

## AGENCIA DE DESARROLLO RURAL – ADR

### Oficina de Control Interno

**N° INFORME:** OCI-2018-011

**DENOMINACIÓN DEL TRABAJO:** Auditoría Interna - Proceso “Direccionamiento Estratégico Institucional”.

**DESTINATARIOS:**<sup>1</sup>

- Juan Pablo Díaz Granados Pinedo, Presidente.
- Fidel Antonio Torres Moya, Jefe Oficina de Tecnologías de la Información (Delegado del Presidente - Comité Coordinación del Sistema de Control Interno).
- Sandra Patricia Borrález de Escobar, Secretaria General.
- Paula Andrea Vinchery Durán, Jefe Oficina de Planeación (Proceso Auditado).
- Juan Manuel Londoño Jaramillo, Vicepresidente de Integración Productiva.
- Dionisia del Carmen Yusti Rivas, Vicepresidente de Proyectos.
- Gustavo Mauricio Martínez Perdomo, Vicepresidente de Gestión Contractual.

**EMITIDO POR:** Héctor Fabio Rodríguez Devia, Jefe Oficina de Control Interno.

**AUDITOR (ES):** Ariana Isabel Gomez Orozco, Gestor T1.

Egna Katterine Núñez Hernández, Contratista.

Omar Fernando Santos Trujillo, Contratista.

**OBJETIVO(S):** Evaluar de forma independiente el diseño y la eficacia operativa de los controles internos implementados en la Agencia de Desarrollo Rural (ADR) para gestionar los riesgos del proceso "Direccionamiento Estratégico Institucional".

---

<sup>1</sup> En virtud de lo establecido en el Decreto 648 de 2017, Artículo 2.2.21.4.7, Parágrafo Primero “Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones [emitidos por la Oficina de Control Interno] tendrán como destinatario principal al representante legal de la Entidad y al Comité de Coordinación de Control Interno (...)”

**ALCANCE:** El alcance establecido para la realización de este trabajo comprendió la evaluación de los controles internos propios del proceso auditado, incluyendo lo relacionado con:

- Elaboración y seguimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
- Elaboración, actualización y seguimiento al Plan Anual de Adquisiciones de Bienes y Servicios.
- Programación presupuestal y trámites presupuestales.
- Planeación estratégica.
- Sistema de administración del riesgo corporativo (en lo relacionado con el proceso auditado).

Período Auditado: Agosto de 2017 - Febrero de 2018.

**Nota:** El establecimiento de este período no limitaba la facultad de la Oficina de Control Interno para pronunciarse sobre hechos previos o posteriores que, por su nivel de riesgo o materialidad, deban ser revelados.

**Limitaciones al Alcance:** Durante el desarrollo de esta auditoría, la Oficina de Control Interno se vio limitada para la realización (total o parcial) de las siguientes pruebas:

PRUEBA DE AUDITORÍA PLANIFICADA	OBSERVACIÓN
Revisión de Controles asociados al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAYAC). (Procedimiento PR-DER-005).	Durante la etapa de “Ejecución” de la auditoría, el proceso auditado no suministró la información solicitada en relación con: a) El diligenciamiento de la matriz de seguimiento por parte de los responsables de las actividades del PAYAC. b) La emisión de alertas por parte de la Oficina de Planeación.

PRUEBA DE AUDITORÍA PLANIFICADA	OBSERVACIÓN
<p>Revisión de Controles asociados al Plan Anual de Adquisiciones de Bienes y Servicios 2018. (Procedimiento PR-DER-006).</p>	<p>Durante la etapa de “Ejecución” de la auditoría, el proceso auditado no suministró la información solicitada en relación con: a) Formato “Programación de Necesidades”. b) Seguimiento mensual a la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones de Bienes y Servicios 2018.</p>
<p>Revisión de Controles asociados al Plan de Acción Institucional (Procedimiento PR-DER-008).</p>	<p>Durante la etapa de “Ejecución” de la auditoría, el proceso auditado no suministró la información solicitada en relación con: a) Generación de alertas en relación con el nivel de desempeño del Plan de Acción Institucional. b) Socialización del informe de avance mensual.</p>
<p>Revisión de Controles asociados a los Trámites Presupuestales (Procedimiento PR-DER-004).</p>	<p>La información solicitada no fue suministrada de forma completa para la muestra seleccionada, es decir, ocho (8) trámites presupuestales realizados durante el período cubierto por esta auditoría.</p>
<p>Revisión de Controles asociados a los Proyectos de Inversión).</p>	<p>El Usuario del aplicativo SUIFP – DNP fue solicitado el 5 de abril de 2018, no obstante, tal usuario fue suministrado el 17 de abril de 2018 (una vez finalizada la ejecución de pruebas de auditoría).</p>

**DECLARACIÓN:** Esta auditoría fue realizada con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por los auditores a cargo de la realización del trabajo. Una consecuencia de esto es la presencia del riesgo de muestreo, es decir, el riesgo de que la conclusión basada en la muestra analizada no coincida con la

conclusión a que se hubiera llegado en caso de haber examinado todos los elementos que componen la población.

