

## INFORME DE AUDITORÍA

1. INFORMACIÓN BÁSICA DE LA AUDITORÍA			
<b>CÓDIGO AUDITORÍA:</b>	AUD-1814	<b>TIPO DE AUDITORÍA:</b>	AUDITORÍA INTEGRAL
<b>FECHA DE INFORME:</b>	Noviembre 8 de 2018	<b>PROCESO / DEPENDENCIA AUDITADA:</b>	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
<b>FECHA DE AUDITORÍA:</b>	22 al 31 de octubre de 2018	<b>AUDITORES:</b>	Auditor Líder: Ana Yancy Urbano Velasco

### 2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Evaluar la gestión integral del Proceso de Direccionamiento Estratégico con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), así como la normatividad vigente y los procedimientos establecidos para el mejoramiento continuo del Proceso.

### 3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

El alcance de la auditoría realizada al Proceso de Direccionamiento estratégico tiene un alcance temporal del 01/01/2017 al 31/08/2018.

**Nota aclaratoria:** se incluirá dentro del alcance la verificación de la eficacia de los siguientes Planes de Mejoramiento al Proceso: PM-16-00057 (Retroalimentación del Cliente); PM-16-00089 (AUD-1664); y PM-16-00073 (AUD-1614).

### 4. CRITERIOS DE LA AUDITORÍA

Se tendrán como criterios normativos los establecidos en la Ley 594 de 2000; la Ley 1474 de 2011; la Ley 1712 de 2014; la Ley 1755 de 2015; el Decreto Ley 897 de 2017; el Decreto Ley 1499 de 2017; el decreto 4138 de 2011; el capítulo 6 del decreto 1072 de 2015; la resolución 1893 de 2015; la resolución 1111 de 2017; la Norma ISO 27001:2013; el MIPG y las demás normas de calidad aplicables al Proceso.

En el mismo orden de ideas, se tendrán en cuenta la caracterización; los procedimientos; los manuales y los instructivos inscritos en el Sistema Integrado de Gestión para la Reintegración (SIGER), así como las demás normas, documentos, circulares, procedimientos, manuales e instructivos que regulen y apliquen al Proceso de Direccionamiento Estratégico.

### 5. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La Auditoría Integral al Proceso de Direccionamiento Estratégico se ejecutó conforme a los procedimientos de auditoría previamente definidos en el Diseño de Pruebas y el Plan de Auditoría. En el desarrollo de la misma se adelantaron los siguientes procedimientos:

- Reunión de Apertura de la Auditoría efectuada el día 22 de octubre de 2018 cumpliendo, así, con el protocolo establecido para tal fin.

## INFORME DE AUDITORÍA

- Charla de Autocontrol impartida por el Asesor del Grupo de Control Interno de Gestión el día 23 de octubre de 2018.
- Cumplimiento con el protocolo de solicitud de información pactado con el auditado.
- Revisión *In Situ* de temas y aclaraciones de aspectos evidenciados en las muestras de auditoría con los profesionales encargados.
- Se efectuó Reunión de Cierre con la asistencia del Líder del Proceso el día 31 de octubre de 2018.

En este punto cabe resaltar que, debido a las limitaciones de cualquier estructura de control interno, puede incurrirse en errores e irregularidades que no hayan sido detectados bajo la ejecución de los procedimientos de auditoría previamente planeados; conforme a ello, la Entidad y el Proceso son responsables de establecer y mantener un adecuado Sistema de Control Interno y de prevenir irregularidades y materialización de riesgos.

### 5.1 TEMAS VERIFICADOS

Con el fin de poder validar información y cumpliendo con lo establecido en el plan de auditoría se procedió a verificar:

- Políticas del MIPG y del SG-SST.
- Verificación del trámite de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes y Denuncias (PQRS-D).
- Verificación de la eficacia de los Planes de Mejoramiento cerrados a cargo del Proceso así: PM-16-00057 (Retroalimentación del Cliente); PM-16-00089 (AUD-1664) y PM-16-00073 (AUD-1614).

#### 5.1.1 Políticas del MIPG y el SG-SST

Con el fin de validar el cumplimiento de las políticas establecidas en el MIPG y el SG-SST, el día martes 23 de octubre de 2018, se procedió a aplicar el siguiente cuestionario al Líder del Proceso y a los profesionales que atendieron la Auditoría:

#### ➤ Política de Gestión Política Direccionamiento y Planeación

COMPONENTE	CATEGORÍA	PREGUNTA	RESPUESTA POR EL AUDITADO
<b>CONTEXTO ESTRATÉGICO</b>	Identificación de los Grupos de Valor y sus necesidades	¿Cómo ha identificado los grupos de valor y sus necesidades el Proceso de Direccionamiento Estratégico?	Los lineamientos para el manejo de este tema se tienen establecidos bajo una metodología así: la persona que realizará el mapeo de los actores es un Asesor de Dirección y, en otro frente de trabajo se tiene a la Dirección Programática de Reintegración quien efectuará la misma labor, pero de las entidades. Una vez se cuente con toda la información en su totalidad esta será consolidada por el Grupo de Atención al Ciudadano. La meta es tener un documento preliminar sobre el tema antes de finalizar el año.
<b>LIDERAZGO ESTRATÉGICO</b>	Liderazgo estratégico	¿Qué lineamientos se han tomado desde el Proceso de Direccionamiento	Por parte del Proceso de Direccionamiento Estratégico se tomó la medida de involucrar todas las políticas que se han impartido en lo relacionado con el MIPG; adicionalmente, se han revisado qué controles se han tomado; y,

