

INFORMACIÓN BÁSICA			
<b>FECHA DE INFORME</b>	12/11/2021	<b>PROCESO DEPENDENCIA</b>	PROCESO EVALUACION, CONTROL Y MEJORAMIENTO
<b>FECHA DE LA AUDITORIA</b>	DEL 18 DE OCTUBRE AL 11 NOVIEMBRE 2021	<b>AUDITOR</b>	<b>Auditora Líder:</b> Gladys Marlenny Velásquez Acosta

### 1. OBJETIVO

Evaluar el grado de cumplimiento de los requisitos al Sistema Integrado de Gestión adoptado en la Agencia, así como la normatividad vigente y métodos de operación establecidos para el fortalecimiento de la operación y gestión institucional, del Proceso de Evaluación, Control y Mejoramiento

### 2. ALCANCE

La verificación se realizará a través de la herramienta Microsoft Teams. Para el Proceso Evaluación, Control y Mejoramiento, basados en la información recopilada entre el 01/09/2020 al 30/06/2021.

Se incluye la evaluación de la eficacia de los planes de mejoramiento: PM-19-00026, PM-20-00015,

No se revisa el PM-20-00018, teniendo en cuenta que hay acciones vigentes hasta 31-12-2021

### 3. CRITERIOS DE AUDITORIA

Se tendrán en cuenta, entre otros, los siguientes criterios normativos:

a) Ley 975 de 2005; b) Ley 1437 de 2011; c) Ley 1755 de 2015; d) Decreto 1391 de 2011; e) Decreto 1082 de 2015; f) Decreto 648 de 2017; g) Decreto Ley 899 de 2017; h) Decreto 1499 de 2017; i) Decreto 69 de 2018; j) Decreto 1212 de 2018; k) Decreto 1363 de 2018; l) Resolución 346 de 2012; m) Resolución 754 de 2013; n) Resolución 1724 de 2014; o) Resolución 0075 de 2016; p) Resolución 1356 de 2016; q) Resolución 3207 de 2018; r) Resolución 2536 de 2019; s) CONPES 3931 de 2018; t) NTC 6047:2013; u) NTC ISO 27001:2013; v) NTC ISO 9001:2015; w) NTC ISO 14001:2015; x) NTC PE 1000:2017; y) NTC ISO 45001:2018.

De igual manera, se tendrán en cuenta, entre otros, los siguientes procedimientos, manuales e instructivos publicados en el Software para la Planeación y Gestión que apliquen al proceso, a saber:

Caracterización y demás documentos inscritos en el sistema - (procedimientos, instructivos, guías, manuales y formatos)

En lo relacionado con el tema presupuestal se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- Asignación de recursos Presupuestales.

- Ejecución Plan Anual de Adquisiciones.
- Ejecución Presupuestal.

Finalmente, es importante dejar en claro que se tendrán en cuenta las demás normas, documentos, circulares, procedimientos, manuales e instructivos que le apliquen a cada una de las unidades auditables.

#### **4. DESARROLLO DE LA AUDITORIA**

Con la realización de la auditoria se verifica el cumplimiento de las responsabilidades y compromisos del Grupo de Control Interno de Gestión de la política de Control Interno, así como la verificación del uso de enfoque a procesos, enfoque a riesgos, enfoque de la prevención de las actividades de auditoria.

La auditoría realizada al proceso de Evaluación, Control y Mejoramiento se efectuó de acuerdo con las actividades descritas en el Plan de Auditoría así:

- Reunión de apertura realizada el día 26 de octubre de 2021.
- Revisión de los resultados del Plan de Acción Institucional y los demás planes que participan el proceso en cada una de las herramientas dispuestas por la Entidad para seguimiento y control como lo es la información registrada en el Software para la Administración y la Gestión, Información en las carpetas compartidas de planes y mapas de riesgos, informes publicados en el link de transparencia, acceso a la información pública y las carpetas de los planes de mejoramiento PM-19-00026, PM-20-00015 en el desde el 18 de octubre hasta el 10 de noviembre de la Vigencia 2021.
- Verificación de la aplicación de los controles para los riesgos institucionales, entre otros: a) Emitir informes producto de la evaluación y autoevaluación de la gestión institucional que, por acción u omisión, desvíen los resultados y que den beneficios en nombre propio o a terceros. b) Inadecuada formulación de los planes de mejoramiento e ineficacia de los planes suscritos. c) Inadecuada definición del programa anual de auditoría y/o planes de auditoría. d) Incumplimiento de políticas de protección de datos personales. e) Uso indebido de la información. f) Contagios de COVID-19 por el retorno a la presencialidad en todas las sedes de la ARN. g) Pérdida de la información. h) Uso indebido de la información, i) Incumplimiento en los tiempos de respuesta de las PQRSD de acuerdo con la normatividad vigente
- Entrevista de conocimiento de las normas ISO Verificar conocimiento, responsabilidades y aplicación de las normas adoptadas por la Entidad.(ISO 9001, 45001, 14001, 27001, PE 1000:2017 y MIPG)
- Revisión de la caracterización y demás documentos inscritos en el SIG (procedimientos, instructivos, guías, manuales y formatos) del proceso
- Verificar el seguimiento y cumplimiento de PQRSD, conformación de temas de gestión documental.
- Verificación de la eficacia y el cumplimiento de planes de mejoramiento que se encuentren cerrados en el proceso

- Reuniones con el equipo auditado por medio de la herramienta Teams para validar información. Del 26 de octubre al 8 de noviembre de 2021.
- Reunión de cierre realizada el día 8 de noviembre de 2021.

En el ejercicio de esta Auditoría se pudo haber incurrido en imprecisiones debido a cualquier limitación frente a la información ofrecida en la entrevista o suministrada por el auditado, así como por el método de auditoría virtual ejecutada con ocasión a la declaratoria de emergencia decretada por el gobierno nacional para hacer frente a la Pandemia de COVID-19 dado que, en algunos casos, se parte de la buena fe en las respuestas que ofrece el auditado. De igual manera, la evaluación adelantada es independiente y su validación corresponde a un muestreo de la información.

## 5. TEMAS VERIFICADOS

### 5.1. Plan de Acción

Indicador	Avance General		Trimestre 1			Trimestre 2		
	Valor Meta	Valor Planeado	Valor Planeado	Valor Ejecutado	Avance(%)	Valor Planeado	Valor Ejecutado	Avance(%)
Acciones correctivas y de mejora eficaces, evaluadas en la vigencia 2021	100.00	Min.: 80.00 Est.: 80.00 Máx.: 100.00	NA			Min.: 80.00 Est.: 80.00 Máx.: 100.00	90.00	100.00
Acciones correctivas y de mejora, cerradas en la vigencia 2021	100.00	Min.: 85.00 Est.: 85.00 Máx.: 100.00	Min.: 85.00 Est.: 85.00 Máx.: 100.00	87.76	100.00	Min.: 85.00 Est.: 85.00 Máx.: 100.00	92.50	100.00
Cumplimiento de informes de ley y seguimiento 2021	100.00	75.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Nivel de cumplimiento del Plan anual de auditorías 2021	100.00	Min.: 85.00 Est.: 85.00 Máx.: 100.00	Min.: 85.00 Est.: 85.00 Máx.: 100.00	100.00	100.00	Min.: 85.00 Est.: 85.00 Máx.: 100.00	100.00	100.00
Asesorías, acompañamientos y acciones de enfoque hacia la prevención realizadas 2021	100.00	75.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

### Plan Indicadores de Proceso

Indicador	Avance General		Trimestre 1			Trimestre 2		
	Valor Meta	Valor Planeado	Valor Planeado	Valor Ejecutado	Avance(%)	Valor Planeado	Valor Ejecutado	Avance(%)
Acciones correctivas y de mejora cerradas durante la Vigencia 2021	100.00	Min.: 85.00 Est.: 85.00 Máx.: 100.00	Min.: 85.00 Est.: 85.00 Máx.: 100.00	87.76	100.00	Min.: 85.00 Est.: 85.00 Máx.: 100.00	92.50	100.00
Acciones correctivas y de mejora eficaces, evaluadas durante la Vigencia 2021	100.00	Min.: 80.00 Est.: 80.00 Máx.: 100.00	NA			Min.: 80.00 Est.: 80.00 Máx.: 100.00	90.00	100.00

