

INFORME DE AUDITORÍA

DATOS DE LA AUDITORÍA			
Fecha del informe	25/01/2024		
Nombre de auditoría	AUDITORÍA AL MAPA DE RIESGO Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN ENERO		
Fecha Inicio:	12/01/2024	Fecha fin	22/01/2024
Objetivo	Evaluar la efectividad de la gestión de riesgos y sus componentes establecidos en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, validando que la línea estratégica, la primera y segunda línea de defensa ejecuten sus responsabilidades para el logro en el cumplimiento de los objetivos institucionales y del proceso.		
Alcance	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.		
Cráterios	<p>-Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción. Art. 73.</p> <p>-Ley 1757 de 2015 Promoción y protección al derecho a la Participación ciudadana. Arts. 48 y siguientes.</p> <p>-Decreto 1081 de 2015 Único del sector de Presidencia de la República, Arts. 2.1.4.1 y Arts.2.2.22.1</p> <p>-Decreto 1083 de 2015 Único Función Pública. Título 24. -Guía de auditorías internas basadas en riesgo para entidades públicas Versión 4 Julio de 2020 DAFP.</p> <p>-Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6 diciembre del 2022 DAFP.</p> <p>-Plan Anticorrupción y de Atención y Participación Ciudadana CIAC S.A 2023.</p> <p>-Manual del sistema integral de gestión de riesgos - Código: M-1-03-003 Versión: 16, Fecha de edición: 31 de julio de 2023.</p> <p>-Matriz institucional de gestión de riesgos - mapa de riesgos de corrupción, Código: MTZ-1-03-009, Versión: 13, Fecha de edición: 27 de julio de 2023.</p> <p>-Matriz institucional de gestión de riesgos - mapa de riesgos de corrupción, Código: MTZ-1-03-009, Versión: 14, Fecha de edición: 01 de septiembre de 2023.</p> <p>-Matriz institucional de gestión de riesgos - mapa de riesgos de corrupción, Código: MTZ-1-03-009, Versión: 15, Fecha de edición: 18 de diciembre de 2023</p>		
Limitaciones	Ninguna.		
DATOS DEL EQUIPO AUDITOR			
Auditor Líder	Angie Alejandra Amaya Carranza		
Auditores acompañantes	Hector Deantonio		
Auditores en formación	N/A		
Expertos técnicos	N/A		

RESULTADOS DE AUDITORÍA

Descripción

AUDITORÍA AL MAPA DE RIESGO Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN III CUATRIMESTRE 2023.

AGENDA:

Se programó la siguiente agenda, la cual fue socializada durante la reunión de apertura de auditoría el día 12/01/2024 y posterior se realizaron modificaciones concertadas con los auditados. El cronograma final ejecutado se realizó de la siguiente manera:

12/01/2024---Reunión Apertura
 15/01/2024---09:00-12:00--DIPRE
 15/01/2024---14:00-15:30-- SMS
 15/01/2024---11:00-13:00--GASEC
 15/01/2024---14:00-16:00-- CECSA
 16/01/2024---11:00-12:30--OCCAL
 16/01/2024---11:00-13:00--OPLAI/PROYECTOS
 17/01/2024---11:00-12:00--OCINT
 22/01/2024--Informe Preliminar.
 22/01/2024--Informe Final.

DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN.

Avance componentes plan anticorrupción y atención al ciudadano

COMPONENTES	Cumplida	En proceso	Sin iniciar	Atrasada	Total general
ATENCIÓN AL CIUDADANO	18	-	-	-	18
GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN	28	2	-	-	30
INICIATIVAS ADICIONALES	8	-	-	-	8
RENDICIÓN DE CUENTAS Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA	17	1	-	-	18
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	9	-	-	-	9
TOTAL GENERAL	80	3	-	-	83
Avance 99,69%		Esperado 99,69%		Diferencia 0%	

Matriz institucional de gestión de riesgos - mapa de riesgos de corrupción.

De acuerdo a la matriz institucional de gestión de riesgos - mapa de riesgos de corrupción Código: MTZ-1-03-009, Versión: 15, Fecha de edición: 18 de agosto de 2023 se observa un total de riesgos así:

Proceso	N° Riesgos de corrupción	N° Riesgos ≠ de corrupción	N° Controles Totales
<i>Direccionamiento Estratégico</i>	2	9	43
<i>Gestión Administrativa y Financiera</i>	4	6	77
<i>Gestión Comercial</i>	1	2	21
<i>Gestión Humana</i>	8	1	55
<i>Gestión Logística</i>	2	3	33
<i>Gestión TICS</i>	5	1	23
<i>Prestación del Servicio</i>	1	0	39
<i>Producción</i>	1	1	31
<i>Seguimiento y Control</i>	3	3	38

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

- Seguimiento y Control
- Prestación del Servicio

Como se acordó con OPLAI en la auditoría del cuatrimestre inmediatamente anterior, lo asociado al Grupo de Gestión de Proyectos e Innovación se verificó en el último cuatrimestre del 2023.