## INFORME DE AUDITORÍA

		<p>Estratégico para la implementación del MIPG?</p>	<p>de igual manera, se han venido efectuando comunicaciones de retroalimentación a los diferentes procesos. Todo el Sistema se viene articulando con seguimiento y resultados de las auditorías. Desde este Proceso, con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación (OAP), se impartieron lineamientos enmarcados en los valores y políticas a cumplir. Igualmente, lo planeado se está articulando con el Plan Institucional de Capacitación (PIC) 2019; los temas propios de Bienestar; y, también, las inducciones a los funcionarios nuevos para dar cumplimiento a lo requerido en el MIPG. La OAP, por su parte, está liderando la definición de los nuevos Misión, Visión y Objetivos de la Entidad, así como los temas de Componentes de Política y Temas de Control.</p>
--	--	---	---

### ➤ Gestión Presupuestal

POLÍTICA	CATEGORÍA	ACTIVIDADES DE GESTIÓN/ PREGUNTAS PARA EL PROCESO	RESPUESTA DEL AUDITADO
Gestión Presupuestal	Programación Presupuestal	¿Cómo se tiene previsto manejar el presupuesto para la implementación del MIPG?	Una vez se consolide la información de los autodiagnósticos por temas se deben definir aquellos que son de control y, también, el cómo se va a desagregar lo relacionado con presupuesto. La planeación para la Vigencia 2019 debe ser más estricta para su programación y ejecución.
		¿Cómo hace el seguimiento y distribución presupuestal?	A la fecha, se está realizando el análisis de la distribución presupuestal de la Entidad; allí se revisan las necesidades tanto administrativas como de operación. Tomando como base los resultados de la vigencia presente.

### ➤ Participación Ciudadana

COMPONENTES	CATEGORÍAS	ACTIVIDADES DE GESTIÓN/ PREGUNTAS PARA EL PROCESO	RESPUESTAS DEL AUDITADO
Condiciones institucionales idóneas para la promoción de la participación ciudadana	Realizar el diagnóstico del estado actual de la participación ciudadana en la Entidad	¿Qué actividades se realizaron con el resultado del Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión (FURAG)?	Se han venido articulando los resultados obtenidos del FURAG junto con los resultados de los autodiagnósticos de los diferentes procesos. Los mismos servirán de insumo para generar un plan de acción que la Entidad debe cumplir con el fin, primordial, de mejorar el sistema y aplicar los correctivos y/o mejoras necesarias para cumplir con lo requerido en el MIPG.

## INFORME DE AUDITORÍA

### ➤ Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional

COMPONENTES	CATEGORÍAS	ACTIVIDADES DE GESTIÓN/ PREGUNTAS PARA EL PROCESO	RESPUESTAS DEL AUDITADO
Transparencia y acceso a la información	Seguimiento acceso a la información pública	¿Se cuenta con una encuesta de satisfacción del ciudadano sobre Transparencia y Acceso a la Información en su portal electrónico oficial?	En la actualidad se está validando la encuesta que aplica Atención al Ciudadano con el fin, primordial, de que sea incluido el tema de transparencia con los datos recolectados.

### ➤ Política de Gestión Código de Integridad

COMPONENTES	CATEGORÍAS	ACTIVIDADES DE GESTIÓN/ PREGUNTAS PARA EL PROCESO	RESPUESTAS DEL AUDITADO
Condiciones institucionales idóneas para la implementación y gestión del Código de Integridad	Realizar el diagnóstico del estado actual de la entidad en temas de integridad	¿A partir de los resultados de FURAG, se identificó y se documentó las debilidades y fortalezas de la implementación del Código de Integridad.?	Para este tema se tuvo en cuenta el resultado arrojado por el FURAG y, este, se comparó con el resultado del autodiagnóstico. Dichos resultados se están trabajando con las dependencias de la Agencia y estas, a su vez, están efectuando planes de acción con el fin de contrarrestar las calificaciones bajas y, también, con el fin de fortalecerlas.

### ➤ Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación

COMPONENTES	CATEGORÍAS	ACTIVIDADES DE GESTIÓN/ PREGUNTAS PARA EL PROCESO	RESPUESTAS DEL AUDITADO
Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación	Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación	¿Qué avances ha tenido la Entidad con respecto a esta política?	En la Agencia se tiene construido un módulo dentro del intranet denominado "Gestión del Conocimiento", el cual contiene: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Notas y artículos de interés: incluye noticias relevantes sobre el Objeto de la Entidad.</li> <li>➤ Calendario y eventos: espacio dispuesto para la programación de los eventos que realiza la ARN.</li> <li>➤ Explorador del conocimiento: se encuentran notas destacadas del mes; Investigaciones (Artículos académicos, Investigaciones Externas, Investigaciones Internas); Lineamientos (Conceptos jurídicos,</li> </ul>

## INFORME DE AUDITORÍA

			<p>Fundamentos Conceptuales, Manuales, Guías y Estrategias); Material pedagógico (Cartillas, Material Didáctico, Metodologías Pedagógicas); Multimedia (Audios y Vídeos); Proyectos (Insignia); Publicaciones Periódicas (Infografía, Informes, Artículos de Reflexión, Boletines, Revistas); Sistematizaciones (Buenas practicas, Experiencias, Lecciones aprendidas).</p> <p>➤ Sugerencias. Este módulo tiene como objetivo centralizar la gestión del conocimiento de toda la Entidad con el fin de mantener un sitio único donde ubicar la información mencionada.</p>
		<p>¿Cómo se consolida el aprendizaje adaptativo de la Entidad mejorando la retroalimentación para ayudar a resolver problemas de manera rápida?</p>	<p>De acuerdo a entrevista efectuada al profesional encargado de este tema se evidencia que toda la labor se está fundamentando en los cuatro (4) ejes que se tienen contemplados en MIPG así: a) Generación y producción del conocimiento: se evidencia que se tiene consolidado todo el tema de Investigaciones que se han realizado en la Entidad; b) Herramientas para uso y apropiación: se identifica que se cuenta con un espacio en la Intranet de la ARN donde se está consolidando toda la información de la Entidad); c) Analítica Institucional: aquí se está llevando, en documento de Excel, el seguimiento y evaluación del MIPG en lo que respecta a los avances de la Entidad; d) Cultura de compartir y difundir; para esta labor se tiene un equipo de trabajo que se encuentra articulando y trabajando con el objetivo de consolidar toda esta política, por lo que se encuentra ya con resultados en esta materia y con avances significativos.</p>