Indicador 1: Acciones correctivas y de mejora eficaces, evaluadas en la vigencia 2021  
Se verifica el cuadro con el reporte de la eficacia de las acciones en el primer semestre del 2021, se verifica la aplicación de los lineamientos de la Entidad se han cerrado 80 acciones en el primer semestre, en cuanto al reporte oportuno, suficiencia de las

evidencias a la gestión reportada, se indica que se evaluó el Plan de Mejora 19-00003 en la cual se evaluaron 20 acciones de las cuales 2 no fueron eficaces y 18 fueron eficaces para un resultado del: 90% de eficacia y un 10% de no eficacia; de acuerdo al Programa Anual de Auditorías 2021 V1, se encuentra programada la auditoría especial Eficacia PM-19-00003 - Gestión Financiera (N° 212 de 2021), y resultante de la no eficacia de 2 acciones el proceso Gestión Financiera se creó el plan de mejora PM-21-0004.

Se informa por parte del líder del proceso, que el resultado de este análisis se presentará en el próximo Comité Institucional de Control Interno, posiblemente programado para noviembre de 2021.

Indicador Acciones correctivas y de mejora, cerradas en la vigencia 2021

Se revisan los informes trimestrales que se presentan de las acciones correctivas y de mejora cerradas. Las conclusiones se mencionan en el numeral 5.3.

Indicador 3: Cumplimiento de informes de ley y seguimiento 2021

Se verifica los cuadros trimestrales de informes de ley y seguimiento elaborados y publicados en el primer semestre del 2021, se observan la presentación y publicación de 16 informes de seguimiento y 3 informes de gestión, en donde se observó:

INFORME	PRIMER SEMESTRE 2021						PERIODICIDAD	PUBLICAR EN PAGINA	Verificación Publicación 1T	Verificación Publicación 2T	Observaciones
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun					
Informe Ejecutivo anual del año 2020			28				Anual	SI	19/03/2021		Error en la fecha de elaboración en el informe publicado, el informe indica febrero de 2020
Informe Derechos de Autor (Publicación de informe)			31				Anual	SI	29/03/2021		sin observaciones
Informe Sistema de Informacion de personal SIGEP	30			30			Cuatrimestral	SI	2/02/2021	30/04/2021	El informe a 31-12-2020 se publicó el 02-02-2021. El informe a 30-03-2021 se publicó a 30-04-2021. El informe a 30-06-2021 se publicó el 29-09-2021. La periodicidad de los informes no coincide con la programada en este cronograma
Seguimiento al plan de mejoramiento archivístico - AGN Decreto 106 2015	21			21			Trimestral	SI	11/02/2021	23/04/2021	El segundo seguimiento se registra con fecha 14-04-2021, el tercer seguimiento se registra con fecha 16-04-2021 y se publicó el 29/09/2021. Se sugiere revisar las fechas de reportes y dejarlo claramente identificado en el seguimiento
Informe de Seguimiento Planes de mejora	31			30			Trimestral	NO	1/02/2021	5/05/2021	El informe del 4t-2020 se publicó el 01-02-2021. el del primer trimestre 2021 se publicó el 05-05-2021 (error en el encabezado el informe indica 4t-2020) . El informe con corte a 30-06-2021 se publicó el 04-08-2021
Informe de Plan anticorrupción y de Atención al Ciudadano	16				15		Cuatrimestral	SI	4/02/2021	11/06/2021	El informe con corte a 31-12-2020 se publicó el 04-02-2021. El informe con corte a 30-04-2021 se publicó el 11-06-2021 y el informe con corte a 30-08-2021 se publicó el 13/09/2021 Sin observaciones
Informe Pormenorizado del Estado de Control Interno	31						semestral	SI	29/01/2021	30/07/2021	sin observaciones
Informe Austeridad del Gasto	14			14			Trimestral	SI	14/04/2021	27/07/2021	Se encuentran informes publicados con cortes trimestrales a 31-12-2020 publicado el 14-01-2021, de los trimestres del 2021 se publican el 14-04-2021, 27-07-2021 y 29/10/2021. Sin observaciones
Informe de Mapa de riesgos de Gestión (institucional) 2021		28					Semestral	SI	15/03/2021	14/10/2021	El de la vigencia 2020, se publica el 15-03-2021 y el del primer semestre del 2021 se publicó el 14-10-2021 teniendo en cuenta que atendieron observaciones de algunos procesos Sin observaciones
Informe PQRS			31				Semestral	SI	31/03/2021	31/08/2021	En el reporte del indicador del 1 trimestre indica que se hizo el informe el 11-03-2020 y la publicación se hizo el 31-03-2021.
Informe de Ekogui - certificado		28					Semestral	NO	4/04/2021	2/09/2021	En el informe del segundo semestre del 2020, en el numeral 2.6 no se indica la fecha en que se envió efectivamente el certificado de control interno
Seguimiento cumplimiento Ley 1712 de 2014 (Transparencia)	31			30			Trimestral	SI	11/02/2021	30/04/2021	En el informe del 2T publicado el 29-09-2021 se observa que falta información del numeral 13.Habeas Data
Informe de Control Interno Contable - 62 preguntas		28					anual	NO	26/04/2021		sin observaciones
Rendición de Cuenta Fiscal Anual de la Entidad - SIRECI		28					Anual	NO	20/05/2021		Se hizo el registro el 27 de febrero y se publicó en mayo

En general se cumple con la elaboración de informes de ley y seguimiento programadas y se verifica su publicación en cumplimiento de la Ley de Transparencia de 2014.

Indicador 4: Nivel de cumplimiento del Plan anual de auditorías 2021.

De acuerdo al Plan Anual De Auditorías 2021, versión 1 que se presentó y aprobó en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno realizado en marzo 3 de 2021, para el primer semestre se programaron 2 auditorías: AUD21– 201 Sistema de Control Interno Contable y AUD 2012 Proceso De Gestión Financiera Eficacia PM-19-0003, las cuales se realizaron y se encuentran sus informes registrados en el Sistema y publicados en el sitio de Control Interno de la página de la Entidad , en cumplimiento de la ley de Transparencia de 2014.

El Plan Anual De Auditorías 2021, versión 1 se encuentra publicada en el link de transparencia de la página de la Entidad.

Se registra en el acta 1 del 3 de marzo de 2021 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno los siguientes riesgos asociados al proceso de auditoría 2021:

- Falta del conocimiento de la misionalidad de la Entidad por parte de los nuevos auditores internos
- Falta de auditores internos certificados que apoyen la actividad de auditoría de la Entidad
- Falta de recursos económicos para el desplazamiento de los auditores
- Apoyo de los líderes de los procesos al momento de realizar la auditoría
- Problemas de orden público en los Grupos ARN de la Subdirección Territorial
- Rotación del personal de carrera administrativa debido a concursos internos o externos, así como mejores oportunidades laborales en otros espacios de trabajo para los contratistas.

Se menciona que a la fecha de la auditoria se encuentra con una versión 3 del Plan Anual de Auditorías 2021, propuesta que se presentará en el próximo comité.

Indicador 4: Asesorías, acompañamientos y acciones de enfoque hacia la prevención realizadas 2021

En el primer semestre del 2021, se realizaron 89 asesorías y acompañamientos: 37 en planes de planes de mejoramiento, 3 en Plan de Acción Institucional, 4 en riesgos y 45 en otros temas como acompañamiento en reuniones, lo cual fortalece el mejoramiento continuo de la Agencia.

