

AGENCIA DE DESARROLLO RURAL – ADR

Oficina de Control Interno

N° INFORME: OCI-2021-024

DENOMINACIÓN DEL TRABAJO: Auditoría Interna al Proceso “Administración del Sistema Integrado de Gestión”.

DESTINATARIOS:¹

- Ana Cristina Moreno Palacios, Presidente.
- Víctor Manuel Mondragón Maca, Jefe de la Oficina de Tecnologías de la Información (Delegado de Presidencia - Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno).
- Cesar Augusto Castaño Jaramillo, Secretario General.
- Dinorah Patricia Abadía Murillo, Vicepresidente de Proyectos.
- Héctor Fabio Cordero Hoyos, Vicepresidente de Integración Productiva
- Felipe Enrique Guerra Olivella, Jefe de la Oficina de Planeación.
- John Fredy Toro González, Vicepresidente de Gestión Contractual.

EMITIDO POR: Wilson Giovanni Patiño Suárez, Jefe Oficina de Control Interno.

AUDITOR (ES): Claudia Marcela Pinzón Martínez, Contratista.

César David Rodríguez Martínez, Contratista.

¹ Decreto 1083 de 2015 Artículo 2.2.21.4.7, Parágrafo 1° (modificado mediante el Artículo 1 del Decreto 338 de 2019) *“Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones [emitidos por la Oficina de Control Interno] tendrán como destinatario principal el representante legal de la Entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva (...)”*

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 de las actividades del proceso "Administración del Sistema Integrado de Gestión".

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:

- Construcción del Modelo de Operación por procesos.
- Construcción del plan de implementación y mejora del sistema de gestión institucional, su implementación y seguimiento.
- Definición de instrumentos y metodología para el mejoramiento institucional y por procesos.
- Definición de la estructura y metodología de documentación del sistema de gestión institucional.
- Construcción de los mapas de riesgos de los procesos, matriz de impactos y aspectos ambientales y matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos.
- Verificación de la efectividad de controles asociados al mapa de riesgos institucional (mapa de riesgos del proceso auditado).
- Consolidación y análisis del producto no conforme.
- Implementación de las mejoras institucionales y por procesos.
- Seguimiento a la ejecución del plan de acción anual del proceso.
- Generación de la actualización de políticas del sistema integrado de gestión.

- Identificación, implementación y realización de seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora del proceso.

Período Auditado: Septiembre de 2018 a Julio de 2021.

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.

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 habría 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:

- **Ley 87 de 1993** "*(...) normas para el ejercicio del control interno en las entidades (...).*"
- **Decreto 1083 de 2015** "*Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.*"
- **Decreto 2364 de 2015** "*(...) se crea la Agencia de Desarrollo Rural (...)*"
- **Decreto 1499 de 2017** "*(...) modifica el Decreto 1083 de 2015, (...), en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015*"
- **Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**, emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001 - 2015 "Sistemas de Gestión de la Calidad"
- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 14001 - 2015 "Sistemas de Gestión Ambiental"

- Documentación aplicable del Sistema Integrado de Gestión relacionada con el proceso auditado: Caracterización del proceso y los Procedimientos:
 - Control de Documentos (PR-SIG-001) Versión 2, 3, 4, 5 y 6.
 - Acciones de Mejoramiento (PR-SIG-004) Versión 2 y 3.
 - Auditorias de Sistema Integrado de Gestión (PR-SIG-005) Versión 2 y 3.
 - Gestión del Cambio (PR-SIG-006) Versión 2.
 - Gestión de Aspectos e Impactos Ambientales (PR-SIG-008) Versión 1, 2 y 3.
 - Producto y/o Servicio No Conforme (PR-SIG-009) Versión 1.
 - Revisión por la Dirección al Sistema Integrado de Gestión (PR-DER-007) Versión 2
- Política del Sistema Integrado de Gestión.
- Política de Administración de Riesgos (DE-SIG-002)
- Demás normatividad aplicable.

RESUMEN EJECUTIVO: Como resultado de la evaluación practicada, se identificaron situaciones relacionadas con los siguientes tópicos:

1. Incumplimiento de los lineamientos establecidos para el Control de Documentos del Sistema Integrado de Gestión - SIG, debido a omisión de la solicitud de documentos en el SIG (aplicativo ISOLUCIÓN), inconsistencias en el flujo de elaboración, revisión y aprobación de los documentos del SIG, omisión en la descripción del historial de cambios en los documentos del SIG y debilidades en la definición de las actividades de control en los procedimientos de la Entidad.
2. Desviaciones en la implementación, control y seguimiento del Sistema Integrado de Gestión (aplicativo ISOLUCION) debido a debilidades en el funcionamiento del aplicativo ISOLUCION, desviaciones en el cumplimiento de los Acuerdos de Niveles

de Servicio y falencias en los controles establecidos para la definición de roles y responsabilidades de los usuarios en el aplicativo ISOLUCIÓN.

3. Ausencia y/u omisión de lineamientos procedimentales asociados a las actividades propias del proceso “Administración del Sistema Integrado de Gestión”, en virtud de falta de lineamientos procedimentales para actividades propias del proceso, falta de implementación del Procedimiento Producto y-o Servicio No Conforme y debilidades en la implementación del Procedimiento Gestión del Cambio.
4. Inobservancia de los lineamientos normativos y procedimentales para la Gestión de Aspectos e Impactos Ambientales, debido a: inexistencia de matriz de aspectos e impactos ambientales y de Programas y/o Planes de Gestión Ambiental, ausencia de matriz de aspectos legales ambientales, falta de cargue de información del Sistema de Gestión Ambiental en el aplicativo ISOLUCION -vigencia 2019 (submódulo Ambiental), matrices de Aspectos e Impactos Ambientales Incompletas, falta de definición de acciones de mejora de la Matriz de aspectos e impactos ambientales, omisión en la elaboración del informe de identificación, evaluación y valoración de aspectos e impactos ambientales institucional, ausencia de seguimiento al Programa de Sostenibilidad Ambiental y omisión en la conformación del Grupo Interdisciplinario de Gestión Ambiental.
5. Omisión de lineamientos procedimentales para la planeación, ejecución y comunicación de las Auditorías del Sistema Integrado de Gestión, debido a ausencia de documentación soporte de las Auditorías al Sistema Integrado de Gestión en el aplicativo ISOLUCIÓN y falta de programación de Auditorías del Sistema Integrado de Gestión (vigencias 2020 y 2021).
6. Debilidades en el seguimiento y control de las Acciones Correctivas y Acciones para Abordar Riesgos establecidas en el aplicativo ISOLUCION, debido a inconsistencias en el seguimiento realizado y/u omisión de cargue de evidencias en el aplicativo ISOLUCION y omisión en la definición de acciones de mejoramiento resultado de la revisión por la Dirección al Sistema Integrado de Gestión.

7. Inconsistencias en los reportes de avance de ejecución del Plan de Acción 2021, debido a discrepancias en los soportes cargados en el aplicativo ISOLUCIÓN y/o avances reportados por la Oficina de Planeación y ausencia de monitoreo al cumplimiento de las actividades del Plan de Acción.
8. Incumplimiento de la Política de Administración de Riesgo adoptada por la Entidad, a raíz de la falta de aplicación de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versiones 4 y 5), y la Política de Administración del Riesgo adoptada por la Entidad, así como su puesta en marcha (aplicación).

RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA AUDITORÍA

DESCRIPCIÓN	CUBIERTO EN LA AUDITORÍA
<i>Incluidos en el Mapa de Riesgos de Corrupción</i>	
Posibilidad que se definan los procesos y procedimientos para favorecer a nombre propio o de terceros con recursos de la ADR.	SI
Posibilidad de favorecer a las personas auditadas ocultando los hallazgos que puedan encontrarse en las auditorías internas al Sistema Integrado de Gestión, evitando la generación de acciones de mejora de los procesos.	SI
<i>Identificados por la Oficina de Control Interno</i>	
Posibilidad de afectación de la imagen institucional por una inadecuada e/o incompleta construcción del Modelo de Operación por procesos y del plan de implementación y mejora del sistema de gestión institucional, debido a la falta de lineamientos internos para su elaboración y/o actualización.	SI
Posibilidad de afectación de la imagen institucional por deficiencias en el funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión (aplicativo ISOLUCION) debido a fallas tecnológicas (disponibilidad, confidencialidad e integridad de la información).	SI
Posibilidad de afectación de la imagen institucional por falta de revisión y/o aprobación de documentos que conforman el Sistema Integrado de Gestión debido a la inobservancia de lineamientos establecidos para el control de documentos.	SI
Posibilidad de afectación de la imagen institucional por desviaciones en la implementación del Sistema Integrado de Gestión debido a la omisión en la divulgación de documentos aprobados y/o falta de desactivación de documentos anulados y/o no vigentes.	SI
Posibilidad de afectación de la imagen institucional por desviaciones en la aplicación de procedimientos de la Entidad debido a una incompleta e/o inadecuada redacción de las actividades de control.	SI

DESCRIPCIÓN	CUBIERTO EN LA AUDITORÍA
Posibilidad de afectación económica por el inadecuado diseño y formulación de la matriz de aspectos e impactos ambientales y de los Programas y/o Planes de Gestión Ambiental debido a la inobservancia de los lineamientos establecidos.	SI
Posibilidad de afectación de la imagen institucional por resultados erróneos e/o incompletos de las auditorías internas al Sistema Integrado de Gestión debido a la falta de conocimiento y/u objetividad del auditor.	SI
Posibilidad de afectación de la imagen institucional por uso y/o entrega de productos y/o servicios no conformes debido a la omisión de los lineamientos establecidos para su identificación y/o tratamiento.	NO
Posibilidad de afectación de la imagen institucional por falta de efectividad en las mejoras institucionales implementadas debido a que las acciones no atacan las causas que originaron las oportunidades de mejora.	SI
Posibilidad de afectación de la imagen institucional por consolidación errada e/o incompleta del informe con los temas objeto de revisión por la Dirección debido a la omisión de los lineamientos establecidos para la revisión y consolidación de la información.	NO
Posibilidad de afectación de la imagen institucional por incumplimiento de los planes de implementación y de mejora del Sistema Integrado de Gestión debido a la falta de oportunidad y calidad en los seguimientos realizados.	SI
Posibilidad de afectación de la imagen institucional por una inadecuada gestión de los riesgos del proceso "Administración del Sistema Integrado de Gestión" debido a la inobservancia de la normatividad externa e interna establecida en materia de gestión integral del riesgo.	SI
Posibilidad de afectación de la imagen institucional por incumplimiento de los objetivos y metas institucionales debido a la inobservancia del Plan de Acción Institucional.	SI

AVANCE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO VIGENTE AL INICIO DE LA AUDITORÍA

El 20 de agosto de 2021 se realizó mesa de trabajo con los responsables del proceso auditado, donde se les expuso el estado actual del Plan de Mejoramiento suscrito por los resultados de la auditoría de la vigencia 2018 reportados en el informe OCI-2018-033 emitido el 26 de noviembre de 2018, desde el último seguimiento realizado por esta Oficina de Control Interno el 17 de agosto de 2020. En este sentido, frente a las siguientes "Acciones Propuestas" catalogadas como "Abiertas" con fecha ejecución vencida, se concluye que es necesario replantearlas teniendo en cuenta que, por la actualización de procedimientos ya no son procedentes; ante lo cual, los responsables del proceso propusieron ajustar este plan y asociarlo, en lo que corresponda, al nuevo plan de mejoramiento producto de la presente auditoría.

ACCIONES PROPUESTAS	OBSERVACIÓN OCI
Hallazgo N° 2 - Deficiencias en el desempeño del aplicativo ISOLUCION (herramienta tecnológica soporte del Sistema Integrado de Gestión).	
<i>Realizar entrenamiento en los roles, permisos y funcionamiento de ISOLUCIÓN</i>	<i>Si bien se observaron medidas adicionales orientadas a mitigar la situación que dio origen al hallazgo, no se allegaron soportes que sustenten la ejecución de la acción propuesta, respecto al entrenamiento de los roles, permisos y funcionamientos de ISOLUCION.</i>
Hallazgo N° 7 - Inobservancia de roles e incumplimiento de la Política de Administración del Riesgo adoptada por la Entidad y de las Acciones de Mejoramiento.	
<i>Solicitud de modificar el módulo "RIESGOS DAFP" de acuerdo con la nueva metodología de la Función Pública aprobada en el mes de octubre de 2018</i>	<i>Si bien se evidencia la ejecución de la acción de mejoramiento propuesta, y en virtud de lo mencionado en el reporte de avances del presente seguimiento, respecto a que se encuentra en proceso la contratación para el servicio de mantenimiento y actualización del módulo de riesgos de ISOLUCION no se considera procedente determinar el cierre, hasta tanto esta actividad se encuentre ejecutada al 100%.</i>
<i>Modificación de la Política de Administración del Riesgo de acuerdo con la Guía del DAFP emitida en el mes de octubre de 2018.</i>	<i>Teniendo en cuenta que no se aportó evidencia adicional sobre el seguimiento realizado con anterioridad, en el que se informó sobre una discrepancia entre la Guía de Riesgos del DAFP (versión 4) y la Política para Administración de Riesgos de la Entidad, y la cual no sido ajustada, no se considera pertinente el cierre de la presente acción, y que dicha situación ha conllevado a generar observaciones sobre los mapas de riesgos, como se parecía en el informe OCI-2020-001 "Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) / Mapa de Riesgos de Corrupción (MRC)" Sep - dic - 2019.</i>
<i>Construcción de un nuevo mapa de riesgos de acuerdo con la Política de Administración del Riesgo (Versión 2). Se prioriza el mapa de riesgos de corrupción para su publicación en enero de 2019.</i>	<i>(...). Respecto al mapa de riesgos de corrupción de la vigencia 2020, en el último informe de "Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) / Mapa de Riesgos de Corrupción (MRC)" OCI-2020-026, se emitieron observaciones relacionadas con el mapa de riesgos de corrupción, diferencias en los riesgos consolidados VS los riesgos por proceso, Un proceso con mapa de riesgos pero sin caracterización del proceso en el SIG, calificación del riesgo inherente no se ajusta a los parámetros establecidos en la política de Admón. del Riesgo, Riesgos sin controles que mitiguen sus causas, carencia de evidencias en la ejecución de controles acciones para abordar riesgos no registradas en ISOLUCIÓN, entre otros.(...).</i>
Hallazgo N° 8 - Inconsistencias en los reportes de avance de ejecución del Plan de Acción Institucional - 2018.	
<i>Programar con mayor holgura las actividades para el año 2019.</i>	<i>La Oficina de Control Interno considera pertinente continuar con el seguimiento a la presente acción, toda vez que en el Plan de Acción 2019, los productos para el Proceso "Administración del Sistema Integrado de Gestión", no fueron culminados en su totalidad, de conformidad con los resultados del informe "Evaluación de la Gestión Institucional por Dependencias - Vigencia 2019" emitido por esta Oficina (...)"</i>
<i>Ajustar la evidencia en ISOLUCIÓN sobre el cumplimiento del plan de acción.</i>	

