluidos en el SGC:


Como ejemplo en el procedimiento de segunda instancia denominado “Consulta de la medida de suspensión Provisional”, se debería establecer, en forma concreta, los tres aspectos que debe verificar, la segunda instancia en la consulta, los cuales se deducen del artículo 157 del CDU.

13. Los procedimientos del proceso disciplinario de primera y segunda instancia descritos en el SGC son muy genéricos, lo que supone que no son de gran utilidad, como ejemplo se observa que tanto en el “Procedimiento de Indagación Preliminar” como el de “Investigación Disciplinaria” tan solo se relacionan tres (3) actividades que se limitan a realizar una descripción general del procedimiento, sin constituirse en una herramienta de ayuda que detalle el paso a paso; de tal manera que en eventos de una situación administrativa, el profesional que inicie la labor disciplinaria no cuenta con una herramienta de apoyo para el desarrollo de su actividad investigativa.

14. De otra parte, los formatos de la Guía Disciplinaria no incluyen las diferentes actuaciones, como quiera que se presentan diferentes escenarios, como ejemplo se tiene, el “Recurso de Apelación, tiene tres escenarios de acción: Apelación Contra el archivo, recurso que es impetrado por el quejoso; Apelación por negación de pruebas en la etapa de descargos; y, Apelación del fallo sancionatorio.

15. El Proceso Preventivo, en el Sistema de Gestión de Calidad, contiene dos (2) subprocesos: “Conciliación extrajudicial civil y comercial” y “Vigilancia Preventiva de la Función Pública”. Para el primero se encuentran asociados **25** documentos de diferentes tipos y para el segundo no hay definidos documentos; sin embargo, para el Proceso se encuentran definidos **26** documentos, los cuales se encuentra en el Sistema bajo el criterio de Subproceso como “No aplica”. Esta situación presenta debilidades en la estructuración y organización del SGC en el Proceso Preventivo, que podría afectar el cumplimiento del requisito 4.4.1 de la Norma NTC-ISO 9001:2015 que señala “La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de calidad incluidos los procesos necesarios y sus interacciones, de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional”.

Lugar de Archivo: Oficina de Control Interno	Tiempo de Retención: 2 años	Disposición Final: Selección _ Microfilmación
--	-----------------------------	---

	PROCESO: EVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Fecha Revisión	27/11/2019
		Fecha Aprobación	27/11/2019
	FORMATO: INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN	Versión	1
	CÓDIGO: REG-EV-00-015	Página	Página 10 de 18

16. Las Resoluciones Nos.132 de 2014 y 055 de 2015 definen los escenarios preventivos y los tipos de actuaciones correspondiente a cada uno de ellos, los cuales se evidencian en la documentación del proceso en el SGC; no obstante, se observa el “Subproceso Conciliación extrajudicial en materia civil y comercial” haciendo parte del Proceso Misional Preventivo, aunque normativamente no se ubicó su correspondencia con éste. Por otro lado, se observa dentro del Proceso Misional de Intervención el denominado “Conciliación Extrajudicial en lo Contencioso Administrativo”, por lo que no resulta consistente la razón por la cual, tratándose en ambos casos de actividades de “Conciliación”, uno se encuentre dentro de Proceso Preventivo y el otro dentro del Proceso de Intervención, lo que puede afectar el cumplimiento del requisito 4.4 “Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos” de la Norma NTC-ISO 9001:2015.


17. Se observan debilidades en la construcción de las hojas de vida de los indicadores definidos para el Proceso Preventivo, observándose las siguientes situaciones: el indicador denominado “Proyectos preventivos” corresponde a un dato y no a un indicador; los indicadores denominados: “Asuntos abreviados iniciados y cerrados”, “Asuntos ordinarios iniciados y cerrados” y “Casos preventivos iniciados y cerrados” en el numeral 10 de la hoja de vida, señalan como “Interpretación del indicador” la de “Realizar seguimiento a los tiempos de cierre (...)”, lo que parece corresponder a un objetivo y no a la forma en que se debería interpretar; y, en el numeral 15 “Metas”, indica “Las definidas por el proceso preventivo”, por lo que no se está estableciendo un parámetro concreto de comparación.

Las anteriores situaciones pueden llevar a que los indicadores no logren su propósito, que no contribuyan con una acertada toma de decisiones y a afectar el cumplimiento del requisito 9.1 “Seguimiento, medición, análisis y evaluación” de la Norma NTC-ISO 9001:2015.

