

| GON            | CONTRALORÍA MUNICIPAL DE PEREIRA INFORME DE AUDITORIA |         |         |  |  |  |  |
|----------------|---|---------|---------|--|--|--|--|
| CÓDIGO         | FECHA   | VERSIÓN | PÁGINA  |  |  |  |  |
| FO 1.2.2.2- 23 | 03-02-2012  | 3.0     | 1 de 18 |  |  |  |  |

# ASESORIA DE CONTROL INTERNO CONTRALORIA MUNICIPAL DE PEREIRA

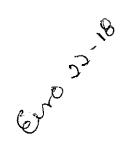


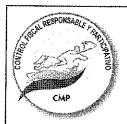
AUDITORIA INDICADORES DE CUMPLIMIENTO AL

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

SEGUNDO SEMESTRE DE 2017

**ENERO DE 2018** 





#### INFORME DE AUDITORIA

| CÓDIGO         | FECHA      | VERSIÓN | PÁGINA  |
|----------------|------------|---------|---------|
| FO 1.2.2.2- 23 | 03-02-2012 | 3.0     | 2 de 18 |

#### **CONTENIDO**

- I. OBJETIVO GENERAL
- II. ASPECTOS GENERALES DE LA REVISIÓN
- III. CONCLUSION GENERAL
- IV. RECOMENDACIÓN GENERAL



#### INFORME DE AUDITORIA

| CÓDIGO        | FECHA      | VERSIÓN | PÁGINA  |
|---------------|------------|---------|---------|
| FO 1.2.2.2-23 | 03-02-2012 | 3.0     | 3 de 18 |

#### I. OBJETIVO GENERAL:

Verificar el comportamiento para el II semestre de 2017 de los Mapas de Riesgos Institucional que fueron elaborados y valorados por los líderes de cada uno de los procesos adscritos a la Contraloría Municipal de Pereira.

#### II. ASPECTOS GENERALES DE LA REVISIÓN:

Una vez analizados los riesgos de las áreas de Control Interno; Responsabilidad Fiscal; Subcontraloría: Tesorería, Contabilidad y Presupuesto, Gestión Documental, Sistemas, Talento Humano y Bienes y Servicios; Dirección Técnica de Auditorias, Dirección de Participación Ciudadana, se observa lo siguiente:

#### 1. ASESORÍA DE CONTROL INTERNO

| RIESGOS  | ACCIONES PARA MITIGAR LOS RIESGOS  | AVANCE  | % DE<br>AVANCE |
|--|--|---|----------------|
| Incumplimiento al<br>Programa de<br>Auditorias Internas.                                   | Correos por parte de Control Interno recordando el compromiso.  Ejecutar el Plan de auditoria.  Solicitar al señor Contralor cuando se requiera el personal interdisciplinario.  Elaborar informes de seguimiento a los Planes de Acción, Planes de Mejoramientos y Mapa de Riesgos. | líderes de los procesos para que remitieran la información requerida para generar indicadores de gestión del II semestre de 2017  Se consolidó en Plan de Auditorias la ejecución del I semestre de 2017 Se elaboró el informe de seguimiento del mapa de riesgos institucionales, corrupción y Planes de acción. |                |
| Pérdida de expedientes<br>por el archivo y manejo<br>inadecuado de la<br>información.      | Manejo de información digital.<br>Utilización de recursos informáticos.  | La Asesoría de Control Interno cuenta un archivo de gestión en cumplimiento a la Ley 594 de 2000.  En forma permanente se actualizan los medios informáticos como correo institucional, intranet, Web y sistema de cómputo.   | 100%           |
| Incumplimiento al seguimiento de los Planes de Mejoramiento y reporte de no conformidades. | Fomentar la cultura del control y el autocontrol.  Generación de informes de auditorías.  Medir la efectividad del control.  Reportar las novedades encontradas en los procesos.   | de Fomento a la Cultura del control y autocontrol y se generaron indicadores de cumplimiento. Ver informe del l y Il trimestre. Se midió la efectividad del Control con la generación de indicadores de cumplimiento  | 100%           |

NOTA: El porcentaje de cumplimiento para el II semestre, fue del 100%



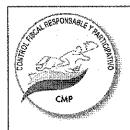
# INFORME DE AUDITORIA

| CÓDIGO         | FECHA      | VERSIÓN | PÁGINA  |
|----------------|------------|---------|---------|
| FO 1.2.2.2- 23 | 03-02-2012 | 3.0     | 4 de 18 |

