



INFORME AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD 2016

CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN	2
II.	OBJETIVO	3
III.	ALCANCE	3
IV.	METODOLOGIA	3
V.	MARCO LEGAL	9
VI.	RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD.....	9
A.	CONSOLIDACION INFORMES DE AUDITORIAS POR PROCESO	9
B.	RESULTADO CONSOLIDADO DE LAS AUDITORIAS.....	40
C.	CONSOLIDACION DE HALLAZGOS POR NORMA Y NUMERAL.....	42
D.	PLANES DE MEJORAMIENTO AUDITORIAS DE CALIDAD	44
VII.	CONCLUSIONES	47
VIII.	RECOMENDACIONES	48



I. INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de su rol de Evaluación y Seguimiento establecido por en el **Resolución 0856 del 18/06/2014**, adelantó auditoría Interna de Calidad los días 5, 23, 24, 25, 26 y 31 de Agosto y 5, 6 y 7 de Septiembre de 2016 a la implementación del Sistema Integrado de Gestión para la Reintegración - SIGER y verificando los requisitos establecidos en la norma NTCGP 1000:2009. De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de esta auditoría y las recomendaciones consolidadas por la Oficina de Control Interno, se elabora el siguiente Informe de resultados, el cual describe el grado de Aspectos Conformes, No Conformidades, Observaciones y Recomendaciones por parte del Grupo de Control Interno de Gestión.



II. OBJETIVO

Evaluar la gestión de los procesos que tiene la ACR para el Sistema de Gestión de Calidad, con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos de la NTC GP 1000:2009, Modelo Estándar de Control Interno MECI, así como la normatividad vigente y los procedimientos, manuales, instructivos y demás documentación que se encuentre definidos en cada uno de los procesos.

III. ALCANCE

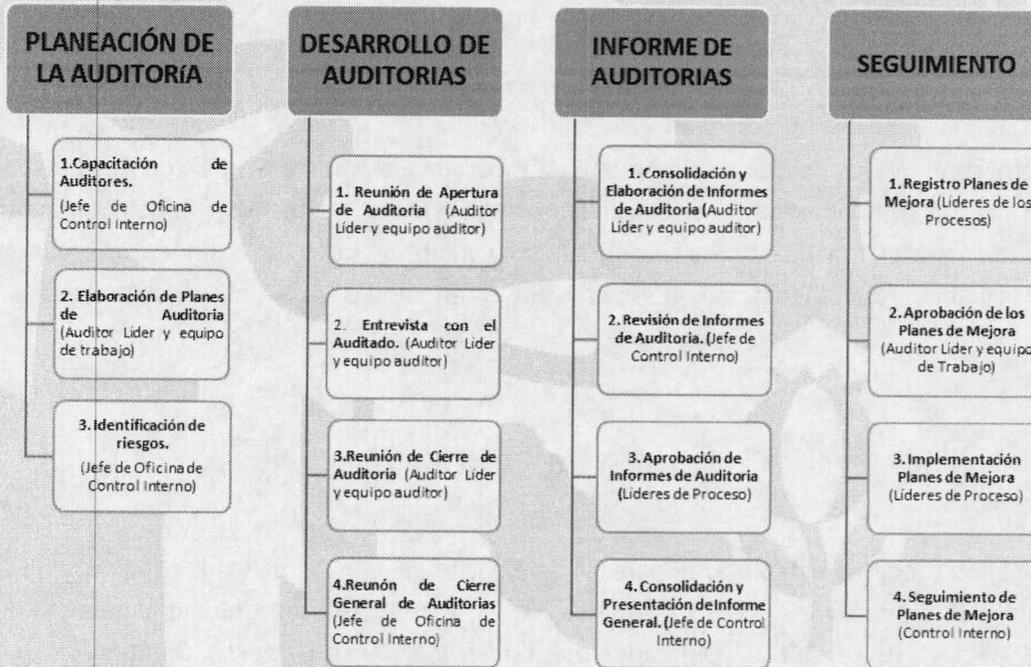
Se auditará los procesos establecidos para el sistema de gestión de calidad, comprendiendo el período del 01 de octubre de 2015 y el 31 de julio de 2016, verificando el cumplimiento de los requisitos de la NTC GP 1000:2009, Modelo Estándar de Control Interno MECI, así como la normatividad vigente y los procedimientos, manuales, instructivos y demás documentación que se encuentre definidos en cada uno de los procesos.

IV. METODOLOGIA

Se adelantó por parte del equipo de Auditores Internos de la ACR el proceso de verificación a los 16 procesos de la ACR, asignando dos (2) auditores internos en unos procesos y tres (3) auditores en otros, dicho ejercicio se realizó de manera simultánea en algunas auditorías.



ETAPAS DE LAS AUDITORIAS



Las reuniones efectuadas para dar cumplimiento al desarrollo de las auditorías internas son:

- Julio 18 de 2016, reunión con los auditores para dar los lineamientos generales de las auditorías.
- Agosto 8 de 2016, capacitación sobre el módulo de Auditoría en SIGER, con el fin que todos auditores conocieran como se debe cumplir las diferentes etapas de la auditoría y los diferentes registros que se deben llevar a cabo.
- Agosto 18 de 2016, reunión de apertura de las auditorías pero por motivos de fuerza mayor (reunión en el DAPRE) se canceló esta reunión.
- Septiembre 9 de 2016, reunión de cierre de las auditorías de calidad con el fin de evidenciar a groso modo los hallazgos que hasta la fecha se habían registrado en el Sistema (No todas las actas de cierre e informes de auditoría se contaban a este corte).

Por parte de la ACR se contó con el siguiente equipo Auditor de acuerdo al cronograma establecido para la realización de la Auditoría:



NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA	PROCESO AL QUE PERTENECE
CLAUDIA XIMENA ABELLA FERNANDEZ	Auditor Líder	Direccionamiento Estratégico
JAIME ALBERTO CORTES TEQUIA	Equipo Auditor	Direccionamiento Estratégico
YERSON FABIAN DELGADILLO PAEZ	Auditor Líder	Gestión Legal
WILDER JAVIER GUERRERO MATTA	Equipo Auditor	Gestión Administrativa
ANA YANCY URBANO VELASCO	Auditor Líder	Evaluación Control y Mejoramiento
EDUARDO ANTONIO SANGUINETTI ROMERO	Equipo Auditor	Evaluación Control y Mejoramiento
ANGIE CAROLINA VELASCO MARTINEZ	Equipo Auditor	Gestión Financiera
GLORIA AIDE GONZALEZ ALMARIO	Auditor Líder	Evaluación Control y Mejoramiento
SOFY LORENA ARENAS VERA	Equipo Auditor	Seguimiento y Evaluación
WBITER VANESSA BONILLA NAVIA	Equipo Auditor	Direccionamiento Estratégico
PAULA VIVIANA OLAYA GONZALEZ	Auditor Líder	Direccionamiento Estratégico
LEIDY VIVIANA GUTIÉRREZ GÓMEZ	Equipo Auditor	Implementación, Diseño y Seguimiento
JENNY MORENO PASTAS	Auditor Líder	Evaluación Control y Mejoramiento
CLAUDIA PATRICIA POSADA SOLANO	Equipo Auditor	Gestión Tecnológica y de la Información
ALEX HERNANDO BONILLA NIÑO	Equipo Auditor	Atención al Ciudadano
MARTHA YANETH NIÑO	Auditor Líder	Gestión del Talento Humano
SANDRA MAYERLY AVENDAÑO BLANCO	Equipo Auditor	Gestión Financiera
YESNITH SUAREZ ARIZA	Auditor Líder	Evaluación Control y Mejoramiento
GLORIA AIDE GONZALEZ ALMARIO	Equipo Auditor	Evaluación Control y Mejoramiento
ROCIO ALEJANDRA CASTELLANOS ARIAS	Equipo Auditor	Direccionamiento Estratégico
JESUS GUTEMBERG MACEA ZAMBRANO	Auditor Líder	Gestión Legal
NATALY JOANNA CUBILLOS PINZON	Equipo Auditor	Direccionamiento Estratégico
CHISTIAN ANDRES DIAZ	Auditor Líder	Gestión Administrativa
PAULA ANDREA PINZON OSPINA	Equipo Auditor	Gestión Financiera
PATRICIA CUADRADO	Auditor Líder	Direccionamiento Estratégico
ANGIE CAROLINA PUERTO ROJAS	Equipo Auditor	Seguimiento y Evaluación
EDUARDO ANTONIO SANGUINETTI	Auditor Líder	Evaluación Control y Mejoramiento



NUBIA YANET SANCHEZ BUITRAGO	Equipo Auditor	Atención al Ciudadano
NESTOR ANDRES VELANDIA CARDOZO	Auditor Líder	Direccionamiento Estratégico
ROSANA VILLANUEVA DIAZ	Equipo Auditor	Direccionamiento Estratégico
DORIS FANNY SILVA BRICEÑO	Equipo Auditor	Gestión Tecnológica y de la Información
CLAUDIA PATRICIA VERGARA RUIZ	Auditor Líder	Direccionamiento Estratégico
SILVANA LORENA CHAVES PATIÑO	Equipo Auditor	Evaluación Control y Mejoramiento
LUIS FERNANDO CAJAMARCA URQUIJO	Equipo Auditor	Direccionamiento Estratégico
EDGAR GERARDO VASQUEZ MOLANO	Auditor Líder	Evaluación Control y Mejoramiento
JUDITH MOLINA VIDAL	Equipo Auditor	Gestión del Talento Humano
JOHN JAIRO ZUÑIGA SERNA	Equipo Auditor	Atención al Ciudadano
ALEX MAURICIO PALMA	Auditor Líder	Implementación
JULIAN ANDRES MADRID CABALLERO	Equipo Auditor	Gestión Tecnológica y de la Información
JULIANA RODRIGUEZ LOPEZ	Auditor Líder	Seguimiento y Evaluación
OSCAR DARIO MARTINEZ GONZALEZ	Equipo Auditor	Implementación
JENNY ALEXANDRA ACUÑA ORTIZ	Auditor Líder	Gestión Documental
HINA LUZ GARAVITO ROBLES	Equipo Auditor	Gestión Tecnológica y de la Información
GLORIA AIDE GONZALEZ ALMARIO	Equipo Auditor	Evaluación Control y Mejoramiento
ROCIO ALEJANDRA CASTELLANOS ARIAS	Equipo Auditor	Direccionamiento Estratégico
JESUS GUTEMBERG MACEA ZAMBRANO	Auditor Líder	Gestión Legal
NATALY JOANNA CUBILLOS PINZON	Equipo Auditor	Gestión Administrativa
CHISTIAN ANDRES DIAZ	Auditor Líder	Gestión Administrativa
PAULA ANDREA PINZON OSPINA	Equipo Auditor	Gestión Financiera
PATRICIA CUADRADO	Auditor Líder	Direccionamiento Estratégico
ANGIE CAROLINA PUERTO ROJAS	Equipo Auditor	Seguimiento y Evaluación



EDUARDO ANTONIO SANGUINETTI	Auditor Líder	Evaluación Control y Mejoramiento
NUBIA YANET SANCHEZ BUITRAGO	Equipo Auditor	Atención al Ciudadano
NESTOR ANDRES VELANDIA CARDOZO	Auditor Líder	Direccionamiento Estratégico
ROSANA VILLANUEVA DIAZ	Equipo Auditor	Direccionamiento Estratégico
DORIS FANNY SILVA BRICEÑO	Equipo Auditor	Gestión Tecnológica y de la Información
CLAUDIA PATRICIA VERGARA RUIZ	Auditor Líder	Direccionamiento Estratégico
SILVANA LORENA CHAVES PATIÑO	Equipo Auditor	Evaluación Control y Mejoramiento
LUIS FERNANDO CAJAMARCA URQUIJO	Equipo Auditor	Gestión Administrativa
EDGAR GERARDO VASQUEZ MOLANO	Auditor Líder	Evaluación Control y Mejoramiento
JUDITH MOLINA VIDAL	Equipo Auditor	Gestión del Talento Humano
JOHN JAIRO ZUÑIGA SERNA	Equipo Auditor	Atención al Ciudadano
ALEX MAURICIO PALMA	Auditor Líder	Implementación.
JULIAN ANDRES MADRID CABALLERO	Equipo Auditor	Gestión Tecnológica y de la Información
JULIANA RODRIGUEZ LOPEZ	Auditor Líder	Seguimiento y Evaluación
OSCAR DARIO MARTINEZ GONZALEZ	Equipo Auditor	Implementación
JENNY ALEXANDRA ACUÑA ORTIZ	Auditor Líder	Gestión Documental
HINA LUZ GARAVITO ROBLES	Equipo Auditor	Gestión Tecnológica y de la Información



