

## SEGUNDO INFORME CUATRIMESTRAL AUDITORÍA AL MAPA DE RIESGO Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO.

### 1. FECHA DE AUDITORÍA E INFORME

Fecha de la Auditoría	Fecha de la Emisión del Informe
Del 21 de septiembre al 02 de octubre 2023	05 de octubre de 2023

### 2. OBJETIVO

Evaluar la efectividad de la gestión de riesgos y sus componentes establecidos en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, así como el cumplimiento de los controles establecidos bajo la Matriz institucional de gestión de riesgos - mapa de riesgos de corrupción.

### 3. ALCANCE

Gestión de riesgos, cumplimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y desarrollo de controles de la Matriz institucional de gestión de riesgos - mapa de riesgos de corrupción para la vigencia 2023

### 4. CRITERIOS

- Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción. Art. 73
- Ley 1757 de 2015 Promoción y protección al derecho a la Participación ciudadana. Arts. 48 y siguientes.
- Decreto 1081 de 2015 Único del sector de Presidencia de la República, Arts. 2.1.4.1 y Arts. 2.2.22.1.
- Decreto 1083 de 2015 Único Función Pública. Título 24.
- Guía de auditorías internas basadas en riesgo para entidades públicas DAFP.
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas DAFP.
- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2023 V2.
- Manual del sistema integral de gestión de riesgos.
- Matriz institucional de gestión de riesgos - mapa de riesgos de corrupción.
- Procedimientos internos y demás documentos establecidos en el sistema integrado de gestión de calidad aeronáutica de la CIAC S.A

### 5. AGENDA

Se programó la siguiente agenda, la cual fue socializada durante la reunión de apertura de auditoría el día 21/09/2023 y posterior se realizaron modificaciones concertadas con los auditados. El cronograma final ejecutado se realizó de la siguiente manera:

**CRONOGRAMA SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGO DE CORRUPCIÓN  
CUATRIMESTRAL 2023  
MAYO-JUNIO-JULIO-AGOSTO  
Auditor: Angie Alejandra Amaya**

- 21/09/2023-Reunión de apertura
- 25/09/2023-(9:00 -10:00)-Subgerencia
- 25/09/2023-(14:00-17:00)-Oficina de Planeación, Innovación y Desarrollo (Primera Parte)
- 26/09/2023-(08:00-09:00)-Comunicaciones
- 26/09/2023-(10:30-12:00)-Oficina de Planeación, Innovación y Desarrollo (Segunda Parte)
- 27/09/2023(08:00-12:00) -(14:00-17:00)-Presupuesto, Contabilidad y Costos.
- 27/09/2023- (11:00-15:00)-Grupo Asesor Jurídico.
- 29/09/2023 (09:00-11:00)-Grupo Gestión Administrativa (Primera Parte)
- 29/09/2023 (14:06-15:22)-Tesorería
- 29/09/2023 (14:00-17:00)-Grupo Gestión Administrativa (Segunda Parte)
- 04/10/2023 (15:30 -16:00)-Reunión de cierre
- 05/10/2023 (16:00)-Envío informe

## 6. DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN.

### 6.1. Avance componentes plan anticorrupción y atención al ciudadano

COMPONENTES	Cumplida	En proceso	Sin iniciar	Atrasada	Total general
ATENCIÓN AL CIUDADANO	3	15	0	-	18
GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN	20	2	8	-	30
INICIATIVAS ADICIONALES	2	5	1	-	8
RENDICIÓN DE CUENTAS Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA	8	10	-	-	18
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	-	8	1	-	9
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>33</b>	<b>40</b>	<b>10</b>	<b>-</b>	<b>83</b>
	Avance 70,42%	Esperado 70,01%	Diferencia +0,41%		

### 6.2 Matriz de gestión de riesgos de corrupción y fraude

De acuerdo a la matriz institucional de gestión de riesgos - mapa de riesgos de corrupción Código: MTZ-1-03-009, Versión: 14, Fecha de edición: 18 de agosto de 2023 se observa un total de riesgos así:

<b>Proceso</b>	<b>N° Riesgos de corrupción</b>	<b>N° Riesgos ≠ de corrupción</b>	<b>N° Controles Totales</b>
<b><i>Direccionamiento Estratégico</i></b>	2	9	44
<b><i>Gestión Administrativa y Financiera</i></b>	4	6	77
<b><i>Gestión Comercial</i></b>	2	1	21
<b><i>Gestión Humana</i></b>	1	8	59
<b><i>Gestión Logística</i></b>	2	3	33
<b><i>Gestión TICS</i></b>	1	5	23
<b><i>Prestación del Servicio</i></b>	0	1	39
<b><i>Producción</i></b>	1	1	31
<b><i>Seguimiento y Control</i></b>	3	3	38