Al interior del proceso, cada profesional tiene asignados procesos y dependencias para hacer actividades de asesoría y acompañamiento. De igual forma se cuenta con la designación en cada proceso de un enlace, que apoya y fomenta las actividades de control interno al interior de la Entidad, cumplimiento validado en los soportes: Base de

Asesorías y Acompañamientos Primer Trimestre 2021 y Base de Asesorías y Acompañamientos Segundo Trimestre 2021

Con el trabajo articulado de los profesionales del Grupo de Control Interno de Gestión y los enlaces de las dependencias se aporta al fortalecimiento del enfoque a la prevención del actuar de los procesos. En comités se hacen advertencias o recomendaciones: la atención a los requerimientos de la contraloría, y la articulación interna entre las dependencias: Secretaria General coordina, consolida y revisa y pasa a la Oficina Asesora Jurídica, y posteriormente al grupo Control Interno de Gestión para su remisión.

Se evidencia la generación de una campaña del autocontrol, y de prevención y lucha contra la corrupción vigencia 2021, en donde se envían tips de autocontrol y protectores de pantalla, los cuales se socializaron en el boletín 407 de 28 de junio de 2021 y protectores de pantalla.

Para el cumplimiento de las auditorias, el proceso cuenta con 5 empleados de planta y 6 contratistas, se encuentran en vacancia temporal los cargos de profesional especializado 2028-17 y profesional universitario 2044 - 11. Ante la ausencia de estos 2 profesionales, se suplió con la contratación de 2 auditores.

Se observa la adopción de instrumentos de planeación, monitoreo y seguimiento y el cumplimiento de las metas de los indicadores incluidos en el Plan de Acción Institucional y Plan de Indicadores de Proceso. Así mismo se registra los avances en el Software para la administración y gestión.

## 5.2. Mapa de Riesgos 2021

Para la revisión de los mapas de riesgos 2021, se analizaron en conjunto, el riesgo, control y las acciones determinadas. Las observaciones de cumplimiento se realizan sobre la acción.

- **Proceso: Evaluación, Control y Mejoramiento. Riesgo:** Inadecuada formulación de los planes de mejoramiento e ineficacia de los planes suscritos

Controles:

1. Los Jefes o Coordinadores de cada Dependencia de la Agencia validan, cuando se estructure, la formulación del o los Planes de Mejora que tengan a su cargo. Como evidencia queda el registro en el software para la Administración de la Planeación y la Gestión.
2. El Asesor del Grupo de Control interno de Gestión y/o el funcionario designado revisan y aprueban, cuando se presente, la formulación de los Planes de Mejora para determinar que estos se encuentran debidamente organizados. Como evidencia queda el registro en

el software para la Administración de la Planeación y la Gestión y en el documento de análisis de causas.

3. El Asesor del Grupo de Control interno de Gestión y/o el funcionario designado verifican, en las auditorías que realiza el Grupo, la eficacia de las acciones cerradas de los Planes de Mejora que hayan superado seis (6) meses de ejecución y que provienen de hallazgos generados en anteriores auditorías del Grupo, de antes de control, de antes de certificadores o definidas por ellos mismos. Como evidencia quedan los informes de auditoría.

Acciones: Acompañar y asesorar de manera permanente a los procesos y/o dependencias de la Agencia en la formulación e implementación de los Planes de Mejora que resulten producto de las auditorías que ellos mismos definan.

Se observa la sensibilización de planes de mejoramiento, así como los lineamientos para estructurar adecuadamente un plan, se verificó el registro en el SIG del cumplimiento de los controles con las validaciones de los planes de mejoramiento PM-21-00003, PM-21-00004 (evaluación de la ineficacia de las acciones del Plan de Mejora PM-19-0003).

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** Se registra oportunamente el seguimiento de la acción y análisis del riesgo.
  - **Calidad:** las evidencias aportadas cumplen de forma general con los lineamientos emitidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión (Código: DE-M-03).
  - **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación, lo que permite dar cumplimiento al control.
- 
- **Proceso: Evaluación, Control y Mejoramiento . Riesgo:** Inadecuada definición del programa anual de auditoría y/o planes de auditoría

Controles:

1. El Asesor del Grupo de Control Interno de Gestión, junto con el Jefe de Proceso o Dependencia auditado, revisan, validan y aprueban, cada vez que se ejecute una auditoría, el Informe Final de Auditoría. El registro de esta actividad se efectúa en el software para la Administración de la Planeación y la Gestión.

2. El Asesor del Grupo de control interno de Gestión, su equipo de trabajo o quien haga sus veces analizan y verifican, anualmente, que se hayan aplicado los criterios definidos para la formulación del Plan Anual de Auditorías. Como evidencia queda la matriz de priorización de auditorías.

3. Analizar y verificar cada vez se vaya a ejecutar una auditoria que se hayan aplicado los criterios definidos para la formulación los planes de auditoria por parte del auditor y aprobación por parte del Jefe de Control Interno de Gestión o quien haga sus veces. Como evidencia queda el registro en la herramienta tecnológica para la administración de la planeación y la gestión de la Agencia.

4. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de Gestión aprueba, anualmente, el Plan Anual de Auditoria y sus modificaciones cuando se requieran. Como evidencia quedan las actas del Comité y la publicación del Programa Anual de Auditorias en la página WEB de la Agencia.

5. El Proceso o Dependencia de la Agencia que va a ser auditado aprueba, cada vez que se le programe una auditoria, el Plan de Auditoria. Como evidencia queda el registro de dicha aprobación software para la Administración de la Planeación y la Gestión.

6. El jefe del Proceso o Dependencia auditado evalúa la auditoría interna efectuada cada vez que esta finalice. Como evidencia queda el registro de esta evaluación al Equipo Auditor en el software para la Administración de la Planeación y la Gestión.

**Acción:** Evaluar los resultados de las evaluaciones de las auditorias y aplicar las mejoras que se requieran.

En el primer semestre se realizaron las evaluaciones de las 2 auditorías que estaban programadas y que se ejecutaron conforme al plan.

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** Se registra oportunamente el seguimiento de la acción y análisis del riesgo.
- **Calidad:** las evidencias aportadas cumplen de forma general con los lineamientos emitidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión (Código: DE-M-03).
- **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación, lo que permite dar cumplimiento al control.

**Acción:** Revisar y ajustar el Manual de Auditorias para documentar los controles del riesgo en caso de que haya lugar a ello.

Se presenta el documento actualizado en cada reporte trimestral, a la fecha de la realización del informe no se ha iniciado el ciclo documental y teniendo en cuenta que se debe solicitar el cierre de la acción los primeros 15 días del mes de diciembre, se sugiere dar celeridad al inicio del ciclo documental.

Se verifica con otros soportes adicionales a los subidos en las rutas compartidas de las 2 acciones:

-Aprobación del plan anual de auditorías versión1 registrado en el acta 1 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, y la realización de la respectiva publicación del plan en la página web de la Entidad.

-Verificación de criterios para la selección de auditorías (acta del CICC)

-Aprobación de los informes

-Aprobación del plan de auditoría por parte del auditado y del Jefe de Control Interno de Gestión evidenciado en las auditorías AUD-211 evaluación al Sistema de Control Interno Contable de la Agencia, AUD-212 la evaluación de la eficacia al plan de mejoramiento PM-19-00003 con plan de mejoramiento PM-21-00004, AUD 213 Auditoría Integral GT ARN – Meta – Orinoquía, entre otros, así como registros de validaciones de informes y construcción de planes de mejoramiento.

Estos registros permiten evidenciar la aplicación de los controles definidos para el riesgo.

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** Se registra oportunamente el seguimiento de la acción y análisis del riesgo.
- **Calidad:** las evidencias aportadas cumplen de forma general con los lineamientos emitidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión (Código: DE-M-03).
- **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación, lo que permite dar cumplimiento al control.
  
- **Proceso: Evaluación, Control y Mejoramiento . Riesgo:** Emitir informes producto de la evaluación y autoevaluación de la gestión institucional que, por acción u omisión, desvíen los resultados y que den beneficios en nombre propio o a terceros.

Controles:

1.Los Jefes o Coordinadores de cada Dependencia de la Agencia, anualmente, verifican los conocimientos relacionados con la lucha y prevención de la corrupción, a través de instrumento que decidan aplicar, de los funcionarios y contratistas que tienen a su cargo. Como evidencia quedan registros de asistencia y/o actas de reunión.