**CRITERIOS:** Para la realización de este trabajo se consideraron como principales criterios, los siguientes:

- Sistema Integrado de Gestión (CP-DER-001, PR-DER-004, PR-DER-005, PR-DER-006, PR-DER-008, PR-DER-009, Mapa Riesgos, Política Riesgos, etc).
- Plan de Acción Institucional (2017 y 2018).
- Ley 152 de 1994 "...Ley Orgánica del Plan de Desarrollo".
- Decreto 111 de 1996 "...Estatuto orgánico del presupuesto".
- Ley 1474 de 2011 "...mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública".
- Circular Externa N°2 de 2013 Colombia Compra Eficiente "Elaboración y publicación del Plan Anual de Adquisiciones...".
- Decreto 1068 de 2015 "...Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público".
- Decreto 1082 de 2015 "...Decreto Único Reglamentario del sector (...) Planeación Nacional"
- Decreto 1499 de 2017 "...modifica el Decreto 1083 de 2015 (...) en lo relacionado con el sistema de gestión..."
- Decreto 2364 de 2015 "Por el cual se crea la Agencia de Desarrollo Rural..."
- Demás normatividad aplicable.

## RESUMEN EJECUTIVO:

**Como resultado de la evaluación practicada, se identificaron oportunidades de mejoramiento relacionadas con los siguientes aspectos:**

- 1) Incumplimiento de la Política de Administración del Riesgo de la Entidad en relación con la inexistencia de un plan de contingencia para un riesgo que presenta zona de riesgo residual "Extrema", la periodicidad asignada a los controles y la ejecución extemporánea de las acciones registradas en el Aplicativo ISOLUCION.
- 2) Inobservancia de tres (3) controles establecidos en el Procedimiento "Planeación Estratégica" relacionados con el Plan de Acción Institucional 2018.
- 3) Elaboración del Plan Anual de Adquisiciones 2018 sin que se evidencie la programación previa de necesidades a través del diligenciamiento del formato "F-DER-003 Plan de Necesidades"
- 4) Elaboración del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAYAC) 2018 sin Cronograma de Trabajo.
- 5) Ausencia de lineamientos procedimentales para llevar a cabo actividades relacionadas con la formulación de los proyectos de inversión y la suscripción de Convenios de Cooperación Internacional.

## RIESGOS CUBIERTOS:

<b>RIESGOS DEL PROCESO IDENTIFICADOS EN EL MAPA DE RIESGOS</b>	<b>CUBIERTO EN LA AUDITORÍA</b>
No alineación entre estrategia, planes y proyectos formulados por la entidad.	Si
Deficiente o falta de seguimiento a los compromisos estratégicos.	Si

<b>RIESGOS DEL PROCESO IDENTIFICADOS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CUBIERTO EN LA AUDITORÍA</b>
Publicación de información inoportuna, imprecisa o errónea relacionada con los planes institucionales de la Entidad (PAYAC, Plan de Acción, Plan de Adquisiciones).	Si

RIESGOS DEL PROCESO IDENTIFICADOS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	CUBIERTO EN LA AUDITORÍA
Afectación a la gestión institucional debido a la ausencia y/o inadecuada suscripción de Convenios de Cooperación Internacional.	No
Asignación errónea de recursos presupuestales para la formulación y ejecución de planes, programas y proyectos de la Entidad.	Si
Inadecuada identificación de las necesidades que fundamentan el Plan Anual de Adquisiciones (bienes y servicios requeridos por la Entidad.)	Si
Inobservancia de los lineamientos que en materia de gestión integral del riesgo ha adoptado la Agencia de Desarrollo Rural (ADR).	Si

**FORTALEZAS:** El proceso “Direccionamiento Estratégico Institucional” se encuentra catalogado como un proceso estratégico de la Agencia de Desarrollo Rural (ADR), aprobado el 1 de agosto de 2017 en el Sistema Integrado de Gestión de la Entidad con el objetivo de:

*“Direccionar a la entidad a través de la formulación de estrategias, planes, proyectos y seguimiento para garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales.”*

Como resultado de la evaluación practicada, la Oficina de Control Interno identificó las siguientes fortalezas a resaltar:

- La Oficina de Planeación adelantó las gestiones necesarias para convocar al nivel directivo a participar en los procesos de planificación estratégica, específicamente para la construcción del Plan de Acción Institucional y el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAYAC) correspondientes a la vigencia 2018. Así mismo, se observó un trabajo integrado con las diferentes dependencias de la Agencia de Desarrollo Rural (ADR) y las Unidades Técnicas Territoriales (UTT), cuyo objetivo fue incentivar la participación proactiva en

reuniones y talleres programados para la construcción y/o formulación de la Planeación Estratégica Institucional.

- El esquema de presentación del Plan de Acción Institucional 2018, presenta de forma clara las actividades correspondientes a las tres líneas prioritarias (Postconflicto, Alto Impacto y Mejoramiento), así como las actividades generales asignadas a las diferentes dependencias. Lo anterior complementado con la asignación de responsabilidades y tiempos para su cumplimiento.
- Durante el año 2018 la Oficina de Planeación ha venido realizando las gestiones necesarias para implementar el reporte de los avances del Plan de Acción a través del aplicativo ISOLUCION.

Aunque este proyecto aún no se encuentra culminado (de hecho, en este informe se presentan algunas oportunidades de mejoramiento relacionadas con el mismo), se espera que una vez implementado contribuya con el fortalecimiento de la gestión del conocimiento y la cultura del reporte oportuno y confiable.