# 2. DIRECCIÓN DE RESPONSABILIDAD FISCAL

| RIESGOS   | ACCIONES PARA<br>MITIGAR LOS<br>RIESGOS | % DE<br>AVANCE | AVANCE   |
|---|---|----------------|--|
| Aperturar Indagación Preliminar en un<br>alto porcentaje de los hallazgos<br>trasladados a la Dirección de<br>Responsabilidad Fiscal. | Comunicación<br>permanente              | 100%           | Durante este semestre se aperturaron dos (2) procesos de Indagación Preliminar.  |
| Posibles fallas de tipo PROBATORIO  | Sustanciación e impulso procesal.       |                | Se aperturaron treinta y un (31) Procesos de Responsabilidad Fiscal, correspondientes a los procesos radicados bajo el No. 022 al 052 de 2017, producto de los hallazgos traslados de la DTA durante el segundo semestre de esta vigencia.   |
| los procesos que adelanta la Dirección<br>de Responsabilidad Fiscal.  | Registro Libros<br>radicadores          | 100%           | Se ha realizado seguimiento de cada uno de los procesos, principalmente verificando términos en los procesos de indagación preliminar. Se registra de manera semanal la información de las actuaciones procesales en los diferentes libros radicadores, para medir el avance de los procesos y evitar la prescripción de los mismos. |
| No garantizar el pago en el fallo con responsabilidad fiscal.   | Seguimiento y control                   | 100%           | Los procesos que se encuentran en curso tienen pólizas de garantía con la Compañía de Seguros La Previsora S.A., Liberty Seguros, AIG Seguros y Seguros del Estado, a las cuales se les comunica y vincula desde la apertura del proceso   |
|   | Seguirniento y control                  |                | Se vienen realizando las medidas preventivas y cautelares con el fin de evitar la insolvencia y garantizar el resarcimiento del daño   |
| Los Responsables Fiscales se declaran insolventes.  | Seguimiento y control                   | 100%           | Al finalizar cada semestre se solicita investigación y búsqueda de bienes de los sancionados fiscalmente, que tienen en su contra algún proceso de Jurisdicción Coactiva.  |

**NOTA:** El porcentaje de cumplimiento de las acciones emprendidas en pro de mitigar los riesgos, para el II semestre fue del 100%.



#### INFORME DE AUDITORIA

| CÓDIGO         | FECHA      | VERSIÓN | PÁGINA  |
|----------------|------------|---------|---------|
| FO 1.2.2.2- 23 | 03-02-2012 | 3.0     | 5 de 18 |

#### 3. SUBCONTRALORIA

#### 3.1 PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD

| RIESGOS   | ACCIONES PARA MITIGAR<br>LOS RIESGOS  | % DE<br>AVANCE | AVANCE   |
|---|---|----------------|--|
| Actualización Software<br>Financiero  | Garantizar la Actualización<br>tanto de sus funcionarios<br>como de los programas<br>financieros de la entidad.   | 100%           | La Contraloría Municipal de Pereira, para dar cumplimiento a lo Resolución 533 emanada de la Contaduría General de la Nación con respecto a las NICSP, adquirió un Software, financiero acorde a la normatividad vigente. A la fecha este programa está instalado y funcionando en las áreas de Contabilidad, Talento Humano y Tesorería. Está en proceso la capacitación del programa financiero. |
| Autorizar gastos no<br>contempladas en el<br>Presupuesto de la Entidad                      | Revisar mensualmente las ejecuciones presupuestales, igualmente revisar la expedición de los CDP Y Comparar con los registros Presupuestales expedidos.       | 100%           | En las ejecuciones presupuestales (3) se ha dado cumplimiento a los criterios determinados en el acuerdo 08, incluido CDP-RP-OC -CE.   |
| Solicitud de Certificados de<br>Disponibilidad Presupuestal,<br>posterior al hecho cumplido | Solicitar los certificados de disponibilidad Presupuestal previamente a los compromisos adquiridos, por parte del ordenador del gasto o quien haga las veces. | 100%           | Al 31 de Diciembre de 2017, se expidieron 279 CDP, Cumpliendo con los requisitos que exige la norma.   |

NOTA: El porcentaje de cumplimiento para el II semestre fue del 100%.

#### **3.2 TALENTO HUMANO**

| RIESGO  | ACCIONES.  | % DE<br>AVANCE | AVANCE   |
|---|--|----------------|--|
| Inadecuada selección y<br>vinculación de personal | Verificar en forma periódica las Hojas Laborales de los funcionarios en el cumplimiento de los requisitos legales para el personal vinculado y a vincular en la CMP.  Dar cumplimiento a los parámetros establecidos en el manual de Funciones y requisitos. | 100%           | En el 2 semestre se realizó el nombramiento en propiedad de John Molano quien paso el periodo de prueba en el mes de Julio |



#### INFORME DE AUDITORIA

| CÓDIGO         | FECHA      | VERSIÓN | PÁGINA  |
|----------------|------------|---------|---------|
| FO 1.2.2.2- 23 | 03-02-2012 | 3.0     | 6 de 18 |

| Error en la liquidación de la nomina  | Actualizar en forma permanente el programa de nómina de acuerdo a las novedades que se van presentando.  Verificar en forma permanente el proceso de liquidación de la nómina, con el fin de detectar posibles inconsistencias en la nómina.  Liquidar en forma oportuna la nómina, previa revisión de la misma e informar al superior inmediato de que no se presentan inconvenientes.   | 100% | Se realizaron 13 nominas en el segundo trimestre correspondientes a 2 quincenas de jul, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre y la de la prima de navidad.   |
|---|---|------|---|
| Incumplimiento del Plan<br>Institucional de capacitación,<br>y el Programa de Bienestar y<br>Estímulos. | Determinar las necesidades de capacitación del personal de la Entidad. Elaborar el Plan Institucional de capacitación, y el Programa de Bienestar y Estímulos con anterioridad para cumplir en la vigencia 2015. Dar cumplimiento al Plan Institucional de capacitación y el Programa de Bienestar y Estímulos. Solicitar asignación de recursos para dar cumplimiento al Plan Institucional de capacitación, y el Programa de Bienestar y Estímulos. Presentar informes en forma periódica al nivel directivo acerca del avance del Plan Institucional de capacitación y el Programa de Bienestar y Estímulos. | 100% | El 25 de abril de 2017 quedaron establecidos el plan institucional de capacitación resolución 097 y el programa de bienestar y estimulos resolución 098. De igual forma se realizaron 30 actividades de capacitación y 08 actividades de bienestar para todo el personal. |
| Pérdida o desactualización<br>de las historias laborales  | Mantener actualizadas las historias laborales. Instalar nueva Puerta de acceso al área de Recursos Humanos, que brinde mayor seguridad. Solicitar al área de Sistemas en forma permanente que le realicen copias de seguridad de las historias laborales.   | 100% | En el primer semestre se concluyó con la revisión y organización de las HV de los funcionarios de la entidad con la colaboración de la Auxiliar Martha Tapasco.   |
| Error en la liquidación de<br>prestaciones sociales   | Verificar el proceso de liquidación de prestaciones sociales, a fin de detectar posibles inconsistencias e informar al superior inmediato de los correctivos. Aplicar de manera estricta la normatividad inherente a las prestaciones sociales establecidas por Ley. Solicitar al superior inmediato cuando se requiera de capacitación a la normatividad existente en materia de prestaciones sociales.  | 100% | Durante el segundo semestre no se<br>realizó desvinculación de<br>funcionarios.   |