### 5.1.2 Revisión de los tiempos de respuesta de las PQRS-D.

Con el fin de validar el cumplimiento del cumplimiento en los tiempos de respuesta de las PQRS-D recibidas por el Proceso de Direccionamiento Estratégico se procedió a tomar la base de PQRS-D generada por el Grupo de Atención al Ciudadano correspondiente al Primer Semestre de la Vigencia 2018, así:

## INFORME DE AUDITORÍA

### PQRS-D Primer Semestre de la Vigencia 2018 (SIGOB)

Código	Fecha de registro	Tipo	Fecha Vencimiento	Fecha Respuesta	Días trámite con fecha de Terminación de la gestión	Caso Vencido / A tiempo
EXT18-000224	9/01/2018	Petición	30/01/2018	15/01/2018	4	A Tiempo
EXT18-000227	9/01/2018	Petición	30/01/2018	10/01/2018	1	A Tiempo
EXT18-000490	15/01/2018	Petición	5/02/2018	19/01/2018	4	A Tiempo
EXT18-000675	16/01/2018	Petición	6/02/2018	17/01/2018	1	A Tiempo
EXT18-000641	16/01/2018	Petición	6/02/2018	17/01/2018	1	A Tiempo
EXT18-000852	18/01/2018	Petición	8/02/2018	22/01/2018	2	A Tiempo
EXT18-001043	22/01/2018	Petición	12/02/2018	24/01/2018	2	A Tiempo
EXT18-001014	22/01/2018	Petición	12/02/2018		2	A Tiempo
EXT18-001227	23/01/2018	Petición	13/02/2018		7	A Tiempo
EXT18-001654	26/01/2018	Petición	16/02/2018	30/01/2018	2	A Tiempo
EXT18-002179	31/01/2018	Petición	21/02/2018	1/02/2018	1	A Tiempo
EXT18-002161	31/01/2018	Petición	21/02/2018	1/02/2018	1	A Tiempo
EXT18-002430	2/02/2018	Petición	23/02/2018	2/02/2018	0	A Tiempo
EXT18-002550	5/02/2018	Petición	26/02/2018	6/02/2018	1	A Tiempo
EXT18-002571	5/02/2018	Petición	26/02/2018	12/02/2018	5	A Tiempo
EXT18-002728	7/02/2018	Petición	28/02/2018	26/02/2018	13	A Tiempo
EXT18-002944	8/02/2018	Petición	1/03/2018	22/02/2018	10	A Tiempo
EXT18-002947	8/02/2018	Petición	1/03/2018	14/02/2018	4	A Tiempo
EXT18-003256	12/02/2018	Petición	5/03/2018	16/02/2018	4	A Tiempo
EXT18-003494	14/02/2018	Petición	7/03/2018	15/02/2018	1	A Tiempo
EXT18-003537	14/02/2018	Petición	7/03/2018	22/02/2018	6	A Tiempo
EXT18-003551	14/02/2018	Petición	7/03/2018	15/02/2018	1	A Tiempo
EXT18-003647	15/02/2018	Petición	8/03/2018	19/02/2018	2	A Tiempo
EXT18-003853	16/02/2018	Petición	9/03/2018	19/02/2018	1	A Tiempo
EXT18-003916	19/02/2018	Petición	12/03/2018	20/02/2018	1	A Tiempo
EXT18-004077	19/02/2018	Petición	12/03/2018	9/03/2018	13	A Tiempo
EXT18-004469	22/02/2018	Petición	15/03/2018		4	A Tiempo
EXT18-004489	22/02/2018	Petición	15/03/2018	5/03/2018	7	A Tiempo
EXT18-004794	26/02/2018	Petición	20/03/2018	27/02/2018	1	A Tiempo
EXT18-005040	28/02/2018	Peticiones de Información	14/03/2018	1/03/2018	1	A Tiempo
EXT18-005097	1/03/2018	Petición	23/03/2018	5/03/2018	2	A Tiempo
EXT18-005112	1/03/2018	Peticiones de Información	15/03/2018	9/03/2018	7	A Tiempo
EXT18-005115	1/03/2018	Petición	23/03/2018	1/03/2018	0	A Tiempo
EXT18-005227	2/03/2018	Petición	26/03/2018	15/03/2018	9	A Tiempo
EXT18-005527	6/03/2018	Petición	28/03/2018	7/03/2018	1	A Tiempo
EXT18-005525	6/03/2018	Petición	28/03/2018	8/03/2018	2	A Tiempo
EXT18-005703	8/03/2018	Petición	3/04/2018	28/02/2018	2	A Tiempo
EXT18-005842	9/03/2018	Petición	4/04/2018	12/03/2018	1	A Tiempo
EXT18-005974	13/03/2018	Petición	6/04/2018	15/03/2018	2	A Tiempo
EXT18-005975	13/03/2018	Petición	6/04/2018	5/04/2018	14	A Tiempo
EXT18-005976	13/03/2018	Petición	6/04/2018	13/03/2018	1	A Tiempo
EXT18-005977	13/03/2018	Petición	6/04/2018	14/03/2018	1	A Tiempo
EXT18-005978	13/03/2018	Petición	6/04/2018	15/03/2018	2	A Tiempo
EXT18-006143	14/03/2018	Petición	9/04/2018	4/04/2018	12	A Tiempo
EXT18-006151	14/03/2018	Petición	9/04/2018		1	A Tiempo
EXT18-006244	15/03/2018	Petición	10/04/2018	23/03/2018	5	A Tiempo
EXT18-006247	15/03/2018	Petición	10/04/2018	16/03/2018	1	A Tiempo

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, se tienen todos los registros con estado “A Tiempo”; sin embargo, se recomienda continuar con el buen habito de contestar las solicitudes dentro de los tiempos respectivos.