- En el proceso de construcción del Plan Anual de Adquisiciones correspondiente a la vigencia 2018, se observó gestión conjunta entre la Oficina de Planeación y la Secretaría General, con el objetivo de informar a las diferentes dependencias de la Entidad acerca de los cupos aprobados para Inversión y Funcionamiento (Memorando 20176000038543 del 16 de noviembre de 2017), así como la emisión de la Circular Conjunta N° 065 de 2017 a través de la cual se impartieron lineamientos para la elaboración del mencionado Plan.
- Para la elaboración del Anteproyecto de presupuesto correspondiente a la vigencia fiscal 2019, la Secretaría General y la Oficina de Planeación de la Entidad gestionaron la emisión de la Circular N° 051 de 2018, a través de la cual se solicitó información relacionada con las necesidades de las diferentes

dependencias para la vigencia 2019, de conformidad con los lineamientos emitidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

**AVANCE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO VIGENTE AL INICIO DE LA AUDITORIA:** No aplica. Esta actividad de aseguramiento corresponde al primer ejercicio de auditoría interna practicado por la Oficina de Control Interno sobre el proceso “Direccionamiento Estratégico Institucional”.

#### **HALLAZGOS:**

#### **HALLAZGO N° 1 – Incumplimiento de la Política de Administración del Riesgo de la Entidad**

**Descripción:** Como resultado del análisis al Mapa de Riesgos establecido para el Proceso Direccionamiento Estratégico Institucional registrado en el aplicativo ISOLUCION, se identificaron las siguientes situaciones:

- a) El riesgo DER-2 “No alineación entre estrategia, planes y proyectos formulados por la entidad” presenta zona de riesgo residual "Extrema", por lo cual debía ser objeto de acciones de control preventivas y correctivas, así como contar con un plan de contingencia documentado al interior del proceso, tal como lo establece el numeral 17.4 de la Política de Administración del Riesgo de la Agencia de Desarrollo Rural. No obstante, esta auditoría no obtuvo evidencia de la existencia del plan de contingencia documentado, ni se observó el establecimiento de actividades de control correctivas (sólo se observaron actividades preventivas).
- b) El riesgo DER-3 "Deficiente o falta de seguimiento a los compromisos estratégicos" tiene asociados dos (2) controles: "Seguimiento mensual a través de excel al plan acción" y "Reporte de seguimiento a proyectos de inversión a través del SPI y SUIFP" los cuales se encuentran concebidos para ser ejecutados cada mes, tal como lo establece el procedimiento PR-DER-008

(numeral 6, ítem 12) y el Decreto 1082 de 2015 (Art. 2.2.6.6.2.). No obstante, la periodicidad registrada en el aplicativo ISOLUCION para estos controles es "Anual".

Así mismo, se observó que la documentación relacionada con este riesgo en el aplicativo ISOLUCION registra "Manuales DNP para SPI y SUIFP", lo cual no brinda un lineamiento claro en cuanto al referente a emplear como criterio, toda vez que el lector puede determinar que se trata de cualquier Manual del Departamento Nacional de Planeación relacionado con SPI y SUIFP.

La situación observada contrasta con lo contemplado la Política de Administración del Riesgo en su numeral 17.1. "Evaluación de los controles existentes" que indica: "Para realizar esta evaluación se debe: (...) b. Determinar si los controles están documentados: Aspecto que permite conocer cómo se lleva a cabo el control, quién es el responsable de su ejecución y cuál es la periodicidad para su ejecución, lo cual determinará las evidencias que van a respaldar la ejecución del mismo. (...)"

- c) Al analizar las Acciones Para Abordar Riesgos establecidas en el Mapa de Riesgos del Proceso "Direccionamiento Estratégico Institucional" (Aplicativo ISOLUCION), se observó que dos (2) actividades fueron cerradas de forma extemporánea (con posterioridad a la fecha de compromiso y durante la realización de esta auditoría interna), transgrediendo así lo establecido en la Política de Administración del Riesgo, numerales: "9. Responsabilidad y compromisos frente al riesgo. (...) Responsables de Proceso. (...) Realizar seguimiento y análisis a los controles de los riesgos según periodicidad establecida." y "21.1. El monitoreo debe asegurar que las acciones establecidas en los mapas de riesgo se están llevando a cabo, para así evaluar la eficacia en su implementación y adelantar revisiones sobre la marcha para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que pueden influir en la aplicación de acciones preventivas."

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ACCIÓN PARA ABORDAR EL RIESGO (ACTIVIDADES)	FECHA DE COMPROMISO	OBSERVACIONES
No alineación entre estrategia, planes y proyectos formulados por la Entidad.	Seguimiento al plan de trabajo establecido para la revisión de la Planeación Estratégica Institucional.	31-dic-2017	Acción cerrada el <b>28 de marzo de 2018</b> ; no obstante, se observó que el reporte de avance de las actividades fue finalizado con fecha 1 de enero de 2018.
Deficiente o falta de seguimiento a los compromisos estratégicos.	Coordinar la implementación de los seguimientos de los indicadores propuestos en Isolución y asignar las licencias de usuario a los responsables de los reportes (31-ene-2018)	31-ene-2018	Reporte de seguimiento de fecha <b>9 de abril de 2018</b> . Sobre el cierre de la tarea que corresponde a la ejecución de la primera acción, la Oficina de Control Interno requirió para su verificación los listados de asistencia a las capacitaciones por parte de los responsables del reporte de los avances del Plan de Acción vigencia 2018, observando que la actividad fue ejecutada el 6 de marzo de 2018.

**Posible(s) Causa(s) Identificada(s) por la Oficina de Control Interno:**

- Desconocimiento de los lineamientos metodológicos contenidos en la Política de Administración del Riesgo de la Entidad.
- Falta de apropiación en los mecanismos y/o lineamientos para la identificación y formulación de los riesgos del proceso.

**Descripción del (los) Riesgo(s):** Inobservancia de los lineamientos que en materia de gestión integral del riesgo ha adoptado la Agencia de Desarrollo Rural (ADR).