Por lo antes expuesto, mediante correo electrónico del 1 de octubre de 2021 los responsables del proceso "Administración del Sistema Integrado de Gestión" remitió los Planes de Mejoramiento ajustados del año 2018, donde las acciones para subsanar los hallazgos N° 2 "Deficiencias en el desempeño del aplicativo ISOLUCION (herramienta tecnológica soporte del Sistema Integrado de Gestión)" y N° 8 "Inconsistencias en los

reportes de avance de ejecución del Plan de Acción Institucional” de la vigencia 2018 serán atendidas a través del plan propuesto para la vigencia 2021 en los hallazgos N° 2 y 7, respectivamente.

Frente al hallazgo N° 7 “Inobservancia de roles e incumplimiento de la Política de Administración del Riesgo adoptada por la Entidad y de las Acciones de Mejoramiento” se replantearon las acciones, como se detalla en la siguiente tabla:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Solicitud de modificar el módulo “RIESGOS DAFP” de acuerdo con la nueva metodología de la Función Pública aprobada en el mes de diciembre de 2020.	Actualización del módulo DAFP	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-may-2021	31-dic-2021
Modificación de la Política de Administración del Riesgo de acuerdo con la Guía del DAFP emitida en el mes de diciembre del 2020.	Nueva versión de la Política de Administración del Riesgo de la ADR	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-may-2021	31-dic-2021
Construcción de un nuevo mapa de riesgos de acuerdo con la Política de Administración del Riesgo (Versión 4).	Veintitrés (23) mapas de riesgos (1 por cada proceso)	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	15-oct-2021	31-dic-2021

Nota: La relación detallada del equipo humano de la Oficina de Planeación responsable de cada acción propuesta se encuentra registrada en los papeles de trabajo de la Oficina de Control Interno.

FORTALEZAS: En la verificación de la eficacia operativa de los controles internos del proceso “Administración del Sistema Integrado de Gestión”, la Oficina de Control Interno identificó que los siguientes controles estaban siendo ejecutados conforme a los lineamientos procedimentales o normativos establecidos:

- Las aprobaciones de los procedimientos misionales y documentos relacionados a los procesos estratégicos, de apoyo y de evaluación y control fueron aprobados por los responsables definidos en el procedimiento “Control de Documentos” de la Entidad.
- Las versiones vigentes de los documentos del Sistema Integrado de Gestión se encuentran cargados en el aplicativo ISOLUCIÓN.

HALLAZGOS:

Nota. La información detallada de las situaciones que se describen a continuación, se suministró al personal perteneciente a la unidad auditada en cada reporte de hallazgo (formato F-EVI-013) que fue suscrito por ésta y la Oficina de Control Interno; además, dicho detalle se encuentra registrado en los papeles de trabajo elaborados por el auditor que practicó las pruebas, los cuales son custodiados por la Oficina de Control Interno; no obstante, estos documentos se encuentran disponibles para consulta de las partes interesadas, previa solicitud formal de los mismos al Jefe de la Oficina de Control Interno

HALLAZGO N° 1. Incumplimiento de los lineamientos establecidos para el Control de Documentos del Sistema Integrado de Gestión.

Al verificar el cumplimiento de los lineamientos para la creación, actualización y/o anulación de documentos en el Sistema Integrado de Gestión (en adelante, SIG), establecidos en el procedimiento “Control de Documentos” (PR-SIG-001) versión 3, 4, 5 y 6, (en adelante, Procedimiento PR-SIG-001), en una muestra de 50 documentos creados en el SIG entre el 1 de septiembre de 2018 y el 31 de agosto de 2021, la Oficina de Control Interno evidenció las siguientes situaciones:

- a. Omisión de la solicitud de documentos en el SIG (aplicativo ISOLUCIÓN).** El Procedimiento PR-SIG-001 (versión 3, 4, 5 y 6) en su numeral 6, actividad 4, establece que: “La solicitud de elaboración, actualización o anulación de documentos se realiza a través del ítem Solicitud de Documentos dentro del módulo Documentación de ISOLUCIÓN. Se realiza la solicitud de documento nuevo, actualización o anulación especificando la justificación en la herramienta ISOLUCIÓN dentro del módulo Documentación por la opción de “Solicitud de Documentos”. (...);” no obstante, de 21 documentos (42% de la muestra) creados y/o actualizados entre octubre de 2018 y agosto de 2021 no se evidenció la solicitud dentro del módulo “Documentación” por la opción de “Solicitud de Documentos”.

Una situación similar se observó en la auditoría anterior. (Informe OCI-2018-033, hallazgo N° 1 literal b)

b. Inconsistencias en el flujo de elaboración, revisión y aprobación de los documentos del SIG. El Procedimiento PR-SIG-001 (versión 4, 5, y 6), en su numeral 5, literal d, indica: *“Revisión y aprobación. (...). Los procedimientos correspondientes a los procesos estratégicos, de apoyo y de evaluación y control serán **aprobados por los Jefes de Oficina y el Secretario General y su revisión la realizarán los profesionales que se designen. (...).**”* (negrita fuera de texto), y en la actividad 9 del numeral 6, establece el *“Envío a flujo de aprobación”*, así: *“La persona que elabora o actualiza el documento el documento desde ISOLUCIÓN envía a flujo de aprobación eligiendo a la persona que debe revisar (...).”*; no obstante, se identificó que un (1) documento fue revisado y aprobado por el mismo usuario y tres (3) fueron elaborados y revisados por el mismo usuario.

A continuación, se relacionan los documentos en los que se evidenció esta situación:

PROCESO	NOMBRE DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA APROBADO
Gestión Financiera	Plan de Contingencia V3 Riesgo Corrupción Gestión Financiera	PDC-FIN-002	1	23-ago-2021
Gestión Administrativa	Viáticos, Gastos de Mantenición, Comisiones y Desplazamientos al Interior	PR-GAD-002	9	05-feb-2021
Control Disciplinario Interno	Control Interno Disciplinario Ordinario	PR-CDI-002	4	31-dic-2020
Gestión Financiera	Gestión De Gastos	PR-FIN-002	5	30-ene-2020

Una situación similar se observó en la auditoría anterior. (Informe OCI-2018-033, hallazgo N° 1 literal c)

c. Omisión en la descripción del historial de cambios en los documentos del SIG. El Procedimiento PR-SIG-001 (versión 4, 5 y 6), en su numeral 5, literal c, indica: *“Solicitud y elaboración de documentos. (...). En la primera versión de un documento, el historial de cambios ira vacío, pero a partir de la segunda versión se deberá colocar el número de la versión a reemplazar, la fecha en que fue aprobada y la justificación del cambio o los principales cambios realizados. (...).”*; no obstante, en once (11) documentos (22% de la muestra) actualizados entre noviembre de 2019 y julio de 2021

no se observó el historial de versiones o justificación del cambio o los principales cambios realizados en dichos documentos.

A continuación, se detallan los documentos:

PROCESO	NOMBRE DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	HISTORIAL DE VERSIONES FALTANTE
Administración del Sistema Integrado de Gestión	Gestión de Aspectos e Impactos Ambientales	PR-SIG-008	3	2 y 3
	Acciones de Mejoramiento	PR-SIG-004	3	3
Prestación y Apoyo del Servicio Público Adecuación de Tierras	Administración, Operación y Conservación de los Distritos de Adecuación de Tierras.	PR-ADT-004	5	2, 3 y 4
	Inversión en Proyectos y Distritos de Adecuación de Tierras	PR-ADT-003	3	2
	Conformación, Legalización y Certificación de Asociaciones de Usuarios de Proyectos y Distritos de Adecuación de Tierras.	PR-ADT-002	4	2 y 3
Operación de los Servicios Tecnológicos	Operación de los Servicios Tecnológicos	CP-OST-001	3	2 y 3
Gestión Contractual	Estructuración del Proceso de Selección	PR-GCO-001	4	2
Gestión de las Comunicaciones	Procedimiento Comunicación Interna y Externa	PR-COM-003	4	2
Asesoría y Defensa Jurídica	Asesoría y Defensa Jurídica	CP-ADJ-001	4	2
	Defensa Jurídica	PR-ADJ-002	4	2 y 3
Implementación de Proyectos Integrales	Ejecución de los Proyectos Integrales de Desarrollo Agropecuario y Rural con Enfoque Territorial en el Marco de Convenios de Cooperación	PR-IMP-001	8	2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8

d. Debilidades en la definición de las actividades de control en los procedimientos de la Entidad. El Procedimiento PR-SIG-001 (versión 6), en su numeral 5, literal c, establece: “(...). *Las actividades de control incluidas en los procedimientos (...) deben redactarse teniendo en cuenta la asignación de un responsable para cada actividad, determinar una periodicidad, un propósito y definir cómo se realiza; además, establecer acciones cuando la actividad de control no se puede ejecutar como está establecida y definir la evidencia o soporte que se evidencie de su ejecución*”; no obstante, en diez (10) documentos (20% de la muestra) referentes a procedimientos de la Entidad actualizados y/o creados durante la vigencia 2021, se evidenciaron debilidades y/o desviaciones en la redacción de las actividades de control contenidas en ellos, teniendo

en cuenta que, en algunas no se identificó el propósito, la periodicidad y/o las acciones cuando la actividad de control no pudiera ejecutar como está establecida.

Posible(s) Causa(s), Riesgo(s) e Impacto(s):

CAUSA(S)	RIESGO(S)	IMPACTO(S)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informalidad en la ejecución del procedimiento. ▪ Falta de controles que permitan verificar el cumplimiento de los criterios establecidos en el Control de documentos. ▪ Inobservancia en la implementación y seguimiento a las actividades de control aplicables a la unidad auditada. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posibilidad de afectación de la imagen institucional por falta de revisión y/o aprobación de documentos que conforman el Sistema Integrado de Gestión debido a la inobservancia de lineamientos establecidos para el control de documentos. ▪ Posibilidad de afectación de la imagen institucional por desviaciones en la implementación del sistema integrado de Gestión debido a la omisión en la divulgación de documentos aprobados y/o falta de activación de documentos anulados y/o no vigentes. ▪ Posibilidad de afectación de la imagen institucional por desviaciones en la aplicación de procedimientos de la Entidad debido a una incompleta e/o inadecuada redacción de las actividades de control. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aprobación de documentos sin el cumplimiento de los lineamientos establecidos. ▪ Errores e imprecisiones en los documentos del sistema integrado de gestión. ▪ Posible afectación en el cumplimiento de metas y objetivos de la Entidad.

Recomendación(es): Esta Oficina de Control Interno insta a evaluar la aplicabilidad de las siguientes recomendaciones:

- Analizar el contenido actual del Procedimiento PR-SIG-001 con la realidad operativa actual del proceso “Administración del Sistema Integrado de Gestión” para determinar la posibilidad de realizar ajustes en lo que se considere pertinente, fortaleciendo los controles con variables tales como: responsable, periodicidad, propósito y desviaciones.
- Capacitar a los líderes de procesos, funcionarios y/o contratistas de las diferentes dependencias, encargados de la actualización, creación o anulación de documentos en el Sistema Integrado de Gestión -Aplicativo ISOLUCION sobre el control de documentos para que puedan desarrollar cada una de las actividades definidas procedimentalmente.

- Establecer revisiones periódicas al aplicativo ISOLUCION con el fin de identificar errores y/u omisiones de los lineamientos establecidos en el procedimiento, retroalimentando a los usuarios, en caso de alguna desviación, para contribuir con el fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión en la Entidad.
- Es importante que la persona responsable de aprobar los documentos en el aplicativo ISOLUCION, verifique antes la ejecución de todos los pasos establecidos procedimentalmente, con el fin de evitar errores o inconsistencias en los documentos emitidos.
- En coordinación con los líderes de procesos, revisar los procedimientos de la Entidad y fortalecer las actividades de control, teniendo en cuenta: asignación de un responsable para cada actividad, determinar una periodicidad, un propósito y definir cómo se realiza la misma; además, establecer acciones cuando la actividad de control no se pueda ejecutar como está establecido, y cuál será la evidencia o soporte que se conserve de su ejecución.

Respuesta del Auditado: Aceptado.