De lo anterior, se efectuó seguimiento muestral a los riesgos asociados a los procesos de:

- Direccionamiento Estratégico
- Gestión Administrativa y Financiera

Los controles internos establecidos tanto para riesgos de corrupción como de gestión en las áreas de:

- Subgerencia
- Grupo Asesor Jurídico
- Oficina de Planeación, Innovación y Desarrollo
- Comunicaciones
- Grupo Gestión Administrativa
- Presupuesto
- Tesorería
- Contabilidad
- Costos

De acuerdo con la solicitud de OPLAI lo asociado al Grupo de Gestión de Proyectos e Innovación se verificará en el seguimiento del último cuatrimestre de la vigencia en curso.

De los anteriores procesos y áreas, se realizó verificación muestral de los controles asociados a los riesgos con el fin de verificar su aplicabilidad en las causas identificadas y el cumplimiento de lo descrito en la matriz establecida. Encontrando lo siguiente:

### **6.2.1. Subgerencia**

Se verificó el riego 1.4

Validando los controles (C1.18 / C1.21),

Se evidencia bajo la muestra tomada cumplimiento del control C1.18, sin embargo, se recomienda efectuar la respectiva actualización del control puesto que refiere: “Todas las PQRD recibidas son centralizadas en la Subgerencia General en donde son registradas por la Asistente de Subgerencia General (**contratista**)...”

Respecto al control C 1.21 el cual establece:

“El asesor jurídico correspondiente revisa el documento proyectado verificando que cumpla con los presupuestos legales que corresponda al tipo de PQRD presentado. En caso de ser necesario solicitan aclaraciones o modificaciones al documento y posteriormente revisa de nuevo la respuesta para verificar que fueron realizadas las modificaciones necesarias y **emiten visto bueno**. Posteriormente la respuesta es revisada por el Subgerente General quien solicita las modificaciones que estime necesarias y posteriormente da su visto bueno al documento. Finalmente, la respuesta es revisada y aprobada por la Gerencia General o en su ausencia firmada por el Subgerente Genera.”

Se evidenció en la muestra tomada en el mes de junio respuesta en CE 2023000995 proyectada desde DPROM con firma de Gerente (E), sin el visto bueno de del asesor jurídico generando incumplimiento del control.

Sin embargo, se evidenciaron las acciones tomadas con orden directa de gerencia para el visto bueno del Grupo Asesor Jurídico de todas las PQRSD lo que genera el mantenimiento del control establecido.

### **6.2.2. Grupo Asesor Jurídico**

Se efectuó verificación de los riegos: R1.4 / R1.8 y controles C1.43, C1.40, C1.33, C1.35, C1.42, C1.36, C1.38, C1.39, C1.37, C1.33, C1.35. asociados a los riesgos mencionados y obteniendo los siguientes resultados:

Respecto a los controles C1.40 y C1.33

Se recomienda efectuar la respectiva actualización de los controles puesto que ya no se cuenta con el formato Registro de Análisis y Elaboración de Documentos bajo el procedimiento al que con anterioridad se encontraba asociado.

Para el control C1.36 el cual establece:

“El Coordinador del Grupo Asesor Jurídico, **mensualmente revisa y analiza los resultados del indicador de cumplimiento de los tiempos de respuesta a solicitudes establecidos de acuerdo con el nivel de complejidad y de cada solicitud.** Consolida la información en el formato registro de análisis y elaboración de documentos de los Asesores Jurídicos y efectúa monitoreo al comportamiento del indicador. Si identifica desviaciones en el indicador en conjunto con el equipo de trabajo analiza las causas y determina las acciones de mejora requeridas. Trimestralmente se revisa el cumplimiento del indicador en el Comité Directivo y con la Gerencia quienes revisan los resultados del indicador, así como la pertinencia de las acciones de mejora establecidas. **Como evidencia del control, se conserva el resultado mensual del indicador y se documenta el análisis trimestralmente en el documento hoja de vida del indicador.**”

No se evidenció cumplimiento del mismo generando **NO CONFORMIDAD (1)**

### **6.2.3. Oficina de Planeación, Innovación y Desarrollo**

Se verificó el riesgo R 1.1 / R1.2 / R1.3 y controles C1.1 / C1.3 / C1.5 / C1.15 / C1.21 / C1.11 / C5.7 asociados a estos.