**Descripción del (los) Impacto(s):** Incumplimiento de las metas, productos e indicadores establecidos para el proceso dentro de la Planeación Estratégica de la Entidad, debido a la ineficacia e ineficiencia operativa en los controles asociados a los riesgos.

**Recomendación(es):**

- Programar y ejecutar actividades de capacitación a los responsables del proceso, sobre la estructura de la Política de la Administración del Riesgo

adoptada por la Entidad, para la identificación y formulación de los riesgos, así como el correcto y oportuno monitoreo a las acciones asociadas a los controles.

- Analizar la Política de Administración del Riesgo de la Entidad frente al Mapa de Riesgos establecido para el Proceso "Direccionamiento Estratégico" con el objetivo de identificar brechas de cumplimiento. Posteriormente, asignar responsables y establecer un cronograma para realizar los ajustes pertinentes de forma oportuna.

**Respuesta del Auditado:** Aceptado.

**Causa(s) Identificada(s) por el Responsable del Proceso Auditado:**

- Desconocimiento de la Política de Administración del Riesgo de la Agencia de Desarrollo Rural.
- Acumulación de actividades en el último periodo del año y el mes de enero.
- Falta de continuidad del personal.

**Plan de Mejoramiento:**

ACCIÓN (ES) PROPUESTA (S)	META (S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE (S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Realizar divulgación de la Política de Administración del Riesgo al interior de la Oficina de Planeación.	Una (1) reunión	PREVENTIVA	Equipo Humano Oficina de Planeación.  (Relación detallada en papeles de trabajo de la Oficina de Control Interno).	02-may-18	31-may-18
Hacer los ajustes en el mapa de riesgos de acuerdo con las observaciones de la auditoría.	Mapa de riesgos ajustado	CORRECTIVA		23-abr-18	31-may-18
Elaborar el plan de contingencia de los riesgos en zona extrema	Plan de contingencia	CORRECTIVA		23-abr-18	31-may-18

**Concepto de la Oficina de Control Interno:** Aceptado, con Observaciones.

La Oficina de Control Interno considera que las tres (3) acciones de mejoramiento establecidas guardan correspondencia con la primera causa identificada, no obstante, para la segunda y tercera causa, no se propone(n) actividad(es) que propendan porque tal situación no se vuelva a presentar en el futuro.

La Oficina de Control Interno recomienda complementar el plan de mejoramiento propuesto, identificando acciones de mejoramiento que gestionen tales causas.

## **Hallazgo N° 2 - Inobservancia de los Controles Establecidos en el Procedimiento Planeación Estratégica (PR-DER-008)**

**Descripción:** Al verificar el cumplimiento de los controles establecidos en el Procedimiento Planeación Estratégica (PR-DER-008) se encontraron las siguientes situaciones:

- a) No se evidenció el acta de aprobación de la metodología o lineamientos establecidos para la elaboración del Plan de Acción de la Entidad (2018) por parte del Comité de Desarrollo Administrativo (hoy Comité Institucional de Gestión y Desempeño), situación que contrasta con lo establecido en el Numeral 6, Actividad 2 del Procedimiento PR-DER-008 "Diseñar y aprobar la metodología o lineamientos de trabajo para la formulación y/o actualización del Plan Estratégico y/o Plan de Acción", que al respecto indica: "La Oficina de Planeación propone ante el Comité de Desarrollo Administrativo la metodología y el plan de trabajo para la formulación y/o actualización del Plan Estratégico y/o Plan de Acción", registro o evidencia "Acta de aprobación Comité de Desarrollo Administrativo."
- b) No se obtuvo evidencia del acta de aprobación del Plan de Acción (2018) por parte del Consejo Directivo de la Agencia de Desarrollo Rural (ADR), en cumplimiento de lo establecido en el Numeral 6, Actividad 10 del Procedimiento PR-DER-008 "Aprobar versión definitiva del Plan Estratégico y/o plan de acción por el Consejo Directivo de la ADR" que al respecto indica: "Se presenta ante el

Consejo Directivo la versión Plan Estratégico y/o plan de acción para su aprobación", registro o evidencia: "Acta Consejo Directivo".

Al respecto, la Oficina de Planeación manifestó que, según la información suministrada por la Secretaria Técnica del Consejo Directivo (Secretaria General de la Entidad), el acta se encuentra en el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, en trámite de firmas.

Es necesario recordar que la sesión del Consejo Directivo mediante la cual se aprobó el Plan de Acción Institucional de la Entidad, fue ejecutada en el mes de enero de 2018 (de acuerdo con lo informado por la Oficina de Planeación) por lo cual esta Oficina considera que al mes de abril de 2018 ha transcurrido un período de tiempo más que razonable para surtir el proceso de revisión y firmas del acta correspondiente.

c) El Procedimiento PR-DER-008, Numeral 6, Actividad 12, establece el control "Reportar el avance del desempeño" que en su descripción indica: "Cada dependencia mensualmente reporta el seguimiento al desempeño del respectivo plan en el formato de seguimiento. Enviarlo para revisión a la Oficina de Planeación entre los 8 primeros días de cada mes. (...)" (Subrayado fuera de texto), no obstante, al respecto se observó:

- Plan de Acción vigencia 2017. En el desarrollo de la auditoría, no se obtuvo evidencia de la ejecución del control durante el período comprendido entre los meses de septiembre y diciembre de 2017; no obstante, terminado el trabajo de campo de la auditoría, y luego de socializar este hallazgo a la Jefe de la Oficina de Planeación, las responsables del proceso allegaron la información correspondiente.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno solicitó identificar claramente la causa por la cual no fue allegada la información durante la ejecución del trabajo de manera oportuna, y a la vez, determinar planes de mejoramiento

que guarden relación con dicha causa(s), indicación que fue acogida por los responsables del proceso.