Causa(s) identificada(s) por el Responsable de la Unidad Auditada:

- Informalidad en la ejecución del procedimiento.
- Falta de controles que permitan verificar el cumplimiento de los criterios establecidos en el Control de documentos.

Plan de Mejoramiento:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Revisar, ajustar y actualizar el procedimiento PR-SIG-001 teniendo en cuenta la operatividad del proceso, ajustar los controles y lineamientos para el cumplimiento, en donde se determine un responsable para cada actividad, periodicidad y se defina cómo se realiza la misma, especificando la evidencia que soporta su cumplimiento.	Procedimiento actualizado	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-oct-2021	31-dic-2021

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Socializar el procedimiento PR-SIG-001 al interior de la Entidad, a través de correo electrónico. Con los líderes de los procesos o su delegado, realizar una mesa de trabajo, hacer énfasis en la definición de las actividades de control descritas en los procedimientos de la Entidad, y se va a solicitar a cada líder de proceso o delegado las revise y haga los ajustes que correspondan.	Correo electrónico Acta Registro de asistencia	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-oct-2021	28-feb-2022
Definir dentro del procedimiento, una actividad de control semestral de revisión por parte de la Oficina de Planeación, con el fin de validar el cumplimiento de los lineamientos establecidos.	Actividad de control descrita en el procedimiento actualizado	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-oct-2021	31-dic-2021
Dar apertura a un caso ante ISOLUCIÓN soporte@isolucionesac.com.co para la posibilidad de parametrizar el módulo - Control de Documentos, con el fin de continuar con cada uno de los pasos y evitar la omisión del proceso establecido. <i>Nota: En caso de respuesta negativa se aplicará un nuevo control en el procedimiento.</i>	Un correo apertura del caso y un correo de respuesta	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-oct-2021	31-dic-2021

Nota: La relación detallada del equipo humano de la Oficina de Planeación responsable de cada acción propuesta se encuentra registrada en los papeles de trabajo de la Oficina de Control Interno

Concepto de la Oficina de Control Interno: Aceptado.

Esta Oficina de Control Interno considera razonables los Planes de Mejoramiento propuestos, dado que pretenden atacar las causas de las situaciones que originaron las desviaciones identificadas.

HALLAZGO N° 2. Desviaciones en la implementación, control y seguimiento del Sistema Integrado de Gestión (aplicativo ISOLUCION)

En la revisión de la implementación, control y seguimiento al funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión (Aplicativo ISOLUCION) contratado por la Agencia de Desarrollo Rural (ADR) con el proveedor ISOLUCIÓN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN S.A., la Oficina de Control Interno validó el cumplimiento de las obligaciones contractuales (según informes de supervisión), acuerdos de niveles de servicio, responsabilidades y

permisos asignados de los siguientes contratos suscritos durante las vigencias 2019, 2020 y 2021:

CONTRATO	VIGENCIA	TIEMPO Y PLAZO DE EJECUCIÓN	OBJETO	VALOR
80	2019	5-feb-2019 a 31-dic-2019	Brindar el soporte técnico, instalar las actualizaciones del software y prestar el mantenimiento de ISOLUCIÓN y realizar la transferencia de la base de datos del hosting a la infraestructura tecnológica de la ADR.	\$23.902.328
6902020	2020	23-sep-2020 a 31-dic-2020	Contratar la prestación del servicio de soporte técnico, instalar las actualizaciones del software y prestar el mantenimiento de ISOLUCIÓN.	\$23.990.245
3952021	2021	26-mar-2021 a 31-dic-2021		\$30.000.000

En la revisión realizada se identificaron las siguientes situaciones:

- a. Debilidades en el funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión (Aplicativo ISOLUCION).** La Oficina de Control Interno evidenció que el Contrato 080 de 2019 tuvo un plazo de ejecución del 5 de febrero al 31 de diciembre de 2019 y el Contrato 6902020 del 23 de septiembre al 31 de diciembre de 2020, lo que indicó que del 1 de enero de 2020 al 22 septiembre de 2020 no se contó con contrato de soporte del aplicativo ISOLUCIÓN, razón por la cual, la Oficina de Control Interno indagó cómo se atendieron las incidencias del aplicativo que se hubiesen presentado en dicho período, o procesos tales como: soporte técnico, instalación o realización de actualizaciones del software y mantenimiento del aplicativo. Sobre el particular, mediante correo electrónico del 31 de agosto de 2021 la Oficina de Planeación informó: *"(...) la demora en contratación obedeció a temas administrativos, la plataforma continuó vigente en todo lo relacionado a actualización de documentos y consulta en general, a pesar de que no se contó con el soporte técnico en la plataforma, la Oficina de Planeación continuó con el desarrollo de las actividades propias del Sistema de Gestión, de manera general y en el caso de la matriz de riesgos fue trabajada de manera manual, vale la pena resaltar que no se presentaron incidentes dentro del aplicativo, por ende, ningún usuario, proceso y procedimiento se vio afectado por la demora en la contratación de la plataforma, indicando que la misma hace énfasis en la actualización del software y mantenimiento en general (...)"*; no obstante, la Oficina de

Control Interno considera que esta situación dificultó el funcionamiento eficiente del Sistema Integrado de Gestión (Aplicativo ISOLUCION) durante dicho periodo, toda vez que, se evidenciaron principalmente los siguientes aspectos:

- El reporte de avances y seguimiento al cumplimiento del Plan de Acción debe realizarse mensualmente en el aplicativo ISOLUCION por los designados de cada dependencia, como también el cargue de las respectivas evidencias; no obstante, durante dicho período (enero a septiembre de 2020) no estuvo habilitado este módulo. Como alternativa de solución, la Oficina de Planeación realizó directamente el registro del seguimiento y cargue de evidencias en el aplicativo ISOLUCION, situación que contraviene lo establecido en la actividad 11 del numeral 6 del procedimiento “Formulación, Seguimiento y Ajustes y Plan de Acción y Plan Estratégico Institucional” (PR-DER-008) que establece: *“Mensualmente los responsables en cada dependencia deben reportar los avances y cargar las evidencias que correspondan en la herramienta dispuesta para tal fin (...).”* (Subrayado fuera de texto).
- El mapa de riesgos de la Entidad se trabajó de forma manual (en una plantilla en Excel), lo que dificultó conocer el mapa de riesgos actualizado por proceso; por lo tanto, para los trabajos de auditoría realizados por la Oficina de Control Interno durante la vigencia 2020 fue necesario solicitar a la Oficina de Planeación el mapa de riesgos del proceso objeto de auditoría; así mismo, durante este periodo, el reporte de seguimiento de las acciones para abordar riesgos no se realizó a través del aplicativo ISOLUCION, como está definido en el numeral 4 “Niveles de Aceptación al Riesgo y Tratamiento de Riesgos” de la Política de Administración del Riesgo (DE-SIG-002) -Versión 3, que indica: *“la(s) actividad(es) de control definida(s) (preventivas y/o detectivas) (...) se documentan como acciones para abordar riesgos en el aplicativo ISOLUCIÓN”.*

Cabe mencionar que, la información anterior fue recopilada posteriormente y cargada en el Sistema Integrado de Gestión (Aplicativo ISOLUCION); no obstante, estas situaciones generaron falta de trazabilidad de la información, dificultad para consultar

en línea el avance y/o cumplimiento de los objetivos e indicadores del proceso, falta de disponibilidad y oportunidad de la información.

b. Desviaciones en el cumplimiento de los Acuerdos de Niveles de Servicio. En una muestra de treinta (30) incidentes presentados en el aplicativo ISOLUCION durante las vigencias 2019, 2020 y 2021, se observó que, dieciséis (16) incidentes (53% de la muestra) no fueron solucionados en los tiempos establecidos contractualmente según los Acuerdos de Niveles de Servicios definidos para cada vigencia, como se observa a continuación:

N° CASO	FECHA			DÍAS HABILES EXTEMPORANEIDAD (Entre fecha límite y fecha de solución)
	Fecha de Creación	Fecha Límite de Solución	Fecha real de Solución	
SAC-21450-R8J7	30-abr-2021	7-may-2021	26-jun-2021	32
SAC-16145-X9T6	16-oct-2020	23-oct-2020	13-nov-2020	14
SAC-18233-K8P9	23-dic-2020	31-dic-2020	7-ene-2021	10
SAC-02164-W3M1	9-abr-2019	23-abr-2021	7-may-2019	9
SAC-16465-H3C4	27-oct-2020	4-nov-2020	13-nov-2020	7
SAC-04476-R5C3	15-jul-2019	25-jul-2019	1-ago-2019	5
SAC-17303-H2H6	23-nov-2020	30-nov-2020	4-dic-2020	4
SAC-15605-Q8V9	28-sep-2020	1-oct-2020	7-oct-2020	3
SAC-17070-P9C0	13-nov-2020	23-nov-2020	25-nov-2020	2
SAC-21040-Z6C5	14-abr-2021	16-abr-2021	20-abr-2021	2
SAC-06305-W6M5	25-sep-2019	7-oct-2019	8-oct-2019	1
SAC-06901-S0R5	22-oct-2019	25-oct-2019	28-oct-2019	1
SAC-15926-F2G6	8-oct-2020	16-oct-2020	19-oct-2020	1
SAC-21172-W7J4	20-abr-2021	22-abr-2021	23-abr-2021	1
SAC-22500-Y5P0	15-jun-2021	18-jun-2021	21-jun-2021	1
SAC-22654-C9Q0	21-jun-2021	23-jun-2021	24-jun-2021	1

Una situación similar se observó en la auditoría anterior. (Informe OCI-2018-033, hallazgo N° 2 literal b).

Estas situaciones contravienen lo establecido en:

- **Contrato 080 de 2019.** “Cláusula 4- Obligaciones Específicas”. Numeral 16. “Se dará como *"caso de soporte cerrado"* cuando este se solucione, se notifique al

cliente (...). Los Acuerdos de Nivel de Servicio, permiten establecer los tiempos de respuesta y de solución para cada tipo de solicitud que se realiza como soporte técnico (...).”

- **Contrato 6902020 y Contrato 3952021.** “Cláusula 3- Obligaciones Específicas ANS (ACUERDOS DE NIVEL DE SERVICIOS) DE ISOLUCIÓN. *Los Acuerdos de Nivel de Servicio, permiten establecer los tiempos de respuesta y de solución para cada tipo de solicitud que se realiza como soporte técnico (...). ISOLUCIÓN S.A. se compromete a dar soporte a sus casos (...).*”

c. **Falencias en los controles establecidos para la definición de roles y responsabilidades de los Usuarios de ISOLUCIÓN.** El Procedimiento Control de Documentos (PR-SIG-001) Versión 5 y 6, en el numeral 5, indica: “(...). *La operación del Sistema Integrado de Gestión en el aplicativo ISOLUCIÓN requiere diferentes roles y responsabilidades para el cumplimiento de los referentes que lo integran (Calidad, ambiental, seguridad y salud en el trabajo y el modelo de seguridad y privacidad de la información), los cuales se tienen en cuenta en la parametrización de usuarios. Por lo anterior, se definieron los siguientes grupos de usuarios con sus permisos en el aplicativo*”.

GRUPOS DE USUARIOS	RESPONSABILIDADES	PERMISOS
Administradores	Parametrización del aplicativo Administración de usuarios Modificación de documentos y flujo de revisión y aprobación Cambio de nombres de documentos Modificación de mapas de riesgos y acciones para abordar riesgos Modificación de indicadores de gestión Modificación de acciones correctivas, preventivas y de mejora	Grupos con todos los permisos
Líderes de Procesos	Aprobación de documentos Cierre de etapas en el mapa de riesgos Programación y delegación de tareas	Líderes de Procesos

GRUPOS DE USUARIOS	RESPONSABILIDADES	PERMISOS
Planeación	Parametrización del aplicativo Administración de usuarios Modificación de documentos y flujo de revisión y aprobación Cambio de nombres de documentos Modificación de mapas de riesgos y acciones para abordar riesgos Modificación de indicadores de gestión Modificación de acciones correctivas, preventivas y de mejora	Grupos con todos los permisos
Reporte Plan de Acción	Reporte de avance de indicadores y cargue de evidencia en el módulo de medición	Usuarios que reportan los avances de los indicadores el plan de acción
Seguridad de la Información	Parametrización del módulo de seguridad de la información. Cargue de documentos.	Usuarios que implementan el SGSI
Seguridad y Salud en el Trabajo	Parametrización del módulo de seguridad y salud en el trabajo. Cargue de documentos. Reporte de incidencias SST	Seguridad y salud en el trabajo
Elaboración y Revisión de Documentos	Cargue de documentos del proceso asignado	Usuarios encargados de cargue documental
Consulta	Visualizar la información referente a la planeación institucional y el sistema integrado de gestión	Permite la consulta de documentación a usuarios genéricos internos y externos

No obstante lo anterior, la Oficina de Control Interno identificó las siguientes situaciones:

- En el Sistema Integrado de Gestión (Aplicativo ISOLUCION) se encuentran creados diez (10) grupos de usuarios y de acuerdo con lo definido procedimentalmente hay ocho (8) grupos de usuarios definidos, como se relaciona en la tabla anterior, los dos (2) grupos adicionales se relacionan a continuación junto con los permisos otorgados:

GRUPOS DE USUARIOS	PERMISOS
Control Interno	Usuarios que revisan y auditan procesos.
Medición de Indicadores	Reportan avances de los indicadores

- Con el fin de validar los permisos y responsabilidades asignados en el aplicativo ISOLUCIÓN (grupo de usuario definido), de acuerdo con lo autorizado en la

creación y/o activación de usuario (mediante correo electrónico) por parte del Líder del proceso, la Oficina de Control Interno seleccionó una muestra de 34 usuarios que se encuentran activos en el aplicativo ISOLUCION, identificando las siguientes situaciones, que denotan debilidades en el control de los permisos y responsabilidades otorgadas a los usuarios de la entidad:

- Once (11) usuarios (32% de la muestra) cuentan con el correo electrónico de creación y/o activación de usuario en ISOLUCIÓN; no obstante, este no detalla los permisos y responsabilidades autorizadas a dichos usuarios.
- De 20 usuarios (59% de la muestra) no se obtuvo evidencia del correo electrónico de creación y/o activación de usuarios que permitiera verificar los permisos y responsabilidades autorizados.
- De 2 usuarios (6% de la muestra) se observó en la autorización de creación de su usuario (correo electrónico) la descripción de la actividad a desempeñar; no obstante, esta no coincidió con los roles definidos dentro del aplicativo ISOLUCIÓN.
- Un (1) usuario con rol en el Grupo “Control Interno” es un colaborador de una dependencia diferente a la Oficina de Control Interno.