Respecto al control C.1.3 el cual establece:

“Anualmente para la formulación de los planes de las dependencias, el Jefe de la Oficina de Planeación, Innovación y Desarrollo convoca mesas de trabajo con los líderes de cada plan para verificar los objetivos, alcance, articulación y presupuesto y actividades a desarrollar en cada plan, en caso excepcional y no sea posible efectuar las mesas de trabajo, se efectúa la revisión de cada plan por parte del Jefe de la OPLAI. Como evidencia del control se conserva acta de revisión”

Se evidenció que, si bien el control le está desarrollando con las áreas, no se están efectuando las actas las cuales se encuentran redactadas como evidencia del mismo por ende se recomienda efectuar la respectiva actualización del control

Respecto al control C.1.15 el cual establece:

“El Coordinador del SIGCA anualmente **verifica** que **todos** los dueños de proceso **certifiquen** que la documentación (con su debida identificación) asociada al proceso se encuentra vigente **o que notifiquen los cambios** o anulaciones requeridos. **Para esto verifica las solicitudes remitidas por las áreas** y en caso de requerir cambios a los procedimientos verifica que se haga el cambio a través de la herramienta dispuesta para este fin. Como evidencia del control se conservan las actas remitidas por las áreas.”

Dado que la adecuada aplicación del control depende de las certificaciones y/o notificaciones de los dueños de los procesos y durante la auditoría se evidenció que no todos realizaron la respectiva certificación y/o notificación para el inicio de la vigencia 2023, generándose el evento (causa) de *“desactualización de la documentación de procesos o diferencias entre lo establecido en la documentación de los procesos y la forma en que son desarrolladas las actividades”*, evidenciado en las auditorías del 2023, se recomienda desarrollar las acciones pertinentes para que el control sea efectivo.

Respecto al control C.1.15 el cual establece:

“El Coordinador Administrativo recibe el formato de Necesidades Plan de Compras vigencia siguiente diligenciado por correo electrónico de cada dependencia, detallando de acuerdo con las necesidades el bien o servicio requerido, cantidad y valor estimado. Si identifica inconsistencias devuelve el formato al proceso, de lo contrario tabula la información sobre las necesidades reales para cada dependencia, desagregando por rubros presupuestales en el formato de necesidades Plan de Compras vigencia siguiente y consolida la información para toda la Entidad. Posteriormente el plan de compras es revisado con Subgerencia para aprobación y una vez aprobado, es enviado a la Oficina de Planeación, Innovación y Desarrollo para su consolidación con el Anteproyecto del Presupuesto, en caso de recibir solicitudes de cambios, modificaciones o aclaraciones, realiza los ajustes necesarios. Como evidencia de este control se cuenta con la consolidación de las necesidades de cada dependencia, la revisión realizada con Subgerencia y **el correo con el Plan de Compras autorizado enviado a Planeación.**”

Se evidenció que, si bien el control le está desarrollando con las áreas, no se observó el correo que se encuentran redactadas como evidencia del mismo, por ende, se recomienda efectuar la respectiva actualización del control.

Por otra parte, respecto a Comunicaciones se verificó el riesgo R 1.5 y controles C1.23 / C1.22 / C1.24 asociados a estos.

Respecto al control C1.22 el cual establece:

“El Coordinador de Comunicaciones diariamente monitorea las noticias generadas en las redes sociales de los medios de comunicación del país y verifica si existen

notas que incluyan a la CIAC o temas del sector de Aviación y Defensa. Si encuentra notas favorables replica la información en las redes sociales, de lo contrario se valida de manera inmediata con el Directivo relacionado con la nota, la autenticidad de la información y se establece la estrategia de comunicaciones de acuerdo con el impacto de la misma. Como evidencia del control se conservan las noticias o notas que se han identificado en el monitoreo”

No se evidenció cumplimiento del mismo generando **NO CONFORMIDAD (2)**

#### **6.2.4. Grupo Gestión Administrativa**

Se verificó el riesgo R5.1 / R5.2 / R5.3 / R5.10 / R5.10 / R5.10 / R5.10 / R5.10 / R5.10 y controles C5.5 / C5.9 / C2.38 / C5.34 / C5.10 / C5.5 / C5.39 / C5.12 / C5.11 / C5.49 / C5.8 / C5.43 / C5.44 / C5.62 / C5.6 / C5.5 / C5.47 asociados a estos.