18. En entrevista adelantada con uno de los abogados que hace parte del equipo de Procuradores Judiciales que ejercen la intervención en procesos penales en los términos del artículo 111 de la Ley 906 de 2004. Se estableció que, en el transcurso de la presente vigencia se elaboró un Manual de Intervención que es el resultado de un arduo trabajo por parte de un grupo de Procuradores Judiciales.

Pese a que el documento fue difundido dentro de los servidores y áreas involucradas, a la fecha de ejecución de la presente auditoría, no se evidenció que el mismo fuera formalizado y publicado; relegando un instrumento valioso que se puede constituir en la carta de navegación para dicho proceso; adicionalmente permite contar con un protocolo de estandarización para actividades las involucradas en este frente de gestión institucional.

Lugar de Archivo: Oficina de Control Interno	Tiempo de Retención: 2 años	Disposición Final: Selección _ Microfilmación
--	-----------------------------	---

	PROCESO: EVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Fecha Revisión	27/11/2019
		Fecha Aprobación	27/11/2019
	FORMATO: INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN	Versión	1
	CÓDIGO: REG-EV-00-015	Página	Página 11 de 18

Dicho escenario, podría estar contraviniendo el requisito 7.5 Información documentada, 7.5.1 Generalidades, literal b, que establece: “La información documentada que la organización determine como necesaria para la eficacia del SGC”.

- 19.** No obstante, los subprocesos relacionados previamente; verificando en el procedimiento de Intervención en el SGC, no se evidenció que se cuente con un subproceso que relacione y articule las actividades referentes a las funciones de intervención judicial, que la PGN realiza en procesos contencioso administrativos; esto, teniendo en cuenta que la Entidad ejerce una función especial ante el Consejo de Estado en temas como, el orden jurídico, derechos y garantías fundamentales o el patrimonio público, pérdida de investidura de los Congresistas, entre otros, que obviamente son de la mayor importancia dentro de las funciones constitucionales y legales de la Entidad.
- 20.** De otra parte, en la documentación incorporada en el SGC de la PGN no se encontró el documento de caracterización para el proceso general de Intervención, ni la caracterización de dos (2) de los tres (3) subprocesos que allí están relacionados (Jurisdicción Especial para la Paz y Judiciales y Administrativos); tan solo el Subproceso de Conciliación Extrajudicial en Asuntos de lo Contencioso Administrativo cuenta con este documento.


El no contar con una caracterización ya sea del proceso a nivel macro o, en su defecto, caracterización a nivel de subproceso, conlleva al incumplimiento de requisitos específicos de la Norma NTC-ISO-9001:2015, como son:

- Requisito “4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas”, como piedra angular del Sistema de Gestión de Calidad, dado que no se están considerando las necesidades o requerimientos del cliente, respecto de los productos asociados a cada subproceso incluido en el proceso de intervención.
- Requisito 5.1.2. Enfoque al cliente y 8.2.1., Comunicación con el cliente, por lo esgrimido en el inciso previo.

Si bien, la Norma no exige de manera explícita la obligatoriedad de contar con el documento denominado “Caracterización”, se observa que la Entidad lo ha establecido para la mayoría de procesos y subprocesos y figura en la lista definida como información documentada en el Sistema de Gestión de Calidad, por lo que se entiende adoptado como buena práctica y en aras de la estandarización, debería existir.

- 21.** En la revisión de los formatos utilizados en el SGC para el proceso de Intervención, se evidenciaron documentos como: “Formato reparto de conceptos de intervención a

Lugar de Archivo: Oficina de Control Interno	Tiempo de Retención: 2 años	Disposición Final: Selección _ Microfilmación
--	-----------------------------	---

	PROCESO: EVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Fecha Revisión	27/11/2019
		Fecha Aprobación	27/11/2019
	FORMATO: INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN	Versión	1
	CÓDIGO: REG-EV-00-015	Página	Página 12 de 18

funcionarios Procuraduría Delegada ante el Consejo de Estado” y “Formato reparto de conceptos de intervención y otros a funcionarios Procuraduría Delegada Ante El Consejo De Estado”, que pese a estar publicados, no han surtido la etapa de formalización ante la Oficina de Planeación; esto es, contar con los registros de codificación, fechas de revisión y aprobación y la versión utilizada. Ante tal situación se advierte el incumplimiento del requisito 7.5.2 de la norma ISO 9001:2015, que señala:

“Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse que lo siguiente sea apropiado:

(...)


c) La revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación.”