- Plan de Acción vigencia 2018. A partir de la vigencia 2018, el control se ejecuta mediante el registro de información en el aplicativo ISOLUCION por parte de los delegados de cada dependencia. Al analizar la información reportada para los meses de enero y febrero de 2018, se evidenció la ausencia de registros de avance para 20 indicadores (de un total de 100 indicadores formulados).

Adicionalmente, en los reportes de información verificados se observaron las siguientes inconsistencias:

- Para cuatro (4) indicadores, la fórmula de cálculo definida en el Plan de Acción Institucional 2018 no guarda correspondencia con la fórmula de cálculo definida en el aplicativo ISOLUCION.
- Cinco (5) indicadores fueron diligenciados sin anexar soportes y/o evidencias documentales.
- Un (1) indicador presentaba soportes y/o evidencias que no guardaban correspondencia alguna con la actividad programada en el Plan de Acción Institucional 2018.

#### **Posible(s) Causa(s) Identificada(s) por la Oficina de Control Interno:**

- Desconocimiento de los lineamientos procedimentales establecidos en el Sistema Integrado de Gestión de la Entidad.
- Debilidades o ausencia de mecanismos de coordinación entre la Oficina de Planeación y las demás dependencias organizacionales.

#### **Descripción del (los) Riesgo(s):**

- No alineación entre estrategia, planes y proyectos formulados por la Entidad.
- Deficiente o falta de seguimiento a los compromisos estratégicos.

#### **Descripción del (los) Impacto(s):**

- Planeación Estratégica no ajustada a la realidad de la Entidad y de las Dependencias.
- Incumplimiento de las metas, productos e indicadores establecidos para el proceso dentro de la Planeación Estratégica de la Entidad.

#### **Recomendación (es):**

- Revisar y actualizar el Procedimiento de Planeación Estratégica (PR-DER-008), incorporando los ajustes necesarios, de tal forma que el mismo refleje la realidad operativa del proceso, siempre que se garantice en tal procedimiento la adopción de los controles necesarios para gestionar los riesgos previamente identificados.
- Designar formalmente al personal pertinente para que, desde la Oficina de Planeación, se coordinen las actividades que demandan la participación de las diferentes dependencias organizacionales. Tal personal debería gestionar la realización de un inventario de actividades que discrimine las dependencias involucradas, la persona de contacto, los plazos establecidos y en general, toda la información que le permita al líder del proceso conocer y monitorear el grado de avance y cumplimiento de los compromisos comunes.
- Gestionar la realización de los ajustes necesarios en el aplicativo ISOLUCION, en relación con el reporte mensual de avances a los diferentes planes institucionales.

**Respuesta del Auditado:** Aceptado Parcialmente.

**Justificación:** Se solicita eliminar la anotación relacionada con la falta de evidencia del seguimiento al plan de acción para la vigencia 2017 del cual se indica que *"No se obtuvo evidencia de la ejecución del control durante el período comprendido entre los meses de septiembre y diciembre de 2017"*, puesto que los soportes fueron cargados en One Drive en la carpeta de la auditoría correspondiente al Plan de acción 2017, considerando que no se hizo llegar antes debido a que la información era manejada por una contratista que se retiró en el mes de febrero de 2018.

**Causa(s) Identificada(s) por el Responsable del Proceso Auditado:**

- Desconocimiento de los procedimientos aprobados.
- Baja implementación de nueva herramienta para el reporte de información de avance del plan de acción.
- Baja participación de los encargados de realizar el reporte de avances en las capacitaciones.
- Desconocimiento de la importancia del seguimiento del plan de acción.
- Falta de mecanismos de gestión de conocimiento dentro de la Oficina de Planeación.

**Plan de Mejoramiento:**

ACCIÓN (ES) PROPUESTA (S)	META (S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE (S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Actualizar procedimiento de planeación estratégica (cambia denominación)	1 procedimiento actualizado	CORRECTIVA	Equipo Humano Oficina de Planeación.  (Relación detallada en papeles de trabajo de la Oficina de Control Interno)	2-may-18	30-jun-18

Realizar la divulgación de los procedimientos de Direccionamiento Estratégico vigentes	Divulgar los procedimientos	PREVENTIVA	Equipo Humano Oficina de Planeación.  (Relación detallada en papeles de trabajo de la Oficina de Control Interno)	1-jun-18	30-jun-18
Realizar seguimiento mensual al reporte de indicadores del plan de acción	3 informes sobre el reporte de los indicadores del plan de acción	CORRECTIVA		2-may-18	14-ago-18
Realizar taller de sensibilización sobre la evaluación de resultados a través de los indicadores de gestión (4 Dimensión- MIPG)	1 taller de sensibilización	CORRECTIVA		23-abr-18	29-jun-18
Incluir en el archivo de gestión de la Oficina los registros que actualmente se encuentran únicamente en archivo magnético	100% de los registros identificados en las carpetas del archivo en gestión de la OP	CORRECTIVA		23-may-18	29-jun-18
Realizar reuniones periódicas con el equipo de trabajo de la Oficina de Planeación, para poner en conocimiento los avances en los temas propios de la dependencia.	3 reuniones	PREVENTIVA		2-may-18	31-dic-18

**Concepto de la Oficina de Control Interno:** Aceptado, con Observaciones.

Una vez analizada la información emitida por el responsable del proceso auditado, la Oficina de Control Interno considera que el plan de mejoramiento adoptado da cobertura a las causas identificadas, no obstante, se recomienda revisar la meta “Divulgar los procedimientos” en razón a que no se especifica de forma concreta cómo se va a realizar tal divulgación.