2.Los Jefes o Coordinadores de cada Dependencia de la Agencia verifican, cada vez que se realice un informe, la veracidad de la información contenida con el fin de evitar la publicación de datos errados. Como evidencia queda la publicación del informe en la Intranet o Página WEB de la ARN y/o las comunicaciones oficiales que se emitan.

**Acción:** Elaborar reporte trimestral de los informes de ley elaborados en la Agencia para la Reincorporación y la Normalización – ARN

Se verifica en el sistema que esta acción se habilitó para la versión 2 del mapa de riesgos de proceso que se aprobó el 17-06-2021.

Se verifica el soporte “Informes de Ley Elaborados y Publicados ARN”, en donde se reporta que en el segundo trimestre el Grupo de Control Interno de Gestión hizo revisión de la elaboración y publicación de los siguientes informes de ley, a saber: Austeridad del Gasto, Informe de Gestión Institucional, Reporte de Investigaciones externas, Informe de PQRSD, Registro Público de Derechos de Petición, Informe de gestión contractual (SIRECI), sin embargo los soportes de la carpeta no demuestran la revisión de los informes mencionados.

En el desarrollo de la auditoria se evidenció la revisión preliminar y validación por parte del auditado del Informe Preliminar Auditoria Aud-2114 - Grupo de Diseño, Informe Preliminar Derechos de Autor Vigencia 2020 validado por la Jefe de la Oficina de Tecnologías, Informe\_SIGEP\_20210930 revisado y aprobado para publicación por el responsable del Grupo de Control Interno de Gestión

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** Se registra oportunamente el seguimiento de la acción y análisis del riesgo.
- **Calidad:** las evidencias aportadas cumplen de forma general con los lineamientos emitidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión (Código: DE-M-03).
- **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación, lo que permite dar cumplimiento al control

**Acción:** Realizar sensibilizaciones frente a la Lucha contra la Corrupción

Se observa la generación de una campaña de lucha contra la corrupción, con la generación de piezas comunicacionales en la intranet, y la Charla de Autocontrol y Seguimiento a las Actividades del Grupo de Control Interno de Gestión

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** Se registra oportunamente el seguimiento de la acción y análisis del riesgo.
- **Calidad:** las evidencias aportadas cumplen de forma general con los lineamientos emitidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión (Código: DE-M-03).

- **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación, sin embargo, la ejecución de esta acción NO demuestra la aplicación del control número 1.

En la versión 1 del mapa de riesgos de proceso que se aprobó el 24-03-2021, se incluye la acción 2: Atender las funciones de advertencia emitidas por los diferentes entes de control en donde se reporta que no se presentaron funciones de advertencia por parte de los entes de control relacionadas con el riesgo

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** Se registra oportunamente el seguimiento de la acción y análisis del riesgo.
- **Calidad:** las evidencias aportadas cumplen de forma general con los lineamientos emitidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión (Código: DE-M-03).
- **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación

**Acción :** Atender las PQRSD que hagan referencia a los informes que presenta la ARN.

Para el primer semestre de la Vigencia 2021 no se presentaron PQRSD relacionadas con los informes que emite la ARN.

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** Se registra oportunamente el seguimiento de la acción y análisis del riesgo.
- **Calidad:** las evidencias aportadas cumplen de forma general con los lineamientos emitidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión (Código: DE-M-03).
- **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación

En la revisión de los riesgos del proceso, se encontró que para el riesgo de corrupción las acciones planteadas no son suficientes para dar cumplimiento a los controles definidos, sin embargo si se evidencia la realización de revisiones y validaciones de informes de auditoría y de informes de ley. Es importante trabajar en las causas generadoras de riesgos sobre las cuales de acuerdo con su naturaleza y alcance debe desarrollar acciones eficaces para su prevención y/o tratamiento como se indica en el numeral 8.1 del Manual del riesgo.

- **Proceso: Atención al Ciudadano: Riesgo “Incumplimiento en los tiempos de respuesta de las PQRSD de acuerdo con la normatividad vigente”.** Riesgo: Identificar el porcentaje de incumplimiento (Numerador: cantidad de Pqrsd vencidas en el periodo a reportar / Denominador: cantidad de Pqrsd tramitadas y finalizadas en el periodo a reportar)\*100Especifique razones del incumplimiento en caso de que aplique.  
GRUPO DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

Se cumple con el reporte mensual de la acción y con soportes suficientes. En el primer semestre se recibieron 2 solicitudes, que se atendieron oportunamente.

No se observa el registro del análisis del riesgo del primer y segundo trimestre por parte del responsable del proceso de Atención al ciudadano, el reporte del análisis del riesgos del tercer trimestre esta incompleto ya que solo menciona la ejecución de septiembre.

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** Se registra oportunamente el seguimiento mensual de la acción y análisis del riesgo.
  - **Calidad:** las evidencias aportadas cumplen de forma general con los lineamientos emitidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión (Código: DE-M-03).
  - **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación, lo que permite dar cumplimiento al control.
- 
- **Proceso: Gestión de Tecnologías de la información- riesgo: Pérdida de la información.**

**Acción:** El profesional designado por parte del proceso de Evaluación Control y Mejoramiento debe realizar la revisión y actualización de los activos de información de su dependencia, teniendo en cuenta los criterios de actualización establecidos en el DE-I-03 Instructivo para la Actualización de la matriz de activos de información

Se observa la estructuración de un plan de trabajo, así como avance en la actualización de la matriz de activos de información.

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** Se registra oportunamente el seguimiento de la acción y análisis del riesgo.
- **Calidad:** las evidencias aportadas cumplen de forma general con los lineamientos emitidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión (Código: DE-M-03).
- **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación.

- **Proceso: Gestión de Tecnologías de la información- riesgo: Uso indebido de la información**

**Acción:** El profesional designado por parte del proceso de Evaluación Control y Mejoramiento debe realizar la revisión y actualización del índice de información clasificada y reservada y de la matriz de flujos de información, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos.

Se observa la estructuración de un plan de trabajo, así como avance en la actualización de la matriz de flujos de información

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** Se registra oportunamente el seguimiento de la acción y análisis del riesgo.
- **Calidad:** las evidencias aportadas cumplen de forma general con los lineamientos emitidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión (Código: DE-M-03).
- **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación.

- **Proceso: Direccionamiento Estratégico- riesgo: Incumplimiento de la ley de transparencia y acceso a la información pública**

**Acción:** . El profesional designado por parte del proceso de Evaluación, Control y Mejoramiento debe realizar la revisión y actualización de la información publicada a través de la página web de la ARN y el espacio de transparencia, de acuerdo al Instructivo de Cumplimiento Ley 1712 de 2014 para la Transparencia y el Acceso a la Información Pública en la ARN (DE-I-04) y su Anexo No.1 Matriz de Cumplimiento, según le aplique, registrando el seguimiento en acta de revisión trimestral. Dicha acta debe reportar todas las acciones adelantadas para el tratamiento del riesgo y, en caso de materialización, debe determinar las acciones de mitigación y planes de mejora adelantados, remitiendo copia de la misma a la Oficina Asesora de Planeación para seguimiento y retroalimentación.

Se observa la realización de actas de seguimiento al cumplimiento de la publicación de los informes de auditoría, informes de ley de acuerdo a la Ley 1712 de 2014.

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** Se registra oportunamente el seguimiento de la acción y análisis del riesgo.

- **Calidad:** las evidencias aportadas cumplen de forma general con los lineamientos emitidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión (Código: DE-M-03).
- **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación.