Lo anterior puede generar debilidades en el control de documentación lo cual se traduce en desorden administrativo que hace más difícil la estandarización de las actividades vinculadas al proceso.

22. El Proceso de Atención a la Ciudadanía se encuentra clasificado dentro de los Procesos Misionales; sin embargo, el liderazgo y responsabilidad, recae en el cargo “Jefe del Centro de Atención al Público”, el cual pertenece al Nivel Ejecutivo de un proceso de apoyo; por lo tanto, aunque no se observaron requisitos establecidos para fungir en este rol, por buena práctica el “Liderazgo” del mismo debería ser coherente a su clasificación como Misional. La situación presentada puede dar lugar a debilidades en los controles internos, puesto que no resulta claro, cuál es el alcance del líder del proceso y sus competencias, desde su ubicación en un proceso de apoyo frente a un proceso clasificado como misional. La situación descrita puede afectar el cumplimiento del requisito 5.3 “Roles, responsabilidades y autoridades en la organización” de la Norma NTC-ISO 9001:2015.


23. El Proceso Misional de Atención a la Ciudadanía es transversal a toda la Entidad e involucra a diferentes áreas, tanto en el nivel central como en el territorial; sin embargo, se observó que está designado un único gestor, adscrito a la División de Registro, Control y Correspondencia, dependencia que pertenece a los Procesos de Apoyo, lo que puede conllevar a debilidades en la estructuración del proceso, debido a que se podrían desconocer aspectos importantes que deberían ser definidos desde el Proceso Misional. Se está dejando la responsabilidad de definir el Proceso Misional de Atención a la Ciudadanía en dos áreas que pertenecen a procesos de apoyo, la División de Centro de Atención al Público, en el liderazgo y la División de Registro, Control y Correspondencia en la Gestión, sin la participación de áreas misionales.

Lugar de Archivo: Oficina de Control Interno	Tiempo de Retención: 2 años	Disposición Final: Selección _ Microfilmación
--	-----------------------------	---

	PROCESO: EVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Fecha Revisión	27/11/2019
		Fecha Aprobación	27/11/2019
	FORMATO: INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN	Versión	1
	CÓDIGO: REG-EV-00-015	Página	Página 13 de 18

- 24.** No se pudo establecer sobre quién recae la Segunda Línea de Defensa para el Proceso de Atención a la Ciudadanía establecida en la Resolución No.861 de 2019, de forma que se realice un control transversal mediante el monitoreo y seguimiento a los controles de Primera Línea, a nivel nacional, lo que puede conllevar a debilidades en los controles internos.
- 25.** El Proceso Misional Preventivo establece tres escenarios de acción: “Anticipación”, “Mitigación y/o Restitución” y “Orientación”. El Procedimiento denominado “Clasificación de asuntos preventivos PRO-PRE-00-001”, señala que si el escenario en el cual se enmarca el asunto corresponde a una orientación, se debe ejecutar la actividad número 2 del procedimiento, la cual consiste en “Ejecutar el Proceso Atención a la Ciudadanía”, lo que permite inferir, que el proceso de Atención a la Ciudadanía está inmerso en el Proceso Preventivo, en el escenario de orientación, y que podría presentarse un conflicto o redundancia en la existencia de ambos.
- 26.** Existen debilidades en la construcción de la hoja de vida de indicador definido para el Proceso de Atención a la Ciudadanía denominado “Nivel medio de la satisfacción del ciudadano”, puesto que las fórmulas corresponden a dos indicadores diferentes, no se definen las variables del indicador, ni la frecuencia de medición, ni de análisis. Las anteriores situaciones pueden llevar a que el control no logre su propósito, cuyo objetivo es medir la satisfacción promedio del ciudadano. Además, no se observó aplicación del mismo, ni las decisiones tomadas con los resultados, lo que puede afectar el cumplimiento del requisito 9.1 “Seguimiento, medición, análisis y evaluación” de la Norma NTC-ISO 9001:2015.
- 27.** En el documento “Guía para la Gestión y Parametrización en el Sistema de la Peticiones, Quejas, Denuncias, Reclamos o Sugerencias de la Procuraduría General de la Nación - GUI-AC-00-001”, publicado como información documentada del Proceso de Atención a la Ciudadanía en el Sistema de Gestión de Calidad, no se observa participación en la elaboración o aprobación por parte del responsable y líder del proceso, roles que recaen en el cargo “Jefe del Centro de Atención al Público”, incumpléndose con lo establecido en el numeral 4 del artículo sexto de la Resolución No.555 de 2019.
- 28.** El Manual de Contratación de la PGN, pese a incorporar las etapas del proceso contractual: 1.3.1 Planeación, 1.3.2 Selección, 1.3.3 Ejecución y 1.3.4 Poscontractual; establece varios formatos cuyo diligenciamiento es de obligatorio cumplimiento en las diferentes etapas contractuales; sin embargo, en la verificación de la documentación del SGC, no se evidenció que existan formatos por separado para dichos documentos,