De la verificación realizada se recomienda:

1. Verificar control 5.9 y 5.6 que se encuentran con la misma redacción.
2. Se recomienda efectuar revisión y ajuste del indicador de Programa de Mantenimiento de Vehículos con el fin de que suministre los datos adecuados con corte para la dependencia
3. Realizar la actualización de los siguientes controles:
  - C 5.10: Puesto que el formato de solicitud de préstamo ya no se efectúa de forma física, sino que es cargado en DataDoc y se notifica recibido y devuelto vía correo electrónico.
  - C 5.39: Puesto que con lo que se cuenta es únicamente con un Programa de Saneamiento Básico.
  - C5.8: Se evidencia que el proceso para autorizaciones pasa por OPLAI para la respectiva verificación por ende se recomienda verificar la formulación del control.

Finalmente, se efectúa alerta consecuencia de la auditoría puesto que se evidenció que bajo el plan de trabajo de transferencias documentales vigencia 2021 no se evidencia cumplimiento de transferencia para las siguientes áreas:

Grupo Gestión Talento Humano:

Fecha plasmada para la tercera semana de junio, solicitaron plazo para el 23 de agosto mismo notificado, pero en revisión consecuente de los movimientos de fechas generados.

DILOA:

Gestión Contractual, segunda semana de julio, plazo vigencia 2012 a 2018 al 31/08/2023 la de vigencia 2021 solicitaron plazo para el 30 noviembre.

Comercio Exterior, cuarta semana de julio, solicitaron plazo para el 30-sep-2023

DIPRO:

Semana 2 de agosto, solicitaron plazo para el 17-oct-2023.

Las solicitudes constantes de plazos generan incumplimiento del plan aprobado por el comité y la posible materialización de riesgos en la entidad entorno a Gestión Documental.

### **6.2.5. Presupuesto-Tesorería-Contabilidad-Costos**

Se verificó el riesgo R5.1 / R5.2 / R5.3 / R5.4 / R5.5 / R5.6 / R5.7 / R5.8 / R5.9 / R5.10 y controles C5.9 / C5.10 / C5.12 / C5.1 / C5.14 / C5.23 / C5.55 / C5.8 / C5.55 / C5.14 / C5.23 / C5.23 / C5.55 / C5.17 / C5.18 / C5.13 / C5.57 / C5.42 / C5.46 / C7.25 / C5.52 / C5.53 / C5.18 / C5.25 / C5.26 / C5.14 / C5.23 / C5.14 / C5.23 / C5.14 / C5.23 / C5.65 / C5.51 / C5.33 / C5.16 / C5.32 / C5.30 / C5.36 / C5.29 / C5.38 / C5.14 / C5.6 asociados a este riesgo.

Respecto al control C 3.2 el cual establece:

*“El Coordinador Contable, analista contable y los técnicos de apoyo de Contabilidad de la Dirección Administrativa y Financiera verifican trimestralmente el cruce de información entre el área de presupuesto y contabilidad con el fin de validar las órdenes de compra y sus valores y garantizar que los mismos no presenten diferencias y así llevar el control sobre los saldos de los convenios vigentes. Como evidencia se genera acta de conciliación de convenios.”*

Se evidenció que el acta con corte marzo se generó el 05/05/2023.

Adicionalmente, en el momento de la auditoría (27/09/2023) no se evidenció acta con corte junio generando incumplimiento del control **NO CONFORMIDAD (3)**

## **8. Conclusiones**

Se efectuó seguimiento al plan anticorrupción y atención al ciudadano el cual se encuentra con estado de cumplimiento a la fecha de la auditoría, con un avance del 70.42%.

Se realizó seguimiento a la “Matriz institucional de gestión de riesgos - mapa de riesgos de corrupción”.

Por otra parte, no se evidencia materialización de los riesgos de corrupción. Sin embargo, se detecta la necesidad de mejora en los controles formulados y revisión completa por parte de las dependencias de los riesgos, causas y controles formulados en la “Matriz institucional de gestión de riesgos - mapa de riesgos de corrupción”.



## 9. Recomendaciones

Se recomienda efectuar la respectiva revisión y ajuste de los controles formulados por cada proceso de acuerdo con lo consignado en el numeral 6.2 y sus sub-numerales del presente informe, lo anterior puesto que, en la auditoría realizada, se detectaron controles desactualizados e incompletos en su estructura. Además, se observó que algunos de los procesos auditados presentaban desconocimiento de los controles establecidos.

***“El fortalecimiento del Sistema de Control Interno y el desarrollo de la cultura del autocontrol, es un compromiso de todos”***  
**Oficina Control Interno CIAC**

Atentamente,



**Angie Alejandra Amaya Carranza**  
Profesional Grado 10 OCINT