CRONOGRAMA EJECUTADO

SEMANA 1 (Agosto 1 a Agosto 5 de 2016)

PROCESO	DIA					AUDITOR LIDER	EQUIPO AUDITOR 1	EQUIPO AUDITOR 2
	LUNES 01/08/2016	MARTES 02/08/2016	MIERCOLES 03/08/2016	JUEVES 04/08/2016	VIERNES 5/08/2016			
Gestión de Relaciones Externas					X	GLORIA AIDE GONZALEZ ALMARIO	SOFY LORENA ARENAS VERA	WBITER VANESSA BONILLA NAVIA

SEMANA 2 (Agosto 22 a Agosto 26 de 2016)

PROCESO	DIA					AUDITOR LIDER	EQUIPO AUDITOR 1	EQUIPO AUDITOR 2
	LUNES 22/08/2016	MARTES 23/08/2016	MIERCOLES 24/08/2016	JUEVES 25/08/2016	VIERNES 26/08/2016			
Gestión Administrativa		X				CLAUDIA XIMENA ABELLA FERNANDEZ	JAIME ALBERTO CORTES TEQUIA	
Apoyo Jurídico y Asesoría Legal		X				PATRICIA CUADRADO	ANGIE CAROLINA PUERTO ROJAS	
Diseño y Planeación			X			JENNY MORENO PASTAS	CLAUDIA PATRICIA POSADA SOLANO	ALEX HERNANDO BONILLA NIÑO
ACR - CUNDINAMARCA - BOYACÁ			X			JENNY ALEXANDRA ACUÑA ORTIZ	HINA LUZ GARAVITO ROBLES	
Gestión Legal				X		JESUS UTEMBERG MACEA ZAMBRANO	NATALY JOANNA CUBILLOS PINZON	
Atención al Ciudadano				X		CHRISTIAN ANDRES DIAZ	PAULA ANDREA PINZON OSPINA	
Gestión del Talento Humano				X		NESTOR ANDRES VELANDIA CARDOZO	ROSANA VILLANUEVA DIAZ	DORIS FANNY SILVA BRICEÑO
OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES				X		EDGAR GERARDO VASQUEZ MOLANO	JUDITH MOLINA VIDAL	JOHN JAIRO ZUÑIGA SERNA
Gestión Documental				X		ALEX MAURICIO PALMA	JULIAN ANDRES MADRID CABALLERO	
Gestión Tecnológica y de la Información				X		YERSON FABIAN DELGADILLO PAEZ	WILDER JAVIER GUERRERO MATTIA	
Gestión Financiera					X	JULIANA RODRIGUEZ LOPEZ	OSCAR DARIO MARTINEZ GONZALEZ	
Seguimiento y Evaluación					X	YESNITH SUAREZ ARIZA	GLORIA AIDE GONZALEZ ALMARIO	ROCIO ALEJANDRA CASTELLANOS ARIAS
Evaluación Control y Mejoramiento					X	PAULA VIVIANA OLAYA GONZALEZ	LEIDY VIVIANA GUTIÉRREZ GÓMEZ	

SEMANA 3 (Agosto 29 a Septiembre 2 de 2016)

PROCESO	DIA					AUDITOR LIDER	EQUIPO AUDITOR 1	EQUIPO AUDITOR 2
	LUNES 29/08/2016	MARTES 30/08/2016	MIERCOLES 31/08/2016	JUEVES 01/09/2016	VIERNES 02/09/2016			
Gestión de Adquisición de Bienes y Servicios			X			EDUARDO ANTONIO SANGUINETTI	NUBIA YANET SANCHEZ BUITRAGO	

SEMANA 4 (Septiembre 5 a Septiembre 9 de 2016)

PROCESO	DIA					AUDITOR LIDER	EQUIPO AUDITOR 1	EQUIPO AUDITOR 2
	LUNES 05/09/2016	MARTES 06/09/2016	MIERCOLES 07/09/2016	JUEVES 08/09/2016	VIERNES 09/09/2016			
ACR BOGOTA	X					CLAUDIA PATRICIA VERGARA RUIZ	SILVANA LORENA CHAVES PATIÑO	LUIS FERNANDO CAJAMARCA URQUJO
Implementación		X				MARTHA YANETH NIÑO	SANDRA MAYERLY AVENDAÑO BLANCO	
Direccionamiento Estratégico			X			ANA YANCY URBANO VELASCO	EDUARDO ANTONIO SANGUINETTI ROMERO	ANGIE CAROLINA VELASCO MARTINEZ





V. MARCO LEGAL

La evaluación sobre el cumplimiento de Los requisitos relacionados con el Sistema Integrado de Planeación y Gestión SIGER, se realizó atendiendo lo dispuesto en la siguiente normatividad:

- ✓ NTC GP1000:2009; MECI.
- ✓ Normograma (leyes, decretos, resoluciones y acuerdos)
- ✓ Caracterización y demás documentos del proceso publicado en el SIGER (procedimientos, instructivos, manuales, formatos y documentos externos).
- ✓ Eficacia de los planes de mejoramiento finalizados
- ✓ Plan Estratégico
- ✓ Plan de Acción y Plan Operativo, PQRSD.
- ✓ Mapa de Riesgos.
- ✓ Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
- ✓ Plan Anual de Adquisiciones.
- ✓ Tabla de Retención Documental.
- ✓ Ley 1712 de 2014 de Transparencia y Decretos reglamentarios.

VI. RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

A. CONSOLIDACION INFORMES DE AUDITORIAS POR PROCESO

AUD. 1615 GESTIÓN DE RELACIONES EXTERNAS

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
GLORIA AIDE GONZALEZ ALMARIO	Auditor Líder
SOFY LORENA ARENAS VERA	Equipo Auditor
WBITER VANESSA BONILLA NAVIA	Equipo Auditor

ASPECTOS CONFORMES:

- Adecuada implementación y seguimiento a la planeación del proceso.se evidencia el cumplimiento de lo planeado con las respectivas evidencias.
- El conocimiento por parte del líder y su equipo de trabajo, con respecto al comportamiento del proceso.
- Se destaca la organización en carpetas compartidas de las evidencias generadas de los diferentes escenarios de sensibilización de la política de reintegración.
- De otra parte, el conocimiento de los funcionarios entrevistados (Ana Carolina Noruega, Laura Bernardelli, Yessica Vargas y Dario Cabrera) con respecto al proceso en el que pertenecen, el objetivo del proceso y como le aporta su trabajo al cumplimiento del objetivo.



- Adecuada gestión de las PQRSD recepcionadas en el primer semestre de 2016, las cuales evidencian cumplimiento oportuno en el tiempo de respuesta, a través del SIGOB.

NO CONFORMIDADES:

- Se evidenció que no se está registrando en el Modulo de actores externos del SIR, los objetivos a desarrollar con los actores priorizados, incumpliendo lo establecido en el Procedimiento para realizar escenarios de sensibilización de la política de reintegración RE-P-01 actividad 3
- se evidenció el uso no intencionado de documentos obsoletos, en actas de reunión de los meses de mayo y junio de 2016, incumpliendo lo establecido en la NTC GP 1000, numeral 4.2.3 control de documentos literal g.

OBSERVACIONES:

N/A.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que los lineamientos establecidos por la DPR, como criterio para la priorización de actores externos, se realicen de manera formal (documento, correo, etc) con el fin de que cuando se realice revisión por la dirección se cuente con la respectiva justificación.
- Se recomienda contar con los registros de actividades del procedimiento de forma consolidada, toda vez que las personas se rotan en sus puestos de trabajo y el proceso queda. Con el fin de ubicar en forma ordenada las evidencias correspondientes de la gestión realizada.
- Se sugiere modificar el término "Comité de Coordinación ACR" en las acta de reunión, debido a que corresponde a una reunión de área, toda vez que el termino comité de coordinación pertenece a un comité institucional de la entidad. adicionalmente se sugiere modificar el mismo término en la acción 1 del mapa de riesgos de gestión llamado "Comité de Seguimiento del Grupo de Cooperación, Relaciones Internacionales y Alianzas Estratégicas", puesto que la nueva estructura de la ACR establecida en la Resolución 2152 del 25 de noviembre de 2015, dicho grupo no hace parte de la estructura de la entidad.

AUD. 16102 GESTIÓN ADMINISTRATIVA

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
CLAUDIA XIMENA ABELLA FERNANDEZ	Auditor Líder
JAIME ALBERTO CORTES TEQUIA	Equipo Auditor





ASPECTOS CONFORMES

- El equipo auditado mostró la mejor disposición en recibir la auditoría, la información solicitada estuvo siempre disponible y se presentó oportunamente.
- Se evidencia conocimiento y apropiación del SIGER. Se conocen los documentos estratégicos del sistema y hay sentido de pertenencia respecto de los objetivos, se tiene claro a qué objetivo de calidad apuntan los productos del proceso.
- Se evidenció organización, compromiso y responsabilidad por parte del equipo auditado, en el sentido de contar con los soportes correspondientes a cada actividad que realiza el proceso.
- Las actividades de seguimiento y medición del proceso, evidencian calificaciones objetivas que cuentas con los soportes correspondientes.

ASPECTOS NO CONFORMES

- No conformidad potencial. Se evidencia la materialización del riesgo -Pérdida de bienes de la Entidad, dado que se evidencia la ocurrencia de un hurto de equipo tecnológico a la funcionaria Maria Lisidia Legizamón. El proceso debe evaluar la pertinencia de los controles y acciones establecidos.
- Incumplimiento del control de registros dado que al revisar la versión vigente y publicada de la caracterización del proceso se evidencia que se encuentra en un formato obsoleto y desactualizada en su contenido respecto a los responsables del proceso (aun aparece el Subdirector administrativo y financiero) cargo que dejó de existir a partir de la expedición de la resolución 2152 de 25 de noviembre de 2015. Incumpliendo lo establecido en el numeral 4.2.3 Control de documentos, de la NTC GP 1000:2009.
- Incumplimiento del control de registros por cuanto no se pudo evidenciar la existencia del árbol telefónico por dependencia, incumpliendo lo definido en el Manual de seguridad preventiva, numeral 4.2.1.2. y numeral 5.1 -Seguridad Preventiva para las actividades rutinarias y extraordinarias desarrolladas por funcionarios y contratistas de la ACR-. Incumpliendo lo establecido en el numeral 4.2.3 control de documentos de la NTC GP 1000:2009.
- Incumplimiento del control de registros, por cuanto no se evidencia el formato -GA-F-17 Actualización y toma física de inventarios-requerido en la actividad No. 6 del procedimiento para dar de baja por la modalidad de transferencia a título gratuito a otras Entidades públicas (donaciones). Lo anterior se evidenció al realizar toma aleatoria de la donación por medio de la cual se transfieren determinados bienes muebles de propiedad de la ACR a título gratuito a la Entidad Estatal -Subred integrada de servicios de salud sur E.S.E- formalizada mediante la resolución No. 1043 de 2015. Incumplimiento del numeral 4.2.4 Control de registros de la NTC GP 1000:2009.

OBSERVACIONES

- Los servicios generales se suministran a la Entidad a través de 11 contratos de proveedores a nivel nacional. La gestión de pago opera centralizada en el nivel central por medio de retroalimentación recibida por parte de los profesionales operativos de los grupos territoriales y puntos de atención. Este procedimiento opera de manera conforme. Actualmente existe un procedimiento que se encuentra en trámite de aprobación.