Una situación similar se observó en la auditoría anterior. (Informe OCI-2018-033, hallazgo N° 2 literal b)

Posible(s) Causa(s), Riesgo(s) e Impacto(s):

CAUSA(S)	RIESGO(S)	IMPACTO(S)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de continuidad del contrato suscrito con el proveedor del Sistema Integrado de Gestión (aplicativo ISOLUCION). ▪ Falta de verificación minuciosa de las obligaciones contractuales (cumplimiento Acuerdos de Niveles de Servicio) para el aplicativo ISOLUCION. 	<p>Posibilidad de afectación de la imagen institucional por deficiencias en el funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión (aplicativo ISOLUCION) debido a fallas tecnológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida de información. ▪ Servicios entregados a la entidad que no cumplen con las especificaciones técnicas requeridas en el contrato para la satisfacción de las necesidades de la Entidad.

CAUSA(S)	RIESGO(S)	IMPACTO(S)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debilidades en la parametrización del aplicativo ISOLUCIÓN. ▪ Ausencia de actividades de control para verificar los permisos y responsabilidades asignadas a los usuarios de acuerdo con la solicitud de creación de usuario y/o habilitación de permisos. 	(disponibilidad, confidencialidad e integridad de la información).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eliminación y/o modificación de los documentos del Sistema Integrado de Gestión. ▪ Extralimitación de funciones en el aplicativo por parte de los usuarios.

Recomendación(es): Esta Oficina de Control Interno insta a evaluar la aplicabilidad de las siguientes recomendaciones:

- Realizar las gestiones oportunas y pertinentes para darle continuidad al contrato suscrito con el proveedor ISOLUCIÓN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN S.A, con el fin de garantizar la correcta y completa prestación del servicio del Sistema Integrado de Gestión (Aplicativo ISOLUCION).
- Verificar, por medio de una lista de chequeo, el cumplimiento de los Acuerdos de Niveles de Servicio según cada tipo de caso, con el fin de evaluar objetivamente la ejecución del contrato.
- Revisar y ajustar la parametrización del aplicativo ISOLUCION, de acuerdo con los permisos y responsabilidades autorizados por cada líder de proceso, con el fin de garantizar que los usuarios cuentan con los permisos correspondientes a las funciones y roles a ejecutar dentro de la entidad.
- Revisar los controles existentes de asignación de permisos y responsabilidades en el Sistema Integrado de Gestión (Aplicativo ISOLUCIÓN) y fortalecerlos teniendo en cuenta las siguientes variables: responsable, periodicidad, propósito y definición de cómo se realiza la misma.

Respuesta del Auditado: Aceptado.

Causa(s) identificada(s) por el Responsable de la Unidad Auditada:

- Falta de continuidad del contrato suscrito con el proveedor del Sistema Integrado de Gestión (aplicativo ISOLUCION).
- Debilidades en la parametrización del aplicativo ISOLUCIÓN.
- Ausencia de actividades de control para verificar los permisos y responsabilidades asignadas a los usuarios de acuerdo con la solicitud de creación de usuario y/o habilitación de permisos.
- Falta de verificación minuciosa de las obligaciones contractuales (cumplimiento Acuerdos de Niveles de Servicio) para el aplicativo ISOLUCION.

Plan de Mejoramiento:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
En la planeación de recursos 2022 tener en cuenta el contrato con el proveedor ISOLUCIÓN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN S.A, con el fin de garantizar la correcta y completa prestación del servicio del Sistema Integrado de Gestión (Aplicativo ISOLUCION).	1 contrato suscrito ISOLUCIÓN	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-ene-2022	30-mar-2022
Revisar y ajustar la parametrización del aplicativo ISOLUCION, de acuerdo con los permisos y responsabilidades autorizados por cada líder de proceso, con el fin de garantizar que los usuarios cuentan con los permisos correspondientes a las funciones y roles a ejecutar dentro de la entidad.	1 listado de usuarios por procesos con permiso y responsabilidades en ISOLUCIÓN.	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	15-oct-2022	1-mar2022
Revisar, ajustar y actualizar el procedimiento PR-SIG-001 teniendo en cuenta la operatividad del proceso, ajustar los controles frente a la asignación de usuarios en ISOLUCIÓN (creación y activación) y lineamientos para el cumplimiento en donde se determine un responsable para cada actividad, periodicidad y se defina cómo se realiza la misma, especificando la evidencia que soporta su cumplimiento.	Procedimiento actualizado	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-oct-2021	31-dic-2021
Socializar el procedimiento PR-SIG-001 al interior de la Entidad a través de correo electrónico, con los líderes de procesos o su delegado realizar una mesa de trabajo.	Correo electrónico Acta de reunión Registro de asistencia	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-ene-2022	28-feb-2022

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Solicitar por medio correo electrónico, al apoyo a la supervisión (delegado de la OTI) del contrato de ISOLUCIÓN, la verificación de los acuerdos de nivel de servicio establecidos contractualmente con su respectivo soporte, el cual se validará para posterior revisión por parte de la Oficina de Planeación.	Correo electrónico Informe de supervisión con soporte de verificación del nivel del servicio	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	15-oct-2021	1-mar-2022

Nota: La relación detallada del equipo humano de la Oficina de Planeación responsable de cada acción propuesta se encuentra registrada en los papeles de trabajo de la Oficina de Control Interno.

Concepto de la Oficina de Control Interno: Aceptado.

Esta Oficina de Control Interno considera razonables los Planes de Mejoramiento propuestos, dado que pretenden atacar las causas de las situaciones que originaron las desviaciones identificadas.

HALLAZGO N° 3. Ausencia y/u omisión de lineamientos procedimentales asociados a las actividades propias del proceso “Administración del Sistema Integrado de Gestión”

En la revisión de las actividades propias del proceso "Administración del Sistema Integrado de Gestión" definidas en su caracterización, y en el análisis realizado por la Oficina de Control Interno de la documentación existente en el Sistema Integrado de Gestión asociada al proceso, se evidenció:

a. Falta de lineamientos procedimentales para actividades propias del proceso.

Para las siguientes actividades no se evidenciaron lineamientos procedimentales definidos dentro del Sistema Integrado de Gestión de la Entidad:

ACTIVIDADES	PRODUCTO
Construcción del Modelo de Operación por procesos	Mapa de Procesos
Construcción del plan de implementación y mejora del sistema de gestión institucional	Plan de implementación y mejora del sistema de gestión institucional

Es importante mencionar que, de la primera actividad la Entidad cuenta con un mapa de procesos, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a su documentación. La segunda actividad no se encuentra ni documentada ni implementada.

b. Falta de implementación del Procedimiento Producto y-o Servicio No Conforme.

El Procedimiento Producto y-o Servicio No Conforme (PR-SIG-009), el cual tiene como objetivo *“Asegurar que los productos y/o servicios no conformes estén identificados y controlados en los procesos misionales, con el fin de prevenir su uso o entrega no intencionada”* se creó el 5 de noviembre de 2020; no obstante, al 31 de agosto de 2021 este procedimiento no se ha implementado en la Entidad.

Estas situaciones denotan debilidades en el diseño e implementación de los requerimientos asociados a las políticas de gestión y desempeño.

Es importante 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; (…)”*.

Una situación similar se observó en la auditoría anterior. (Informe OCI-2018-033, hallazgo N° 3 literal b)

c. Debilidades en la implementación del Procedimiento Gestión del Cambio. Los responsables del proceso auditado informaron que durante el período auditado (septiembre de 2018 a agosto de 2021) solo se presentó una solicitud de cambio que fue realizada por la Dirección de Talento Humano, situación que llama la atención de

esta Oficina de Control Interno teniendo en cuenta la Emergencia Sanitaria por el COVID-19 presentada en la vigencia 2020 y 2021 que generó cambios internos en el desarrollo de los procesos, entendiéndose cambio como “(...) *todo aquello que modifica temporal o permanentemente a una organización, actividades, tareas, equipos, materiales, especificaciones, servicios, entre otros (...)*” (subrayado fuera de texto), principalmente en los procesos misionales y en el proceso Participación y Atención al Ciudadano, los cuales han sido evidenciados en los trabajos de auditoría realizados durante las vigencias 2020 y 2021, así mismo, teniendo en cuenta que el 23 de julio de 2020 mediante Acta N° 6 de Comité Institucional de Gestión y Desempeño, se aprobó la modificación al Mapa de Procesos de la Entidad. Estas situaciones contravienen lo establecido en el procedimiento Gestión del Cambio (PR-SIG-006) Versión 2, numeral 5, que indica: “*Situaciones que dan origen a cambios: Modificación del mapa de procesos. (...) Modificación del ambiente de trabajo (...)”.*

De otra parte, es importante mencionar que las actividades descritas en este procedimiento son desarrolladas por los diferentes procesos de la Entidad. Al respecto, los responsables del proceso auditado, mediante correo electrónico del 14 de septiembre de 2021, informaron: “*De acuerdo al Procedimiento de Gestión del Cambio es una actividad propia para cada Proceso analizar, implementar y evaluar su Gestión al cambio, desde la Oficina de Planeación únicamente se busca consolidar esta información junto con sus evidencias para conocer la Gestión del Cambio que surtió algún proceso (...)*”; no obstante, este es un procedimiento que hace parte del proceso “Administración del Sistema Integrado de Gestión”, por lo cual, las situaciones descritas anteriormente denotan debilidades en el rol de acompañamiento realizado por los responsables de este proceso, teniendo en cuenta que el objetivo del proceso auditado se definió así: “*Mantener y mejorar el Sistema Integrado de Gestión de la Agencia, a través de la revisión, coordinación y acompañamiento a los procesos, con óptimos estándares, orientados a incrementar el desempeño, la mejora continua y contribuir al logro de los objetivos Institucionales Coordinar la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión para que contribuya al cumplimiento de los resultados de eficacia, eficiencia y efectiva de la Entidad*” (Subrayado fuera de texto).

Es este aparte, es importante tener en cuenta que el numeral 12 del artículo 13 del Decreto 2364 de 2015 ha definido como una de las funciones de la Oficina de Planeación: “Apoyar el desarrollo y sostenimiento del Sistema Integrado de Gestión Institucional”.

Posible(s) Causa(s), Riesgo(s) e Impacto(s):

CAUSA(S)	RIESGO(S)	IMPACTO(S)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informalidad en la ejecución de las actividades propias del proceso. ▪ Inobservancia de seguimiento al cumplimiento de las actividades propias del proceso. ▪ Debilidades en el monitoreo y/o acompañamiento a los procesos de la Entidad en la implementación de los documentos del Sistema Integrado de Gestión. ▪ Desconocimiento de los procedimientos al interior de la Entidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posibilidad de afectación de la imagen institucional por una Inadecuada y/o incompleta construcción del Modelo de Operación por procesos y del plan de implementación y mejora del sistema de gestión institucional, debido a la falta de lineamientos internos para su elaboración y/o actualización. ▪ Posibilidad de afectación de la imagen institucional por uso y/o entrega de productos y/o servicios no conformes debido a la omisión de los lineamientos establecidos para su identificación y/o tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Errores y/u omisiones en el desarrollo de las actividades propias del proceso por la falta de definición de lineamientos para su ejecución. ▪ Ejecución de las actividades con criterios subjetivos por falta de lineamientos procedimentales. ▪ Falta de ejecución de las actividades propias del proceso. ▪ Incumplimiento de metas y objetivos del Sistema Integrado de Gestión.

Recomendación(es): Esta Oficina de Control Interno insta a evaluar la aplicabilidad de las siguientes recomendaciones:

- Definir lineamientos para la ejecución e implementación de las actividades propias del proceso Construcción del Modelo de Operación por procesos y Construcción del plan de implementación y mejora del sistema de gestión institucional, incluyendo responsabilidades normativas y la adopción de los controles necesarios para gestionar los riesgos asociados a estas actividades.
- Revisar y ajustar los documentos del proceso de Administración del Sistema Integrado de Gestión, con el fin de verificar que las actividades propias del proceso se encuentren documentadas de acuerdo con la realidad operativa del proceso y determinar la

posibilidad de realizar ajustes en lo que se considere pertinente, fortaleciendo los controles con las variables ya mencionadas.