## INFORME DE AUDITORÍA

### 5.1.3. Eficacia de Planes de Mejoramiento cerrados a cargo del proceso PM-16-00057 (Retroalimentación del Cliente); PM-16-00089 (AUD-1664) y PM-16-00073 (AUD-1614)

Revisado el SIGER y entrevistando a un profesional de la OAC el día 26 de octubre de 2018 se revisó la eficacia de los tres (3) planes de mejoramiento que se tienen registrados para el Proceso de Direccionamiento Estratégico y Oficina Asesora de Planeación de la siguiente manera:

#### 5.1.3.1. Plan de Mejoramiento PM-16-00057 (Retroalimentación del Cliente), efectuada durante la Vigencia 2016 y que, a la fecha de revisión, se encuentra en estado: CERRADO

Revisada la información que reposa en el SIGER se evidenció que este Plan consta de siete (7) No Conformidades y catorce (14) acciones las cuales se encuentran en estado: **CERRADO**.

- **NO CONFORMIDAD 1:** “Como resultado del estudio de percepción realizado en el mes de diciembre de 2015, se destacan los siguientes temas a mejorar en el segmento de comunidades y proyectos comunitarios: desconocimiento y falta de participación por parte de la comunidad de los programas de la ACR, identificación de estigmas sociales y los miedos hacia los ex combatientes y la importancia de los espacios comunitarios.”

Este hallazgo se encuentra registrado con dos (2) acciones a cumplir discriminadas así:

- **Acción 1:** “Fortalecer el recurso humano encargado del acompañamiento a las comunidades donde hace presencia la ACR. Esto se realizará través de la contratación de al menos 20 Enlaces Comunitarios, así como acompañamiento desde el nivel central, específicamente del Grupo de Comunidades.” Después de revisada la acción se verifica que, en su momento, se efectuó la actividad programada para esta acción por lo que se evalúa como: **Eficaz**; en la actualidad, se siguen manejando en los Grupos Territoriales (GT) los enlaces que apoyan las labores al Grupo de Comunidades.
  - **Acción 2:** “Ampliar la cobertura territorial de municipios en los que se realizarán intervenciones comunitarias”; después de revisada esta acción se evalúa que es **Eficaz** dado que, el Grupo de Comunidades, ha venido realizando actividades en diferentes veredas que han sido priorizadas por los GT con el fin de llegar a ellas con actividades como “Mambrú no va a la Guerra”.
- **NO CONFORMIDAD 2:** “Como resultado del estudio de percepción realizado en el mes de diciembre de 2015, se destacan los siguientes temas a mejorar en el segmento de comunidades y proyectos comunitarios: necesidad de lograr mayor confianza institucional y que los programas tengan continuidad.”  
Este hallazgo se encuentra registrado con una (1) acción a cumplir discriminada de la siguiente manera:

## INFORME DE AUDITORÍA

- **Acción 1:** “Suscribir como mínimo un (1) convenio con aliados estratégicos, con el fin de aunar esfuerzos y recursos para fortalecer y ampliar procesos comunitarios.”; de esta acción se puede observar, dentro de las auditorías realizadas a los Grupos Territoriales, que estos efectúan contactos y acuerdos con “Actores Externos” con el fin, primordial, de lograr la ejecución de actividades comunitarias; teniendo en cuenta lo anterior se considera **Eficaz** esta acción.

- **NO CONFORMIDAD 3:** “Como resultado del estudio de percepción realizado en el mes de diciembre de 2015, se identificó como oportunidad de mejora: Apoyar mecanismos para prevenir el reclutamiento de NNAJ”

Este hallazgo cuenta con dos (2) acción así:

- **Acción 1:** “Ampliar cobertura territorial en municipios con acciones de prevención del reclutamiento.” En el momento del cierre de esta acción se logró evidenciar que en su momento se estableció un convenio con la OIM cuyo objeto es “Aunar esfuerzos para fortalecer las iniciativas comunitarias, el modelo de reintegración comunitaria y la estrategia de prevención del reclutamiento desarrollado en el marco de la Política Nacional de Reintegración”; por otra parte en los dos últimos años se ha trabajado con la Fundación Alberto Merani trabajando el tema de prevención de reclutamiento; por lo anterior se considera que esta acción fue **Eficaz**.
- **Acción 2:** “Suscribir como mínimo un (1) convenio con aliados estratégicos, con el fin de aunar esfuerzos y recursos para fortalecer y ampliar procesos comunitarios”. Al respecto, la Agencia ha venido trabajando el tema con la Fundación “Alberto Merani”; teniendo en cuenta lo anterior, la Entidad demuestra la continuidad de su política de fortalecer los procesos comunitarios al efectuar labores de este tipo en zonas que, por su historia, han sido víctimas de la problemática de orden público. Teniendo en cuenta lo anterior se considera que esta acción es **Eficaz** y se sigue trabajando en mejora de este proyecto.

- **NO CONFORMIDAD 4:** “Los resultados de la encuesta indican que existe un alto porcentaje (38%) de PPR que no conoce los mecanismos o protocolos de atención a situaciones de riesgo que maneja la ACR; otro porcentaje considera que ha sido invitado o le han sugerido participar en actividades ilegales, sobre todo en lo que refiere a la conformación de Bandas Criminales. (Fuente Encuesta PPR P-26, P-32, P-33).”