- Las políticas de seguridad preventiva, establecidas en el Manual de seguridad preventiva, se han socializado a través de visitas a los GT/PA, videoconferencias, mensaje de somos. Se tiene planificada una capacitación dirigida a todos los colaboradores de la Entidad.
- 3. Se evidencia un control eficiente de los inventarios de la Entidad, Se tomó muestra aleatoria del inventario del funcionario Tito Peralta, en la que se evidencia dos ejercicios de registro de inventario el primero incompleto sin firma de fecha 7 y 11 de julio de 2016 y el segundo completo listo para firma de fecha 23 de agosto de 2016, igualmente se elige aleatoriamente el registro de inventario de la funcionaria Adriana Castaño del Grupo territorial Antioquia - Chocó, quien cuenta con los soportes correspondientes al trámite de legalización de inventario, actualmente se encuentra en firmas finales por parte del Grupo territorial.
- Se observa que en el reporte del 4T del POA 2015, del indicador - Estrategia uso eficiente del papel-, se observa que pese al reporte de cumplimiento del 40%, referenciando la expedición de la resolución del plan ambiental, no se evidencia que existiera un documento de Estrategia para realizar la implementación de la misma. Es decir el soporte de la medición del indicador no coincide con el producto y meta asociado al mismo.
- Se observa al indagar sobre la metodología de identificación de necesidades administrativas, se puede constatar que existen mecanismos como las encuestas y la consulta por correo electrónico, sin embargo se evidencia que no existe un procedimiento documentado, que permita establecer las actividades y los responsables para la identificación de necesidades administrativas según el caso.
- Al revisar el mapa de riesgos vigente se pudo observar que el riesgo -Inconsistencias en la información por la aplicación incorrecta de los procedimientos-, es latente toda vez que lo definido en el numeral 8.6 - Actualización de inventario físico- del -Manual para el manejo y control administrativo de los bienes de propiedad de la Entidad- no está acorde a lo establecido en el numeral 26 del Régimen de contabilidad pública de 2008, en lo correspondiente al conteo físico de inventarios. El equipo auditor agradece, la disposición y compromiso del equipo auditado con respecto al proceso de auditoría.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda revisar la documentación vigente del proceso, de tal forma que su aplicación se adapte a las necesidades del mismo y den cumplimiento a la normatividad que lo rige.
- Revisar la pertinencia de documentar algunos procedimientos que no tienen aún, ejemplo: procedimiento que permita establecer las actividades y los responsables para la identificación de necesidades administrativas según el caso.
- Revisar y actualizar el mapa de riesgos del proceso de tal forma que se adapte a las condiciones actuales del mismo.



AUD. 1622 APOYO JURÍDICO Y ASESORÍA LEGAL

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
PATRICIA CUADRADO	Auditor Líder
ANGIE CAROLINA PUERTO ROJAS	Equipo Auditor

ASPECTOS CONFORMES

N/A

NO CONFORMIDADES

- El mapa de riesgos del proceso de la vigencia 2016, no tiene registro en el Sistema de Información administrador SIGER, el seguimiento del mes de mayo de las acciones de tratamiento de los riesgos de acuerdo a los lineamientos de la política de administración del riesgo incumpliendo el numeral 5.3 de la norma NTCGP100:2009 y del elemento Administración del Riesgo del MECI.
- La acción .Definir el plan de acción de las directrices de política de prevención de daño antijurídico, que hace parte del mapa de riesgos del proceso tiene como fecha de terminación el 31 de mayo de 2016, no se evidencio la realización de la acción a la fecha establecida, incumpliendo el literal f .. implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua.
- No Conformidad Potencial: Revisar la posibilidad de controlar el documento Política de Prevención de Daño Antijurídico y Defensa Jurídica de ACR, teniendo en cuenta que este documento define los lineamientos que se deben cumplir de acuerdo a la normatividad que lo exige. En el caso de no llegarse a cumplir podría materializarse el riesgo identificado en corrupción. Se tiene llamando el formato AJ-F-19 el cual no existe dentro de la lista de control documental

OBSERVACIONES

- La auditoría fue atendida por la persona que está en encargo del proceso por motivo de vacaciones del dueño del proceso
- El proceso ha tenido en cuenta las auditorías realizadas anteriormente, las acciones se encuentran implementadas, en función de mejora continua



Angie



- El desarrollo de la auditoría fue realizada de acuerdo con las fechas establecidas en el plan de auditoría aprobado por el responsable del proceso. Una vez aprobada el acta de cierre por el Sistemas de Información Administrador SIGER, se recibe un comentario por el Responsable del Proceso e, para ello se hace la aclaración que dicho comentario no es correcto, por cuanto el mapa de riesgos de corrupción fue aprobado con todos los componentes descritos en el mapa por el responsable del Proceso, sin ninguna objeción en su momento.

RECOMENDACIONES

- Oportunidad de mejora NTCGP100:2009 Numeral 4.2.1 literal d Numeral 8.5.1
- Analizar la posibilidad de unificar las base de datos de las actividades de control para el procedimiento AJ-P-06, esto facilitando la minimización de error humano y la eficiencia en el tiempo de gestión del procedimiento.
- Oportunidad de mejora NTCGP100:2009 Numeral 8.5.1 Revisar la posibilidad de delimitar el objetivo del procedimiento AJ-P-09 para que quede claro que únicamente se utilizará el formato AJ-F-07 para aquellas resoluciones expedidas por parte del Director General que están relacionadas directamente con cambios en el proceso de reintegración

AUD. 1617 DISEÑO Y PLANEACIÓN

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
JENNY MORENO PASTAS	Auditor Lider
CLAUDIA PATRICIA POSADA SOLANO	Equipo Auditor
ALEX HERNANDO BONILLA NIÑO	Equipo Auditor

ASPECTOS CONFORMES

Dentro del ejercicio de auditoría de calidad practicada al proceso de Diseño y Planeación se identificaron adecuados procesos de atención y respuesta a las PQRS-D de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Manual del Sistema PQRS-D, V3 del 26/11/2015.

NO CONFORMIDADES

- NCR: No se está dando cumplimiento al Manual de Operación del Proceso de Diseño y Planeación, DP-M-01 V1 del 05/09/2014, como se evidenció para los siguientes aspectos:



- La totalidad de las versiones digitales de los diseños y desarrollos no están numeradas de manera secuencial y con la fecha de actualización, como se observó en los documentos de avance presentados respecto al documento SUPERACIÓN DE LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE LA POBLACIÓN EN PROCESO DE REINTEGRACIÓN - Identificación de factores de riesgo y capacidades, acorde con lo establecido en el numeral 5.6 del Manual de Operación.
- Dado que no se cuenta con el documento de Plan de Trabajo para los diseños e investigaciones desarrolladas, no se evidenció la revisión y verificación adelantada a efectos de validar que los resultados del diseño y desarrollo cumplieran los requisitos establecidos en el mismo, de acuerdo con los requisitos establecidos en los numerales 5.3 y 5.4 del Manual de Operación.
- No se evidenció la implementación de acciones establecidas para la Planificación de la Realización del Producto o Prestación del Servicio, en los términos establecidos en el numeral 5.7 del Manual de Operación.
- Lo anterior no permite evidenciar la planificación y control de la entidad frente al diseño del servicio prestado, incumpliendo el numeral 7.3 Diseño y Desarrollo de la NTC GP1000:2009.
- NCR: No se cumplió con las metas del Plan Operativo 2015 como se evidenció en los indicadores Nivel de avance en la construcción del documento de lineamientos metodológicos para atención diferencial en sus componentes de discapacidad, género, etnias y desvinculados elaborados, específicamente en el componente de etnias (meta dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, Todos por un nuevo país) y Nivel de avance en la reformulación de los documentos de Enfoque y Dimensiones de la ruta de reintegración, ni con la meta del Plan Operativo 2016 como se evidenció en el indicador Documento guía de entrenamiento a profesionales misionales de GT y PA, (Ruta de Reintegración, Estrategia Multimodal en Salud Mental y Procesos Operativos), incumpliendo lo establecido en el numeral 4.1, literal f de la NTC GP1000:2009.

En relación con el indicador del Plan Operativo 2016, de acuerdo con los requerimientos de la Dirección Programática de Reintegración se modificó el alcance y plazo de ejecución de este producto, modificación que no se ve reflejada en el POA 2016.

- NCR: La Oportunidad de Mejora No. 6 del Plan de Mejoramiento de 2015 no fue eficaz, como se evidenció en el seguimiento que se realiza a los indicadores Documentos entregados conceptualización sobre vulnerabilidad y riesgos, Número de documentos entregados de conceptualización sobre retroalimentación de la implementación de los componentes del enfoque diferencial y Número de Documentos entregados sobre acciones a trabajar en el ejercicio autónomo del Ciudadano del Plan Operativo 2016, donde persiste la falta de coherencia entre los productos, el indicador, la meta y las evidencias que soportan su cumplimiento, incumpliendo lo establecido en el numeral 8.5.3 de la NTC GP1000:2009.
- NCR: No están claramente definidos y no se están aplicando los controles y acciones para gestionar los riesgos del proceso, como se evidenció en la aplicación de control Guía para la construcción de planes de trabajo del riesgo No. 1, la cual no existe; el control Manual de Funciones del Grupo de Diseño del riesgo No. 2, que no es coherente con el riesgo identificado; la acción Proyectar estrategias de Diseño y Planificación por escenarios del riesgo No. 2, que no está implementada; y la acción Implementar Plan de Trabajo con los integrantes del grupo de diseño ajustado al manual de proceso del grupo y al manual de

Handwritten signature



operaciones del riesgo No. 3, que está parcialmente implementada, incumpliendo el numeral 4.1, literal g de la NTC GP1000:2009.

- NCP: En relación con el indicador de proceso Nivel de pertinencia de los diseños se observa que no se cuenta con una metodología clara para el cálculo de dicho indicador, toda vez que se sustenta en el desarrollo de actividades de socialización y revisión de los diseños por parte de la DPR y GT, así como encuestas de recolección de información aplicadas a PR y PPR, situación que podría afectar el cumplimiento de los atributos que deben reflejar los indicadores, de acuerdo con lo establecido en el Manual para el Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional, DE-M-03, V1 del 30/12/2013, numeral 5.4. Construcción de los indicadores, literal b. Cualidades generales de un indicador.

OBSERVACIONES

N/A.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere ajustar la caracterización del Proceso de Diseño y Planeación y su presentación en el Mapa de Procesos de la Entidad, teniendo en cuenta que se graficó como un proceso misional que presta servicios directamente a los clientes finales (PPR, sus familias y la comunidad), lo que demandaría una caracterización del servicio que presta; el diseño, planificación y ejecución de esa prestación del servicio; así como la medición del nivel de satisfacción del cliente externo frente al cumplimiento de sus requisitos y expectativas, acorde con lo establecido en el numeral 8.2.1 de la NTC GP1000:2009, situación que no se ajusta a la realidad de la operación del proceso.
- Teniendo en cuenta que el proceso adelanta diferentes actividades de socialización y validación de los diseños con la Dirección Programática, Grupos Territoriales y PPR, tales como jornadas de socialización, reuniones de revisión de avances, encuestas a los PR y PPR, grupos focales, entre otros, se recomienda consolidar los resultados de estas validaciones en un solo documento a fin de evidenciar los ajustes implementados a partir de las mismas. Se sugiere establecer un formato o documento de apoyo para la documentación de las solicitudes de diseños y desarrollos, así como un formato para el Plan de Trabajo, a efectos de validar que cuenten con la información mínima establecida en el Manual de Operación del Proceso de Diseño y Planeación.
- Se recomienda indicar en el Manual de Operación del Proceso de Diseño y Planeación cuál es su alcance frente a los desarrollos realizados por entes externos, a efectos de garantizar y documentar el seguimiento y control efectuado por la Entidad respecto a la identificación de necesidades, la definición de requisitos del diseño, el control de cambios en su desarrollo, la validación de resultados frente a las necesidades y requisitos previamente establecidos, así como frente a los usuarios y clientes finales.
- Se recomienda evaluar el proceso completo incluyendo las diferentes áreas o dependencias que participen en las etapas del diseño (planeación, desarrollo, revisión, verificación y validación) para incluir los riesgos relacionados con las modificaciones en la normatividad, contexto interno y externo que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos y metas del proceso, con el fin de establecer controles y acciones que permitan su gestión.



Con base en lo anterior, una vez ajustado el mapa de riesgos se debe realizar un monitoreo periódico para evaluar la eficacia de los controles y acciones implementadas, así como validar si se han materializado o no los riesgos identificados.