- Realizar una mesa de trabajo con cada líder de proceso de la Entidad sobre los procedimientos de Producto y/o Servicio No Conforme (PR-SIG-009) y el Procedimiento de Gestión del Cambio (PR-SIG-006), con el fin de socializar dichos procedimientos, analizar su pertinencia e implementación en cada uno de los procesos según corresponda.
- Definir una periodicidad (se sugiere cuatrimestralmente), para que cada líder de proceso misional realice la revisión e identificación de los productos no conformes según lo establecido en el procedimiento Producto y/o Servicio No Conforme (PR-SIG-009), así mismo, para que cada líder de proceso realice la revisión e identificación de la necesidad de Cambio de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento de Gestión del Cambio (PR-SIG-006), y establecer que se reporte a la Oficina de Planeación los resultados de esta revisión, con el fin de monitorear la revisión y aplicación de estos procedimientos..

Respuesta del Auditado: Aceptado.

Causa(s) identificada(s) por el Responsable de la Unidad Auditada:

- Informalidad en la ejecución de las actividades propias del proceso.
- Desconocimiento de los procedimientos al interior de la Entidad
- Inobservancia de seguimiento al cumplimiento de las actividades propias del proceso.

Plan de Mejoramiento:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Definir lineamientos para la ejecución e implementación de las actividades propias del proceso Construcción del Modelo de Operación por procesos y Construcción del plan de implementación y mejora del sistema de gestión	Actividades documentadas procedimentalmente	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-nov-2021	01-jun-2022

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
institucional, incluyendo responsabilidades normativas y la adopción de los controles necesarios para gestionar los riesgos asociados a estas actividades.					
Revisar, ajustar y actualizar los procedimientos PR-SIG-009 y PR-SIG-006 teniendo en cuenta la operatividad del proceso, donde se implementara una actividad de control cuatrimestral para que cada líder de proceso misional realice la revisión e identificación de los productos no conformes según lo establecido en el procedimiento Producto y/o Servicio No Conforme (PR-SIG-009), así mismo, para que cada líder de proceso realice la revisión e identificación de la necesidad de Cambio de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento de Gestión del Cambio (PR-SIG-006), y establecer que se reporte a la Oficina de Planeación los resultados de esta revisión, con el fin de monitorear la revisión y aplicación de estos procedimientos.	Procedimiento actualizado	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-oct-2021	31-dic-2021
Realizar una mesa de trabajo con cada líder o delegado del proceso de la Entidad sobre los procedimientos de Producto y/o Servicio No Conforme (PR-SIG-009) y el Procedimiento de Gestión del Cambio (PR-SIG-006), con el fin de socializar dichos procedimientos, analizar su pertinencia e implementación en cada uno de los procesos según corresponda.	Correo electrónico Registro de asistencia Acta	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-ene-2022	28-feb-2022
Acompañar los procesos misionales para identificación de producto no conforme y diligenciamiento del respectivo formato, cuando estos los soliciten por solicitud vía correo electrónico.	Registro producto no conforme	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-ene-2022	30-mar-2022

Nota: La relación detallada del equipo humano de la Oficina de Planeación responsable de cada acción propuesta se encuentra registrada en los papeles de trabajo de la Oficina de Control Interno.

Concepto de la Oficina de Control Interno: Aceptado.

Esta Oficina de Control Interno considera razonables los Planes de Mejoramiento propuestos, dado que pretenden atacar las causas de las situaciones que originaron las desviaciones identificadas.

HALLAZGO N° 4. Inobservancia de los lineamientos normativos y procedimentales para la Gestión de Aspectos e Impactos Ambientales

Para la verificación del diseño y formulación de la matriz de aspectos e impactos ambientales, así, como de los Programas y/o Planes de Gestión Ambiental definidos en el

procedimiento “Gestión de Aspectos e Impactos Ambientales” (PR-SIG-008) versiones 1, 2 y 3 (en adelante, Procedimiento PR-SIG-008), de las vigencias 2018, 2019, 2020 y 2021, la Oficina de Control Interno solicitó a la Oficina de Planeación información relacionada con el Sistema de Gestión Ambiental de la ADR, en lo que se identificó las siguientes situaciones:

a. Inexistencia de matriz de aspectos e impactos ambientales y de Programas y/o Planes de Gestión Ambiental. El Procedimiento PR-SIG-008 (versión 1, 2 y 3) en su numeral 6, establece:

- Actividad 1. *“Analizar la necesidad de creación o actualización de la matriz de aspectos e impactos ambientales. Una vez al año, la Oficina de Planeación, establecerá con los líderes de los procesos, la necesidad de realizar, la actualización de las matrices ambientales, según se requiera o cuando se presenten algunas de las situaciones descritas en las condiciones generales (...)”.*
- Actividad 6 (versión 1) y 7 (versión 2 y 3). *“Formular y /o Actualizar los Programas y/o Planes de Gestión Ambiental. Con base en los resultados de la matriz de impactos y aspectos ambientales y las decisiones del Comité Institucional de Gestión y desempeño, se formulan o actualizan los programas que permitan prevenir, mitigar y/o controlar los impactos ambientales identificados (...)”.*

No obstante lo anterior, la Oficina de Control Interno no evidenció la creación, y en consecuencia, tampoco la actualización de la matriz de aspectos e impactos ambientales ni la creación de Programas y/o Planes de Gestión Ambiental durante las vigencias 2018, 2020 y 2021, ante lo cual, la Oficina de Planeación informó mediante correo electrónico del 18 de agosto de 2021: *“2018 y 2020 No se contó con profesional de apoyo para este componente”*, así mismo, mediante correo electrónico del 20 de agosto de 2021, agregó *“Importante precisar que solo hasta este año 2021, se logró la contratación de un profesional, para continuar con la actualización del Sistema de Gestión Ambiental, de acuerdo con el procedimiento y los formatos.”*

- b. Ausencia de matriz de aspectos legales ambientales.** El Procedimiento PR-SIG-008 (versión 2 y 3) en su numeral 6, actividad 2, indica: “*Analizar la necesidad de creación o actualización de la matriz de aspectos legales ambientales. Una vez al año, la Oficina de Planeación establecerá con los líderes de los procesos y la Oficina Jurídica, la necesidad de realizar la actualización de la matriz de aspectos legales ambientales (...)*”; no obstante, no se obtuvo evidencia de esta matriz, ni tampoco se observó soporte de las gestiones realizadas para analizar la necesidad de su construcción.
- c. Falta de cargue de información del Sistema de Gestión Ambiental en el aplicativo ISOLUCION** -vigencia 2019 (submódulo Ambiental). El Procedimiento PR-SIG-008 (versión 1 y 2) menciona en el numeral 5: “*(...). La MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES está formulada en su totalidad en el aplicativo ISOLUCIÓN módulo SISTEMAS, submódulo Ambiental*”; por lo que, la Oficina de Control Interno verificó en el Aplicativo ISOLUCION módulo sistemas y no evidenció información y/o documentación relacionada con la Matriz de Aspectos e Impactos Ambientales de la vigencia 2019; no obstante, se evidenciaron las matrices de aspectos e impactos ambientales año 2019 para diez (10) Distritos de Adecuación de Tierras administrados por la Agencia, la sede central, la sede ubicada en el Edificio El Tiempo y para nueve (9) sedes de las Unidades Técnicas Territoriales - UTT de la ADR, cargadas en el módulo documentos/listado maestro de documentos del aplicativo ISOLUCIÓN.
- d. Matrices de Aspectos e Impactos Ambientales Incompletas** (vigencia 2019). Se evidenciaron matrices de aspectos e impactos ambientales del año 2019 para diez (10) Distritos de Adecuación de Tierras administrados por la Agencia, la sede central, la sede ubicada en el Edificio El Tiempo y para nueve (9) sedes de las Unidades Técnicas Territoriales - UTT; no obstante, no se identificaron las matrices de aspectos e impactos ambientales para cuatro (4) UTT con sede en Cúcuta, Manizales, Popayán y Villavicencio.

Así mismo, en la revisión de las matrices existentes solo se tuvieron en cuenta los procesos “Prestación y Apoyo del Servicio Público de Adecuación de Tierras” (para los distritos administrados por la entidad), “Gestión Administrativa”, “Participación y Atención al Ciudadano” y “Gestión Contractual”; por lo tanto, no se realizó la identificación de los aspectos e impactos ambientales para los demás procesos de la entidad, situaciones que contravienen lo establecido en el Procedimiento PR-SIG-008 (versión 1 y 2) en su numeral 5, ítem 5.2.1 *“Identificación de actividades. La identificación de los aspectos ambientales inicia con las descripciones de las actividades, productos y/o servicios desarrollados por cada proceso y sedes de la Agencia de Desarrollo Rural; y de las condiciones de operación de estas”* (Subrayado fuera de texto).

- e. Falta de definición de acciones de mejora de la Matriz de aspectos e impactos ambientales** (vigencia 2019). El Procedimiento PR-SIG-008 (versión 1 y 2), en su numeral 6, actividades 3 y 4 respectivamente, establece: *“Definir el Control Operacional. Revisar con los responsables del proceso los resultados de la evaluación de impactos y aspectos ambientales para o identificar y describir en la matriz, los controles existentes y los que se deben implementar (acciones de mejora), de acuerdo al resultado de la importancia y la significancia del impacto ambiental”*; no obstante, no se evidenció para los impactos ambientales negativos identificados y clasificados como “SIGNIFICATIVO” (Con Importancia: Muy alto, Alto y Moderado), la definición de controles y/o acciones de mejora que permitan prevenir y/o mitigar los posibles efectos ambientales negativos.
- f. Omisión en la elaboración del Informe de Identificación, evaluación y valoración de aspectos e impactos ambientales institucional** (vigencia 2019). El Procedimiento PR-SIG-008 (versión 1 y 2), en su numeral 6, actividades 4 y 5 respectivamente, establece: *“Realizar el Informe de Identificación, evaluación y valoración de aspectos e impactos ambientales institucional. Consolidar las matrices actualizadas por proceso y generar el informe consolidado de los aspectos e impactos ambientales evaluados destacando las necesidades de recursos y las actividades de que requieren la*

participación de varias dependencias. Presentarlo para la revisión del Jefe de la Oficina de Planeación”; no obstante, la Oficina de Control Interno no obtuvo evidencia de la realización del mismo.

g. Ausencia de seguimiento al Programa de Sostenibilidad Ambiental (vigencia 2019). El programa de Sostenibilidad Ambiental en el numeral 7.4 define “*Seguimiento a las actividades asignadas. El seguimiento al cumplimiento de las actividades se realiza de manera periódica como mínimo trimestralmente con metas esperadas de avance 20%, 50%, 80% y 100% al 15 de diciembre de la vigencia*”; no obstante, la Oficina de Control Interno no obtuvo evidencia del seguimiento realizado.

h. Omisión en la conformación del Grupo Interdisciplinario de Gestión Ambiental.

La Resolución de la ADR 0959 del 23 de noviembre de 2018 en su artículo primero define como objeto: “*Créese el grupo interdisciplinario de Gestión Ambiental de la Agencia de Desarrollo Rural, el cual tienen como objeto establecer e implementar acciones encaminadas a dirigir la gestión ambiental, velar por el cumplimiento de la normatividad ambiental, prevenir, minimizar y controlar la generación de cargas contaminantes, promover el uso racional de los recursos naturales, aumentar la eficiencia energética, y el uso de combustibles más limpios y proteger y conservar los ecosistemas*”; no obstante, no se obtuvo evidencia de la conformación y operación de este grupo durante el periodo auditado (septiembre de 2018 a agosto de 2021).

Las situaciones descritas anteriormente denotan diferentes incumplimientos a la normatividad y procedimientos del proceso de Administración del Sistema Integrado de Gestión en lo que concierne al tema Ambiental.

Posible(s) Causa(s), Riesgo(s) e Impacto(s):

CAUSA(S)	RIESGO(S)	IMPACTO(S)
<ul style="list-style-type: none"> Falta de operación del Grupo Interdisciplinario de Gestión Ambiental. 	<ul style="list-style-type: none"> Posibilidad de afectación económica por el inadecuado diseño y formulación de la 	<ul style="list-style-type: none"> Sanciones por parte de los entes de control por no ejecutar las funciones de seguimiento al sistema de Gestión Ambiental de la Entidad.

CAUSA(S)	RIESGO(S)	IMPACTO(S)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de contratación del profesional ambiental. ▪ Ausencia de supervisión a la ejecución del seguimiento y adecuada ejecución de las actividades. ▪ Inobservancia en la implementación y seguimiento a las actividades de control aplicables a la unidad auditada. ▪ Desconocimiento de la normativa y los procedimientos aplicables a la Entidad en lo que concierne al Sistema de gestión Ambiental 	<p>matriz de aspectos e impactos ambientales y de los Programas y/o Planes de Gestión Ambiental debido a la inobservancia de los lineamientos establecidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Daño de la Imagen institucional por la falta de formulación del Sistema de Gestión Ambiental. ▪ Crecimiento en la probabilidad de ocurrencia de los impactos ambientales identificados a falta del establecimiento de controles y acciones de mejora ▪ Pérdidas económicas por hechos negativos ocasionados por la falta de seguimiento de las actividades de control ambiental. ▪ Afectación de los recursos naturales utilizados por los diferentes procesos e instalaciones de la Entidad.

Recomendación(es): Esta Oficina de Control Interno insta a evaluar la aplicabilidad de las siguientes recomendaciones:

- Es pertinente la creación y operación del Grupo Interdisciplinario de Gestión Ambiental con el fin de establecer e implementar acciones encaminadas a dirigir la gestión ambiental y velar por el cumplimiento de la normatividad ambiental.
- Garantizar la contratación en cada vigencia de profesionales ambientales con el fin de poder liderar la formulación y hacer seguimiento a la gestión de aspectos e impactos ambientales.
- Dado que a partir del año 2021 se empezó con la construcción de documentación y/o información requerida para dar cumplimiento a la parte ambiental, es necesario analizar los procedimientos y normatividad vigente con el fin de abarcar todos los lineamientos establecidos en dicha normativa y cumplir a cabalidad con los aspectos legales establecidos para las entidades públicas.
- Analizar el contenido actual de las actividades de control establecidas en el procedimiento PR-SIG-008 “Gestión de Aspectos e Impactos Ambientales” y fortalecerlos en su definición y cumplimiento.