**NOTA:** El porcentaje de cumplimiento de las acciones emprendidas en pro de mitigar los riesgos, para el II semestre fue del 100%.



# INFORME DE AUDITORIA

| CÓDIGO         | FECHA      | VERSIÓN | PÁGINA  |
|----------------|------------|---------|---------|
| FO 1.2.2.2- 23 | 03-02-2012 | 3.0     | 7 de 18 |

#### 3.3 BIENES Y SERVICIOS

| RIESGOS   | ACCIONES PARA MITIGAR<br>LOS RIESGOS  | % DE<br>AVANCE | AVANCE  |
|---|---|----------------|---|
| Inadecuado registro de ingresos.  | Realizar las conciliaciones<br>correspondientes con las áreas<br>de Sistemas y Contabilidad.  | 100%           | En este semestre se realizaron las 2 conciliaciones que estaban programadas con las áreas de sistemas y contabilidad, las cuales corresponden al cierre del primer semestre de 2017.  |
| Falta de seguimiento a los<br>bienes.   | Cada que ingrese un bien a la entidad se debe realizar el registro de este en el aplicativo y posteriormente rotularlo, para poder hacerle seguimiento a este bien permanentemente. | 100%           | Se adquirió una (1) multifuncional marca BROTHER, un (1) radio teléfono marca KENWOOD, un (1) Swift marca HPE, y un (1) teléfono celular marca IPHONE 6, un archivador metálico 2X1, un archivador metálico horizontal de 3 gavetas, un archivador metálico vertical de 4 gavetas, un archivador metálico horizontal de 4 gavetas, 2 sillas ejecutivas giratorias, un software financiero(GEMINUS). |
| Inconsistencia entre el registro del kardex, y las existencias reales en almacén. | Inventario aleatorio trimestral de almacen  | 100%           | Se realizaron los inventarios aleatorios trimestrales programados para este periodo, los cuales se efectuaron en los meses de septiembre y diciembre.   |
| No manejar los formatos del<br>SGC  | Que los funcionarios hagan la<br>solicitud del bien con<br>anticipación, diligenciando<br>debidamente el formato.   | 100%           | En este trimestre se realizaron seis (6) solicitudes de préstamo de equipos tecnológicos.   |

NOTA: El porcentaje de cumplimiento para el II semestre fue del 100%.

#### 3.4 SISTEMAS

| RIESGOS  | - To - Take Colonial Colonial (1985)  | % DE<br>AVANCE | AVANCE  |
|--|---|----------------|---|
|  | La alta dirección debe tener en cuenta el diagnóstico del área y la proyección del plan de acción para destinar las apropiaciones en el presupuesto de la siguiente vigencia. |                | Se aprobó actualización del manual de procesos y procedimientos del área de sistemas. Actualmente se está elaborando el inventario de activos de información.   |
| Falta de política de tratamiento<br>de datos en la entidad | Reordenar la estructura del presupuesto<br>acorde con el plan anual de<br>adquisiciones.  | 80%            | El área de sistemas hizo entrega del documento de borrador sobre la política de tratamiento de datos y política de privacidad, para ser revisado por el comité del SGC. Sin embargo existen otras áreas que no han realizado lo correspondiente |



#### INFORME DE AUDITORIA

| CÓDIGO         | FECHA      | VERSIÓN | PÁGINA  |
|----------------|------------|---------|---------|
| FO 1.2.2.2- 23 | 03-02-2012 | 3.0     | 8 de 18 |