- Se recomienda documentar las acciones que se implementen desde el proceso de Diseño y Planeación, con base en los resultados de las encuestas de percepción, teniendo en cuenta que a partir del análisis de los resultados es posible identificar necesidades y/o expectativas de los clientes, o modificaciones en las mismas que requieren atención por parte de la Entidad, es decir, que demanden desarrollos o modificaciones a los lineamientos conceptuales y/o metodológicos para su implementación por parte de los Grupos Territoriales, quienes prestan directamente el servicio.
- Se recomienda solicitar capacitación respecto al procedimiento de Producto o Servicios No Conforme, IR-P-10, V1 del 20/11/2014 a efectos de su implementación, así como apoyar la revisión de la Matriz de Producto o Servicio No Conforme, teniendo en cuenta que el proceso de Diseño y Planeación es el encargado de establecer los lineamientos conceptuales y metodológicos para la prestación del servicio a las PPR y sus familias.
- Teniendo en cuenta que la Tabla de Retención Documental publicada en el SIGER para el proceso de Diseño y Planeación solamente reporta las actas de reunión y listados de asistencia, se recomienda revisar con Gestión Documental los lineamientos para la identificación, ubicación y disposición final de los documentos electrónicos que se obtienen en cumplimiento del objetivo y metas del proceso (Plan Acción Institucional, Planes Operativos, Indicadores de Proceso), así como en el desarrollo de los diseños (documentos de revisión bibliográfica y normativa, avances de diseños, documentos finales no publicados en el SIGER), acorde con lo establecido en el artículo No. 2 del Acuerdo No. 004 de 2013, expedido por el Archivo General de la Nación – AGN y la Circular Externa No. 003 de 2015, a efectos de garantizar su ubicación, identificación y recuperación, acorde con lo establecido en el numeral 4.2.4 Control de Registros de la NTC GP1000:2009.
- Se recomienda actualizar el documento de caracterización del proceso, acorde con la reestructuración de la Entidad.
- En relación con la planeación del proceso, se recomienda verificar la coherencia entre las actividades, productos, indicadores, metas y los soportes a través de los cuales sustentará su cumplimiento, a efectos de facilitar el seguimiento objetivo a de los resultados esperados del proceso.

Se sugiere documentar en el SIGER las acciones de mejora que implementa el proceso por autocontrol en articulación con la Subdirección Territorial y de Seguimiento, a efectos de documentar el mejoramiento continuo del proceso y la prestación del servicio por parte la Entidad.



AUD-1676 ACR - CUNDINAMARCA - BOYACÁ

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
JENNY ALEXANDRA ACUÑA ORTIZ	Auditor Líder
HINA LUZ GARAVITO ROBLES	Equipo Auditor

ASPECTOS CONFORMES

Dentro del ejercicio de auditoría practicada al proceso de Implementación del Grupo Territorial Cundinamarca Boyacá se encontraron las siguientes conformidades:

- El conocimiento por parte del líder y su equipo de trabajo, con respecto a los servicios prestados por el proceso y el Grupo Territorial.
- Adecuada gestión de las PQRSD recepcionadas en el primer semestre de 2016, las cuales evidencian cumplimiento oportuno en el tiempo de respuesta, a través del SIGOB.

NO CONFORMIDADES

- El Proceso de Implementación no realiza retroalimentación del SIGER con los Grupos Territoriales y Puntos de Atención, como se evidenció en el Grupo territorial Cundinamarca – Boyacá, donde se identificó que no tienen claridad sobre el proceso en el cual trabajan, existe desconocimiento sobre el funcionamiento del Sistema de Calidad de la Entidad, no se identifica que exista conocimiento de cómo se debe aplicar la normatividad de gestión documental, clasificación y Publicación de información, evaluación de satisfacción del cliente, tratamiento del servicio no conforme; evidenciando la no existencia de procedimientos eficaces de entrenamiento y comunicación apropiados dentro del Proceso; incumpliendo con los establecido en el MECI: numeral 3. Información y comunicación Interna y lo establecido en la NTGP1000:2009, numeral 5.5.
- Se evidencio que no se aplica de manera adecuada la clasificación y disposición del servicio no conforme contraviniendo lo establecido en la NTGP1000:2009, numeral 8.3 el cual indica que la Entidad Asegurar la oportuna detección, clasificación y disposición del producto o servicio no Conforme y mantener los registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluidas las concesiones que se hayan obtenido.



OBSERVACIONES

- Los entrevistados identifican claramente la Ruta de Reintegración y su interacción con los demás procesos de la Entidad, adicionalmente se evidencia conocimiento y compromiso los objetivos del SIGER. Se debe garantizar el conocimiento del proceso en cada uno de los actores, así como al total de los colaboradores de la Entidad.

RECOMENDACIONES

- La Entidad debe darle prioridad a la organización de entrenamientos, sensibilizaciones y demás actividades institucionales para lograr la actualización de los servidores y funcionarios en el Sistema Integrado de Gestión, garantizando la adquisición del conocimiento.
- Se recomienda realizar un ejercicio de planeación acorde a la realidad del proceso, teniendo en cuenta la gestión del plan operativo 2016.

AUD. 1620 GESTIÓN LEGAL

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
JESUS UTEMBERG MACEA ZAMBRANO	Auditor Líder
NATALY JOANNA CUBILLOS PINZON	Equipo Auditor

ASPECTOS CONFORMES

N/A

NO CONFORMIDADES

- La Subdirección de Gestión Legal, incumplió los términos establecidos para dar respuesta a las solicitudes de información y peticiones entre autoridades, como se evidenció en una de las comunicaciones de la muestra seleccionada y que corresponde a la comunicación radicada con SIGOB EXT15013867 del 9 de octubre de 2015; a la cual se le dio respuesta a los 20 días hábiles, incumpliendo lo establecido en la Artículo 14 de la Ley 1755 de 2015, numeral 4 literal c del Manual del Sistema de



Peticiones, PQRSD (ACM01) fecha 2015/11/26 Versión V3, Artículo 7 de la Resolución 1893 de 2015; y Numeral 7.2.3. literal c de la NTCGP1000:2009

OBSERVACIONES

- Respecto al indicador Porcentaje de solicitudes de Beneficios Jurídicos remitidos a las autoridades competentes en el marco de la Ley 1424 de 2010, se sugiere que se reformule la forma en que se determina el cumplimiento de este indicador con el fin que pase de ser un indicador de eficacia a un indicador de efectividad, es decir que mida los resultados del proceso y que contribuya a la toma de decisiones oportunas. 2. Se sugiere documentar en el SIGER las acciones de mejora que implementen en el proceso, producto del autocontrol que realizan. 3. Verificado el reporte del avance en el seguimiento del Mapa de Riesgos del proceso de Gestión Legal disponible en el SIGER, se evidenció que en el mes Julio de 2016, se ingresó al sistema reportando el correspondiente avance y evidencias sin embargo, no se radicó en el sistema quedando solamente guardado, por lo que se recomienda radicar cada reporte para que aparezca en el seguimiento de los riesgos. 4. Una vez revisado el Mapa de Riesgos de Gestión del Proceso de Gestión legal, en relación a la materialización del riesgo, no adoptar las decisiones administrativas oportunamente, el líder de proceso indica que en relación a los procesos administrativos sancionatorios si no se logra tomar decisión en los 30 días establecidos en el CPACA (Ley 1437 de 2011), no hay ninguna consecuencia jurídica, toda vez que el artículo 52 de la citada norma dispone que se cuenta con 3 años a partir de la cesación de la infracción, cuyo término se cuenta dependiendo la situación particular de cada caso y si se trata de conducta instantánea o continuada.

RECOMENDACIONES

N/A

AUD. 1621 ATENCIÓN AL CIUDADANO

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
CHISTIAN ANDRES DIAZ	Auditor Líder
PAULA ANDREA PINZON OSPINA	Equipo Auditor

ASPECTOS CONFORMES

- Tienen claridad en la alineación entre proceso y los objetivos de la alineación estratégica Realizan la revisión del buzón de sugerencias de manera permanente.



NO CONFORMIDADES

- Realizada la Auditoria del proceso de Atención al Ciudadano se identifica que el proceso no está realizando el control de registros respectivo, evidenciado en los siguientes aspectos:
 1. El Producto denominado Plan de Atención al Ciudadano no es el mismo que está publicado en el SIGER, ya que se denomina Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
 2. En el Mapa de Riesgos del proceso en la mayoría de acciones el responsable que aparece referenciado ya no hace parte del proceso de Atención al Ciudadano.
 3. Diferencias en la información cuantitativa entre la Base de datos de Excel y los informes de PQRSD publicados en el SIGER, en las fechas de corte de la Auditoria para la vigencia 2016.
 4. Los informes de PQRSD según el Manual de Atención al Ciudadano deben con una información mínima la cual no se ve reflejada en los informes publicados en la Página WEB en su totalidad.
 5. Los correos de Seguimiento a PQRSD según el Manual de atención al Ciudadano se deben hacer mínimo con 5 días de anticipación, sin embargo se solicitaron las evidencias de los meses de junio y Marzo y no fue posible contar con la totalidad de los mismos.
- Realizada la Auditoria del proceso de Atención al Ciudadano se identifica que el proceso no está realizando el control de documentos respectivo, evidenciado que el NormogramaV3 el proceso de Atención al Ciudadano se identifica que no se encuentra actualizado a la fecha del corte de la Auditoria. Por lo anterior, se está incumpliendo la NTCGP:1000 numeral 4.2.3 Control de Documentos.
- Realizada la Auditoria del proceso de Atención al Ciudadano se identifica que el proceso no está cumpliendo con lo establecido en el Manual de Atención al Ciudadano, evidenciado en un caso de PPR revisado aleatoriamente que a pesar de que se responde dentro de los tiempos de ley, no se cierra a tiempo en el sistema SIR y dejando el caso reportado como incumplido. Lo anterior incumpliendo lo establecido en el Manual de Atención al Ciudadano numeral 5.2 Respuesta y Cierre a las PQRSD

Todo lo anterior, Por lo anterior, se está incumpliendo la NTCGP:1000 numeral 4.2.4 Control de Registros.

OBSERVACIONES

- **Observación No.1:** Revisado el mapa de Riesgos de Atención al Ciudadano 2016 y revisados los soportes a las acciones descritas en el mismo, el equipo Auditor determino que una de las acciones la No.4, la cual hace referencia a Participar en el desarrollo de un repositorio único de información de PQRSD para la entidad, y de la cual la Líder del proceso nos aportó evidencias de las reuniones desarrolladas para avanzar en el tema en la vigencia 2015, reconoce que es una acción que no va a tener un resultado concreto, debido a las limitaciones tecnológicas que tiene la Entidad respecto a la finalización de la acción. Así las cosas, se sugiere actualizar el mapa de riesgos reflejando una acción que realmente pueda mitigar los riesgos asociados a la misma.



- **Observación No. 2:** La Coordinadora del Grupo de Atención al ciudadano, manifiesta que la verificación de toda la información plasmada en cada uno de los registros a Nivel Nacional en la Base de Datos PQRS de Excel, debe tener el autocontrol y responsabilidad de lo que se está remitiendo a Nivel Central. El Equipo Auditor considera que es una actividad importante de consolidación manual que implica riesgo en la veracidad de la información debido al fallo humano y esto pueden generar errores como los que se observaron en la consistencia de la información de la Base de Datos PQRS de Excel, situación que implica que el proceso de Atención al Ciudadano implemente mecanismos de control aleatorios a fin de minimizar los errores de la información remitida por los servidores públicos encargados.
- **Oportunidad de Mejora:** Para el 2016 la Coordinadora del Grupo de Atención al Ciudadano nos manifiesta que las dependencias que manejan más volumen de PQRS, no están implementado los planes de Mejora que deben establecerse para eliminar las causas generadoras de incumplimientos de las PQRS.