Lugar de Archivo: Oficina de Control Interno	Tiempo de Retención: 2 años	Disposición Final: Selección _ Microfilmación
--	-----------------------------	---

	PROCESO: EVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Fecha Revisión	27/11/2019
		Fecha Aprobación	27/11/2019
	FORMATO: INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN	Versión	1
	CÓDIGO: REG-EV-00-015	Página	Página 14 de 18

es el caso del “Formato de Ejecución Contractual”, el cual debe ser presentado en la medida que avance la ejecución del contrato.

Para este caso, no hay una estandarización, ni formalización del documento en mención lo cual implica que cada supervisor responsable remita un documento cuya presentación no es uniforme, vulnerando el requisito 7.5.1 Información documentada – Generalidades, literal b) “La información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del SGC”.

Situación similar se presenta para los siguientes documentos:


- Formato de solicitud de cotización
- Acta de inicio
- Formato solicitud de modificación contrato
- Acta de suspensión
- Acta de reinicio
- Formato de informe de ejecución contractual
- Formato Acta de Recibo a Satisfacción
- Formato Acta de Terminación
- Formato Acta de Liquidación
- Acta de cierre contractual

29. De otra parte, se relacionan formatos en el Manual de Contratación de la PGN, que no coinciden con los publicados en el SGC, a saber:

Denominación en el Manual de Contratación	Documento Publicado en el SGC
Formato de aprobación y modificación plan anual de adquisiciones	Formato: solicitud modificaciones plan anual de adquisiciones

30. Teniendo en cuenta el correcto ejercicio de la gestión contractual que, dentro de las actividades de supervisión, suponen la liberación de saldos de contratos de la vigencia, se pueden presentar eventos en los que no se ejecuta un contrato es una totalidad; en tal sentido, no se acreditó un procedimiento conjunto entre los procesos de Gestión de la Contratación y Gestión Financiera, que aborde los pasos a seguir a fin proceder con la liberación de recursos de la vigencia. Este escenario puede dar lugar a que no se adopten las medidas oportunas en materia presupuestal y de esta manera posible pérdida de recursos de la vigencia, que en circunstancias ideales pueden ser reasignados para satisfacer otro tipo de necesidades de la PGN, aprovechando de manera eficiente el presupuesto asignado a la Entidad.

Lugar de Archivo: Oficina de Control Interno	Tiempo de Retención: 2 años	Disposición Final: Selección _ Microfilmación
--	-----------------------------	---


	PROCESO: EVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Fecha Revisión	27/11/2019
		Fecha Aprobación	27/11/2019
	FORMATO: INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN	Versión	1
	CÓDIGO: REG-EV-00-015	Página	Página 15 de 18