| Obsolescencia o carencia de<br>los recursos tecnológicos y<br>perdida de información<br>institucional | Promulgar las acciones de mejora  | 100% | Se realiza seguimiento al cumplimiento de las políticas.  Las Políticas se están actualizando y el área de sistemas fomenta su aplicación mediante el correo electrónico y la atención personalizada de los usuarios.  |
|---|---|------|--|
| Inaplicabilidad de la<br>reglamentación de las Políticas<br>para la administración de las<br>TIC      | institucional y la intranet.  Se presentan propuestas a la alta dirección.  | 100% | Se presentó modificación al plan finalizando la vigencia 2017 No existe presupuesto para activar plan de contingencia en caso de ser necesario.  |
| Inaplicabilidad del Ptan de<br>Contingencia para el área de<br>Sistemas                               | Se actualizan cada año, al incluirse dentro de los documentos de calidad.  Se oficializa el uso restrictivo del correo electrónico.  El uso de la Intranet es poco frecuente. Se deben promover estos medios desde los líderes de proceso.  Se mantiene el nivel de riesgo. | 97%  | Uso de correo electrónico y mensajería interna correcto.  Uso de la página web todavía con deficiencias.  Uso del intranet muy limitado solo a la publicación y consulta de los documentos de calidad.   |
| Uso inadecuado de los<br>canales de comunicación  | Se sensibiliza a los usuarios.  Se documentan actividades en las Políticas.  Implementación del Manual de Comunicaciones.   | 100% | Se realizó auditoría de uso de las tic por parte de la asesoria de control interno encontrado que existen persistencia en usuarios puntuales que no dan cumplimiento a las políticas generando riesgo alto en la posibilidad de recuperación de información; el 25.4% de o funcionarios utiliza otras carpetas para guardar información. |
| Uso Inadecuado de los<br>accesos a la información.  | Presentar las solicitudes precontractuales del servicio de hospedaje.  Seguimiento por parte de la supervisión.   | 100% | A la fecha funciona correctamente la nueva página web y la intranet ; se presentaron problemas con el servidor de correos pero fue subsanado por el contratista con la adquisición de otro servidor más potente  |
| No disponer de los servicios<br>de página web e intranet.   | Es importante que los líderes de procesos actualicen la página y su contenido previa revisión.  Informe de Auditoría a los contenidos de la página web y aplicación de las recomendaciones.   | 90%  | Se hace seguimiento la publicación de información en la página web, encontrando que los lideres no son oportunos en la entrega de la información actualizada para publicar.  |



#### INFORME DE AUDITORIA

| CÓDIGO         | FECHA      | VERSIÓN | PÁGINA  |
|----------------|------------|---------|---------|
| FO 1.2.2.2- 23 | 03-02-2012 | 3.0     | 9 de 18 |

| Contenido inapropiado en la<br>página web de la entidad.  | Actualizar los procesos y procedimientos.  Informe de seguimiento al cumplimiento de las normas.  Actualización permanente y capacitación a los funcionarios.                            | 85%  | Se observa que los lideres de proceso no están actualizando la información en la página web.  El uso de los servicios de la intranet son muy limitados, solo se publica y actualiza la información del SGC   |
|---|--|------|--|
| Falta de soporte y<br>mantenimiento y<br>aseguramiento del hardware y<br>software de la entidad | Estudio de necesidades del área Inclusión en el Plan Anual de Adquisiciones.  Garantizar las partidas presupuestales ajustadas al estudio de necesidades. Plan de Acción de la vigencia. | 100% | El mantenimiento de equipos ya se ejecutó en su totalidad.  El mantenimiento de las impresoras se ejecutó en el primer semestre; para el segundo semestre el contratista incumplió.  El mantenimiento de servidores se suscribió por tres meses debido a presupuesto reducido. |

**NOTA:** El porcentaje de cumplimiento para el II semestre fue del 95%, esto debido a que algunas actividades se encuentran en proceso de ejecución.

#### 3.5 GESTIÓN DOCUMENTAL

| RIESGOS   | ACCIONES PARA MITIGAR LOS<br>RIESGOS   | % DE<br>AVANCE | AVANCE   |
|---|--|----------------|--|
| Perdida de información  | Organización de los archivos, evitar<br>el ingreso a personas particulares,<br>recibir y radicar documentos.   | 100%           | Durante el periodo se ha aplicado el procedimiento estipulado para el manejo de los documentos dentro del Archivo Central y de la CMP. Se presenta deterioro de algunos documentos en el Archivo Histórico debido a las malas condiciones ambientales que se presentan en el lugar de almacenamiento actual (Humedades, goteras) de lo cual se ha informado en correos y en comités de archivo.  |
| Perdida de información<br>contenida en los<br>documentos del archivo<br>central | Realizar inventarios de la documentación más antigua y verificar su tiempo de retención , fumigación para control de plagas instalaciones de medidas de seguridad, | 30%            | Durante este periodo no se han realizado actividades de eliminación de documentación. Se debe contar con el VoBo del Comité de Archivo y analizar los documentos a eliminar. Se informa en reunión de Comité de Archivo acerca del estado actual del archivo histórico, ya que las condiciones ambientales del sitio actual no se las adecuadas para conservación de documentos. Se solicita el traslado de este archivo a otro sitio. |



#### INFORME DE AUDITORIA

| CÓDIGO         | FECHA      | VERSION | PÁGINA   |
|----------------|------------|---------|----------|
| FO 1.2.2.2- 23 | 03-02-2012 | 3.0     | 10 de 18 |

| Utilización indebida de la<br>información | Elaborar inventario semestral de las<br>transferencias documentales de la<br>vigencia, evitar ingreso a las áreas<br>del archivo de personas ajenas a la<br>CMP | 70% | El procedimiento de transferencia documental se realizó durante el primer trimestre del año en curso. Pendiente las Área de Responsabilidad Fiscal y Asesoría Jurídica ya que no han elaborado el inventario documental a transferir.  Igualmente para evitar pérdidas se lleva un control sobre la documentación prestada en los formatos establecidos.  |
|---|---|-----|---|
| Desactualización de recursos tecnológicos | Solicitar mantenimiento a los<br>equipos tecnológicos del archivo   | 50% | Durante este trimestre se dio el adecuado uso de los recursos tecnológicos ya que la mayoría de la información allegada y despachada de la entidad se digitaliza.  Para la salvaguarda de las copias de seguridad que reposan en el archivo central es necesario adquirir elementos adecuados para su conservación para evitar rayones en los medios utilizados. (DVD) y prevenir la perdida de esta información. |

**NOTA:** El porcentaje de cumplimiento para el II semestre fue del **63**%, debido a que aún no se ha realizado el inventario de la documentación más antigua con su respectivo tiempo de retención y la reubicación de la bodega del archivo.