Se sugiere escalar este tema a los Comités de Coordinación correspondientes para que se tomen las medidas respecto a los planes de mejoramiento que garanticen que se tomen las acciones para eliminar dichas causas y así mismo poner en conocimiento de la Oficina de Control Interno Disciplinario y de Gestión los casos vencidos de PQRS a fin que se tomen las medidas legales a que haya lugar.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que se establezca un procedimiento para la notificación de las normas a las dependencias de la Entidad que tengan relación con cada una, en cabeza de las dependencias que tengan la competencia legal en la Entidad y que afecten los procesos.
- Se recomienda solicitar Roles al Líder del Proceso de Atención al Ciudadano que permitan consultas generales para los usuarios SIR y SIGOB a fin de poder realizar seguimientos en caso que no estén presentes los funcionarios que apoyan la gestión.

AUD. 1624 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
NESTOR ANDRES VELANDIA CARDOZO	Auditor Líder
ROSANA VILLANUEVA DIAZ	Equipo Auditor
DORIS FANNY SILVA BRICEÑO	Equipo Auditor



ASPECTOS CONFORMES

- El equipo auditado mostró la mejor disposición en recibir la auditoría, la información solicitada estuvo siempre disponible y se presentó oportunamente.
- Se evidencia conocimiento y apropiación del SIGER. Se conocen los documentos estratégicos del sistema y hay sentido de pertenencia respecto de los objetivos, se tiene claro a qué objetivo de calidad apuntan los productos del proceso.
- Se evidenció organización, compromiso y responsabilidad por parte del equipo auditado, en el sentido de contar con los soportes correspondientes a cada actividad que realiza el proceso.
- Se evidencia una mejora continua en la gestión del proceso, lo cual muestra eficiencia en el sistema de gestión para el proceso de Gestión del Talento Humano.

NO CONFORMIDADES

- El proceso no realiza un correcto control de registros (Numeral 4.2.4 de la NTC GP1000), tal como se evidenció en las siguientes ocasiones:
 - Existencia de dos registros en la carpeta Serie Programas, Subserie: Programa de Bienestar Social e Incentivos, fólíos 3 y 5, donde se han alterado los títulos del formato TH-F-15.
 - Al verificar la carpeta de historia laboral de Leidy Johanna Vasquez Corredor y No se evidencia el envío del correo de agradecimiento por participar en el proceso de selección y vinculación de personal descrito en la actividad 9 del procedimiento correspondiente (TH-P-11)
- Se evidencia que no está actualizada la información de los funcionarios de acuerdo a lo requerido por la citada ley en el enlace correspondiente al Directorio de Funcionarios.

OBSERVACIONES

- Se evidenció un gran compromiso y apropiación del sistema por parte del dueño del proceso y de los coordinadores de los grupos del proceso, mostrando un avance frente a la auditoría de la vigencia pasada.
- Se evidenció innovación en los esquemas de socialización de información y lineamientos producidos desde el proceso buscando generar el mejor impacto en la población objeto de los mismos.
- Adicionalmente se evidenciaron las siguientes oportunidades de mejora para el proceso:
 1. Actualizar Formato Lista de Asistencia (THF04) cumpliendo políticas de protección de datos y garantizando que las dependencias se encuentren actualizadas de acuerdo a la resolución de grupos actual.
 2. En el procedimiento de selección y vinculación no se identifican las actividades puntuales a realizar para vinculación de personas en Libre Nombramiento.
 3. Atender las indicaciones de registro mensual de la gestión de riesgos de acuerdo a los lineamientos impartidos y no de manera trimestral como se ha venido realizando.
 4. Se evidenciaron varias carpetas de historias laborales en las cuales no se realiza el proceso de foliación correspondiente.



5. Actualizar el formato en la carpeta Programas de Bienestar Social e Incentivos, ya que está mostrando 119 folios, sin embargo hay 8 hojas sin foliar.

RECOMENDACIONES

Como fruto de la auditoría se generan, además de las observaciones descritas en el numeral anterior, las siguientes recomendaciones para el proceso:

- Realizar un control más estricto sobre los registros y la administración de los mismos, incluyendo en esto la foliación, archivo e integridad de los registros físicos.
- Revisar los procedimientos documentados en el proceso y realizar las actualizaciones correspondientes de acuerdo a la gestión actual del proceso, tal como se evidenció en la observación 2 (Sección anterior en este informe).
- No guardar formatos en medios digitales, pues se puede incurrir en el uso de formatos obsoletos al no realizar la consulta en el sistema establecido para tal fin.

AUD. 1632 OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
EDGAR GERARDO VASQUEZ MOLANO	Auditor Líder
JUDITH MOLINA VIDAL	Equipo Auditor
JOHN JAIRO ZUÑIGA SERNA	Equipo Auditor

ASPECTOS CONFORMES

N/A

NO CONFORMIDADES

- Una vez realizada la auditoria de calidad al proceso Gestión de Comunicaciones se pudo evidenciar lo siguiente:
 - Incumplimiento al procedimiento para el trámite de solicitudes de servicio de comunicaciones Cód. CO-P-01 V.1 e Incumplimiento en el Manual de Operación Proceso de Gestión de Comunicaciones Cód. CO-M-01 V.3. También se evidencio la existencia de carpeta electrónica de las solicitudes de servicio de comunicaciones incumpliendo lo establecido en las especificaciones detalladas en el procedimiento.



- La PQRSD EXT16-009715 fue respondida extemporáneamente, la PQRSD- DANIEL MONTEALEGRE recibida a través de canal virtual, no se radicó por SIGOB y su respuesta fue extemporánea, incumpliendo lo establecido en el artículo 14 de la ley 1437 de 2011, modificado por el artículo 1 de la ley 1755 de 2015 y el Manual del Sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias - PQRSD relacionado con los términos de respuesta.

- No se pudo evidenciar la utilización del Formato Autorización de Uso, Reproducción, Cesión de Derechos de Autor de Propia Imagen y Otros- Adultos CODIGO: CO-F-03, en el video: JEISON PASO DE COMPONER EN LA GUERRILLA A CANTAR EN LA LEGALIDAD, como también las imágenes utilizadas de las PPRS en el libro Reintegración en Colombia, Pasos hacia la reconciliación - Crónicas, contraviniendo lo estipulado en el Manual de Operación Proceso de Gestión de Comunicaciones Numeral 5.4 y 5.4.1. y el 5.6.2.

- El riesgo Desinformación sobre la política de Reintegración Social y Económica (PRSE) en la sociedad en general, la evaluación del Riesgo se encuentra en Zona de Riesgo Extrema, el seguimiento no se realiza de forma mensual incumpliendo el Manual de Gestión del Riesgo en el numeral 5.9 Políticas de Administración del Riesgo.

- En el plan de mejoramiento de la auditoria de calidad AUD - 1540 DE 2015, la actividad: Se realizará revisión trimestral al normograma en caso de que se necesite una nueva actualización y ésta se publicará en el SIGER no se está cumpliendo, contraviniendo los numerales 4.2.3 literal f).
- No se evidenciaron en el SIGER los siguientes documentos: MATRIZ PLAN DE COMUNICACIONES, MATRIZ MEDIOS DE COMUNICACIÓN, Contraviniendo la NTCGP-1000 Numeral 4.2.1 literales c y d.
- No se evidencio el plan de comunicaciones internas aprobado, contraviniendo la NTCG - 1000 numeral 4.2.3 literal b.
- En la caracterización se definió un producto de comunicación alternativa (comics o basado en comics). Los cuales no se evidenciaron como se estableció en dicha caracterización, incumpliendo la NTCGP1000 NUMERAL 4.2.3 literal b

OBSERVACIONES

N/A

RECOMENDACIONES

- Se recomienda revisar los requisitos de la ley 1712 de 2014 que son responsabilidad del proceso Gestión de Comunicaciones
- Se recomienda revisar los requisitos establecidos en la ley 1072 de 2015 que a partir del año 2017 aplicaran al proceso Gestión de Comunicaciones

Se recomienda dar cumplimiento a las metas programadas en el Plan Operativo



AUD. 1634 GESTIÓN DOCUMENTAL

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
ALEX MAURICIO PALIMA	Auditor Líder
JULIAN ANDRES MADRID CABALLERO	Equipo Auditor

ASPECTOS CONFORMES

N/A

NO CONFORMIDADES

- No se realiza monitoreo y revisión de los riesgos del proceso clasificados en “Zona de Riesgo Extrema”, tal como se evidenció en el seguimiento realizado en el SIGER, donde se identificó que no se han actualizado mensualmente; Incumpliendo lo establecido en el Manual de Gestión del Riesgo – DE-M-02 versión 02, numeral 5.9

OBSERVACIONES

N/A

RECOMENDACIONES

- Es importante resaltar la importancia de las capacitaciones y/o entrenamientos que se desarrollan por parte del Proceso, para con sus equipos en región, así como para el Nivel Central, sin embargo, se recomienda fortalecer este aspecto, sobre todo para el nivel Central en todo relacionado con la Gestión Documental.
- Es importante que dentro del ejercicio de construcción de indicadores para la vigencia 2017, se determine la pertinencia de definir indicadores de eficiencia y efectividad para el proceso en coherencia con el objetivo actual del proceso de Gestión Documental.
- Se recomienda documentar en el SIGER (planes de mejoramiento por autocontrol), las mejoras realizadas por revisiones internas al proceso, con el fin de garantizar que la gestión adelantada por autocontrol del proceso quede documentada.



- Se recomienda realizar el ejercicio de planeación presupuestal y contractual para la vigencia 2017, basado en el comportamiento real e histórico de las actividades, con el fin de garantizar que la ejecución del recurso asignado en la siguiente vigencia se realice de acuerdo con lo planeado en los instrumentos de planeación presupuestal y contractual (Plan de Adquisiciones y Acuerdo de Desempeño).

AUD. 1634 GESTIÓN DOCUMENTAL

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
ALEX MAURICIO PALIMA	Auditor Líder
JULIAN ANDRES MADRID CABALLERO	Equipo Auditor

ASPECTOS CONFORMES

N/A

NO CONFORMIDADES

- No se realiza monitoreo y revisión de los riesgos del proceso clasificados en "Zona de Riesgo Extrema", tal como se evidenció en el seguimiento realizado en el SIGER, donde se identificó que no se han actualizado mensualmente; Incumpliendo lo establecido en el Manual de Gestión del Riesgo – DE-M-02 versión 02, numeral 5.9

OBSERVACIONES

N/A

RECOMENDACIONES

- Es importante resaltar la importancia de las capacitaciones y/o entrenamientos que se desarrollan por parte del Proceso, para con sus equipos en región, así como para el Nivel Central, sin embargo, se recomienda fortalecer este aspecto, sobre todo para el nivel Central en todo relacionado con la Gestión Documental.
 - Es importante que dentro del ejercicio de construcción de indicadores para la vigencia 2017, se determine la pertinencia de definir indicadores de eficiencia y efectividad para el proceso en coherencia con el objetivo actual del proceso de Gestión Documental.

Handwritten signature



- Se recomienda documentar en el SIGER (planes de mejoramiento por autocontrol), las mejoras realizadas por revisiones internas al proceso, con el fin de garantizar que la gestión adelantada por autocontrol del proceso quede documentada.

Se recomienda realizar el ejercicio de planeación presupuestal y contractual para la vigencia 2017, basado en el comportamiento real e histórico de las actividades, con el fin de garantizar que la ejecución del recurso asignado en la siguiente vigencia se realice de acuerdo con lo planeado en los instrumentos de planeación presupuestal y contractual (Plan de Adquisiciones y Acuerdo de Desempeño).

AUD. 16114 GESTIÓN DE TECNOLOGIA Y DE LA INFORMACION

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
YERSON FABIAN DELGADILLO PAEZ	Auditor Líder
WILDER JAVIER GUERRERO MATTA	Equipo Auditor

ASPECTOS CONFORMES

N/A

NO CONFORMIDADES

N/A

OBSERVACIONES

En la auditoría realizada no se evidencio ningún hallazgo.

RECOMENDACIONES

- Como oportunidad de mejora se estableció que el PROCEDIMIENTO ATENCIÓN A REQUERIMIENTOS DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN aunque el sistema registra el número de casos atendidos, estos pueden ser visualizados en el plan operativo del área



AUD. 1638 GESTIÓN FINANCIERA

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
JULIANA RODRIGUEZ LOPEZ	Auditor Líder
OSCAR DARIO MARTINEZ GONZALEZ	Equipo Auditor

ASPECTOS CONFORMES

- Adecuada implementación y seguimiento a la planeación del proceso. Se evidencia el cumplimiento de lo planeado con las respectivas evidencias.
- El conocimiento por parte del líder y su equipo de trabajo, con respecto al comportamiento del proceso.
- El equipo de trabajo reconoce y maneja adecuadamente el SIGER. Identifica el proceso al que pertenece, su objetivo y como le aporta su trabajo al cumplimiento del mismo.
- Adecuado manejo de la gestión documental del área, utilizando las series documentales aplicables a la dependencia, en forma física y virtual.