En cuanto a la solicitud de eliminación del Literal c) del hallazgo, la Oficina de Control Interno determina que no es viable su retiro, toda vez que la Oficina de Planeación no aportó durante la ejecución de la auditoría los soportes que evidenciaran la gestión realizada, por tal razón, en el hallazgo se registró: *"(...) No se obtuvo evidencia de la ejecución del control durante el período comprendido entre los meses de septiembre y diciembre de 2017"*.

De acuerdo con la información suministrada por la responsable del proceso, después de la reunión de comunicación de los hallazgos, se reformula el contenido del literal c) del hallazgo, relacionado con el Plan de Acción 2017, haciendo énfasis en la gestión del conocimiento que debe realizar el responsable del proceso auditado para garantizar que la información sea entregada de forma completa y oportuna.

### **Hallazgo N° 3 – Elaboración de Plan Anual de Adquisiciones sin evidencia de Programación de Necesidades**

**Descripción:** En el proceso de verificación de levantamiento de información y proceso de construcción del Plan Anual de Adquisiciones de la vigencia 2018, se observó:

- La Circular N° 165 del 16 de noviembre de 2017 emitida por la Oficina de Planeación y la Secretaría General con asunto "Lineamientos para la Elaboración del Plan Anual de Adquisiciones vigencia 2018", establece: "En atención a lo señalado en el Decreto 1510 de 2013 y la Circular 002 de 2013 expedida por Colombia Compra Eficiente, en relación con los lineamientos para la elaboración del plan anual de adquisiciones, la Secretaría General, la Oficina de Planeación y la Vicepresidencia de Gestión Contractual, diseñaron el formato plan de necesidades F-DER-003. El diligenciamiento de dicho formato será explicado por la Secretaria General, el día 20 de noviembre de 2017, a las 9:00 am, en la sala de juntas 4 piso."

En esta Circular se impartieron instrucciones relacionadas con el plazo y mecanismo de recepción del mencionado formato.

- Aunque se evidenció la realización de diferentes mesas de trabajo con el objetivo de analizar el plan de necesidades de las dependencias, no se obtuvo información que permitiera soportar la existencia de los formatos "F-DER-003 Plan de Necesidades" diligenciados y avalados por cada Jefe de Área, los cuales deberían constituirse en insumo fundamental para la elaboración del Plan Anual de Adquisiciones.

Esta situación contrasta con la actividad de control establecida en el Procedimiento PR-DER-006, Numeral 6, Actividades 5 y 6, en las que se contempla la identificación, registro y envío del Formato Programación de Necesidades como requisito previo a la elaboración del Plan Anual de Adquisiciones. De igual forma, se desconocen los lineamientos que al respecto imparte la Circular N° 165 de 2017, emitida por la Oficina de Planeación y la Secretaría General de la Entidad.

**Posible(s) Causa(s) Identificada(s) por la Oficina de Control Interno:** Falta de apropiación en la implementación de las herramientas de formulación del Plan Anual de Adquisiciones.

**Descripción del (los) Riesgo(s):** Inadecuada identificación de las necesidades que fundamentan el Plan Anual de Adquisiciones (bienes y servicios requeridos por la Entidad.)

**Descripción del (los) Impacto(s):**

- Fallas o inconsistencias en la formulación del Plan Anual de adquisiciones.
- Incremento en los ajustes del Plan Anual de Adquisiciones, por deficiencias en la planeación o programación.
- Incumplimiento del logro de los objetivos de la Entidad.

### **Recomendación (es):**

- Realizar jornadas de sensibilización con las diferentes dependencias para asegurar que se apropien y adopten las herramientas para la identificación de necesidades, buscando garantizar que el proceso de construcción del Plan Anual de Adquisiciones sea efectivo.
- Emitir instrucciones oportunas y precisas que permitan garantizar la adecuada elaboración del Plan Anual de Adquisiciones, estableciendo responsables, cronogramas y demás mecanismos de control necesarios para asegurar su monitoreo y supervisión.

**Respuesta del Auditado:** Aceptado Parcialmente.

**Justificación:** Este hallazgo se acepta parcialmente dado que tal y como lo señalan en el hallazgo, se envió la Circular N° 165 del 16 de noviembre de 2017 emitida por la Oficina de Planeación y la Secretaría General con asunto “Lineamientos para la Elaboración del Plan Anual de Adquisiciones vigencia 2018”, realizando el respectivo requerimiento a las áreas. Se realizó seguimiento a la entrega y frente a las falencias identificadas se programaron las mesas de trabajo para culminar el trabajo directamente con los responsables de la información y con base en la misma se elaboró el Plan Anual de Adquisiciones. Por lo tanto, nosotros dimos aplicación a los lineamientos dados, el no envío oportuno o completo por parte de las demás dependencias, esta fuera de nuestro alcance y sin embargo se programaron mesas de trabajo para cumplir el objetivo de entregar el PAA de manera oportuna.

En la carpeta creada para la auditoria, ubicada en One Drive, se incluye copia del correo de seguimiento del plan de necesidades enviado el 5 de diciembre y el formato diligenciado para la Oficina de Planeación, como evidencia del ejercicio realizado.