- **Proceso: Direccionamiento Estratégico- riesgo: Incumplimiento de políticas de protección de datos personales**

**Acción:** El profesional designado por parte del proceso de Evaluación, Control y Mejoramiento debe realizar la revisión trimestral de los inventarios de bases de datos a cargo (registradas y derivadas), el estado de autorizaciones de uso de datos personales capturadas y custodiadas, los procesos de transmisión de datos definidos y formalizados, las respuesta a PQRSD relacionadas con información personal, las sensibilizaciones realizadas en el tema, según le aplique, lo cual se consignará en acta de revisión consolidada por las dependencias y grupos territoriales involucrados en el proceso. Dicha acta debe reportar todas las acciones adelantadas para el tratamiento del riesgo y, en caso de materialización, debe determinar las acciones de mitigación y planes de mejora adelantados, remitiendo copia de la misma a la Oficina Asesora de Planeación para seguimiento y retroalimentación

Se observa la generación de un plan de trabajo de protección de datos, así como avance en el archivo de bases de datos manejadas por el proceso

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** Se registra oportunamente el seguimiento de la acción y análisis del riesgo.
- **Calidad:** las evidencias aportadas cumplen de forma general con los lineamientos emitidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión (Código: DE-M-03).
- **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación.

- **Proceso: Talento Humano- riesgo: Contagios de COVID-19 por el retorno a la presencialidad en todas las sedes de la ARN**

**Acción:** El líder del proceso de Evaluación, Control y Mejoramiento promueve la apropiación de acuerdo a las notas informativas que se generen desde Talento Humano de manera trimestral. Evidencias: Listas de asistencia, actas de reunión, registros fotográficos o correos electrónicos, que den cuenta de la sensibilización de las notas informativas

Se observan en las carpetas de evidencias del primer trimestre y segundo trimestre, 3 boletines y envío de correos recordando el cumplimiento de actividades relacionadas con el manejo del COVID.

Resultado de la verificación:

- **Oportunidad:** Se registra oportunamente el seguimiento de la acción y análisis del riesgo.
- **Calidad:** las evidencias aportadas cumplen de forma general con los lineamientos emitidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión (Código: DE-M-03).
- **Resultado:** Se ha dado cumplimiento a las acciones propuestas para la verificación.

### 5.3. Planes de mejoramiento

Se revisa los planes de mejoramiento: PM-19-00026, PM-20-00015 con el fin de verificar el cierre de las acciones y la eficacia de las acciones:

#### Plan de mejora PM-20-00015

Con el fin de revisar el cumplimiento del proceso en cuanto al monitoreo, cierre y reportes de acciones cerradas en el trimestre, se verificaron las acciones del plan de mejoramiento PM-20-00015 registrado en el SGI a cargo del proceso Evaluación, Control y Mejoramiento.

H1 Se evidenció que en la muestra evaluada se constituyeron reservas correspondientes a los contratos 1172-2019 y 1807-2018 por \$80.178.120 y \$14.482.870 respectivamente, sin cumplimiento de requisitos legales como la excepcionalidad y la exposición de motivos que justifiquen la constitución.

Acción	Fecha Inicio Fecha Final Fecha Cierre	Observaciones
--------	---	---------------

H2 Pagos Beneficios Apoyo Productivo - Planes de Negocios: Se evidenció un sobrepago por \$8 millones correspondiente a 1 PPR que recibió un incentivo superior al legalmente establecido causado por la reprogramación de un pago que el Banco y la Fiducia informaron como no éxitos

Acción	Fecha Inicio Fecha Final Fecha Cierre	Observaciones
--------	---	---------------

H3 Al cotejar los valores reportados por la ACR a la Contaduría General de la Nación a través del aplicativo CHIP con corte a 31 de diciembre de 2015 y la información suministrada por la entidad a través de la relación de Cuentas por Pagar constituidas al cierre de la vigencia 2015.

Acción	Fecha Inicio Fecha Final Fecha Cierre	Observaciones
--------	---	---------------

### Plan de mejora PM-19-00026

H1. En la revisión a los planes de mejoramiento productos de las auditorias ejecutadas durante la vigencia 2019 se presentaron 36 planes de mejora correspondiente a 130 hallazgos no eficaces, incumpliendo el Procedimiento de gestión de acciones correctivas y de mejora EM-P-01 versión 4 y materialización del riesgo Inadecuada formulación y eficacia de planes de mejoramiento.

Acción	Fecha Inicio Fecha Final Fecha Cierre	Observaciones
1. Ajustar el indicador de eficacia de planes de mejora estableciendo un rango de cumplimiento de todas las acciones implementadas (hallazgos).	FI:2019-11-28 FF:2020-08-31 FC:2020-08-06	Se verifica que en el Plan de Acción Institucional 2021 en el SIG, se construye el indicador con estos parametros. Acción cerrada y reportada en el tercer trimestre del 2020 Resultado: eficaz
2. Verificar que los planes de mejora formulados contengan por hallazgo mínimo tres acciones (corrección cuando proceda, correctiva y de control)	FI:2019-11-28 FF:2020-11-30 FC:2020-11-25	Se verifica el cumplimiento de la atención del lineamiento con el plan PM-21-0006 Y PM-21-0002. Acción cerrada en el SIG el 25-11-2020, pero no se ve reportada en el informe trimestral de acciones cerradas del cuarto trimestre del 2020. Resultado: Eficaz
3. Realizar sensibilización con el fin que las acciones implementadas sean eficaces y ataque verdaderamente la causa raíz.	FI:2019-11-28 FF:2020-11-30 FC:2020-11-25	Se verifica la realización de una presentación y envío por correo electrónico del 11-02-2021 a los procesos que tienen pendiente la tarea de conformar planes de mejoramiento. No se observan soportes de los avances parciales de la acción. Se evidencia que las acciones no eficaces del 2019 fueron 19, y en el 2020 se reportan 17, evidenciando una disminución que demuestra la eficacia de las acciones Acción cerrada en el SIG el 25-11-2020, pero no se ve reportada en el informe trimestral de acciones cerradas del cuarto trimestre del 2020. Resultado: Eficaz

#### Observaciones:

Se revisó el cierre de 16 acciones, conforme a las actividades descritas en el Procedimiento Gestión de Acciones Correctivas y de Mejora v4 , encontrando que se hizo

el cierre oportunamente y que existen soportes que demuestran el cumplimiento de la acción, 3 de estas acciones no aparecen reportadas en los informes trimestrales de acciones cerradas que se encuentran en las carpetas del Indicador Acciones correctivas y de mejora, cerradas en la vigencia; se debe mejorar el instrumento que consolida las acciones cerradas ya que puede estar reportando datos inexactos del cumplimiento del proceso.

Para el caso de la acción 1 del hallazgo 2 del PM-20-00015 “ Generar alertas para las notificaciones de los pagos exitosos o no exitosos, así como para el recibo de informes y corAUDreos solicitando información exclusiva del encargo fiduciario entre los funcionarios de la fiduciaria y la ARN, buscando que todo el equipo quede enterado”, se cerró el 11 de agosto del 2020, atendiendo una solicitud con cierre anticipado del proceso Gestión Financiera, y se cerró la acción con la solicitud de un caso de uso para generar un correo electrónico, lo que no corresponde a una alerta, en el desarrollo de la auditoria se verificó la generación de alertas a través del correo electrónico, por lo que es conveniente reforzar los controles a fin de evitar incumplimientos del procedimiento.

Se determina el hallazgo del plan de mejoramiento PM-19-00026 H1: “En la revisión a los planes de mejoramiento productos de las auditorias ejecutadas durante la vigencia 2019 se presentaron 36 planes de mejora correspondiente a 130 hallazgos no eficaces, incumpliendo el Procedimiento de gestión de acciones correctivas y de mejora EM-P-01 versión 4 y materialización del riesgo Inadecuada formulación y eficacia de planes de mejoramiento”. Al revisar la información en la entrevista de la auditoría se constata que en la realidad en la vigencia 2019 se trabajaron 36 planes de mejora que contienen 130 hallazgos y en los informes publicados en la página web se totalizan 150 hallazgos, de los cuales las acciones de 129 hallazgos se declararon eficaces y 21 no eficaces, presentándose un error de redacción de la acción debido a la que se declara no eficaz es la acción y no el hallazgo y que no realmente el parámetro de medición que es la no eficacia de las acciones es 21 y no 130; al revisar los informes de seguimientos de planes de mejora del 2020 publicados en la página se registra que se revisaron 300 acciones , de las cuales 15 no fueron eficaces lo que demuestra una disminución en los resultados de las acciones no eficaces. Por lo descrito se sugiere implementar mecanismos o controles para la validación de la redacción de los hallazgos, así como la fuente o el instrumento en donde se consoliden los datos.