#### 3.6 TESORERÍA

| RIESGOS  | ACCIONES PARA MITIGAR LOS<br>RIESGOS  | % DE<br>AVANCE | AVANCE  |
|--|---|----------------|---|
| Realizar pagos sin todos los soportes requeridos.                    | Aplicación del Manual de<br>Interventoría Revisión por parte de la<br>Tesorera. Revisión Líder del Proceso. | 100%           | EL 100% de los pagos fueron debidamente revisados, (Supervisor, Tesorero y líder del proceso).  |
| Acceso de personas no autorizadas al portal bancario.                | Buen manejo de las claves.<br>Utilización del portal en equipos<br>registrados.                             | 100%           | Todos los días se cumple con los protocolos de seguridad que están estipulados en el Manual de Procesos y Procedimientos de la Tesorería, se cuenta con una Póliza de responsabilidad civil por valor de \$200.000.000- |
| Acceso de personas no autorizadas a los archivos de la Tesorería.    | Buen manejo del archivo.  | 100%           | 100% de los documentos archivados se encuentran foliados y custodiados.   |
| Que la transferencia del<br>Municipio no sea<br>consignada a tiempo. | Cobro a la Tesorería del Municipio el<br>1o. Día hábil del Mes.   | 100%           | El 100% de las transferencias han sido cobradas y registradas los primeros 5 días hábiles del mes.  |



# INFORME DE AUDITORIA

| CÓDIGO         | FECHA      | VERSIÓN | PÁGINA   |
|----------------|------------|---------|----------|
| FO 1.2.2.2- 23 | 03-02-2012 | 3.0     | 11 de 18 |

| Manejar y controlar eficientemente los recursos que ingresan a la CMP. | i Elaboración y antonación al ciette de i  | 100% | El PAC se elabora y se aprueba en las fechas que la ley lo estipula y se hace seguimiento al flujo de caja de la Entidad. |
|--|--|------|---|
| Modificaciones al PAC  | Elaboración de las ejecuciones del PAC mensual. Elaboración documentos de adición y reducción. | 100% | El 100% Documentos que se encuentran debidamente archivados.  |

**NOTA:** El porcentaje de cumplimiento de las acciones emprendidas en pro de mitigar los riesgos, para el II semestre fue del 100%.

# 4. ASESORÍA JURÍDICA

| RIESGOS   | ACCIONES PARA MITIGAR<br>LOS RIESGOS  | % DE<br>AVANCE | AVANCE   |
|---|---|----------------|--|
| Formato de solicitud etapa<br>precontractual no<br>diligenciada o mal<br>diligenciada por parte del<br>líder del proceso. | No autorizar contratación sin<br>el diligenciamiento adecuado<br>del formato exigido.<br>Control en la aplicación de la<br>ley. | 100%           | En este periodo se realizó 29 procesos contractuales cumpliendo con la debida justificación del objeto.  No se ha aperturado ningún Proceso Disciplinario contra funcionario supervisor o contratista, por incumplimiento en algún contrato de prestación de servicios celebrado con la entidad.   |
| Los estudios previos deben<br>ser ajustados a las<br>necesidades de objeto y<br>alcance contractual.                      | Seguimiento y control.  | 100%           | En efecto, se ha llevado el estudio de mercado con referencia a otros contratos publicados en el SECOP y cotizaciones. Teniendo en cuenta que la mayoría de la contratación de la CMP son procesos de selección de mínima cuantía o contratación directa; bajo la normativa vigente dicho estudio es menos rígido y por ende facilita el control por parte de la Oficina Asesora Juridica de una manera breve.  Se han diligenciado las respectivas cotizaciones para los contratos de suministro. |
| Ausencia de Certificado de<br>Disponibilidad Presupuestal.  | Control y seguimiento al Proceso de Contratación.   | 100%           | Se han tomado las acciones encaminadas a evitar posible omisiones en la solicitud y expedición de los CDPs necesarios para la legalización de cada contrato.   |
| No publicar los contratos en el SECOP   | Control y seguimiento al<br>Proceso de Contratación.  | 100%           | Se ha dado publicidad a los procesos contractuales subiendo la documentación pertinente al Sistema Electrónico de Contratación Pública (SECOP).  |
| TC  | )TAL  | 100%           |  |

NOTA: El porcentaje de cumplimiento para el II semestre fue del 100%



#### INFORME DE AUDITORIA

| CÓDIGO         | FECHA      | VERSIÓN | PÁGINA   |
|----------------|------------|---------|----------|
| FO 1.2.2.2- 23 | 03-02-2012 | 3.0     | 12 de 18 |