- La Oficina de Planeación es la encargada de sintetizar los aspectos e impactos ambientales identificados en las diferentes sedes, por lo que, se recomienda manejar una sola matriz en la cual se puedan evidenciar algunos impactos ambientales comunes y se puedan generar los mismos controles para las distintas sedes, teniendo en cuenta los diferentes procesos de la entidad, involucrando a los responsables de cada uno de ellos, tanto en la construcción como en la sensibilización de aquellos aspectos ambientales propios de sus actividades.
- Al elaborar la matriz de requisitos legales y normativos, se podría agregar una casilla con el fin de relacionar si la Entidad está cumpliendo con cada uno de estos requisitos y así determinar el nivel de cumplimiento de la normatividad ambiental. Es importante que en esta misma se relacione en donde reposa el soporte y/o evidencia del cumplimiento de cada requisito, con el fin de que un tercero lo pueda verificar fácilmente.
- Es importante utilizar el sistema de información “ISOLUCION” dispuesto para realizar el cargue y seguimiento de la documentación relacionada al Sistema de Gestión Ambiental en el módulo dispuesto para esto.

Respuesta del Auditado: Aceptado.

Causa(s) identificada(s) por el Responsable de la Unidad Auditada:

- Falta de operación del Grupo Interdisciplinario de Gestión Ambiental.
- Falta de contratación del profesional ambiental.
- Desconocimiento de la normativa y los procedimientos aplicables a la Entidad en lo que concierne al Sistema de Gestión Ambiental.

Plan de Mejoramiento:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
En el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD), gestionar la conformación y operación del Grupo Interdisciplinario de Gestión Ambiental con el fin de establecer e implementar acciones encaminadas a dirigir la gestión ambiental y velar por el cumplimiento de la normatividad ambiental.	Conformación del equipo Interdisciplinario de Gestión Ambiental	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	29-sep-2021	31-dic-2021
En la planeación de recursos de 2022, tener en cuenta la contratación del profesional ambiental con el fin de poder liderar la formulación y hacer seguimiento a la gestión de aspectos e impactos ambientales.	Un (1) contrato del profesional ambiental suscrito 2022	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-ene-2022	28-feb-2022
Elaborar la matriz de requisitos legales y normativos, de acuerdo con la normatividad aplicable a la Entidad, así mismo es importante relacionar donde reposa el soporte y/o evidencia del cumplimiento de cada requisito, con el fin de que un tercero lo pueda verificar fácilmente.	Matriz de requisitos legales	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-oct-2021	31-dic-2021
Realizar cargue y seguimiento en el módulo ambiental del aplicativo ISOLUCIÓN de la información relacionada al sistema de gestión ambiental.	Modulo ambiental con documentación y operando	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-oct-2021	28-feb-2022
Actualización y socialización de la matriz de impactos y aspectos ambientales de la Entidad para cada una de las sedes.	Matriz de impactos y aspectos ambientales actualizada y correo electrónico de socialización	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-oct-2021	28-feb-2022

Nota: La relación detallada del equipo humano de la Oficina de Planeación responsable de cada acción propuesta se encuentra registrada en los papeles de trabajo de la Oficina de Control Interno.

Concepto de la Oficina de Control Interno: Aceptado.

Las acciones propuestas en el plan de mejoramiento guardan correspondencia con las causas identificadas.

HALLAZGO N° 5. Omisión de lineamientos procedimentales para la planeación, ejecución y comunicación de las Auditorías del Sistema Integrado de Gestión.

En la comprobación del cumplimiento de los lineamientos procedimentales definidos en el procedimiento "Auditorías del Sistema Integrado de Gestión" (PR-SIG-005) versiones 2 y 3 (en adelante, Procedimiento PR-SIG-005), establecidos para programar, planificar, ejecutar e informar los resultados de las auditorías internas al Sistema Integrado de

Gestión - SGI, la Oficina de Control Interno verificó las auditorías realizadas en las vigencias 2018, 2019, 2020 y 2021, identificando las siguientes situaciones:

a. Ausencia de documentación soporte de las Auditorías al Sistema Integrado de Gestión en el Aplicativo ISOLUCIÓN. La Oficina de Control Interno evidenció en el módulo Auditoría del Sistema Integrado de Gestión (aplicativo ISOLUCION) la programación de las siguientes auditorías para las vigencias 2018 y 2019:

NOMBRE	OBJETIVO	FECHA INICIO	FECHA FIN
Cumplimiento del Sistema Integrado de Gestión	Determinar la conformidad del Sistema Integrado de Gestión de la ADR con base en los requerimientos las normas ISO 9001:2015, ISO 27001 y con el Decreto 1072 de 2015 del Ministerio del Trabajo	1-oct-2018	31-oct-2018
Auditoría Interna para el Sistema Integrado de Gestión de Calidad	Determinar el grado de implementación del sistema de gestión de calidad	15-ago-2019	30-ago-2019

No obstante, no se obtuvo evidencia en el Sistema Integrado de Gestión (aplicativo ISOLUCIÓN), ni por parte de los responsables del proceso auditado, de documentación relacionada con la planeación (vigencia 2019), ejecución y comunicación (vigencia 2018 y 2019) de las auditorías realizadas, situación que dificultó la labor de la Oficina de Control Interno para realizar las pruebas relacionadas con la verificación de:

- Elaboración del Plan de Auditoría (2019).
- Ejecución del Plan de Auditoría.
- Elaboración y comunicación del Informe de Auditoría.

Lo cual denotó que, la Agencia no cuenta con mecanismos de control documental ni en el Sistema Integrado de Gestión (aplicativo ISOLUCION) que permitan corroborar el cumplimiento de estos atributos.

Las situaciones antes mencionadas contravienen los lineamientos establecidos en el Procedimiento PR-SIG-005 (versión 2), numeral 6, en las siguientes actividades:

- **3.** *“Elaborar Plan de Auditoría. (...) documentar en el módulo de auditoría de ISOLUCIÓN, el plan de auditoría al proceso asignado (...)”.*
- **5.** *“Preparar listas de verificación. En el módulo de auditoría de ISOLUCIÓN documentar la lista de chequeo (...)”.*
- **7.** *“Ejecutar el plan de auditoría. Empleando la lista de verificación previamente elaborada, recolectar mediante entrevistas, inspecciones, revisión de documentos, etc., la evidencia que servirá de insumo para identificar hallazgos”.*
- **10.** *“Realizar Informe de Auditoría. En el módulo de auditoría ISOLUCIÓN, documentar el informe de auditoría haciendo referencia a toda la evidencia analizada, indicando los hallazgos y concluyendo sobre los mismos. El auditor líder enviará el informe de auditoría dentro de los siguientes 10 días hábiles al líder del proceso auditado incluyendo a la Oficina de Planeación”.*

b. Falta de programación de Auditorías del Sistema Integrado de Gestión (vigencias 2020 y 2021). La Oficina de Control Interno evidenció que durante la vigencia 2020 y 2021 no se programaron Auditorías al Sistema Integrado de Gestión, ante lo cual, los responsables del proceso auditado informaron durante la prueba de recorrido que, durante la vigencia 2020 no se realizaron auditorías, teniendo en cuenta la emergencia sanitaria generada por el COVID-19; no obstante, durante lo corrido de la vigencia 2021 tampoco se han programado estas auditorías. Situación que contraviene lo establecido en el Procedimiento PR-SIG-005 (versión 2 y 3):

- Numeral 5, literal i. *“El programa de auditoría anual debe ser aprobado por el Jefe de la Oficina de Planeación (...)”.*
- Numeral 6, actividad 1. *“Programar Auditorías. En el módulo auditoría de ISOLUCION programar las auditorías a ejecutar en el transcurso del año”.*

Posible(s) Causa(s), Riesgo(s) e Impacto(s):

CAUSA(S)	RIESGO(S)	IMPACTO(S)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informalidad en la ejecución del procedimiento. ▪ Inobservancia en la implementación y seguimiento a las actividades de control aplicables a la unidad auditada. ▪ Debilidades en la gestión documental del proceso. ▪ Falta de implementación de estrategias (uso herramientas tecnológicas) para ejecutar las Auditorías del Sistema Integrado de Gestión. 	<p>Posibilidad de afectación de la imagen institucional por resultados erróneos e/o incompletos de las auditorías internas al Sistema Integrado de Gestión debido a la falta de conocimiento y/u objetividad del auditor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida de información. ▪ Falta de documentación soporte y/o trazabilidad de las actividades desarrolladas en el proceso. ▪ Daño de la Imagen institucional. ▪ Afectación en el cumplimiento de metas y objetivos del Sistema Integrado de Gestión. ▪ Falta de insumos para identificar acciones de mejora que contribuyan al mejoramiento del Sistema Integrado de Gestión.

Recomendación(es): Los responsables del Proceso “Administración al Sistema Integrado de Gestión” deben ejercer mayor control del cumplimiento de los lineamientos y controles establecidos en el procedimiento PR-SIG-005, para lo cual podría considerar los siguientes aspectos:

- Analizar el contenido actual del procedimiento PR-SIG-005 con la realidad operativa actual del proceso “Administración del Sistema Integrado de Gestión” para determinar la posibilidad de realizar ajustes en lo que se considere pertinente, fortaleciendo los controles con variables tales como: asignación de un responsable para cada actividad, determinar una periodicidad, un propósito y definir cómo se realiza la misma; además, establecer acciones cuando la actividad de control no se pueda ejecutar como está establecido, y cuál será la evidencia o soporte que se conserve de su ejecución.
- Definir un filtro de revisión que verifique que la planeación, ejecución y comunicación de las auditorías se encuentren debidamente documentadas en el aplicativo ISOLUCIÓN, con el fin de garantizar la trazabilidad, integridad y disponibilidad de la información, como está establecido procedimentalmente.
- Definir estrategias que permitan ejecutar Auditorías al Sistema Integrado de Gestión con el fin de que eventos externos como la a pandemia generada por el COVID-19 no

afecten el cumplimiento de los objetivos del proceso, y con el fin de contribuir la mejora del sistema integrado de gestión en la Entidad.

Respuesta del Auditado: Aceptado.

Causa(s) identificada(s) por el Responsable de la Unidad Auditada:

- Informalidad en la ejecución del procedimiento.
- Falta de implementación de estrategias (uso herramientas tecnológicas) para ejecutar las Auditorías del Sistema Integrado de Gestión.

Plan de Mejoramiento:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Revisar, ajustar y actualizar el procedimiento PR-SIG-005 teniendo en cuenta la operatividad del proceso, definir un control de revisión que verifique la documentación de las auditorías en cada una de sus etapas en el aplicativo ISOLUCIÓN, así mismo fortalecer los controles donde se determine un responsable para cada actividad, periodicidad y defina como se realiza la misma, especificando la evidencia que soporta su cumplimiento.	Procedimiento actualizado	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-oct-2021	28-feb-2022
Socializar el procedimiento al interior de la Entidad y del proceso SIG	Correo electrónico Registro de asistencia	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-ene-2022	30-mar-2022
Solicitar al servicio técnico de ISOLUCION, una capacitación de ilustración del módulo de auditorías para el cargue de la documentación.	Correo de solicitud enviado a ISOLUCIÓN (Soporte de capacitación) Citación con objetivo de reunión, registro de asistencia	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-ene-2022	01-jun-2022

Nota: La relación detallada del equipo humano de la Oficina de Planeación responsable de cada acción propuesta se encuentra registrada en los papeles de trabajo de la Oficina de Control Interno.

Concepto de la Oficina de Control Interno: Aceptado.

Esta Oficina de Control Interno considera razonables los Planes de Mejoramiento propuestos, dado que pretenden atacar las causas de las situaciones que originaron las desviaciones identificadas.

HALLAZGO N° 6. Debilidades en el seguimiento y control de las Acciones Correctivas y Acciones para Abordar Riesgos establecidas en el aplicativo ISOLUCION

Con el objetivo de comprobar el cumplimiento de los lineamientos establecidos para la identificación, implementación y seguimiento de acciones correctivas, acciones para abordar riesgos y notas de mejora definidos en el procedimiento "Acciones de Mejoramiento" (PR-SIG-004) versiones 2 y 3, (en adelante, Procedimiento PR-SIG-004), la Oficina de Control Interno seleccionó una muestra de treinta (30) acciones definidas durante las vigencias 2019, 2020 y 2021 (10 por vigencia), en las que se identificó:

a. Inconsistencias en el seguimiento realizado y/u omisión de cargue de evidencias en el aplicativo ISOLUCION. En diez (10) acciones se observó inconsistencias en el seguimiento realizado y/u omisión de cargue de evidencias en el aplicativo ISOLUCION, como se detalla a continuación:

N°	ACTIVIDAD	Estado	Fecha Compromiso	OBSERVACIONES
TIPO: ACCIÓN PARA ABORDAR RIESGOS - AAR				
PROCESO: Administración del Sistema Integrado de Gestión				
124	Socialización de temas del SIG en el Comité de Gestión y Desempeño. Descripción: Realizar talleres de capacitación dirigidos a los líderes de los procesos en temas del SIG.	Cerrada	30-jun-2019	Dentro del aplicativo ISOLUCION no se evidencia soporte de los talleres de capacitación dirigidos a los líderes de los procesos en temas del SIG. Se revisó el Acta del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 30-ago-2019; sin embargo, no se observó la realización de talleres de capacitación dirigidos a los líderes de los procesos en temas del SIG.
298	Cada vez que se requiera la creación o modificación de documentos estos son revisados o aprobados por los líderes de los procesos o el presidente de la ADR, con el fin de verificar que se encuentren alineados	Abierta	31-dic-2021	Se evidenció reporte de ISOLUCION, no obstante, este soporte no se evidencia si las creaciones o modificaciones a documentos han sido o no aprobadas por los Líderes de cada Procesos o presidente de la ADR. Tampoco se puede observar los cambios y/o modificaciones durante la presente Vigencia.