Este hallazgo cuenta con seis (6) acciones así:

- **Acción 1:** “Incentivar la utilización de la caja de herramientas de seguridad a nivel territorial por medio de videoconferencias y reporte de seguimiento que den cuenta de la implementación de las mismas”; al momento de hacer revisión de las evidencias aportadas, en su momento, se validó el cumplimiento de esta acción; a la fecha, se han venido mejorando los controles que se están implementando por lo que se califica como **Eficaz**.
- **Acción 2:** “Aumentar la cobertura del módulo de seguridad de Reintegración, labor que se viene realizando con el apoyo de la Oficina de Atención al Ciudadano”. En el momento del cierre de esta acción se evidenció que se presentó cobertura en siete

## INFORME DE AUDITORÍA

(7) de los GT dando, así, cumplimiento por lo programado para esta acción y, por lo tanto, se considera que esta acción es **Eficaz**.

- **Acción 3:** “Presentar a través de los medios audiovisuales en las salas de espera de los GT/PA/PyR material sobre Prevención del Riesgo”. En su momento y, también, al día de hoy se ha venido publicando audiovisuales sobre el tema de Prevención del Riesgo; por lo que esta acción se considera **Eficaz**.
  - **Acción 4:** “Incluir a la población desmovilizada en la Política de Prevención, Protección y Garantías de No Repetición”. Al día de hoy, se han desarrollado reuniones acerca del tema en cuestión para entidades tales como el Ministerio del Interior; igualmente, se ha asistido a Foros. Teniendo en cuenta lo anterior esta acción se considera **Eficaz**.
  - **Acción 5:** “Participar en la construcción de la matriz de riesgo de la Defensoría del Pueblo incluyendo a la población desmovilizada”. Para el momento del desarrollo del Plan se evidenció que en Reunión Interinstitucional de Diagnósticos de Escenarios de Riesgos y Sistemas de Alertas Tempranas, por parte de La Defensoría del Pueblo, se aportaron estadísticas frente a homicidios, casos de riesgo y reincidencia de la población desmovilizada. De igual manera, la ARN ha venido participando en este tipo de eventos por lo que, en consecuencia, se considera esta acción como **Eficaz**.
  - **Acción 6:** “Socializar la dimensión de seguridad y el protocolo de atención a riesgos con los abogados de los GT y PA, por medio videoconferencias periódicas”. En este punto se evidencia que, en su momento, fue atendida esta acción y, de hecho, en el SIGER se evidencia que se mantiene vigente y se ha venido aplicando el Manual de Seguridad Preventiva (Código GA-M-01 V-4, de fecha 2016-04-29). Teniendo en cuenta lo anterior, se comprueba que esta acción es **Eficaz**.
- **NO CONFORMIDAD 5:** “Según la información suministrada por la encuesta, existe un 28% de los PR que considera que sus opiniones y/o sugerencias NO son tenidas en cuenta por el equipo de profesionales encargado de dar línea técnica en la Dirección Programática de Reintegración (DPR), así mismo se pudo evidenciar que más del 20% de los PR que siente que su trabajo NO es tenido en cuenta por el equipo de profesionales encargado de darle línea técnica en la Dirección Programática de Reintegración (Fuente Encuesta PR P-11), (Fuente Encuesta PR P-13).”

Este hallazgo cuenta con una (1) acción así:

- **Acción 1:** “Realizar relanzamiento del portal Constructores de Paz-Correo Articulación Territorial, con el fin de Impulsar el uso del mismo por parte de los profesionales que favorezca la comunicación con los Grupos Territoriales”. Después de revisado, se evidencia en la Intranet institucional que se cuenta con un espacio de “Constructores de Paz”, allí existe información general sobre las dimensiones e información sobre el tema; teniendo en cuenta lo anterior se evalúa como **Eficaz** esta acción.
- **NO CONFORMIDAD 6:** “La información recolectada por medio de la encuesta permite identificar que existe un alto porcentaje de profesionales (31%) que desconoce sobre el

## INFORME DE AUDITORÍA

apoyo que la ACR brinda a los reintegradores en caso de riesgos o amenazas. (Fuente Encuesta PR P-15).”

Este hallazgo cuenta con una (1) acción así:

- **Acción 1:** “Socializar el manual de seguridad preventiva, mediante videoconferencias con los GT y visitas a zonas estratégicas.”; al momento del Plan de Mejoramiento se realizó la socialización respectiva al Manual de Prevención; por otra parte, en visita a los GT, se evidencia el conocimiento de este. Teniendo en cuenta lo anterior se evalúa como **Eficaz** la acción.

- **NO CONFORMIDAD 7:** “Según resultados de la encuesta de percepción del 2015 a ciudadanos, frente a si habían oído hablar de la Agencia Colombiana para la Reintegración – ACR antes de la llamada, el 34% contestó que sí. es decir que un 66% no la conoce.”

Este hallazgo cuenta con una (1) acción así:

- **Acción 1:** “Fortalecer las acciones o actividades definidas en el plan de medios y en el POA de la Oficina Asesora de Comunicaciones, garantizando que haya un mayor despliegue en medios propios y de comunicación que contribuyen a posicionar a la Entidad.”. En revisión del Plan Operativo Anual (POA) 2018 se encuentra inscrita la actividad “Divulgar los entornos de formación productiva en canales de comunicación propios y externos. (1. Elaborar comunicados de prensa a nivel regional; 2. Gestionar ante medios de comunicación (radio, prensa, televisión o .com) artículos relacionados con entornos de formación productiva; 3. Generar contenidos para las redes sociales de la ARN; 4. Organizar visitas con periodistas a los entornos de formación productiva; 5. Realizar seguimiento a las publicaciones en medios de comunicación.)”. Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia que se han venido programando actividades desde la Oficina Asesora de Comunicaciones (OAC) con el fin de visualizar las actividades propias de comunicación; por las razones anteriormente mencionadas se evalúa como **Eficaz** esta acción.

### 5.1.3.2. Plan de Mejoramiento PM-16-00089 (AUD-1664) efectuada durante la Vigencia 2016 y que, a la fecha de revisión, se encuentra en estado: **CERRADO**

Revisada la información que reposa en el SIGER se evidenció que dicho Plan de Mejoramiento consta de dos (2) No Conformidades y 11 acciones las cuales se encuentran en estado: **CERRADO**.