#### **5.4 Atención PQRSD**

Se revisaron las PQRDS presentadas y los reportes que reposan en las carpetas compartidas de la acción del mapa de riesgos, encontrando que el proceso cumple con el recibo, atención y cierre de las solicitudes en el módulo de correspondencia de la Entidad. En el primer semestre se recibieron 2 solicitudes, que se respondieron oportunamente.

En la solicitud PQRD EXT21-007928 del 24 de mayo de 2021, en archivo “Reporte PQRS-D GrupoContrlInterno\_MAYO”, reportada por Control Interno como No Aplica, siendo lo correcto que no deberían reportarla ya que era una copia y la solicitud se debe responder por Talento Humano y la Oficina Jurídica. Adicionalmente esta respuesta se envió por certimail el 1 de julio a los correos que se indicaron en la solicitud, sin embargo este

documento no llegó por certimail al destinatario debido a que los correos electrónicos enviados por este medio quedaron mal digitados, situación que amerita implementar controles a fin de garantizar el uso correcto del certimail, certificado de envío exitoso identificando quien lo debe realizar, cuando y quien verifica a fin de evitar la materialización del riesgo en la atención oportuna de PQRDS y su comunicación.

### 5.5 Gestión Documental

Se cuenta con el Inventario Documental del año 2019, debido a la pandemia la mayoría de la documentación del proceso se maneja en forma electrónica y a la fecha el proceso recibe lineamientos del grupo de Gestión Documental para revisión de las carpetas electrónicas. La mayoría de informes se envían por correo electrónico, y las auditorías integrales quedan registradas en el SGI.

Se hizo una revisión del archivo físico en la que participaron la técnica administrativa del proceso y personal de Gestión Documental en junio de 2021, en la que quedó como compromiso revisión de documentos para eliminación documental.

En el 2021 se han realizado 2 reuniones para actualización de TRD en donde se elimina conceptos técnicos, proyectos, series que no maneja el proceso. Se ajusta en la TRD del proceso la serie de las auditorías en donde se van a trabajar como documentos híbridos, se incluyen como archivo electrónico.

A finales del año 2020 y en mayo de 2021, se recibió capacitación en el manejo de carpetas compartidas.

### 5.6 Documentos del proceso

Tipo Documento	Título Documento	Código	Versión	Vigencia	Observaciones
Caracterización	Caracterización Proceso: Evaluacion, Control Y Mejoramiento	EM-C-01	V-7	2020-12-29	Actualizado
Documentos de apoyo	Requisitos Aplicables Norma Técnica por cada Proceso (Documento de Apoyo)			2021-09-21	Actualizado
Formato	Evaluación De Gestión De Dependencia	EM-F-08	V-1	2021-08-31	Actualizado
Formato	Evaluación De Gestión De Indicadores De Procesos	EM-F-09	V-1	2021-08-31	Actualizado
Guía	Guia Para La Definición De Acciones Correctivas Y De Mejora	EM-G-01	V-1	2021-07-15	Actualizado
Manual	Estatuto De Auditoría Interna Y Código Del Auditor	EM-M-03	V-2	2021-06-08	Actualizado
Manual	Manual De Auditoría Interna	EM-M-01	V-6	2017-11-03	En revisión en el proceso
Normograma		EM-N-01	V-6	2021-03-01	Actualizado
Procedimiento	Procedimiento Gestión De Acciones Correctivas Y De Mejora	EM-P-01	V-5	2021-07-15	Actualizado



Procedimiento	Procedimiento de rendición de cuentas				Nuevo, no iniciado
---------------	---------------------------------------	--	--	--	--------------------

Se revisó el procedimiento Gestión De Acciones Correctivas y De Mejora EM-P-01 con el plan de mejoramiento 21-00002 de Gestión Documental, constatando el cumplimiento de las actividades del procedimiento con respecto al plan de mejoramiento.

## 5.7 Sistemas de Gestión adoptados por la ARN

Se realiza entrevista al líder del proceso y equipo de trabajo designado, en donde se realizaron preguntas y verificaron soportes de conocimiento de los sistemas que está implementando la ARN: el Sistema de Gestión de Calidad, el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, el Sistema de Seguridad de la Información y el Sistema de Gestión Ambiental, así como el cumplimiento del rol auditor como responsable del componente de evaluación en la implementación de las normas.

De acuerdo a lo establecido en los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 27001:2013; NTC ISO 14001:2015; NTC PE 1000:2017; y NTC ISO 45001:2018. específicamente los numerales: 4.1 Comprensión de la organización y su contexto; 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas; 4.4 Sistema de gestión de calidad y sus procesos; 5.1 Liderazgo y compromiso; 5.3 Roles, Responsabilidades y autoridades en la organización; 7.1 Recursos; 7.2 Competencia; 7.4 Comunicación; 7.5 Información documentada; 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación; 10.3 Mejora Continua, observando lo siguiente:

Se caracteriza el proceso, identifica los clientes y partes interesadas, se identifican las actividades de acuerdo al ciclo PHVA, con indicadores y riesgos. Se confirma con la caracterización del proceso EM-C-01 Versión 7 que se actualizó el 29-12-2020.

Se tienen definidos compromisos en Plan de Indicadores de proceso 2021, Plan de Acción Institucional 2021, Plan Sectorial, Mapa de Riesgos 2021, evidenciando la planificación, así como su monitoreo y seguimiento para el cumplimiento del objetivo del proceso siguiendo el lineamiento estratégico y con los instrumentos que indica la ARN.

Se definen autoridades y responsabilidades en los sistemas con el cumplimiento del rol de auditoría realizando la evaluación independiente, se tienen identificada las partes interesadas en cumplimiento de las responsabilidades asociadas al cumplimiento normativo.

Se cumple con los roles de enfoque a la prevención con la designación de asesoría y acompañamiento por procesos y dependencias a cada integrante del equipo auditor del grupo de Control Interno de Gestión.

Se hace valoración de riesgos de la gestión institucional, se evalúan los procesos, lo cual se convierte en insumo para estructurar el programa anual de auditorías, las auditorías se programan a las dependencias teniendo en cuenta los procesos lo cual se evidencia en el plan de auditorías registrados en el Sistema, evidenciado en el Plan Anual de Auditorías

2021 y en la auditoría integral al proceso de Seguimiento AUD-2019 con auditoría PA-20-00011 del 2021-10-05.

En los planes de mejoramiento se tiene en cuenta el enfoque por procesos, evidenciado en el informe de Auditoría Grupo Territorial GT ARN Eje Cafetero AUD-2125.

Se observa que en el Plan Anual de Auditorías vigencia 2021, se incluye los criterios normativos, población objeto y los institucionales, así como el modelo MIPG y los sistemas de Calidad, Seguridad de la Información, Seguridad y Salud en el Trabajo, Ambiental, Operaciones Estadísticas, Gestión Documental.

Se tiene en cuenta la eficacia de los factores de riesgo y se fortalece en la ejecución de la auditoría con auditores certificados y se contratan auditores que cumplen funciones específicas como el caso del abogado. A nivel del equipo de trabajo en los profesionales que se entrevistaron se evidencia conocimiento del mapa de riesgo, aplicación de sus controles desde sus actividades laborales.

En el comité de control interno se presentan las evaluaciones de las auditorías y de los resultados de implementación de los sistemas, cambios en la política de administración del riesgo y se generan compromisos que son revisados en los próximos comités a fin de promover la mejora continua en el ejercicio auditor. En el informe ejecutivo anual vigencia 2020 se presenta el avance de MIPG, en las evaluaciones como el rol auditor en los informes ejecutados en las vigencias 2020 y 2021, observado el acta del Comité de Coordinación de Control Interno del 3 de marzo de 2021. Dentro del ejercicio de las auditorías del 2021, se está aplicando una encuesta sobre el conocimiento y apropiación a los empleados públicos y contratistas de las normas que se están implementando, demostrado el compromiso desde el rol de auditoría y con los ítem del numeral 9.2 auditoría interna de las normas.