### **Causa(s) Identificada(s) por el Responsable del Proceso Auditado:**

- Las áreas no envían de manera oportuna la información solicitada por la Oficina de Planeación.

- Desconocimiento de la importancia de la construcción del plan anual de adquisiciones.
- Deficiencias en la gestión del conocimiento de la Oficina de Planeación.

### Plan de Mejoramiento:

ACCIÓN (ES) PROPUESTA (S)	META (S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE (S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Requerir con mayor anticipación la información para la elaboración del PAA.	Solicitar en el mes de octubre la información para la elaboración del PAA.	PREVENTIVA	Equipo Humano Oficina de Planeación.  (Relación detallada en papeles de trabajo de la Oficina de Control Interno)	1-oct-18	31-oct-18
Realizar jornadas de sensibilización con las diferentes dependencias para asegurar que se apropien y adopten las herramientas para la identificación de necesidades, buscando garantizar que el proceso de construcción del Plan Anual de Adquisiciones sea efectivo.	2 jornadas de sensibilización	PREVENTIVA		1-oct-18	31-oct-18
Incluir en el archivo de gestión de la Oficina los registros que actualmente se encuentran únicamente en archivo magnético	100% de los registros identificados en las carpetas del archivo en gestión de la OP	CORRECTIVA		23-may-18	29-jun-18
Realizar reuniones periódicas con el equipo de trabajo de la Oficina de Planeación, para poner en conocimiento los avances en los temas propios de la dependencia.	3 reuniones	PREVENTIVA		2-may-18	31-dic-18

**Concepto de la Oficina de Control Interno:** Aceptado, con Observaciones.

La Oficina de Control Interno acepta el plan de mejoramiento establecido.

***Nota:** Aunque en su justificación la Oficina de Planeación busca desvirtuar este hallazgo, consideramos pertinente aclarar que en los archivos de la Oficina de Control Interno (virtuales y/o físicos) reposan los registros, papeles de trabajo y demás evidencias que soportan las afirmaciones contenidas en este informe, las cuales se encuentran disponibles para consulta de las partes interesadas, previa solicitud formal de las mismas.*

#### **Hallazgo N° 4 – Elaboración del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAYAC) sin Cronograma de Trabajo.**

**Descripción:** Durante la revisión al proceso de planificación y elaboración del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2018 - PAYAC, no se obtuvo evidencia del cronograma de trabajo que debió establecer y comunicar la Oficina de Planeación, tal como lo indica el Procedimiento PR-DER-005, Numeral 6, Actividad 1, que al respecto establece:

*"Para asegurar el cumplimiento de los pasos para la aprobación y publicación del PAYAC, la Oficina de Planeación establece el cronograma de trabajo y lo envía a las áreas responsables de los componentes del PAYAC junto con la solicitud de designación de un responsable para su construcción."*

**Posible(s) Causa(s) Identificada(s) por la Oficina de Control Interno:** Desconocimiento de los lineamientos procedimentales establecidos en el Sistema Integrado de Gestión.

**Descripción del (los) Riesgo(s):** Publicación de información inoportuna, imprecisa o errónea relacionada con los planes institucionales de la Entidad (PAYAC, Plan de Acción, Plan Anual de Adquisiciones).

### **Descripción del (los) Impacto(s):**

- Actividades de la estrategia de lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano no contempladas en el PAYAC.
- Sanciones a la Entidad, en caso de publicación extemporáneamente del PAYAC.
- Aumento en la probabilidad de ocurrencia de actos de corrupción en la Agencia de Desarrollo Rural.

### **Recomendación (es):**

- Capacitar al personal perteneciente al proceso auditado, en relación con los lineamientos procedimentales adoptados en el Sistema Integrado de Gestión, así como sus roles y responsabilidades frente al cumplimiento de los mismos.
- Emisión de instrucciones precisas por parte del líder del proceso, tendientes a garantizar el cumplimiento de la normatividad interna y externa aplicable, así como la realización de actividades de monitoreo y supervisión permanentes.

**Respuesta del Auditado:** Aceptado.

### **Causa(s) Identificada(s) por el Proceso Auditado:**

- Existencia de un Sistema Integrado de Gestión que aún se encuentra en proceso de maduración.
- Deficiencias en la gestión documental del área.

### **Plan de Mejoramiento:**

ACCIÓN (ES) PROPUESTA (S)	META (S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE (S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Dar cumplimiento al procedimiento de elaboración del Plan Anticorrupción para la vigencia 2019	Cumplimiento del 100% de los pasos establecidos	PREVENTIVA	Equipo Humano Oficina de Planeación.  (Relación detallada en papeles de trabajo de la Oficina de Control Interno)	1-nov-18	31-ene-19
Actualizar el procedimiento de elaboración del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de acuerdo con el manual operativo del nuevo MIPG	Un (1) procedimiento actualizado	CORRECTIVA		30-abr-18	29-jun-18
Incluir en el archivo de gestión de la Oficina los registros que actualmente se encuentran en archivo magnético	100% de los registros identificados en las carpetas del archivo en gestión de la OP	CORRECTIVA		23-may-18	29-jun-18

**Concepto de la Oficina de Control Interno:** Aceptado, con Observaciones.

La Oficina de Control Interno considera que las acciones de mejoramiento establecidas guardan correspondencia con las causas determinadas para este hallazgo, no obstante, en relación con la segunda causa, no se proponen actividades preventivas que eviten que tal situación no se vuelva a presentar en el futuro.