# 5. DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

| RIESGO  | ACCIONES  | % DE<br>AVANCE | AVANCE  |
|---|---|----------------|---|
|   |   |                | El nivel del riesgo es aceptable, toda vez que al interior de la Dirección se han tomado los correctivos y las acciones necesarias para que este no suceda.   |
| No dar trámite oportuno a<br>la solicitud presentada<br>por el ciudadano. | Dar aplicación a los términos establecidos para la presentación de las solicitudes de capacitación por parte de la comunidad, para la aprobación de la misma.   | 100%           | En el trimestre se aprobaron y atendieron cinco (5) solicitudes de capacitación en Mecanismos de Participación Ciudadana Institución Educativa de Combia,Institución Educativa Cerritos,Colegio Cooperativo Pereira, Institución Educativa Gimnasio Risaralda y Institución Educativa San Nicolás, las cuales fueron tramitadas dentro de los términos establecidos en los procedimientos internos para la aprobación de estas, las cuales se evidencian en las carpetas de los respectivos programas, con un alcance de 329 estudiantes de grados 10 y 11. |
| No brindar asesoramiento<br>a las diferentes<br>inquietudes de los        | Garantizar la permanencia por lo menos de un funcionario en la dirección de participación ciudadana con capacidad de reacción a cualquier solicitud de la ciudadanía.  Inducción de manejo y conocimiento de los procesos de la dirección a los contratistas. | 100%           | El nivel de riesgo es aceptable, toda vez que al interior de la Dirección se han tomado las acciones necesarias para que el riesgo no se presente, con la permanencia de por lo menos un (1) funcionario en la Dirección, que atienda los requerimientos y solicitudes de la comunidad.   |
| ciudadanos.   | Inducción de manejo y conocimiento de los procesos de la dirección a los contratistas.  | 100%           | En el II semestre se le dio inducción al contratista de la Dirección retroalimentando los procedimientos del proceso de participación ciudadana con los funcionarios adscritos a la Dirección. Además es obligación de los funcionarios y contratistas, consultar permanente en la Intranet los Procedimientos y formatos establecidos para nuestro proceso   |
| No adelantar ninguna<br>actuación administrativa                          | Trazabilidad entre las<br>dependencia involucradas en el<br>proceso   | 100%           | El nivel del riesgo paso de aceptable a moderado, toda vez que en la trazabilidad realizada con las áreas involucradas con nuestro proceso no se esta cumpliendo con los requerimientos de oportunidad como pasa con la Dirección de Auditorias dado a la cantidad de DQR que se han recepcionado y requieren proceso auditor y a la limitante de recurso humano y técnico de la misma.   |



# INFORME DE AUDITORIA

| CÓDIGO         | FECHA      | VERSIÓN | PÁGINA   |
|----------------|------------|---------|----------|
| FO 1.2.2.2- 23 | 03-02-2012 | 3.0     | 13 de 18 |

|       | Seguimiento mensual al estado<br>de las DQRS.                                  | 100% | El nivel de riesgo es aceptable, ya que al interior de la Dirección se hace una reunión mensual de seguimiento a las DQRS, evitando que el riesgo se presente.  1. Durante el II semestre se hicieron 5 reuniones de seguimiento al estado de las DQR de la Dirección de Participación Ciudadana con: Acta 007 del 28 de julio, 008 del 31 de agosto de 2017, 009 del 29 de septiembre, 010 del 31 de octubre y 011 del 30 de noviembre de 2017, las cuales reposan en la carpeta de seguimiento a las DQRS.  2. mediante la actualización permanente de la base de datos de control y seguimiento de las DQRS y Libro radicador, se hizo seguimiento del cumplimiento de los términos de ley de las DQRS y aplicación de los procesos procedimientos internos para tal fin. |
|-------|--|------|--|
|       | Publicación en la pagina web de<br>las notificaciones por aviso<br>realizadas. | 100% | Durante el trimestre se publicaron en la página Web, (18) notificaciones por aviso correspondientes a las siguientes DQRS: - D12-28- D16-092 -D17-002-Q17-006- Q17-016- D17-020 -D17-021- D17-038- D17-051 - D17-055-D17-56 -D17-057- Q17-062 -Q17-063 - D17-071-D17-081-D17-090 YQ17-093  |
|       | Cumplir a cabalidad con los<br>términos de Ley                                 | 80%  | El nivel del riesgo es aceptable, toda vez que al interior de la Dirección se han tomado las acciones necesarias para que este no se presente, mediante la actualización permanente de la base de datos de control y seguimiento de las DQRS y Libro radicador.  En el semestre se recepcionaron 59 DQRS (denuncias de competencia 42 y de no competencia 6 y 11 APIS, tramitadas dentro de los  |
|       |  |      | términos de Ley.  El nivel del riesgo paso de Aceptable a Moderado, dada la cantidad de DQR que se han recepcionado a la fecha y a la limitante de recurso humano y técnico a los cuales se encuentra sometida esta entidad  |
| TOTAL | Cumplir con el procedimiento establecido para la recepción y tramite de DQRs.  | 100% | Se recepcionaron en el semestre 82 DQRS (65 de competencia, 11 APIS y 6 de no competencia), las cuales se tramitaron de acuerdo con los procedimientos establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad, para el trámite de DQRs y dentro de los términos de Ley. Así mismo se dio respuesta de fondo a 86 DQRS de la vigencia y vigencias anteriores, de acuerdo con los procedimientos, para un total de 168 DQRS tramitadas en el semestre.   |