31. Para el tema de cancelación de reservas, que es otra de las actividades que deben ser gestionadas por parte de la supervisión del contrato, no se encontró un procedimiento expreso que establezca puntualmente la oportunidad y las actividades tendientes a adelantar dicha operación, lo que se puede evidenciar en la falta de coordinación con el área financiera, a efectos de finiquitar la correspondiente transacción presupuestal. En consecuencia, daría lugar a un posible llamado de atención por parte de la Dirección General de Presupuesto y Crédito Público; y, a glosas por parte de la Contraloría General de la República, que podrían culminar en el “No fenecimiento de la cuenta de la PGN”.
32. El Manual de Contratación identificado con código “MAN-CN-00-001”, muestra en el Capítulo II subtítulos ilegibles; situación similar se presenta con los diagramas de los numerales 4.1.1.3.5.1.2 “Flujograma de pago”, y 7.2 “Resolución del incumplimiento o imposición de sanción”; en el capítulo III se observa información desactualizada referente al mapa de procesos; y, el diagrama del mapa estratégico, corresponde al periodo 2013 – 2016. Las anteriores situaciones podrían llevar a los usuarios del documento a incurrir en errores en su aplicación y a afectar el cumplimiento del requisito 7.5.2 “Creación y actualización” de la Norma NTC-ISO 9001:2015.
33. No se pudo establecer sobre quién recae la Segunda Línea de Defensa para el Proceso de Contratación establecida en la Resolución No.861 de 2019, de forma que se realice un control transversal mediante el monitoreo y seguimiento a los controles de Primera Línea ejecutados en todas aquellas áreas de la Entidad que participen en las diferentes etapas del proceso contractual, a nivel nacional, lo que puede conllevar a debilidades en los controles internos.
34. La Unidad Ejecutora del Programa BID gestiona procesos de contratación en el marco del crédito BID 4443/OC-CO; sin embargo, no se evidencia en los diferentes documentos como Caracterización, Manual de Contratación, Procedimientos u otros, la articulación o participación de la Unidad con el Proceso de Contratación establecido en la Sistema de Gestión de Calidad, lo que podría afectar el requisito 7.5 Información documentada, 7.5.1 Generalidades, que indica, que la organización debe incluir “(...) b) “La información documentada que la organización determine como necesaria para la eficacia del SGC”.

COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

35. En el Portal Institucional y la Intranet, la sección “SGC - Introducción” del Sistema de Gestión de Calidad presenta casos de información desactualizada, muestra la imagen

Lugar de Archivo: Oficina de Control Interno	Tiempo de Retención: 2 años	Disposición Final: Selección _ Microfilmación
--	-----------------------------	---


	PROCESO: EVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Fecha Revisión	27/11/2019
		Fecha Aprobación	27/11/2019
	FORMATO: INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN	Versión	1
	CÓDIGO: REG-EV-00-015	Página	Página 16 de 18

de un Mapa de Procesos correspondiente a una versión anterior, da acceso a un documento denominado “Cartilla de calidad”, en donde algunos conceptos no corresponden a la versión actual en la que se basa el Sistema de Gestión de Calidad de la Entidad.

Las situaciones anteriores afectan el cumplimiento del requisito 7.4 “Comunicación” y el literal a) del requisito 7.5.3.1 “Control de la información documentada” de la Norma NTC-ISO 9001:2015.

36. Se observó para el Proceso Misional Preventivo, una herramienta informática denominada “Sistema Integral de Prevención” disponible en el Portal Institucional, el cual contiene información relacionada con este Proceso; sin embargo, en la opción “Cultura Preventiva/Documentos/Documentos de interés”, presenta varios enlaces rotos, generando mensajes de error al intentar acceder al recurso, lo que incumple con las directrices sobre usabilidad Web establecidas por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, según el numeral 3.4 “Error de página no encontrada” del Documento “Lineamientos y metodologías en Usabilidad para el Gobierno en Línea”, limitando el acceso a los interesados.
37. Se evidenció que, como respuesta a la consulta de algunos documentos ubicados en el Sistema Integral de Prevención-SIP en la sección “Cultura Preventiva/Documentos/Documentos de interés”, muestra un mensaje de error que presenta información como: nombre del producto utilizado como servidor de aplicaciones, versión y estructura de directorios en donde estaría alojado el documento, lo que podría favorecer el aprovechamiento de posibles vulnerabilidades del servidor de aplicaciones en donde se encuentra desplegado el recurso, y poner en riesgo la seguridad de la información.
38. Al ingresar, en el Portal Institucional, por la ruta “Menú / Procuraduría / Planeación y Control / Consulta Documentación”, y filtrar por macroproceso “Evaluación y Control”, proceso “Administración del Riesgo” y generar el documento de caracterización, el Sistema descarga el archivo de Excel del proceso de “Gestión de Seguridad” CÓDIGO: CAR-PRO-GS-001. Mientras que al ingresar por la opción del Portal Institucional “Ir al sitio anterior”, al seguir la misma ruta, el documento que muestra sí corresponde con el documento de caracterización del Proceso “Administración del Riesgo”. La situación anterior podría llevar al usuario a incurrir en errores al aplicar documentación no actualizada o correspondiente a otros procesos.
39. Se identificaron las Resoluciones Nos.111 de 2003, 31 de 2004, 65 de 2004 y 30 de 2006 en el Sistema de Relatoría, las cuales fueron derogadas por la Resolución No.