NO CONFORMIDADES

- Los documentos referenciados en el "Instructivo para el manejo de caja menor" no están nombrados como los formatos que reposan el SIGER; tal como se evidenció en la verificación del formato "Solicitud y control de gasto por caja menor" GF-F-15, que en el instructivo aparece con el nombre de "Comprobante provisional de caja menor", incumpliendo lo establecido en el numeral 4.2.3 literal g) de la NTC GP: 1000; 2009.
- En el primer semestre de 2016 no se realizó arqueo a la caja menor de la entidad; tal como se evidenció en el seguimiento al "Instructivo para el manejo de caja menor", incumpliendo lo dispuesto en el Artículo 2.8.5.12: "Registro de operaciones" del Decreto 1068 de 2015.

OBSERVACIONES

Como resultado de la auditoria se observa que la gestión adelantada en el proceso de Gestión Financiera se realiza de manera razonable dentro del marco regulatorio aplicable y vigente, aplica procedimientos, controles, formatos y seguimiento que le permiten cumplir con sus funciones y el logro de los objetivos



institucionales y del proceso; sin embargo, se requiere fortalecer algunos aspectos propuesto en los hallazgos y en las oportunidades de mejora, con el fin de contribuir a la mejora continua.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda actualizar las imágenes que acompañan el "Instructivo desembolso apoyo a la reintegración GF-I -03", toda vez que están desactualizadas de acuerdo con la plataforma actual y ello puede dificultar el normal desarrollo del procedimiento para el desembolso de los apoyos.
- Se recomienda formalizar en el SIGER los documentos de trabajo relacionados con "comprobantes de diario", toda vez que son herramientas que evidencian procedimientos indispensables a la hora de realizar pagos de cualquier índole.
- Se recomienda cargar la certificación bancaria en el módulo de "documentos adjuntos del PPR" en el SIR, dado que se trata de un documento necesario para dar trámite a los pagos de las personas en proceso de reintegración.

AUD. 1619 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
YESNITH SUAREZ ARIZA	Auditor Líder
GLORIA AIDE GONZALEZ ALMARIO	Equipo Auditor
ROCIO ALEJANDRA CASTELLANOS ARIAS	Equipo Auditor

ASPECTOS CONFORMES

- Los funcionarios que operan el proceso, cumplen con las competencias y calidades para desarrollar cada una de las funciones asignadas conforme al cargo ocupado.
- Se observó un adecuado conocimiento por parte la líder del proceso y su equipo de trabajo respecto al funcionamiento y operación de la cadena de valor del proceso.
- El proceso cumple con oportunidad la elaboración de los dieciocho (18) informes periódicos, establecidos en el Manual para el monitoreo, seguimiento y evaluación al proceso y política de reintegración.
- El proceso aplica de manera adecuada la TDR que se encuentra vigente, tal y como se observó en la verificación de las series documentales que se encuentran custodiadas en forma física y virtual.



- Oportunidad en el reporte de los avances a los diferentes compromisos establecidos en el Plan Estratégico, Plan de Acción, Plan Operativo, Plan Anticorrupción, Planes de Mejoramiento y Mapa de Riesgos en el SIGER.
- Se destaca el cumplimiento y eficacia de las acciones establecidas en el plan de mejoramiento a cargo del proceso.
- Se destacan las actividades de innovación que ha implementado el proceso para la elaboración y presentación de informes que reflejan las cifras del proceso y política de reintegración.

NO CONFORMIDADES

- **NO CONFORMIDAD REAL:** El Proceso de Seguimiento y Evaluación no aplica las disposiciones establecidas en el Artículo 3 Parágrafo 3 de la Resolución 107 del 25/01/2016, que establece que - los colaboradores de la ACR en cumplimiento de la política de eficiencia administrativa y uso eficiente del papel, deben sustituir los memorandos y comunicaciones internas en papel, por soportes electrónicos en el SIGOB...- tal; y como se evidenció en la carpeta de documentos de apoyo que contiene en medio físico memorandos internos expedidos a lo largo de la vigencia 2016.
- **NO CONFORMIDAD POTENCIAL:** Se observó que la instancia - Comité Asesor de la DPR -, al cual refiere el - Manual para el monitoreo, seguimiento y evaluación al proceso y política de reintegración SR-M-01 Versión 1 del 18/08/2015-, no se encuentra formalmente establecido (por resolución) y las actas verificadas para la vigencia 2015 no cuentan con los registros de firmas, lo que podría generar el incumplimiento del numeral 4.2.4 de la NTCGP1000:2009 y el incumplimiento de lo establecido en el Manual mencionado.
- **NO CONFORMIDAD POTENCIAL:** El Proceso de Seguimiento y Evaluación, presenta debilidades en la planificación y ejecución de los recursos, tal y como se evidenció en el reporte del - Informe de Ejecución Consolidada de 1 de Enero a 30 de Junio de 2016 - publicado en la intranet (http://intracr/info_acr/Documentos/Información%20presupuestal/Ejecución%20Año%202016/06%20-%20Junio/EJECUCION%20JUNIO%202016.pdf); el cual determina que la ejecución del presupuesto asignado al rubro A-3-1-1-28 - Evaluación de Impacto al Monitoreo POST - Honorarios - no cumplió con la meta DAPRE (meta \$92.766.000, Total Rps \$55.607.933) y la meta Obligación (meta \$20.900.000, total obligaciones \$7.624.967); lo que podría afectar e impactar el indicador de desempeño presupuestal establecido por la Entidad.

OBSERVACIONES

- Corresponden a las No Conformidades Potenciales que ya están documentadas en el Acta de Reunión de Cierre de Auditoría y son parte integral de este informe.



RECOMENDACIONES

- Con el fin de garantizar un adecuado reporte de avance del Plan de Acción, se sugiere que el reporte de cada línea de acción que se realice en el SIGER, se haga en términos cuantitativos y cualitativos (Eje: Porcentaje de personas que culminan su proceso de reintegración, vinculadas a la estrategia de acompañamiento post).
- Con el fin de dar continuidad al proceso de actualización de la documentación del proceso inscrita en el SIGER, se recomienda adelantar la gestión pertinente para la actualización y eliminación de aquellos documentos en los cuales actualmente se encuentran trabajando; y para el caso específico de la "Guía de monitoreo Post Monitoreo mediante Grupos Focales" de agosto de 2013, solicitar la eliminación, teniendo en cuenta que su contenido no refleja la realidad de cómo se está operando.
- En cuanto al Formato SR-F-01 Versión 1 del 18/02/2013, se recomienda que en el proceso de actualización del mismo se incluya la fecha de diligenciamiento, esto con el fin de garantizar la verificación y cumplimiento de lo establecido en el Procedimiento IR-P-02 Versión 4 del 16/06/2015, el cual establece en su actividad 27 que el Profesional Reintegrador II o III tiene 8 días hábiles contados a partir de la fecha de entrega del Acto Administrativo de Terminación del Proceso de Reintegración por culminación de la Ruta, para informar acerca de la estrategia de monitoreo pos y los mecanismos que la componen.
- Se recomienda revisar la pertinencia de la inclusión de la " Ley 1755 del 30 de Junio de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo", dentro del normograma del proceso, esto teniendo en cuenta que su última actualización se realizó el 18/08/2016.
- Se recomienda evaluar la pertinencia de que el Procedimiento SR-P-03 Versión 2 del 16/09/2015, pase a ser administrado por el Proceso de Atención al Ciudadano, quien es el encargado de regular el tratamiento a las PQRSD en toda la Entidad. Este procedimiento es una buena práctica de control que podría llevarse a todos los procesos de la Entidad.
- Es importante tener en cuenta, que se debe garantizar que las respuestas a todas las solicitudes de información se realicen de fondo y cumpliendo con las necesidades del solicitante, conforme a lo establecido en el numeral 5.2.2. del Manual del sistema PQRS-D V3 - AC-M-01. Esto en razón a la respuesta radicada con OFI16-008781 / JM5C 5202023, donde la peticionaria solicita información sobre el número de desmovilizados en Ciénaga, si bien es cierto que por seguridad de los desmovilizados esta información se considera reservada, conviene dar contexto al ciudadano para que comprenda expresamente la reserva legal de la misma.
- Es importante que dentro del ejercicio de construcción de indicadores para la vigencia 2017, se determine la pertinencia de definir indicadores de eficiencia y efectividad para el proceso.
- Se recomienda documentar en el SIGER (planes de mejoramiento por autocontrol), las mejoras realizadas por revisiones internas al proceso, con el fin de garantizar que la gestión adelantada por autocontrol del proceso quede documentada.
- Como buena práctica se recomienda el uso adecuado de los rótulos que identifican los documentos de apoyo.
- Se recomienda solicitar capacitación a la Oficina Asesora de Planeación en el SIGER, con el fin de fortalecer y puntualizar aspectos sobre el manejo de los diferentes módulos que lo componen y de igual manera retroalimentar los aspectos por mejorar que el proceso como usuario ha identificado.



- Se recomienda realizar el ejercicio de planeación presupuestal y contractual para la vigencia 2017, basado en el comportamiento real e histórico de las actividades, con el fin de garantizar que la ejecución del recurso asignado en la siguiente vigencia se realice de acuerdo con lo planeado en los instrumentos de planeación presupuestal y contractual (Plan de Adquisiciones y Acuerdo de Desempeño).
- Para el cumplimiento y reporte de acciones de mapa de riesgos se recomienda, cargar las evidencias y soportes de gestión en el SIGER, en la periodicidad que establece la Política de riesgos de la Entidad. Para aquellos casos en que las evidencias sean considerablemente extensas incluir una muestra que garanticen que con las mismas se tendrá plena razonabilidad de cumplimiento y gestión adelantada (informando en el reporte de esto).
- Se recomienda realizar el ejercicio de actualización del mapa de riesgos de proceso para la vigencia 2017, apoyándose teniendo en cuenta las recomendaciones que emite el Grupo de Control semestralmente en la revisión que hace a los riesgos. Dichos informes se encuentran publicados en la página web link <http://www.reintegracion.gov.co/es/agencia/Paginas/control-interno.aspx>.
- Se recomienda tener en cuenta los resultados de las encuestas de percepción del cliente externo (que le apliquen al proceso), con el fin de generar las acciones correctivas o preventivas a que haya lugar dentro del SIGER, a fin de garantizar la trazabilidad de la Gestión adelantada frente a la oportunidad de mejora.
- Implementar controles para que la información que se genera a través de la aplicación del "Procedimiento Acompañamiento a través de llamada telefónica", y que es suministrada por el Call Center de aquellas llamadas efectivas sea verificada aleatoriamente en el SIR y corrobore los datos suministrados en los reportes.

AUD. 1616 EVALUACION CONTROL Y MEJORAMIENTO

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
PAULA VIVIANA OLAYA GONZALEZ	Auditor Líder
LEIDY VIVIANA GUTIÉRREZ GÓMEZ	Equipo Auditor

ASPECTOS CONFORMES

N/A

NO CONFORMIDADES

- **NO CONFORMIDAD POTENCIAL:** En el Manual de auditoria interna está establecida una política que menciona, que la participación de los funcionarios como auditores internos será tomada como contribución extraordinaria en las respectivas evaluaciones de desempeño, sin embargo, no es claro si se está aplicando en las evaluaciones de desempeño, lo que podría generar un incumplimiento de la política de operación definida por el proceso.



- **NO CONFORMIDAD REAL:** Al revisar el informe de auditorías del año 2015, entregado el jueves 28 de enero de 2016 a la Alta Dirección, se evidencia en el informe el apartado <>. El 7 de Marzo de 2016 se envió memorando a los directivos con la instrucción por parte de la Dirección, donde se solicita información sobre el estado de los hallazgos y acciones de mejora correspondientes, sin embargo, no se observa evidencia de la definición e implementación de estas acciones, tal como le establece el numeral 8.2.3 de la NTCGP 1000, donde, como resultado del seguimiento de la medición y seguimiento de los procesos, deben llevarse a cabo correcciones, acciones preventivas y/o correctivas, según sea conveniente.