- **NO CONFORMIDAD 1:** “En medición del proceso de implementación, el indicador “Personas que llevan menos de 12 meses fidelizadas”. Promedio país o nacional 91% Resultados: Popayán Primer trimestre. 86% / Junio 86 % / Octubre 79%. Planes están orientados a las visitas de seguimiento de la estrategia. Primera visita: Se solicita al coordinador del grupo territorial que haga un grupo de atención conformado por tres profesionales (Promotor, profesional de reintegración y un R3), Para que genera adherencia PPR (Personas en Proceso de Reintegración). No se encuentra registro de seguimiento de junio. No se encuentra registro de seguimiento de segunda

## INFORME DE AUDITORÍA

visita. Y no se encuentra fechas de realización y de elaboración. No se encuentra plan contundente para lograr la adherencia al proceso de los PPR”

Este hallazgo cuenta con cuatro (4) acciones discriminadas de la siguiente manera:

- **Acción 1:** “Actualizar documento de Estrategia de acompañamiento en el que se defina el lineamiento, respecto a la calidad de los registros, los tiempos y el seguimiento”. Para el momento del Plan de Mejoramiento mencionado se evidencia la presencia de un documento denominado “Lineamientos y Orientaciones para la Implementación de la Estrategia de Desarrollo y Acompañamiento Territorial EDAT-2017”, para el cierre de la acción; ahora bien, en la actualidad se verifica la existencia de un producto en el POA de la Subdirección Territorial denominado: “Estrategia de Desarrollo y Acompañamiento Territorial EDAT implementada” y, también, se encuentra un documento denominado “Estrategia de Desarrollo y Acompañamiento Territorial (EDAT) 2018”, generado en el mes de marzo. Igualmente, este archivo se encuentra como evidencia en el POA 2018 de la Subdirección Territorial en el primer trimestre; teniendo en cuenta lo anterior, se considera como **Eficaz** la acción.
  - **Acción 2:** “Socializar, sensibilizar e implementar la estrategia actualizada de acompañamiento en el que se define el lineamiento, respecto a la calidad de los registros, los tiempos y el seguimiento”. De acuerdo con la revisión hecha se evidencia que el cierre de la acción se cumplió y, en la actualidad, los GT lo implementan y proveen de información para el seguimiento respectivo. Así las cosas, se considera como **Eficaz** esta acción.
  - **Acción 3:** “Realizar seguimiento a la aplicación de los lineamientos establecidos, de acuerdo con la periodicidad definida”. En el momento del cierre de la acción se cumplió con las evidencias aportadas; hoy día, la Dirección Programática de Reintegración cuenta con un tablero de control el cual se emplea para monitorear el avance realizado en las metas que se establecen para cada uno de los Grupos Territoriales y Puntos de Atención de Agencia. Lo anteriormente mencionado demuestra que se han implementado medidas de control adecuadas lo que, en consecuencia, lleva a cumplir con lo planeado; así las cosas, se considera **Eficaz** esta acción.
  - **Acción 4:** “Establecer acciones cuando el resultado de la visita lo requiera”. Verificado el POA 2018 del Proceso auditado, se evidencia que se viene trabajando un indicador de Formación Académica (FA) y de Formación para el Trabajo (FPT); de acuerdo con los registros revisados, se comprueba que las metas propuestas se han venido cumpliendo. Teniendo en cuenta lo anterior, es importante que se continúen manejando este tipo de indicadores, pues estos ayudan a mejorar la planeación y el control de las metas que se han establecido; en consecuencia, se considera **Eficaz** esta acción.
- **NO CONFORMIDAD 2:** “No se encuentran implementadas acciones correctivas orientadas a atender las reclamaciones de clientes. En el primer trimestre se evidencia 22 reclamaciones orientadas a la calidad de respuesta a la reclamación. Segundo trimestre se evidencia 18 reclamaciones orientadas a la calidad de respuesta a la reclamación. Tercer trimestre se evidencia 23 reclamaciones orientadas a la calidad de respuesta a la reclamación. No se encuentran implementación de acción correctivas.”

## INFORME DE AUDITORÍA

Este hallazgo cuenta con siete (7) acciones descritas así:

- **Acción 1:** “Realizar un entrenamiento apoyado en la oficina de Control Interno de Gestión para la elaboración de planes de mejora asociados a las quejas y reclamos presentadas ante la ACR. Este ejercicio se realizará a manera de piloto con las dos causas más frecuentes el último semestre de 2016.” De acuerdo con la evidencia recabada en su momento la acción fue cumplida; a la fecha, y de acuerdo con los reportes analizados, se evidencia que ha bajado la cantidad de PQRS-D extemporáneas por lo que, en consecuencia, se considera que la acción ha sido **Eficaz**.
- **Acción 2:** “Remitir mensualmente a todos los líderes de proceso, un informe detallado de quejas y reclamos que se hayan presentado en los grupos territoriales, puntos de atención y sede central, para que hagan el análisis de causa raíz de esas quejas y reclamos y elaboren en el SIGER los planes de mejora y acciones correctivas que correspondan.” Para el momento de cierre esta acción fue cumplida y, en la verificación actual se encuentra que la Oficina de Atención al Usuario (OAU) se remite, de manera periódica, a los líderes de los procesos el estado de la PQRS-D; además, trimestralmente se envía un informe consolidado de los resultados. Teniendo en cuenta lo anterior, se considera **Eficaz** esta acción.
- **Acción 3:** “Realizar seguimiento trimestral el grupo de atención al ciudadano en articulación con el grupo de control interno, a los planes de mejora y acciones correctivas derivados de las quejas y reclamos, que se hayan presentado en cada grupo territorial, punto de atención o dependencias de sede central.” En su momento fue cumplida la acción y, a la fecha, no se encuentran planes de mejora con acciones sobre este tema. Teniendo en cuenta lo anterior, se considera **Eficaz** esta acción.
- **Acción 4:** “Presentar periódicamente, en el comité directivo el comportamiento de reclamos o quejas.” Al finalizar esta acción se cumplió con su objetivo; hoy día, después de verificar la evidencia en actas de Comité, se comprueba que se ha venido realizando el seguimiento y, además, en el Acta del Comité Directivo N° 9 del 27 de septiembre de 2018 se sigue realizando el seguimiento respectivo; teniendo en cuenta lo anterior se considera esta acción como **Eficaz**.
- **Acción 5:** “Presentar en el comité directivo, las acciones correctivas y los avances en los planes de mejora establecidos frente a las quejas, reclamos presentados en durante el período de seguimiento.” Al respecto, en el acta del Comité N° 9 del 27 de septiembre de 2018 se sigue realizando el seguimiento respectivo; así las cosas, se considera como **Eficaz** esta acción.
- **Acción 6:** “Actualizar y socializar el Manual de PQRS-D con los ajustes correspondientes al seguimiento y los controles a implementar.” Verificando lo concerniente a esta acción se comprueba que se actualizó el documento y, al revisar en el SIGER, se evidencia que se ha venido actualizando el documento “manual del Sistema de PQRS-D (Código AC-M-01 V-5 de fecha 2018-06-22). Teniendo en cuenta lo anterior, se considera como **Eficaz** esta acción.
- **Acción 7:** “Sensibilizar a los colaboradores de la Entidad sobre los ajustes realizados al Manual de PQRS-D”. De acuerdo con lo mencionado en la anterior acción, se