### **Hallazgo N° 5 – Ausencia de Lineamientos Procedimentales Asociados a las Actividades Propias del Proceso.**

**Descripción:** Con base en la revisión realizada a la Caracterización del Proceso "Direccionamiento Estratégico Institucional" (CP-DER-001) y su comparación con la documentación restante adoptada en el Sistema Integrado de Gestión de la Entidad, se evidenció la ausencia de lineamientos procedimentales debidamente adoptados, relacionados con el desarrollo de las actividades "Formular los Proyectos de

Inversión" y "Suscribir Convenios de Cooperación Internacional" que se encuentran efectivamente contempladas en la caracterización del proceso dentro de su ciclo PHVA.

Resulta necesario recordar que la adopción de procedimientos hace parte del diseño y desarrollo del Sistema de Control Interno de la Entidad y las acciones o actividades incluidas en los mismos deben asegurar el cumplimiento de los objetivos fundamentales del Sistema de Control Interno descritos en la Ley 87 de 1993, artículo 2°, en este caso el descrito en el literal b. "Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional", en consonancia con los Elementos para el Sistema de Control Interno enunciados en el artículo 4° de la misma Ley, en cuanto a: "(...) b. *Definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos; (...).*"

**Posible(s) Causa(s) Identificada(s) por la Oficina de Control Interno:**

- Ausencia de mecanismos de control o revisiones periódicas que aseguren la calidad de la información y la permanente actualización del contenido asociado al proceso en el Sistema Integrado de Gestión.
- Existencia de un Sistema Integrado de Gestión que aún se encuentra en proceso de maduración.

**Descripción del (los) Riesgo(s):** Deficiente o falta de seguimiento a los compromisos estratégicos.

**Descripción del (los) Impacto(s):**

- No ejecución de las actividades propias del proceso.

- Ejecución de las actividades con criterios subjetivos por falta de lineamientos procedimentales.
- Desvío de las responsabilidades, pérdida de la memoria institucional y errores en la ejecución de controles.

**Recomendación (es):** Revisar y ajustar en el Sistema Integrado de Gestión, la caracterización, procedimientos, manuales, formatos y demás reglamentación interna relacionada con el proceso "Direccionamiento Estratégico", de tal forma que los mismos reflejen la realidad operativa del proceso, garantizando en tales documentos la adopción de los controles necesarios para gestionar los riesgos previamente identificados.

**Respuesta del Auditado:** Aceptado Parcialmente.

**Justificación:** Se acepta parcialmente dado que el trámite para la suscripción de convenios de Cooperación Internacional estaría a cargo del proceso de "Gestión Contractual", que de acuerdo con la actividad 2 de la caracterización se encuentra la de "Gestionar actividades para la celebración de contratos y convenios", no obstante, se mantiene el hecho de que es la Alta Dirección la que determina qué convenio de Cooperación Internacional se tramita o es viable para la ADR.

Así las cosas, se propone dentro de las acciones del plan de mejoramiento la elaboración de una estrategia de Cooperación Internacional y de un procedimiento para la formulación de proyectos de inversión.

**Causa(s) Identificada(s) por el Responsable del Proceso Auditado:** Existencia de un Sistema Integrado de Gestión que aún se encuentra en proceso de maduración.

**Plan de Mejoramiento:**

ACCIÓN (ES) PROPUESTA (S)	META (S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE (S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Revisión y actualización de la caracterización del proceso	Una (1) caracterización actualizada	CORRECTIVA	Equipo Humano Oficina de Planeación.  (Relación detallada en papeles de trabajo de la Oficina de Control Interno)	23-abr-18	31-may-18
Crear un (1) documento de referencia para Cooperación Internacional	Un (1) documento de Cooperación Internacional en documentación del proceso	CORRECTIVA		23-abr-18	31-may-18
Procedimiento para la Formulación de Proyectos de Inversión (no es la denominación exacta)	Un (1) procedimiento elaborado y aprobado	CORRECTIVA		31-may-18	29-ago-18

**Concepto de la Oficina de Control Interno:** Aceptado.

La Oficina de Control Interno acepta el plan de mejoramiento establecido, pues el mismo da cobertura a la causa identificada.

### RESUMEN DE HALLAZGOS:

N°	Título de Hallazgo	Repetitivo	Estado
1	Incumplimiento de la Política de Administración del Riesgo de la Entidad.	No	Abierto
2	Inobservancia de los Controles Establecidos en el Procedimiento Planeación Estratégica (PR-DER-008).	No	Abierto
3	Elaboración de Plan Anual de Adquisiciones sin evidencia de Programación de Necesidades.	No	Abierto

N°	Título de Hallazgo	Repetitivo	Estado
4	Elaboración del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAYAC) sin Cronograma de Trabajo.	No	Abierto
5	Ausencia de Lineamientos Procedimentales Asociados a las Actividades Propias del Proceso.	No	Abierto

Es necesario aclarar que las acciones propuestas corresponden a recomendaciones de la Oficina de Control Interno que en ningún caso son de obligatoria ejecución por parte de la Entidad. La respuesta ante las situaciones observadas por la Oficina de Control Interno es discrecional de la Administración de la Agencia de Desarrollo Rural (ADR).

Bogotá D.C., 30 de abril de 2018.

**HÉCTOR FABIO RODRÍGUEZ DEVIA**

Jefe Oficina de Control Interno

**Elaboró:** *Ariana Isabel Gómez Orozco, Gestor T1.*

**Revisó:** *Claudia Patricia Quintero Cometa, Contratista.*