# INFORME DE AUDITORIA

| CÓDIGO        | FECHA      | VERSIÓN | PÁGINA   |
|---------------|------------|---------|----------|
| FO 1.2.2.2-23 | 03-02-2012 | 3.0     | 14 de 18 |

# 6. DIRECCIÓN TÉCNICA DE AUDITORIAS

| RIESGOS   | ACCIONES PARA MITIGAR LOS<br>RIESGOS  | % DE<br>AVANCE | AVANCE   |
|---|---|----------------|--|
| Incumplimiento de las fechas<br>establecidas en el PGA para el<br>inicio del ejercicio auditor                    | Poner en conocimiento del señor Contralor, de planeación y del Comité Directivos que debido a las causas o improvistos que se presentan a diario, es objetivamente imposible el cumplimiento exacto del PGA, a fin de crear conciencia en todos los actores con respecto de las causas que alteran el PGA.  Seguimiento a través de mesas de trabajo para controlar los tiempos establecidos en el PGA y verificar la concordancia entre el memorando de asignación y el cronograma de plan de trabajo con los tiempos establecidos. Se realiza trazabilidad a través de la Plataforma PNA del SINACOF. | 100%           | Para justificar las solicitudes de ajuste de tiempos en las Auditorías del PGA, se realizan mesas de trabajo con el acompañamiento del Director Técnico de Auditorías y de la Directora de Planeación, en el segundo semestre se realizaron 99 mesas de trabajo de las cuales 8 solicitaron prorroga; así mismo la trazabilidad y seguimiento permanente para dar solución inmediata a controversias tanto internas como externas que pudieron presentarse.  Durante el segundo semestre se continuo con la ejecución del PGA, establecido para la vigencia 2017, cumpliendo con los parámetros establecidos en el GAT, culminando la ejecución del proceso auditor con un 94% verificando los tiempos preestablecidos y los cronogramas de trabajo. |
| Deficiencia en la aplicación de la<br>metodología GAT adoptada por<br>la entidad ,normas de SGC y<br>demás normas | Verificar en forma permanente el cumplimiento del GAT.  Solicitar Reinducciones en cuanto al manejo y aplicación de la Guía de Auditoria  | 100%           | Durante el segundo semestre de 2017, se dió cumplimiento a la metodología que establece el GAT, el Director Técnico de Auditorías, realizó revisión y verificación de las normas establecidas en este en la etapa final del proceso auditor (Memorando de Asignación, Mesas de Trabajo, reunión con los equipos).  En el segundo semestre se contó con la participación en las siguientes capacitaciones: Seminario Taller Marcos Normativos, Congreso Internacional de Control Fiscal Lucha contra la corrupción, Tendencias, Ética y valores por la transparencia.   |



# INFORME DE AUDITORIA

| CÓDIGO         | FECHA      | VERSIÓN | PÁGINA   |
|----------------|------------|---------|----------|
| FO 1.2.2.2- 23 | 03-02-2012 | 3.0     | 15 de 18 |

| Dilación de los tiempos<br>establecidos en el memorando<br>de Asignación.                                    | Solicitar en forma permanente el cumplimiento de los tiempos establecidos para la elaboración de los memorandos de asignación.  Velar por la construcción de conceptos claros de tipo jurídico y fiscal confundamento en cita de normas y documento soporte.   | 100% | La Dirección Técnica en forma permanente requiere al personal adscrito para verificar el cumplimiento a los temas establecidos en el memorando de asignación donde se establecen las fechas a seguir en la auditoria, así mismo en la planeación se realizan cronogramas para cada etapa del ejercicio auditor como ordena el procedimiento el Director realizó la acción correctiva para la auditoría Exprés y Especial donde especifica los tiempos de entrega. Todos los tiempos de desfase del memorando de asignación están debidamente soportados en mesas de trabajo ley por actas de comité directivo.  Los procesos auditores son apoyados con conceptos jurídicos cuando así lo ameritan por el abogado adscrito a la DTA. Para el semestre se realizaron 34 mesas de trabajo con apoyo de abogado. |
|--|--|------|---|
| Informe poco confiable y carente<br>de objetividad.  | Revisar los informes que presenta el equipo auditor e igualmente en mesa de trabajo garantizar que los integrantes del equipo auditor hayan realizado verificación de la información suministrada por los sujetos de Control.  | 100% | Durante el segundo semestre la Dirección Técnica de Auditorias realizó la revisión de informes presentados por el equipo auditor dentro del proceso de control fiscal para validar previamente la información y consolidar así las observaciones para llevarlas a mesa de trabajo con el apoyo jurídico si es el caso, se les solicita los papeles de trabajo como herramienta dentro de las mesas.   |
| Hallazgos que no cumplan con<br>los criterios y que presenten<br>errores (estructuración, caículo,<br>legal) | Verificar que el equipo Auditor aplique la metodología acorde a los lineamientos establecidos en la misma.  Velar porque el equipo auditor tenga compromiso y juicio durante el ejercicio auditor.  Brindar en forma permanente al equipo Auditor de Asesoría Jurídica durante el ejercicio auditor.  Realizar en cumplimiento de lo establecido por ley, Mesas de trabajo.  Solicitar cuando se requiera al área de Talento Humano, capacitaciones para el manejo y estructuración y/ o configuración de hallazgos. | 100% | Se realiza monitoreo continuo por parte de la DTA a los informes de auditoría presentados por el equipo auditor para verificar si se están aplicando los lineamientos de la Guía metodológica. Constantemente se les recuerda los procedimientos adecuados en la GAT a cada uno de los funcionarios unificando criterios.  A través de 34 mesas de trabajo en el segundo semestre se dió soporte jurídico con asesoría de abogados.  En las 34 mesas de trabajo que se hicieron con la colaboración de abogado se trataron temas como la validación de hallazgos y vinculación de responsables en los mismos; así mismo las inquietudes presentadas en el derecho de Contradicción de las auditorias programadas.   |