## INFORME DE AUDITORÍA

evidencia que la Entidad envió, el día 22 de junio, correo masivo de socialización a todos los funcionarios del “Manual del Sistema de PQRS-D” (Código AC-M-01 V-5, de fecha 2018-06-22). Así las cosas, se considera **Eficaz** esta acción.

### 5.1.3.3. Plan de Mejoramiento PM-16-00073 (AUD-1614) efectuada durante la Vigencia 2016 y que, a la fecha de revisión, se encuentra en estado: **CERRADO**

Revisada la información que reposa en el SIGER se evidenció que dicho Plan de Mejoramiento consta de una (1) No Conformidad y cinco (5) Acciones las cuales se encuentran en estado: **CERRADO**.

**NO CONFORMIDAD 1:** “1. 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”

Este hallazgo cuenta con cinco (5) acción discriminadas de la siguiente manera:

- **Acción 1:** “Remitir el borrador del Acta dos (2) días después de haber sesionado el Comité Directivo, al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación para su revisión”. Esta acción se cerró como **No Cumplida**; hoy día, en cuanto a la revisión de las actas de la Vigencia 2018 se observó que las Actas de enero 29, enero 31 y febrero 26 de la mencionada Vigencia fueron enviadas a sus asistentes para su revisión y observaciones el día 20 de marzo de 2018; en el mismo orden de ideas, el Acta del Comité realizado el 27 de septiembre de 2018 fue enviado por correo el día 31 de octubre de 2018; adicionalmente, el Acta del Comité realizado el día 13 de Agosto de 2018 fue enviado, vía correo electrónico a los asistentes el día 21 de agosto de 2018. Teniendo en cuenta lo anterior, se considera como **Ineficaz** esta acción.
- **Acción 2:** “Revisar y remitir acta borrador a los dos (2) siguientes a la Secretaria Técnica del Comité Directivo.”. De acuerdo a revisión se evidenció que las Actas de enero 29, 31 de enero y 26 febrero fueron enviadas a sus asistentes, para revisión y observaciones, el día 20 de marzo de 2018. Así las cosas, se considera como **Ineficaz** esta acción.
- **Acción 3:** “Remitir acta ajustada a los dos (2) siguientes a Directivos e invitados a la sesión del comité, quienes tendrán cinco (5) para su revisión, aprobación y remisión a la Secretaria Técnica del Comité.” De acuerdo con la revisión efectuada para lo relacionado con las actas de la Vigencia 2018 se observó que las Actas de enero 29, 31 de enero y 26 febrero fueron enviadas a sus asistentes, para revisión y observaciones, el día 20 de marzo de 2018. Así las cosas, se considera como **Ineficaz** esta acción.
- **Acción 4:** “Realizar ajustes e imprimir el acta dos (2) días después de la revisión por parte de los directivos para ser firmada y aprobada en la Sesión del Comité Directivo que se convoque.”. Para la revisión efectuada en este caso, se evidencia que no se encuentran en la Vigencia de 2018 las actas de reunión del Comité Institucional de

## INFORME DE AUDITORÍA

Desarrollo efectuadas desde el mes de agosto a la fecha. Teniendo en cuenta lo anterior, no se encuentran completos los mencionados registros por lo que se considera como **Ineficaz** esta acción.

- **Acción 5:** “Realizar seguimiento permanente al cumplimiento de los tiempos establecidos entre la elaboración del acta, la revisión, aprobación, firma y archivo en la carpeta de gestión de la Dirección General.” Revisada la carpeta donde se almacenan, como evidencia, las actas correspondientes al Comité Institucional de Desarrollo Administrativo se observó que: se encuentran pendiente de dos (2) firmas de los asistentes el Acta N° 26 del 26 de mayo de 2017; en el mismo orden de ideas, en la carpeta de la Vigencia 2018 sólo se hallaron las actas: N° 1 del 29 de enero de 2018; N° 2 de enero 31 de 2018; N° 3 del 26 de febrero de 2018, N° 4 del 22 de marzo de 2018; N° 5 del 23 de mayo de 2018; y, también, N° 6 22 de junio de 2018, no se encontraron más actas. Teniendo en cuenta lo anterior se encuentra **Ineficaz** esta acción.