N°	ACTIVIDAD	Estado	Fecha Compromiso	OBSERVACIONES
	con las directrices institucionales y de acuerdo a la oferta misional de la ADR y la normatividad aplicable al proceso. La revisión y aprobación de documentos se realiza a través del aplicativo ISOLUCIÓN. Cuando el documento no es adecuado se devuelve a través de ISOLUCIÓN para que sea ajustado. Evidencia: Flujo de revisión y aprobación y bitácora de ISOLUCIÓN.			
PROCESO: Gestión Administrativa				
211	Formulación de proyectos de inversión para el mantenimiento y rehabilitación de las sedes. Descripción: documento Guía Operativa para la formulación de proyectos de inversión	Cerrada	31-oct-2019	Se evidenció Guía Operativa para la formulación del proyecto de inversión para la "Adquisición Adecuación y Mantenimiento de Sedes Administrativas a Nivel Nacional"; no obstante, se observó que las actividades se desarrollaron el 6-dic-2019, fecha posterior a la fecha de compromiso registrado que data del 31-oct-2019.
PROCESO: Participación y Atención al Ciudadano				
261	Reportes realizados de forma semanal para el seguimiento de PQRSD	Abierta	31-dic-2021	Se evidenció dentro de la Información cargada Informes de seguimiento a las PQRSD de los meses enero a marzo; no obstante, no se evidenció soporte de los reportes realizados en los demás meses con corte al 31-ago- 2021.
PROCESO: Fortalecimiento Competitivo para la Comercialización de Productos de Origen Agropecuario				
290	Realizar reinducción al equipo de trabajo de la Dirección de Comercialización en la metodología de Caracterización y Valoración de Capacidades de Organizaciones para la Comercialización	Abierta	31-dic-2021	En el seguimiento realizado en el aplicativo ISOLUCIÓN informan: "El 22 de julio de 2021, se realizó la inducción y reinducción a la Agencia de Desarrollo Rural de la metodología de Caracterización y Valoración de Capacidades de Organizaciones para la Comercialización en la que participaron las Unidades Técnicas Territoriales", no obstante, no adjuntan soporte que permita verificar el cumplimiento de la acción establecida.
PROCESO: Gestión Financiera				
307	Control de documentación radicada y reportes del sistema SIIF Nación	Abierta	31-dic-2021	En el seguimiento realizado para los meses de enero a marzo en el aplicativo ISOLUCIÓN informan "Informe mensual de la información radicada para pago Informe de obligaciones pagadas", no obstante, no adjuntan soportes que permitan verificar el avance y/o cumplimiento de la acción.
PROCESO: Estructuración y Formulación de Proyectos Integrales de Desarrollo Agropecuario y Rural				

N°	ACTIVIDAD	Estado	Fecha Compromiso	OBSERVACIONES
363	Solicitudes Banco de Proyectos	Abierta	31-dic-2021	En el seguimiento realizado en el aplicativo ISOLUCIÓN informan "Con corte a 30 de abril de 2021, se realizaron 6 solicitudes a los responsables del Banco de Proyectos para que se atendieran situaciones presentadas." no obstante, no adjuntan soportes que permita verificar el avance y/o cumplimiento de la acción.
TIPO: NO CONFORMIDAD				
PROCESO: Operación de los Servicios Tecnológicos				
134	Sin información	Abierta	Sin información	La No Conformidad está registrada el 18-dic-2019; no obstante, no define fecha de compromiso, ni reporta avance y/o cumplimiento de la acción.
155	Sin información	Abierta	Sin información	La No conformidad está registrada el 29-mar-2020; no obstante, no tiene fecha de compromiso y al 31-ago-2021 no se ha registrado ningún reporte de avance y/o seguimiento.
PROCESO: Fortalecimiento a la Prestación del Servicio Público de Extensión Agropecuaria				
160	Construcción de la documentación pertinente del proceso	Abierta	Sin información	La No Conformidad está registrada el 29-mar-2020; sin embargo, no tiene fecha de compromiso y al 31-ago-2021 no se ha registrado ningún reporte de avance y/o seguimiento.

Las situaciones descritas anteriormente, contravienen lo establecido en el Procedimiento PR-SIG-004 (versión 3), numeral 6, actividad 6: *“Realizar seguimiento al cumplimiento del plan de acción. Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades establecidas en el plan de acción propuesto y diligenciar los campos correspondientes a seguimientos en el Módulo de Mejoramiento. La Oficina de Planeación verifica a través de las reuniones con las áreas el cumplimiento de las acciones de mejora y hace el reporte dentro del informe de revisión por la dirección”*

- b. Omisión en la definición de acciones de mejoramiento resultado de la revisión por la Dirección al SIG.** Con el fin de validar la implementación y seguimiento de los planes de mejoramiento suscritos a partir de las decisiones y compromisos establecidos en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, en el que se realizó la revisión por la Dirección al Sistema Integrado de Gestión - SIG, la Oficina de Control Interno verificó el listado de las acciones correctivas, acciones para abordar riesgos y

notas de mejora cargadas en el aplicativo ISOLUCIÓN en las vigencias 2019, 2020 y 2021; no obstante, no se evidenció acciones producto de la revisión por la Dirección al Sistema Integrado de Gestión; así mismo, el 8 de septiembre de 2021 la Oficina de Control Interno solicitó a los responsables del proceso auditado dicha información pero no se obtuvo evidencia al respecto. Esta situación contraviene lo establecido en el Procedimiento PR-SIG-004 (versión 3), numeral 5: *“fuentes de las acciones de mejora (...). Resultado de la Revisión por la Dirección (...).”*, y también, es importante tener en cuenta que, la formulación e implementación de estas acciones también se encuentran definidas en la actividad 8 del numeral 6 del procedimiento “Revisión por la Dirección al Sistema Integrado de Gestión” del Proceso “Direccinamiento Estratégico Institucional”, el cual establece: *“Formular e implementar el Plan de Mejoramiento. Formulan e implementan el Plan de Mejoramiento a partir de las decisiones y compromisos establecidos en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño en el que se realizó la Revisión por la Dirección. (Registrar información en el módulo Mejoramiento de la herramienta ISOLUCIÓN) (...).”*

Posible(s) Causa(s), Riesgo(s) e Impacto(s):

CAUSA(S)	RIESGO(S)	IMPACTO(S)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debilidades en la aplicación del Procedimiento “Acciones de Mejoramiento” (PR-SIG-004). ▪ Ausencia de análisis de la coherencia y/o consistencia de la información registrada en las diferentes bases de datos o fuentes de información. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posibilidad de afectación de la imagen institucional por incumplimiento de los planes de implementación y de mejora del Sistema Integrado de Gestión debido a la falta de oportunidad y calidad en los seguimientos realizados ▪ Posibilidad de afectación de la imagen institucional por falta de efectividad en las mejoras institucionales implementadas debido a que las acciones no atacan las causas que originaron las oportunidades de mejora. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No conformidades reiterativas. ▪ Materialización de posibles riesgos. ▪ Reportes de información sobre los seguimientos realizados con posibles errores, omisiones o inexactitudes.

Recomendación(es): Esta Oficina de Control Interno insta a evaluar la aplicabilidad de las siguientes recomendaciones:

- Analizar el contenido actual del procedimiento PR-SIG-004 con la realidad operativa actual del proceso “Administración del Sistema Integrado de Gestión” para determinar la posibilidad de realizar ajustes en lo que se considere pertinente.
- Revisar los avances y soportes registrados en el aplicativo ISOLUCIÓN con el fin de identificar deficiencias y realizar los ajustes en posteriores seguimientos, teniendo en cuenta las acciones establecidas.
- Realizar mesas de trabajo y dejarlas documentadas (acta de reunión) con los responsables de cada proceso, para verificar el nivel de cumplimiento de las acciones para abordar riesgos y no conformidades a su cargo, así mismo, en caso de presentarse desviaciones poder realizar las gestiones pertinentes.
- Al final de cada vigencia, informar a cada una de las dependencias, cuáles son aquellas actividades que se encuentran en estado abierto y/o que se han vencido según las fechas de cumplimiento definidas, para poder generar estrategias que permitan dar cumplimiento y cierre.

Respuesta del Auditado: Aceptado

Causa(s) identificada(s) por el Responsable de la Unidad Auditada: Debilidades en la aplicación del Procedimiento “Acciones de Mejoramiento” (PR-SIG-004).

Plan de Mejoramiento:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Revisar, ajustar y actualizar el procedimiento PR-SIG-004 teniendo en cuenta la operatividad del proceso, fortalecer los controles en donde se determine un responsable para cada actividad, periodicidad y se defina cómo se realiza la misma, especificando la evidencia que soporta su cumplimiento.	Procedimiento actualizado	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-oct-2021	1-mar-2022
Realizar mesas de trabajo y dejarlas documentadas (acta de reunión) con los responsables de cada proceso, para verificar el nivel de cumplimiento de las	Actas de reunión	Correctiva	Equipo Humano	1-oct-2021	31-dic-2021

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
acciones para abordar riesgos y no conformidades a su cargo, así mismo, en caso de presentarse desviaciones, poder realizar las gestiones pertinentes.			Oficina de Planeación		
Al final de cada vigencia, informar a cada una de las dependencias, cuáles son aquellas actividades que se encuentran en estado abierto y/o que se han vencido según las fechas de cumplimiento definidas, para poder generar estrategias que permitan dar cumplimiento y cierre.	Correo electrónico	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	1-dic-2021	31-dic-2021

Nota: La relación detallada del equipo humano de la Oficina de Planeación responsable de cada acción propuesta se encuentra registrada en los papeles de trabajo de la Oficina de Control Interno.

Concepto de la Oficina de Control Interno: Aceptado.

Esta Oficina de Control Interno considera razonables los Planes de Mejoramiento propuestos, dado que pretenden atacar las causas de las situaciones que originaron las desviaciones identificadas.

HALLAZGO N° 7. Inconsistencias en los reportes de avance de ejecución del Plan de Acción 2021

En cumplimiento de la condición especial N° 9 establecida en el Procedimiento “Formulación, seguimiento y ajustes a plan de acción y plan estratégico institucional” (PR-DER-008) Versión 3, la Oficina de Control Interno realizó seguimiento al cumplimiento de los productos y metas del Plan de Acción Institucional aprobado para la vigencia 2021 cuyo responsable es la Oficina de Planeación, por lo que, verificó el registro de información y avances en el aplicativo ISOLUCIÓN con corte al 31 de agosto de 2021, evidenciando las siguientes situaciones:

a. Discrepancias en los soportes cargados en el aplicativo ISOLUCIÓN y/o avances reportados por la Oficina de Planeación.

Meta Anual Plan de Acción	Porcentaje Reportado	Porcentaje Verificado OCI	Observación OCI
Subactividad N° 3: Realizar el seguimiento al Plan Anticorrupción			

Meta Anual Plan de Acción	Porcentaje Reportado	Porcentaje Verificado OCI	Observación OCI
3	33.3%	33.3%	La Oficina de Control Interno evidenció el cumplimiento de la acción a través del seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano; no obstante, la evidencia cargada en el aplicativo ISOLUCION está incompleta y no soporta el cumplimiento de la acción establecida.
Subactividad N° 6: Realizar el seguimiento y monitoreo al Mapa de Riesgos de la Agencia			
2	50%	0%	En ISOLUCIÓN no se está cargando la evidencia que permita identificar el cumplimiento de la acción ya que solo se cargaron los soportes de correos emitidos a la Oficina de Control Interno en el seguimiento realizado al Plan Anticorrupción del primer cuatrimestre; no obstante, el monitoreo que debe realizar la Oficina de Planeación al mapa de riesgos de la entidad como lo dice en la Política de Administración del Riesgo: <i>“corresponde igualmente a la Oficina de Planeación adelantar el monitoreo (segunda línea de defensa) cada (6) seis meses, para que el Comité Coordinador de Control Interno analice los riesgos asociados a la operación de la ADR”</i> actividad que a 31-ago-2021 no se ha realizado, por lo cual, el porcentaje de avance es 0%.
Subactividad N° 7: Formular los planes de mejoramiento al Sistema de Gestión de la ADR			
3	33.3%	0%	Se observó como soporte en ISOLUCION el plan de mejoramiento de las acciones propuestas de la última auditoría realizada por la Oficina de Control Interno en 2018; no obstante, el avance registrado no corresponde con la actividad establecida, teniendo en cuenta que la acción definida corresponde a formular acciones de mejora para la vigencia 2021 y que contribuyan al mejoramiento del sistema de gestión de la ADR y no seguimiento de acciones de mejora de 2018, por lo cual, no se observó soportes y/o evidencias para esta actividad. Porcentaje de avance es 0%.
Subactividad N° 8: Ejecutar los planes de mejoramiento al Sistema de Gestión de la ADR			
2	50%	0%	No se definieron planes de mejoramiento para la vigencia 2021, pues estos no se ejecutaron, por lo cual, el porcentaje de avance es 0%.
Subactividad N° 9: Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento al Sistema de Gestión de la ADR			
8	12.5	0%	No se formularon planes de mejoramiento para el año 2021, tampoco se pudo observar su ejecución y seguimiento,

En lo anteriormente expuesto se puede observar las inconsistencias presentadas con la evidencia cargada en ISOLUCIÓN, así como, las diferencias presentadas en el reporte de avance entregado por la Oficina de Planeación, lo que contraviene con lo establecido en la actividad 11 del numeral 6 del procedimiento “Formulación, Seguimiento y Ajustes y Plan de Acción y Plan Estratégico Institucional” (PR-DER-008) que establece: *“Mensualmente los responsables en cada dependencia deben reportar los avances y cargar las evidencias que correspondan en la herramienta dispuesta para tal fin (...)”*.