A nivel de proceso de auditoría se identificaron los riesgos asociados a las auditorías, los cuales quedaron registrados en el acta del comité de coordinación de control interno del 3 de marzo de 2021. En el comité del 1 de septiembre de 2021, se presentó la modificación de la política de administración del riesgo.

Se han adelantado acciones para el manejo de los riesgos asociados al proceso de auditoría, como el fortalecimiento de las competencias de los auditores con cursos de actualización de las normas que se van a certificar, que permiten de un lado aumentar el equipo auditor y también aportar en sus dependencias con la implementación de las normas; se observa que el jefe de Control Interno actúa como auditor líder en algunas auditorías.

Se cuenta con talento humano calificado y competente, equilibrado, recursos presupuestales y plataforma tecnológica para el cumplimiento del Plan Anual de Auditorías.

Se cuenta con documentos que respaldan el cumplimiento de las auditorias, la generación de informes de ley y seguimiento y la labor de asesoría y acompañamiento, documentos disponibles en el SIG, información documentada que evidencia el cumplimiento de las funciones del proceso, así como el rol de auditoria en la evaluación independiente.

Se cuenta con instrumentos de planificación, monitoreo y seguimiento y se constata el cumplimiento de los lineamientos de la Entidad para su estructuración y reporte periódico Conocimiento y apropiación de las políticas del modelo MIPG, observado en las auditorías realizadas en el año 2021.

Cumplimiento de las obligaciones de los roles de control interno con la generación de los informes de Ley y de seguimiento de acuerdo a la normatividad y a su debida publicación en cumplimiento a la Ley de transparencia 1712 de 2014.

Aplicación de lineamientos propios al ejercicio auditor en cumplimientos de los lineamientos de la política de protección de datos y del sistema de seguridad de la información.

Se cumple con la realización de los comités de coordinación de control interno, así como los temas que ayudan a la entidad al fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

Se observa cumplimiento del rol de prevención del proceso Control, evaluación y mejoramiento con el acompañamiento con la designación y redistribución de auditores a cada proceso y grupo territorial para asesorarlos en temas de control interno: riesgos, planes de mejora, entre otros, boletines informativos en intranet, campañas de lucha anticorrupción: semana de la lucha contra la corrupción, designación de un enlace en todos los procesos y grupos territoriales con el fin de fortalecer el control interno.

Se evidencia el cumplimiento en el fortalecimiento de competencias del equipo auditor del grupo Control Interno de Gestión con la capacitación en las normas ISO9001, ISO 27001, ISO45001, ISO14001 con la participación y aprobación de auditores en la norma ISAO9001:2015, ISO14001:2015, ISO27001, ISO 45001 DE Derly Katerinne Cubides, Jairo Tulande, Diana Barrero, Ana Yancy Urbano, Jose Alexander Hernandez, Sandra Paola Estupiñan.

Se conoce y aplica la política de integridad con el estatuto de auditoria y código de ética del auditor en la que aplican los principios del código de integridad de la Entidad, así como los principios del auditor; no se ha identificado conflictos de intereses en el ejercicio auditor.

Revisada el acta 9 del Comité Institucional De Gestión y Desempeño del 27 de noviembre del 2020 El grupo de Talento Humano presentó a los líderes de proceso la ejecución del Plan de Trabajo del Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo: SGSST 2019-2020. Información que convierte en insumo para el informe de rendición de cuentas del SGSST que deben rendir todos los líderes de proceso, sin embargo, para este tipo de reportes se requiere el informe con más detalle.

El proceso no cuenta con la información detallada de la participación de los empleados y contratistas en las pausas activas, lunes de conexión, y demás actividades incluidas dentro del programa de bienestar, lo que dificulta una adecuada rendición de cuentas del SGSST; situación que no facilita realizar seguimiento y reforzar la participación del equipo de trabajo del Grupo de Control Interno a las actividades del sistema. Se recibe comunicación al final del mes de la falta de participación con el compromiso de registrar las condiciones de salud asociadas al manejo de Covid en el aplicativo Alissta.

En cuanto al Sistema de Gestión Ambiental, la responsabilidad del líder del proceso radica en contribuir con su equipo de trabajo en los lineamientos que la Entidad defina, participación en las actividades relacionadas con el medio ambiente. Igualmente, en cumplimiento del rol de auditoria, debe incluir los criterios de esta norma en el plan de auditorías, lo que se evidenció en los planes de auditoria registrados en el sistema.

Como evidencia del compromiso de los directivos, se nombró como líder ambiental del proceso a Enrique Fernandez Monsalve apoyado por Derly Cubides y en donde se hacen actividades trimestrales, dirigidas y coordinadas por Claudia Vargas, de la Subdirección Administrativa, sin embargo la participación del equipo de trabajo es parcial debido a las labores de auditoría.

Se tiene conocimiento de la matriz de aspectos e impactos ambientales, que se encuentra disponible para consulta en las carpetas compartidas de la Subdirección Administrativa. Se recomienda a la Subdirección Administrativa dejar en la intranet o en un mecanismo definido por el proceso para consulta de los funcionarios y contratistas, este instrumento.

En cuanto al cumplimiento del proceso en la norma de certificación de información estadística, el proceso conoce que es la certificación de la operación estadística, cuenta con un auditor certificado en la norma NTC PE1000:2017 y se incluye como criterio en las auditorias de la vigencia 2021. Se adelantó un trabajo conjunto con la Subdirección de Seguimiento y la Oficina Asesora de Planeación en la formalización de los documentos que soportan las operaciones estadísticas.

Es importante socializar la importancia de la operación estadística, y trabajar temas como análisis de datos, prospectiva, a fin de fortalecer la mejora continua a nivel de toda la Entidad, actividad que debe estar a cargo de la Subdirección de Seguimiento.

Con respecto a fortalecimiento de competencias, la Entidad gestionó la capacitación y certificación con Icontec, como auditores de un equipo aproximado de 70 personas con Icontec

Es importante documentar y aprovechar el conocimiento adquirido y fortalecer el ejercicio auditor con los auditores que se han venido formado en las normas en los años 2019, 2020 y 2021, lineamientos que deben quedar explícitos en el manual de auditoria EM-M-01 que tiene como fecha de actualización noviembre de 2017.

## **5.8 Conclusiones**

En el proceso Evaluación, control y mejoramiento se encuentra que el Sistema de Gestión Integrado implementado y se cumple con los requisitos en la normatividad, del cliente e institucionales. De igual forma se verificó el cumplimiento de los compromisos registrados en los instrumentos de planeación de la vigencia auditada.

Con la auditoria al proceso de Evaluación, Control y Mejoramiento, se cumplió con el objetivo planteado, así como con el plan de auditoria.