Con respecto a la carpeta de la Vigencia 2017 del Comité de Coordinación se encontraron las siguientes actas, a saber: N° 1 del 30 y 31 de enero; N° 2 del 27 de febrero; N° 3 del 27 de marzo; N° 4 del 8 de mayo; N° 5 del 22 de mayo; N° 6 del 27 de junio; N° 7 del 01 de agosto; N° 8 del 29 de agosto; N° 9 del 25 de septiembre; N° 10 del 27 de octubre; N° 11 del 14 de noviembre; y N° 12 del 20 de diciembre. Algunos de los temas que se trataron en estas reuniones fueron los siguientes: a) resultados del Comité Sectorial; b) Balance Anual de Resultados; c) Banco de Proyectos; d) Seguimiento de Seguridad; e) Indicador de Incidencia Política; f) Rendición de Cuentas; g) Avance de Ejecución Presupuestal; h) Seguimiento de Auditorías; i) Informes de Gestión; j) PQRS-D; k) Plan Estratégico; l) Acción Institucional; m) Anticorrupción; y, n) Desempeño Operativo de las Dependencias.

Con respecto a la carpeta de la Vigencia 2016 del Comité de Coordinación se encontraron las siguientes actas, a saber: N° 1 del 21 de enero; N° 2 del 29 de febrero; N° 3 del 31 de marzo; N° 4 del 25 de abril; N° 5 del 23 de mayo; N° 6 del 27 de junio; N° 7 del 28 de julio; N° 8 el 29 de agosto; N° 9 del 28 de septiembre; N° 10 del 25 de octubre; N° 11 del 25 de noviembre; N° 12 del 10 y el 19 de diciembre.

### 5.2. FORTALEZAS

Dentro del ejercicio de auditoría practicada al proceso de Direccionamiento Estratégico se identificaron las siguientes conformidades las cuales son informadas en el momento del cierre de la auditoría:

- El Proceso de Direccionamiento Estratégico cuenta con un equipo de trabajo multidisciplinario y receptivo a la información que se les entrega y, además, son idóneos para desarrollar las actividades generadas en este proceso de auditoría.
- El Proceso de Direccionamiento Estratégico se encuentra trabajando con el conocimiento y plan de trabajo adecuado para implementar el MIPG en la Entidad.
- El Proceso de Direccionamiento Estratégico tiene su información en una carpeta compartida debidamente identificada y organizada con el fin, primordial, de que el Grupo de Trabajo acceda y haga uso de dicha información.

## INFORME DE AUDITORÍA

- El Proceso de Direccionamiento Estratégico cuenta con planes que permiten llevar y ejecutar el objetivo de la entidad.
- Se evidencia el gran compromiso de todos los miembros del Proceso y, también, se resalta que el Equipo de Gestión del Conocimiento se han apropiado del tema y tiene avances importantes en esta materia.

### 5.3. HALLAZGO DE LA AUDITORÍA

El Proceso de Direccionamiento Estratégico presenta deficiencia en la eficacia del Plan de Mejora PM-16-00073, toda vez que la acción: “Realizar seguimiento permanente al cumplimiento de los tiempos establecidos entre la elaboración del acta, la revisión, aprobación, firma y archivo en la carpeta de gestión de la Dirección General” puesto que, en revisión hecha durante la auditoría, se evidenció que en la Carpeta “Actas del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo 2017” el Acta N° 26, de fecha mayo 26 de 2017, se encuentra pendiente de dos (2) firmas de los asistentes. Adicional a lo anterior, se verificó que, en la Carpeta del mismo tema, pero Vigencia 2018, solamente se encuentran las actas debidamente firmadas hasta el mes de junio, las demás actas se encuentran pendientes. Lo anteriormente mencionado incumple lo estipulado en la Actividad 3. (Organizar los Registros), y la Actividad 4. “Almacenar los Registros) que se encuentran incluidas en el Procedimiento Control de Registros.

### 5.4. RECOMENDACIONES

- Se recomienda articular con los demás procesos, en especial lo diseñado y publicado por el Grupo de Diseño acerca de la herramienta EVA (Espacio Virtual de Aprendizaje) en la Intranet, dado que su objetivo se debe validar e incluir en caso de ser necesario en el módulo de Gestión del Conocimiento dispuesto para este fin.
- Efectuar de nuevo la solicitud al líder del Proceso de Talento Humano el resultado del autodiagnóstico y el Plan de Acción con respecto a las políticas que se aplican a este proceso con el fin de consolidar toda la información y, así, lograr la implementación del MIPG en la ARN.
- Se recomienda que se efectúe una revisión exhaustiva de todos los documentos (procedimientos, manuales, guías, caracterización, formatos, etc.) de los procesos que se manejan en la Agencia con el fin, primordial, de que se generen alertas de prevención para, de esta manera, mantenerlos actualizados y generar las mejoras a que haya lugar en los documentos producidos.
- Se recomienda continuar fomentando la implementación de las políticas del MIPG en toda la Entidad con el fin dar cumplimiento a lo exigido por el Manual Operativo Sistema de Gestión.
- Continuar haciendo control y seguimiento a lo programado en la implementación de las Políticas del MIPG.

### 5.5. CONCLUSIONES

La auditoría se ejecutó de acuerdo a lo previsto en el Plan de Auditoría y se cumplió con el objetivo y alcance gracias a la disposición de los colaboradores del Proceso de Direccionamiento Estratégico.

## INFORME DE AUDITORÍA

Finalmente, y resultado de la auditoria, se observó que la gestión adelantada por sus colaboradores se realiza de manera razonable dentro del marco regulatorio aplicable y vigente; aplica procedimientos y formatos que le permiten adelantar su función; aplica controles y seguimientos; y, además, cuenta con colaboradores competentes y comprometidos con el cumplimiento de los objetivos institucionales y con la mejora continua.

**Nota:** el presente informe no requiere firma por parte del Auditor Líder ni del Auditado, teniendo en cuenta que su aprobación se realizó a través del Sistema de Gestión para la Reintegración (SIGER).