Una situación similar se observó en la auditoría anterior. (Informe OCI-2018-033, hallazgo N° 8 literal d y e)

b. Ausencia de monitoreo al cumplimiento de las actividades del Plan de Acción.

En la revisión realizada por el equipo auditor al seguimiento de las actividades definidas dentro del Plan de Acción 2021, se identificó que las actividades N° 1 “Realizar la actualización y mejoramiento continuo de los procesos de gestión financiera y eficiencia del gasto público de la ADR”, y N° 12 “Realizar las evaluaciones de cumplimiento normativo y aseguramiento de la gestión de los procesos y unidades de negocio” hacen parte del proceso de Administración del Sistema Integrado de Gestión; no obstante, los responsables de llevar a cabo su ejecución son Secretaría General y la Oficina de Control Interno, respectivamente. Al verificar el cumplimiento de dichas actividades la Oficina de Control Interno evidenció que la actividad N° 1 tiene una meta establecida de 12 y una periodicidad de entrega mensual y no cuenta con ningún reporte de avance, ni evidencia en el aplicativo ISOLUCIÓN, así mismo, tampoco se evidenció ningún soporte de monitoreo y/o alerta frente a la desviación presentada, por parte de los responsables del proceso auditado.

Posible(s) Causa(s), Riesgo(s) e Impacto(s):

CAUSA(S)	RIESGO(S)	IMPACTO(S)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debilidades en la aplicación del Procedimiento “Formulación, seguimiento y ajustes a plan de acción y plan estratégico institucional” (PR- DER-008). ▪ Ausencia de análisis de la coherencia y/o consistencia de la información registrada en las diferentes bases de datos o fuentes de información 	<p>Posibilidad de afectación de la imagen institucional por incumplimiento de los objetivos y metas institucionales debido a la inobservancia del Plan de Acción Institucional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incumplimiento de las metas, productos e indicadores establecidos en la Planeación Estratégica de la Entidad. ▪ Reportes de información sobre el proceso de “Administración al Sistema Integrado de Gestión” con posibles errores, omisiones o inexactitudes.

Recomendación(es): Desde la Oficina de Planeación (dependencia responsable del proceso auditado) se debe analizar la posibilidad de adoptar los siguientes cursos de acción para asegurar el cumplimiento de los productos y metas del Plan de Acción Institucional asociados al Proceso de Administración del Sistema de Gestión:

- Revisar los avances y soportes registrados en el módulo “Medición / Visualización” del aplicativo ISOLUCIÓN con el fin de identificar deficiencias y realizar los ajustes en posteriores seguimientos, teniendo en cuenta las acciones establecidas.
- Definir un filtro de revisión adicional a la persona que carga las evidencias en el aplicativo ISOLUCIÓN, con el fin de verificar la consistencia de la información reportada con las evidencias cargadas frente a las metas establecidas.
- Crear mecanismos de control y monitoreo para las actividades definidas en el Plan de Acción que están bajo la responsabilidad de otras dependencias, tales como: alertas preventivas (enviar correo electrónico cuando se acerque la fecha de cargue de evidencias) y alertas correctivas (enviar correo electrónico en caso de cualquier desviación), con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos e indicadores del proceso.

Respuesta del Auditado: Aceptado.

Causa(s) identificada(s) por el Responsable de la Unidad Auditada:

- Debilidades en la aplicación del Procedimiento “Formulación, seguimiento y ajustes a plan de acción y plan estratégico institucional” (PR-DER-008).
- Ausencia de análisis de la coherencia y/o consistencia de la información registrada en las diferentes bases de datos

Plan de Mejoramiento:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Revisar los avances y soportes registrados en el módulo “Medición / Visualización” del aplicativo ISOLUCIÓN, con el fin de identificar deficiencias y realizar los ajustes en posteriores seguimientos, teniendo en cuenta las acciones establecidas.	Seguimiento y evidencias ISOLUCIÓN	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	01-oct-2021	31-dic-2021

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Para las actividades definidas en el plan de acción que están bajo la responsabilidad de otras dependencias, enviar alertas preventivas (enviar correo electrónico cuando se acerque la fecha de cargue de evidencias) y alertas correctivas (enviar correo electrónico en caso de cualquier desviación), con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos e indicadores del proceso.	Correo de alerta preventiva y correctiva a la secretaria General	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	01-oct-2021	31-dic-2021

Nota: La relación detallada del equipo humano de la Oficina de Planeación responsable de cada acción propuesta se encuentra registrada en los papeles de trabajo de la Oficina de Control Interno.

Concepto de la Oficina de Control Interno: Aceptado.

Las acciones propuestas en el plan de mejoramiento guardan correspondencia con las causas identificadas; no obstante, la Oficina de Control Interno considera necesario definir un filtro de revisión adicional a la persona que carga las evidencias en el aplicativo ISOLUCIÓN, con el fin de verificar la consistencia de la información reportada con las evidencias cargadas frente a las metas establecidas.

HALLAZGO N° 8. Incumplimiento de la Política de Administración de Riesgo adoptada por la Entidad.

En el análisis del cumplimiento de la Política de Administración del Riesgo (DE-SIG-002) adoptada por la Entidad y de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versiones 4 y 5) emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, por parte de los responsables del proceso auditado, la Oficina de Control Interno observó que su mapa de riesgos estaba compuesto por dos (2) riesgos de corrupción, cuya verificación de estos reveló un inadecuado diseño de dos (2) controles de los cuatro (4) asociados a dichos riesgos, debido a que no se siguieron los lineamientos definidos en el numeral 3.2.2 “Valoración de los controles – diseño de controles”, de la Guía del DAFP (Versión 4).

CONTROL	COMENTARIO OCI
RIESGO: Posibilidad que se definan los procesos y procedimientos para favorecer a nombre propio o de terceros con recursos de la ADR. territorio u organización	

CONTROL	COMENTARIO OCI
<p>Los profesionales de la Oficina de la Planeación encargados de la implementación del MIPG realizan capacitación dirigida a los líderes de los procesos en las políticas del Modelo durante las sesiones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y las capacitaciones citadas por la Oficina de Planeación semestralmente, con el fin de facilitar la comprensión de los temas y la toma de decisiones. Cuando no se puede realizar las actividades en las sesiones del Comité, se envían las presentaciones vía correo electrónico.</p>	<p>Los controles no cumplen con los criterios de la Guía del DAFP.</p> <p>En la redacción del control para mitigar el riesgo no se identifica el “Propósito”, es decir, que las actividades que se desarrollan en el control realmente busquen por si sola prevenir o detectar las causas que pueden dar origen al riesgo. Ejemplo: verificar, validar, cotejar, comparar, revisar, etc.</p>
<p>RIESGO: Posibilidad de favorecer a las personas auditadas ocultando los hallazgos que puedan encontrarse en las auditorías internas al Sistema Integrado de Gestión, evitando la generación de acciones de mejora de los procesos</p>	
<p>El profesional encargado realizara semestralmente la Sensibilización de la guía institucional de conflicto de interés y el procedimiento de Auditorías internas del SIG.</p>	<p>Los controles no cumplen con los criterios de la Guía del DAFP, toda vez que, en la redacción del control para mitigar el riesgo no se identifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> * La periodicidad, dado que se menciona que el control se ejecuta permanentemente, pero no se puede identificar cada cuándo o cuántas veces. * Qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control.

Posible(s) Causa(s), Riesgo(s) e Impacto(s):

CAUSA(S)	RIESGO(S)	IMPACTO(S)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de aplicación de los lineamientos metodológicos contenidos en la Política de Administración del Riesgo (DE-SIG-002) y en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. ▪ Inadecuada definición de riesgos y controles 	<p>Posibilidad de afectación de la imagen institucional por una inadecuada gestión de los riesgos del proceso "Administración del Sistema Integrado de Gestión" debido a la inobservancia de la normatividad externa e interna establecida en materia de gestión integral del riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incumplimiento de las metas, productos e indicadores del proceso establecidos en la Planeación Estratégica de la Entidad, debido a la ineficacia e ineficiencia operativa de los controles asociados a los riesgos. ▪ Tratamiento inadecuado de los riesgos de corrupción a causa de una errada valoración de éstos, y, por tanto, exposición a su materialización. ▪ Daños a la imagen o reputación de la ADR por posible materialización de riesgos de corrupción.

Recomendación(es): De acuerdo con lo contemplado en el numeral 3.3. “Monitoreo y Revisión” de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas (Versión 4)., corresponde a la “*Primera Línea de Defensa – Gerentes Públicos y Líderes de Procesos*” la “*(...) Revisión como parte de sus procedimientos de supervisión, del adecuado diseño y ejecución de los controles establecidos para la mitigación de los riesgos.*” Y a la “*Segunda Línea de Defensa – Oficina de Planeación*” el “*Revisar el adecuado diseño de los controles para la mitigación de los riesgos que se han*

establecido por parte de la primera línea de defensa y realizar las recomendaciones y seguimiento para el fortalecimiento de los mismos.”

En este sentido, los responsables del proceso “Administración del Sistema Integrado de Gestión” deben revisar las situaciones reveladas en el presente hallazgo y proceder a realizar los ajustes y/o modificaciones que sean necesarios y pertinentes para dar cumplimiento a los lineamientos normativos contenidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 4 emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, dejando constancia en acta de cada uno de los aspectos trabajados en dichas reuniones.

Respuesta del Auditado: Aceptado.

Causa(s) identificada(s) por el Responsable de la Unidad Auditada:

- Falta de aplicación de los lineamientos metodológicos contenidos en la Política de Administración del Riesgo (DE-SIG-002) y en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.
- Inadecuada definición de riesgos y controles.

Plan de Mejoramiento:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Actualizar la política de administración del riesgo de acuerdo con los lineamientos establecidos en la guía Administración del Riesgo versión 5, y socializar en el Comité de Coordinación de Control Interno, para posterior aprobación de la presidenta de la ADR.	1 documento (Política)	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	5-oct-2021	20-oct-2021
Actualizar y ajustar el mapa de riesgos del proceso del SIG, fortaleciendo los controles asociados a los riesgos identificados del proceso	1 mapa de riesgos consolidado	Correctiva	Equipo Humano Oficina de Planeación	5-oct-2021	31-dic-2021

Nota: La relación detallada del equipo humano de la Oficina de Planeación – Proceso de “Administración del Sistema Integrado de Gestión” responsable de cada acción propuesta se encuentra registrada en los papeles de trabajo de la Oficina de Control Interno.

Concepto de la Oficina de Control Interno: Aceptado.

Las acciones propuestas en el plan de mejoramiento guardan correspondencia con las causas identificadas.

RESUMEN DE HALLAZGOS:

N°	Título de Hallazgo	Repetitivo	Estado
1	Incumplimiento de los lineamientos establecidos para el Control de Documentos del Sistema Integrado de Gestión.	SI	Abierto
2	Desviaciones en la implementación, control y seguimiento del Sistema Integrado de Gestión (aplicativo ISOLUCION).	SI	Abierto
3	Ausencia y/u omisión de lineamientos procedimentales asociados a las actividades propias del proceso "Administración del Sistema Integrado de Gestión".	SI	Abierto
4	Inobservancia de los lineamientos normativos y procedimentales para la Gestión de Aspectos e Impactos Ambientales	NO	Abierto
5	Omisión de lineamientos procedimentales para la planeación, ejecución y comunicación de las Auditorías del Sistema Integrado de Gestión.	NO	Abierto
6	Debilidades en el seguimiento y control de las Acciones Correctivas y Acciones para Abordar Riesgos establecidas en el aplicativo ISOLUCION.	NO	Abierto
7	Inconsistencias en los reportes de avance de ejecución del Plan de Acción 2021.	SI	Abierto
8	Incumplimiento de la Política de Administración de Riesgo adoptada por la Entidad.	NO	Abierto

Notas:

- La naturaleza de la labor de auditoría interna ejecutada por la Oficina de Control Interno, al estar supeditada al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, se encuentra limitada por restricciones de tiempo y alcance, razón por la que procedimientos más detallados podrían develar asuntos no abordados en la ejecución de esta actividad.

- La evidencia recopilada para propósitos de la evaluación efectuada versa en información suministrada por los servidores públicos de la Oficina de Planeación – Proceso de Administración al Sistema Integrado de Gestión, a través de solicitudes y consultas realizadas por la Oficina de Control Interno. Nuestro alcance no pretende corroborar la precisión de la información y su origen.
- La respuesta ante las situaciones observadas por la Oficina de Control Interno es discrecional de la Administración de la Agencia de Desarrollo Rural, más se incentiva considerar las “Recomendaciones” propuestas por esta Oficina para el establecimiento de los planes de mejoramiento a que haya lugar.

Bogotá D.C., 21 de octubre de 2021.



WILSON GIOVANNY PATIÑO SUAREZ

Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Claudia Marcela Pinzón Martínez, Contratista

Revisó: Claudia Patricia Quintero Cometa, Gestor.