### **5.8.1 Conformidades**

1. Responsabilidad y compromiso para el ejercicio de la auditoria.
2. En el proceso se tiene identificada las responsabilidades como líder en la implementación de las normas, así como responsable de la evaluación dentro del rol de auditorías en cumplimiento del numeral de auditoria interna
3. Se cuenta con instrumentos de planificación, monitoreo y seguimiento y se constata el cumplimiento de los lineamientos de la Entidad para su estructuración y reporte periódico
4. Conocimiento y apropiación de las políticas del modelo MIPG, observado en las auditorías realizadas en el año 2021.
5. Cumplimiento de las obligaciones de los roles de control interno con la generación de los informes de Ley y de seguimiento de acuerdo a la normatividad y a su debida publicación en cumplimiento a la Ley de transparencia 1712 de 2014.
6. Aplicación de lineamientos propios al ejercicio auditor en cumplimientos de los lineamientos de la política de protección de datos y del sistema de seguridad de la información.
7. Se cumple con la realización de los comités de coordinación de control interno, así como los temas
8. Cumplimiento del rol de prevención del proceso Control, evaluación y mejoramiento con el acompañamiento con la designación y redistribución de auditores a cada proceso y grupo territorial para asesorarlos en temas de control interno: riesgos, planes de mejora, entre otros, boletines informativos en intranet, campañas de lucha anticorrupción: semana de la lucha contra la corrupción, designación de un enlace en todos los procesos y grupos territoriales con el fin de fortalecer el control interno.
9. Se evidencia el cumplimiento en el fortalecimiento de competencias del equipo auditor con la capacitación en las normas ISO9001, ISO 27001, ISO45001, ISO14001.
10. Se conoce y aplica la política de integridad con el estatuto de auditoria y código de ética del auditor en la que aplican los principios del código de integridad de la Entidad, así como los principios del auditor; no se ha identificado conflictos de intereses en el ejercicio auditor.
11. Se tiene conocimiento de los riesgos del proceso, conocen y consultan el mapa en el sistema y conoce como contribuye a la aplicación de los controles.
12. Se hace seguimiento mensual y se envía un correo electrónico a los responsables de las acciones indicándoles que registren el seguimiento y generando una alerta de las acciones que están próximas a vencer en un periodo de 45 a 60 días.

### **5.8.2 No Conformidades**

No se presentan en el proceso

### **5.8.3 Fortalezas**

1. Designación de enlaces de los procesos para el proceso ECM para fortalecer las actividades y lineamientos del proceso enfocados en la prevención.
2. Formación de un grupo aproximado de 72 empleados públicos en las normas ISO9001, ISO 27001, ISO45001, ISO14001.

### **5.8.4 Observaciones (Aspectos Por Fortalecer)**

1. En la revisión de los riesgos del proceso, se encontró que para el riesgo de corrupción las acciones planteadas no son suficientes para dar cumplimiento a los controles definidos, sin embargo, si se evidencia la realización de revisiones y validaciones de informes de auditoría y de informes de ley. Es importante trabajar en las causas generadoras de riesgos sobre las cuales de acuerdo con su naturaleza y alcance debe desarrollar acciones eficaces para su prevención y/o tratamiento como se indica en el numeral 8.1 del Manual del riesgo
2. Se revisó el cierre de 16 acciones, conforme a las actividades descritas en el Procedimiento Gestión de Acciones Correctivas y de Mejora v4 , encontrando que se hizo el cierre oportunamente y que existen soportes que demuestran el cumplimiento de la acción, 3 de estas acciones no aparecen reportadas en los informes trimestrales de acciones cerradas que se encuentran en las carpetas del Indicador Acciones correctivas y de mejora, cerradas en la vigencia; se debe mejorar el instrumento que consolida las acciones cerradas ya que puede estar reportando datos inexactos del cumplimiento del proceso.
3. Para el caso de la acción 1 del hallazgo 2 del PM-20-00015 “ Generar alertas para las notificaciones de los pagos exitosos o no exitosos, así como para el recibo de informes y correos solicitando información exclusiva del encargo fiduciario entre los funcionarios de la fiduciaria y la ARN, buscando que todo el equipo quede enterado”, se cerró el 11 de agosto del 2020, atendiendo una solicitud con cierre anticipado del proceso Gestión Financiera, y se cerró la acción con la solicitud de un caso de uso para generar un correo electrónico, lo que no corresponde a una alerta, en el desarrollo de la auditoria se verificó la generación de alertas a través del correo electrónico, por lo que es conveniente reforzar los controles a fin de evitar incumplimientos del procedimiento.

4. Se determina el hallazgo del plan de mejoramiento PM-19-00026 H1: “En la revisión a los planes de mejoramiento productos de las auditorias ejecutadas durante la vigencia 2019 se presentaron 36 planes de mejora correspondiente a 130 hallazgos no eficaces, incumpliendo el Procedimiento de gestión de acciones correctivas y de mejora EM-P-01 versión 4 y materialización del riesgo Inadecuada formulación y eficacia de planes de mejoramiento”. Al revisar la información en la entrevista de la auditoría se constata que en la realidad en la vigencia 2019 se trabajaron 36 planes de mejora que contienen 130 hallazgos y en los informes publicados en la página web se totalizan 150 hallazgos, de los cuales las acciones de 129 hallazgos se declararon eficaces y 21 no eficaces, presentándose un error de redacción de la acción debido a la que se declara no eficaz es la acción y no el hallazgo y que no realmente el parámetro de medición que es la no eficacia de las acciones es 21 y no 130; al revisar los informes de seguimientos de planes de mejora del 2020 publicados en la página se registra que se revisaron 300 acciones , de las cuales 15 no fueron eficaces lo que demuestra una disminución en los resultados de las acciones no eficaces. Por lo descrito se sugiere implementar mecanismos o controles para la validación de la redacción de los hallazgos, así como la fuente o el instrumento en donde se consoliden los datos.

#### **5.8.4 Observaciones (Aspectos Por Fortalecer)- Transversal**

1. El proceso no cuenta con la información detallada de la participación de los empleados y contratistas en las pausas activas, lunes de conexión, y demás actividades incluidas dentro del programa de bienestar, lo que dificulta una adecuada rendición de cuentas del SGSST; al no contar con la información necesaria no se facilita realizar seguimiento y reforzar la participación del equipo de trabajo del Grupo de Control Interno a las actividades del sistema; situación que puede generar incumplimiento en cuanto a la obligación de la rendición de cuentas del SG-SST.

#### **5.8.5 Recomendaciones del proceso**

1. Documentar y trabajar en las oportunidades de mejora identificadas en las auditorias llevándolas a acciones de mejora que se puedan identificar en el sistema, teniendo en cuenta la articulación con la OAP para la definición de una estrategia para que todos los procesos generen acciones de mejora.
2. Identificar los documentos que se han generado para el manejo de protección de datos y lineamientos transversales como el del procedimiento de elaboración de

encuestas, así como los criterios de protección de datos en el manejo de la información que se recoge en el momento de recolección de información a nivel de encuestas y entrevistas, lineamientos que deben quedar incluidos en manual de auditoria EM-.M-01 que tiene como fecha de actualización noviembre de 2017 .

3. Fortalecer el ejercicio auditor con los auditores que se han venido formado en las normas en los años 2019, 2020 y 2021, lineamientos que deben quedar explícitos en el manual de auditoria EM-.M-01 que tiene como fecha de actualización noviembre de 2017.

### Recomendaciones Transversales

1. Es importante socializar la importancia de la operación estadística, y trabajar temas como análisis de datos, prospectiva, a fin de fortalecer la mejora continua.
2. En la solicitud PQRD EXT21-007928 del 24 de mayo de 2021, en archivo “Reporte PQRS-D GrupoContrlInterno\_MAYO”, reportada por Control Interno como No Aplica, siendo lo correcto que no deberían reportarla ya que era una copia y la solicitud se debe responder por Talento Humano y la Oficina Juridica. Adicionalmente esta respuesta se envió por certimail el 1 de julio a los correos que se indicaron en la solicitud, sin embargo este documento no llegó por certimail al destinatario debido a que los correos electrónicos enviados por este medio quedaron mal digitados, situación que amerita implementar controles a fin de garantizar el uso correcto del certimail , certificado de envío exitoso identificando quien lo debe realizar, cuando y quien verifica a fin de evitar la materialización del riesgo en la atención oportuna de PQRDS y su comunicación.
3. Se recomienda dejar en la intranet o en un mecanismo definido por el proceso para consulta de los funcionarios y contratistas, la matriz de aspectos e impactos ambientales, actualmente está disponible para consulta de los lideres ambientales de los procesos en carpetas compartidas

Nombre Auditor	Gladys Marlenny Velásquez Acosta	Nombre Jefe Dependencia/ Proceso Auditado:	Eduardo Antonio Sanguinetti Evaluación control y mejoramiento
Firma Auditor Líder:		Firma Auditado:	

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 Integrado de Gestión- SIG.