Lugar de Archivo: Oficina de Control Interno	Tiempo de Retención: 2 años	Disposición Final: Selección _ Microfilmación
--	-----------------------------	---

	PROCESO: EVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Fecha Revisión	27/11/2019
		Fecha Aprobación	27/11/2019
	FORMATO: INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN	Versión	1
	CÓDIGO: REG-EV-00-015	Página	Página 17 de 18

125 de 2006; sin embargo, las notas de vigencia no reflejan la novedad, situación que muestra debilidad en los controles internos, que puede deberse a falta de procedimientos que garanticen la adecuada actualización de los documentos que reposan en dicho Sistema, afectando la confiabilidad de la información y pudiendo llevar al interesado a incurrir en errores al aplicar normatividad no vigente.

40. Se evidenció la existencia de un instrumento elaborado en hoja de cálculo mediante el cual se lleva el registro de líderes y gestores de procesos de la Entidad. Sin embargo, en la invitación a responder encuestas o participar en las entrevistas virtuales relacionadas con el Subproceso de Gestión de Calidad, algunos gestores manifestaron, que para la fecha ya no desempeñaban el mencionado rol, habiendo sido reportado su relevo a la Oficina de Planeación con anterioridad, lo que demuestra desactualización en el documento, afectando las comunicaciones internas.
41. No se observa definición de roles y niveles de acceso a la Información contenida en el SGC, observándose acceso total a la documentación publicada tanto interna como externamente, lo que conlleva a que algunos documentos con información técnica como instructivos y otros que deberían formar parte del SGC, con permisos de acceso sólo al personal autorizado, no queden incluidos, lo que podría poner en riesgo la continuidad del negocio; y, por el contrario, de incluirlos, podrían poner en riesgo la seguridad de la información. No se observan lineamientos sobre la forma de proceder este tipo de documentos, lo que afecta el cumplimiento del requisito 7.5 “Información documentada” de la Norma NTC-ISO 9001:2015.
42. En la ruta “Menú/Procuraduría/Planeación y Control/Sistema de Gestión de Calidad/Consulta de documentos de origen Externo/NORMA INTERNACIONAL ISO 9001”, se encuentra publicado el documento “Traducción oficial de la Norma Internacional ISO 9001:2008 Sistema de gestión de la calidad – Requisitos versión”, el cual es un documento protegido con *Copyright*, como lo señala la página “ii” del mismo, lo que podría exponer a la Entidad a sanciones.
43. En la ruta “Menú/Procuraduría/Planeación y Control/Sistema de Gestión de Calidad/Consulta de documentos de origen Externo”, el enlace a “Documentación de origen externo específica para sistemas de gestión de calidad”, presenta un mensaje que indica “No se puede acceder a este sitio”; el enlace “Sistemas de gestión de Calidad-Requisitos” lleva al documento referenciado en el hallazgo previo; el enlace “MANUAL TÉCNICO MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO COLOMBIANO MECI 2014”, lleva a un documento para el cual fue publicada una versión actualizada; y, el enlace “Matriz de Transparencia”, muestra un formato, en el

Lugar de Archivo: Oficina de Control Interno	Tiempo de Retención: 2 años	Disposición Final: Selección _ Microfilmación
--	-----------------------------	---

	PROCESO: EVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Fecha Revisión	27/11/2019
		Fecha Aprobación	27/11/2019
	FORMATO: INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN	Versión	1
	CÓDIGO: REG-EV-00-015	Página	Página 18 de 18

que no se identifica control de versiones, objetivo u otro, lo que podría llevar al interesado a incurrir en errores en el uso de la información.



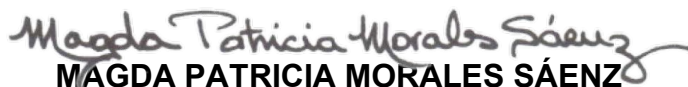
JOSÉ ÁRNOL GUZMÁN HIGUERA



SANDRA DEL PILAR CHUQUÍN BADILLO

Funcionarios de Control Interno

Vo.Bo.



MAGDA PATRICIA MORALES SÁENZ

Jefe Oficina de Control Interno

Lugar de Archivo: Oficina de Control Interno	Tiempo de Retención: 2 años	Disposición Final: Selección _ Microfilmación
--	-----------------------------	---