OBSERVACIONES

Como resultado de la auditoria interna se presentaron las siguientes oportunidades de mejora:

- El líder de proceso expone la necesidad de ajustar la caracterización, ya que el objetivo está enfocado a la oficina de control interno y no al proceso de evaluación, control y mejoramiento, también se deben revisar las actividades del planear.
- Se tiene previsto para fin de año realizar una encuesta de percepción frente al impacto de la campaña de autocontrol, realizada por el proceso.
- El proceso realizó monitoreo a los riesgos de su proceso, como resultado surgió la necesidad de actualizar el Mapa de Riesgos en el último trimestre del año.
- Definir una metodología para elaborar el programa anual de auditorías.
- Solicitar mejoras a los módulos de auditorías y mejoramiento en el software SIGER, para facilitar el seguimiento realizado por parte del proceso.
- Actualizar el Procedimiento acciones correctivas y de mejora, de acuerdo a decreto 1072, NIIF y seguridad de la información.

RECOMENDACIONES

N/A

AUD. 1623 GESTIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
EDUARDO ANTONIO SANGUINETTI	Auditor Líder
NUBIA YANET SANCHEZ BUITRAGO	Equipo Auditor

ASPECTOS CONFORMES

- Se destaca la disposición del personal del grupo de contratación en la atención de la auditoria.



- La difusión de información a través de contractualito - muñeco.
- El establecimiento de los riesgos en los contratos que se elaboran, en cumplimiento de la normatividad vigente.

NO CONFORMIDADES

- NCR -El proceso de Adquisición de Bienes y Servicios no realiza seguimiento y monitoreo de los riesgos, tal como se evidenció en la verificación que se realizó en el SIGER y consulta a los responsables, incumpliendo con lo establecido en el Manual de Gestión del Riesgo DE-M-02 numeral 5.9 y 5.11.

OBSERVACIONES

- Se recomienda realizar ajustes técnicos a l manual de contratación de acuerdo con las disposiciones normativas y lineamientos de la entidad, la caracterización frente a los requerimientos de la Oficina Asesora de Planeación y definición de actividades generales en el ciclo P;H;V;A, los riesgos deben ser transversales al proceso y a la entidad, en especial sus controles y demás documentos definidos por el proceso.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere que se actualice la caracterización más aterrizada al enfoque por proceso, esto permitirá ve la transversalidad en toda la entidad y definir mecanismos de seguimiento y controles a los responsables que gestión el procesos de Adquisiciones de Bienes y Servicios.
- Se recomienda revisar todo el Manual de Contratación y ajustarlos de acuerdo con la normatividad vigente ya que presenta algunas inconsistencias como la aprobación del PAA y sus modificaciones no es clara, la publicación de la Información del SECOP.
- En el Plan de acción / operativo, se recomienda registrar articuladamente la información que se requiere entre producto, actividad y meta, y solicitar los ajustes a que haya lugar en los momentos que la entidad ha definido.
- Revisar los indicadores del proceso con el fin de definir si estos son los que verdaderamente miden el Objetivo des proceso.
- Revisar los riesgos y si son los requeridos por el proceso, como también tener en cuenta los controles definidos en los procedimientos para articularlos a los controles de los riesgos, realizar el seguimiento y monitoreo para determinar si se materializa o no el riesgo.
- Fortalecer la supervisión contractual, con el fin de garantizar una adecuada ejecución contractual y se logren los objetivos y metas previstas por las necesidades de la entidad.



- Se recomienda revisar toda la documentación del proceso con el fin de establecer las acciones de mejoras a que tengan lugar si es el caso.
- Los Documentos producto de la contratación se deben presentar, organizar y archivar de acuerdo con las disposiciones del Archivo General de la Nación y las Políticas, directrices y lineamientos de SIGER, esto facilitará el control, seguimiento y entrega oportuna a cualquier requerimiento que solicite la entidad u organismo y/o ciudadano externo.

AUD. 1631 ACR - BOGOTÁ

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
CLAUDIA PATRICIA VERGARA RUIZ	Auditor Líder
SILVANA LORENA CHAVES PATIÑO	Equipo Auditor
LUIS FERNANDO CAJAMARCA URQUIJO	Equipo Auditor

ASPECTOS CONFORMES

- El conocimiento que tienen los colaboradores del software SIGER, se encontró suficiencia y conocimiento en el manejo de la herramienta al indagar sobre la consulta de documentos, tareas y registros en el SIGER.
- Conocimiento de la contribución que realizan desde el territorio al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad y la política de calidad.
- La disposición y organización del equipo de trabajo para recibir esta auditoría y aportar los soportes solicitados en cada aspecto que se verificó.

NO CONFORMIDADES

- Al verificar el ingreso al proceso de reintegración, CODA 0527-14, se evidenció incumplimiento en lo establecido en procedimiento IR-P-14 en:
 - a. No se encuentran cargados en el SIR todos los soportes establecidos en el procedimiento
 - b. En el concepto de reintegración se especifica que la PPR no tiene ningún nivel de estudio, sin embargo la línea base tiene registro de que cursó noveno de bachillerato y se encuentra estudiando.
 - c. No presenta certificados de estudios en SIR
 - d. No tiene afiliación al SGSSS, no está cargado en SIR Carné de afiliación a la EPS.



Nota: no se pudo verificar el expediente físico de la PPR, por no estar disponible en el Grupo Territorial.

- Al hacer la revisión de los CODA 0218-16 y 0269-16 (ingresos realizados en el GT Meta Orinoquia) se pudo evidenciar que las PPR no cuentan con línea base, ni se encuentra carné de salud (registro de afiliación al SGSSS).
Esta auditoría no evidenció las gestiones o acciones realizadas por el GT ACR - Bogotá al momento del recibo de la PPR para corregir las inconsistencias presentadas al ingreso, lo cual incumple lo establecido por la NTC GP 1000 en el numeral 8.2.4

OBSERVACIONES

- El grupo territorial no ha establecido un instrumento que le permita registrar y controlar la planificación y seguimiento de las metas a las cuales contribuye en el plan estratégico y de acción.
- En el POA del GT 2016, se observa un registro ingresado por JOHANNA LOZANO RAMIREZ (Jul 12 2016 1:48PM): donde se expresa, no obstante la meta registrada para el segundo periodo es de 48 familias beneficiadas y la meta cumplida es de 48 familias, encontrando diferencia entre el valor registrado como meta cumplida y el análisis del indicador ingresado. No se realizó ajuste a la meta en el plan operativo.
- Se cerró mediante OFI16-002658 / JMSC 5202023 petición XT001082 realizada por al PPR MARICELA RUIZ ERAZO, no se observa respuesta de fondo a su petición como tampoco las acciones adelantadas al interior de la ACR frente a la denuncia realizada por la PPR. d. Es importante que para el trámite de los comunicados a través de SIGOB usen la opción que ofrece esta herramienta para cargar la información de las entregas de los oficios, pues el no uso de esto impide el seguimiento de la información de correspondencia

RECOMENDACIONES

N/A

AUD. 1618 IMPLEMENTACION

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
MARTHA YANETH NIÑO BAUTISTA	Auditor Líder
SANDRA MAYERLY AVENDAÑO BLANCO	Equipo Auditor



ASPECTOS CONFORMES

Dentro del ejercicio de auditoría practicada al proceso de Implementación se identificaron las siguientes conformidades:

- Adecuada implementación y seguimiento a la planeación del proceso. se evidencia el cumplimiento de lo planeado con las respectivas evidencias. (Matriz del proceso).
- El conocimiento por parte del líder y su equipo de trabajo, con respecto al comportamiento del proceso.

De otra parte, el conocimiento de los funcionarios entrevistados (Ana María Martínez y Nelson Velandia) con respecto al proceso en el que pertenecen y cómo está compuesto.

NO CONFORMIDADES

- No se encuentra actualizada la Caracterización y el Normograma del proceso, toda vez que en la primera el responsable no corresponde de acuerdo con la reestructuración formalizada el 25 de noviembre de 2015 y el segundo no contiene la Resolución 1356 de 2016.
- No se realiza monitoreo y revisión de los riesgos del proceso clasificados en "Zona de Riesgo Extrema", tal como se evidenció en el seguimiento realizado en el SIGER, donde se identificó que no se han actualizado mensualmente.
- NO CONFORMIDAD POTENCIAL. No se ha cerrado la acción del Plan de Mejoramiento de la Auditoría de Calidad 2015, lo que podría generar incumplimiento al mismo Plan de Mejoramiento y al Procedimiento de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.

OBSERVACIONES

- Debido a la gran cantidad de documentos que forman parte del proceso en el SIGER no es posible identificar la relación entre cada uno de ellos.
- Desde el Proceso cuentan con matrices de los procesos específicos (por dimensiones) y los cronogramas que ejecutan los profesionales del Grupo de Articulación Territorial.

RECOMENDACIONES

- Es necesario mantener actualizado el Normograma del Proceso.



- Hacer seguimiento a los Planes de Mejoramiento para que luego de llevadas a cabo las actividades que los conforman, también queden cerrados.

AUD. 1614 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

NOMBRE FUNCIONARIO	ROL EN LA AUDITORIA
ANA YANCY URBANO VELASCO	Auditor Líder
EDUARDO ANTONIO SANGUINETTI ROMERO	Equipo Auditor
ANGIE CAROLINA VELASCO MARTINEZ	Equipo Auditor

ASPECTOS CONFORMES

Dentro del ejercicio de auditoría practicada al Proceso de Direccionamiento Estratégico, se identificaron las siguientes conformidades:

- Los funcionarios que operan el proceso, cumplen con las competencias y calidades para desarrollar cada una de las funciones asignadas conforme al cargo ocupado.

Se observó un adecuado conocimiento por parte del líder del proceso y su equipo de trabajo respecto al funcionamiento y operación de la cadena de valor del proceso.

NO CONFORMIDADES

- El proceso no realiza control de registros a las Actas de Comité de Coordinación tal como se evidenció en las carpetas de Actas de 2015 y 2016 donde se identifican las siguientes falencias:
 1. Algunas no están firmadas por los asistentes a los comités.
 2. Seguimiento a los compromisos.
 3. No se cuenta con los registros de listados de asistencia.
 Incumpliendo el numeral 4.2.4 de la NTC GP 1000:2009

OBSERVACIONES

N/A

RECOMENDACIONES

- Se recomienda revisar el Mapa de procesos para evidenciar el Control en todo el ciclo.

Handwritten signature



- Se recomienda revisar la caracterización de todos los procesos, de tal manera que se eliminen las funciones y se dejen solo las actividades, identificando las entradas y las salidas de cada proceso.
- Plantear un método que permita evaluar del sistema de eficiencia y eficacia del sistema del sistema de calidad.
- Plantear acciones de mejora de los resultados de informes de entes que nos supervisan.
- Desde la Dirección General hacer una sensibilización y concientización de la importancia de cumplir con las acciones y metas propuestas en los diferentes procesos.

De las visitas que ejecuta el Director General y el Director Territorial y cuyo resultado no sea satisfactorio plantear acciones de mejora para que los líderes y/o jefes de área implementen para mejorar el proceso en general.