#### INFORME DE AUDITORIA

| CODIGO         | FECHA      | VERSIÓN | PÁGINA   |  |
|----------------|------------|---------|----------|--|
| FO 1.2.2.2- 23 | 03-02-2012 | 3.0     | 16 de 18 |  |

| Desconocimiento de la normatividad existente para la Rendición de la cuenta.(interno y externo); así como la Rendición de la Deuda Pública.  Pronunciamiento emitido fuera del tiempo establecido e incumplimiento en las obligaciones con los entes de control.  Aprobación de prorrogas. | Velar por el cumplimiento de la<br>normatividad existente para la Rendición<br>de la cuenta. (Interno y externo) y la<br>misma deuda pública.  | 100% | Se dio cumplimiento en la consolidación<br>de informes para registrar en el aplicativo<br>SIA Misional, dentro del proceso de<br>Rendición de Cuenta 2017.  |
|--|--|------|---|
| Incumplimiento en el contenido y la presentación del informe.  Informe poco confiable y de mínima calidad.  No contar con el personal idóneo para realizar el informe.   | Realizar seguimiento en forma permanente en lo relacionado con el contenido y presentación del informe.  Velar porque el informe que presente sea oportuno y reúna todos los requisitos de ley en cuanto a la forma y fondo del mismo. | 100% | La Dirección Técnica a través del informe de los Recursos Naturales y Medio Ambiente realizó la evaluación de los principios de inversión ambiental, educación ambiental y saneamiento básico con el fin de conocer los resultados de la gestión en el área ambiental, así mismo el seguimiento al contenido y presentación de los informes producto de la ejecución de las auditorías.  Para el segundo semestre se consolido y verifico la información que sirvió de insumo para la estructuración del informe de Recursos Naturales y Medio Ambiente presentado oportunamente. |

NOTA: El porcentaje de cumplimiento para el II semestre fue del 100%

#### III. CONCLUSIÓN GENERAL

Monitoreados los Mapas de Riesgos Institucionales por cada una de las áreas adscritas a la Contraloría Municipal de Pereira, el indicador de cumplimiento total para el II semestre de 2017, fue del **99%**, representado así:

Asesoría de Control Interno: El porcentaje de cumplimiento fue del 100%

Dirección de Responsabilidad Fiscal: El porcentaje de cumplimiento fue del 100%

Subcontraloría: El porcentaje de cumplimiento fue del 93% distribuido así:

• Presupuesto y Contabilidad: El porcentaje de cumplimiento de las acciones emprendidas para mitigar sus riesgos fue del 100%.



#### INFORME DE AUDITORIA

| CÓDIGO         | FECHA      | VERSIÓN | PÁGINA   |
|----------------|------------|---------|----------|
| FO 1.2.2.2- 23 | 03-02-2012 | 3.0     | 17 de 18 |

- Talento Humano: El porcentaje de cumplimiento en las acciones emprendidas para mitigar sus riesgos fue del 100%.
- Bienes y Servicios: El porcentaje de cumplimiento en las acciones emprendidas para mitigar sus riesgos fue del 100%.
- Sistemas: El porcentaje de cumplimiento en las acciones emprendidas para mitigar sus riesgos fue del 95%, esto debido a que algunas actividades se encuentran en proceso de ejecución como la implementación de la nueva página web de la entidad entre otras.
- Gestión Documental: El porcentaje de cumplimiento en las acciones emprendidas para mitigar sus riesgos fue del 63%, debido a que aún no se ha realizado el inventario de la documentación más antigua con su respectivo tiempo de retención.
- Tesorería: El porcentaje de cumplimiento en las acciones emprendidas para mitigar sus riesgos fue del 100%.
- Asesoría Jurídica: El porcentaje de cumplimiento en las acciones emprendidas para mitigar sus riesgos fue del 100%.
- **Dirección de Participación Ciudadana:** El porcentaje de cumplimiento en las acciones emprendidas para mitigar sus riesgos fue del 99%
- **Dirección Técnica de Auditorias:** El porcentaje de cumplimiento en las acciones emprendidas para mitigar sus riesgos fue del 100%

IV. RECOMENDACIÓN GENERAL: Finalizado el monitoreo y seguimiento a los mapas de Riesgos institucionales II semestre de 2017, se encuentra este avance, a un nivel satisfactorio donde se evidencia la mitigación de los riesgos inherentes en cada proceso. Estos de igual manera deberán ser monitoreados en forma permanente, con el fin de detectar posibles desviaciones y corregir de forma tal que se logren los objetivos propuestos.

ARTHA LUCIA ĞİL GARCÍA

Asesora de Control Interno.



# CONTRALORÍA MUNICIPAL DE PEREIRA INFORME DE AUDITORIA

| CÓDIGO        | FECHA      | VERSIÓN | PÁGINA   |
|---------------|------------|---------|----------|
| FO 1.2.2.2-23 | 03-02-2012 | 3.0     | 18 de 18 |