B. RESULTADO CONSOLIDADO DE LAS AUDITORIAS

PROCESO	CANTIDAD DE HALLAZGOS
ACR - CUNDINAMARCA - BOYACÁ	2
ACR BOGOTA	2
Adquisición de bienes y Servicios	1
Apoyo Jurídico y Asesoría Legal	3
Atención al Ciudadano	3
Direccionamiento Estratégico	1
Diseño y Planeación	5
Evaluación Control y Mejoramiento	2
Gestión Administrativa	4
Gestión de Relaciones Externas	2
Gestión de Tecnología y de la Información	0
Gestión del Talento Humano	2
Gestión Documental	1
Gestión Financiera	2
Gestión Legal	1
Implementación Grupo Territorial ACR Bogotá	3



ACR Agencia Colombiana
para la Reintegración



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES	5
Seguimiento y Evaluación	3
Total general	42



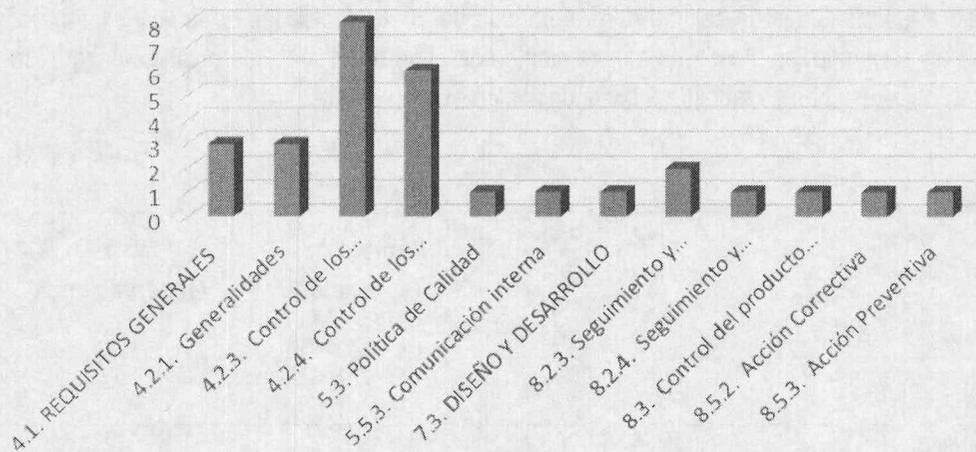
C. CONSOLIDACION DE HALLAZGOS POR NORMA Y NUMERAL

Como resultado final se encontraron 42 hallazgos en todas las auditorias de calidad, las cuales se resumen por norma y numeral en incumplimiento.

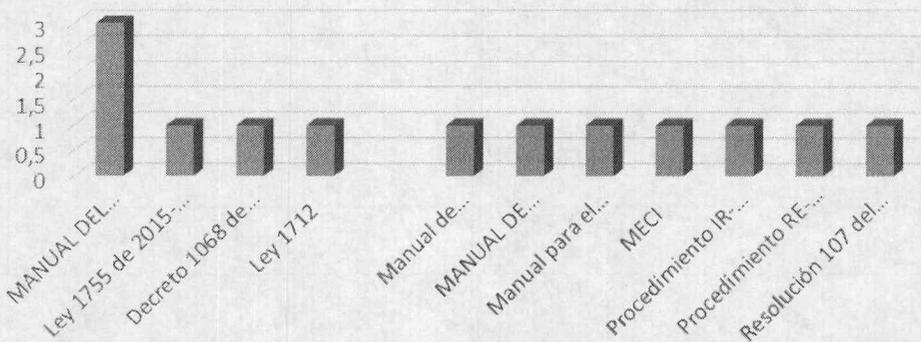
NTC GP 1000:2009		OTRA NORMATIVIDAD APLICADA	
NUMERAL DE LA NORMA	CANTIDAD DE NC	NORMATIVIDAD	CANTIDAD DE NC
4.1. REQUISITOS GENERALES	3	MANUAL DEL RIESGO	3
4.2.1. Generalidades	3	Ley 1755 de 2015-MANUAL DEL SIS	1
4.2.3. Control de los documentos	8	Decreto 1068 de 2015	1
4.2.4. Control de los registros	6	Ley 1712	1
5.3. Política de Calidad	1		
5.5.3. Comunicación interna	1	Manual de Atención al Ciudadano V3	1
7.3. DISEÑO Y DESARROLLO	1	MANUAL DE SEGURIDAD PREVENT	1
8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos	2	Manual para el Seguimiento a la P	1
8.2.4. Seguimiento y medición del producto y/o servicio	1	MECI	1
8.3. Control del producto y/o servicio no conforme	1	Procedimiento IR-P-14	1
8.5.2. Acción Correctiva	1	Procedimiento RE-P-01	1
8.5.3. Acción Preventiva	1	Resolución 107 del 25/01/2016	1
TOTAL	29	Total	13



CANTIDAD DE NC - APLICADOS A LA NTC GP 1000:2009 DE LA AUDITORIA DE CALIDAD 2016



CANTIDAD DE NC- POR OTRA NORMATIVIDAD APLICADA A LA AUDITORIA DE CALIDAD 2016





D. PLANES DE MEJORAMIENTO AUDITORIAS DE CALIDAD

Como resultado a las auditorias de calidad para el periodo de 2016 efectuadas en la ACR, los procesos y/o dependencias han generado los planes de mejoramiento con el fin de mitigar los posibles riesgos en que se pueda incurrir y como resumen se muestra a continuación en el cuadro así:

Proceso y/o / Dependencia	No. Plan de Mejora	Numero de Hallazgos	Nº de Observaciones	Nº de Acciones Planteadas
Gestión de Relaciones Externas	PM-16-00027	2	0	9
Seguimiento y Evaluación	PM-16-00065	3	1	5
Evaluación Control y Mejoramiento	PM-16-00068	2	6	6
Atención al Ciudadano	PM-16-00071	3	3	5
Direccionamiento Estratégico	PM-16-00073	1	0	5
Gestión Financiera	PM-16-00074	2	1	5
Gestión de Adquisición de Bienes y Servicios	PM-16-00075	1	1	1
Gestión Administrativa	PM-16-00076	4	5	3
Gestión Documental	PM-16-00078	1	0	2
OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES	PM-16-00079	5	3	11
Apoyo Jurídico y Asesoría Legal	PM-16-00083	3	3	3
Diseño y Planeación		5	0	
Implementación	PM-16-00085	3	2	4
Gestión Legal	PM-16-00080	1	1	8



Proceso y/o / Dependencia	No. Plan de Mejora	Numero de Hallazgos	Nº de Observaciones	Nº de Acciones Planteadas
Gestión del Talento Humano	PM-16-00086	2	3	4
ACR BOGOTA		2	3	
ACR - CUNDINAMARCA - BOYACÁ	PM-16-00084	2	1	4
TOTAL		42	33	75

De acuerdo a información resumen contenida en el anterior cuadro anterior, podemos informar que se encuentran 75 acciones planteadas por los responsables procesos y/o dependencias auditadas, las cuales han sido validadas y aprobadas por el Grupo Control Interno de Gestión, con el fin de mitigar los 42 hallazgos encontrados, contribuyendo así al mejoramiento continuo de la Entidad.

Agradecemos el apoyo de la Dirección General y colaboración de cada uno de los Auditores de Calidad que intervinieron en esta tarea; para el desarrollo y ejecución en estas auditorías. Con esta actividad damos cumplimiento al Plan de Auditoría ya establecido y su resultado debe contribuir al mejoramiento continuo de la Agencia Colombiana para la Reintegración.

NOTA: De igual manera informamos que para los procesos de Diseño y Planeación y ACR Bogotá sus planes de mejoramiento fueron devuelto para que se apliquen ajustes y posterior queden en firme.

No. Auditoria	Proceso y/o Dependencia	Estado del Plan de Mejoramiento:
AUD-1617	Diseño y Planeación	Fue devuelto para ajustes al líder del proceso (noviembre 11 de 2016)
AUD-1631	ACR - BOGOTÁ	Fue devuelto para ajustes al líder del proceso (diciembre 2 de 2016)

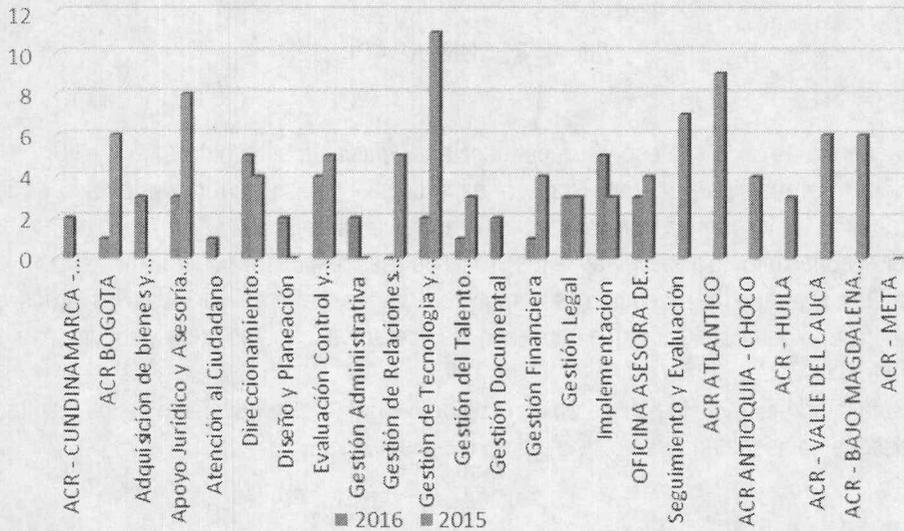


E. CANTIDAD DE HALLAZGOS EN AUDITORIAS DE CALIDAD 2016 vs 2015

PROCESO	CANTIDAD HALLAZGOS	
	2016	2015
ACR - CUNDINAMARCA - BOYACÁ	2	6
ACR BOGOTA	2	
Adquisición de bienes y Servicios	1	6
Apoyo Jurídico y Asesoría Legal	3	
Atención al Ciudadano	3	8
Direccionamiento Estratégico	1	
Diseño y Planeación	5	4
Evaluación Control y Mejoramiento	2	0
Gestión Administrativa	4	5
Gestión de Relaciones Externas	2	0
Gestión de Tecnología y de la Información	0	5
Gestión del Talento Humano	2	11
Gestión Documental	1	3
Gestión Financiera	2	
Gestión Legal	1	4
Implementación	3	3
OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES	5	3
Seguimiento y Evaluación	3	4
ACR ATLANTICO		7
ACR ANTIOQUIA - CHOCO		9
ACR - HUILA		4
ACR - VALLE DEL CAUCA		3
ACR - BAJO MAGDALENA MEDIO		6
ACR - META		6
ACR - EJE CAFETERO		0
Total general	42	97



HALLAZGOS AUDITORIAS DE CALIDAD 2016 vs 2015



VII. CONCLUSIONES

- Se cumplió con los objetivos, criterios y alcance planteados para la auditoría de calidad con vigencia 2016, y se recibió el apoyo y documentos solicitados por parte del auditado. Por lo cual agradecemos y felicitamos a la Administración por la disposición y colaboración mostrada en el desarrollo de estas auditorías.
- Para el año 2015 se efectuaron 21 auditorías a procesos y/o dependencias de la Agencia, y en el 2016 se realizaron 18. Sus resultados en el tema de cantidad de hallazgos también es notoriamente diferencial de 97 hallazgos de 2015 frente a 42 hallazgos en 2016.
- Con los anteriores resultados podemos aducir que la madurez del sistema de calidad ha mejorado y que el conocimiento se ha estado diversificando a todos los funcionarios.
- En consolidación de hallazgos por Norma y Numeral los más representativos en la norma GTP 1000 "4.2.3. Control de los documentos" con 8 hallazgos, "4.2.4. Control de los registros" con 6 hallazgos y en el MANUAL DEL RIESGO con 3 hallazgos.



VIII. RECOMENDACIONES

- a. Promulgar dentro de cada proceso y/o dependencia la política de autocontrol.
- b. Verificación en el monitoreo y efectividad en las acciones que se han implementado en los planes de mejora con el fin de valorar que los hallazgos no se vuelvan a presentar.
- c. Fortalecer el conocimiento transversal de los procesos y las responsabilidades.
- d. Fortalecer los controles de documentos y registros que se generan de todas las áreas con el fin de mejorar la calidad de información que contienen los diferentes formatos, actas, documentos y demás que se utilicen en la ACR.
- e. Fortalecer la importancia de la política en el mapa de riesgos, y el seguimiento de los resultados con el fin que los riesgos no se materialicen o se generen nuevos riesgos.


EDUARDO ANTONIO SANGUINETTI ROMERO
Asesor Grupo de Control Interno de Gestión

Elaborado por: Yancy Urbano Velasco 
Profesional Universitario – Grupo de Control Interno de Gestión

Revisó y Aprobó: Eduardo Sanguinetti 
Asesor Grupo de Control Interno de Gestión

Fecha de Elaboración: Diciembre 2 de 2016