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

- Dirección de prestación del servicio.
- Centro de Entrenamiento (CECSA)
- Seguridad Operacional.
- Grupo Aseguramiento de la Calidad.
- Oficina Control Calidad
- Oficina de Control Interno
- OPLAI/Grupo de Gestión de Proyectos e Innovación

Se realizó la siguiente asignación de Auditores:

Alejandra Bernal Wesso

- Oficina de Control Interno.

Angie Alejandra Amaya Carranza

- Centro de Entrenamiento (CECSA).
- Grupo Aseguramiento de la Calidad.
- OPLAI/Grupo de Gestión de Proyectos e Innovación.

Hector Jose Deantonio Cruz

- Dirección de prestación del servicio.
- Seguridad Operacional.
- Oficina Control Calidad

Aspectos positivos

- Oficina Control Calidad

Se verificaron los riesgos R1.2/ R3.1/ R4.1 y controles C2.7/ C2.8/ C2.9/ C2.11/ C2.32/ C2.61/ C4.9/ C1.20/ C1.41/ C1.13. De la muestra tomada, se evidenció cumplimiento total.

- Centro de Entrenamiento (CECSA).

Se efectuó verificación de los riesgos: R1.2 / R 2.3/ R 3.1/ R 4.1 y R 6.4 y controles C2.43, C4.13, C4.16, C4.5 asociados a los riesgos mencionados y obteniendo los siguientes resultados: De la muestra tomada, se evidenció cumplimiento.

Se verificaron los riesgos R1.2/ R3.1/ R4.1 y controles C2.7/ C2.8/ C2.9/ C2.11/ C2.32/ C2.61/ C4.9/ C1.20/ C1.41/ C1.13. De la muestra tomada, se evidenció cumplimiento total.

- Centro de Entrenamiento (CECSA).

Se efectuó verificación de los riesgos: R1.2 / R 2.3/ R 3.1/ R 4.1 y R 6.4 y controles C2.43, C4.13, C4.16, C4.5 asociados a los riesgos mencionados y obteniendo los siguientes resultados: De la muestra tomada, se evidenció cumplimiento.

Hallazgos de auditoría

De los procesos y áreas auditados, 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:

- Dirección de prestación del servicio

Se efectuó verificación de los riesgos: R4.1 y controles C2.19, C2.32, C2.4, C2.51, C2.54, C4.10, C4.16, C4.17, C4.19, C4.4, C4.8 y 4.9 asociados al riesgo mencionados y obteniendo los siguientes resultados:

Respecto al control C 2.4 el cual establece:

*“Los supervisores de los diferentes trabajos velan por el cumplimiento de las normas de seguridad en la zona operativa (uso de EPPs ,uso de elementos distractores, herramienta calibrada, etc.). Adicionalmente los funcionarios de Control Producción o Líderes de grupo verifican que las personas realicen sus trabajos cumplimiento con los requisitos relacionados con la seguridad. **Como resultado del monitoreo diariamente el líder de grupo o personal designado registran en el tablero de control la verificación de los aspectos de seguridad revisados para el día y las situaciones que se hayan presentado.**”*

No se evidenció cumplimiento del control, sustentando que el tablero de control ya no se usa en la entidad generando **No Conformidad menor AC2024009**.

Respecto al control C 4.4 el cual establece:

“El Jefe de Control Producción o su designado, asigna al personal para los servicios requeridos verificando las habilitaciones que cada técnico tiene aprobada de acuerdo al roster, si no se cuenta con el personal suficiente se tramita el estudio de conveniencia y oportunidad (ECO), así mismo el Supervisor y el inspector durante la ejecución de los trabajos verifica que el técnico que ejecutara el trabajo cuenta con las habilitaciones requeridas para la tarea asignada. Como evidencia del control se conserva el registro de turnos de mantenimiento”.

El control se aplica con el formato F-2-105 versión: 1 del 18.mar.2021. Sin embargo, la evidencia presentada no corresponde con el que se encuentra en Isolución puesto que cuenta con ediciones generando **No Conformidad menor AC2024010**.

- Seguridad Operacional.

Se verificó el riesgo R4.1 y controles C2.5/C2.6/C2.10/C2.52/C2.55/C2.59 asociados.

Respecto al control C.2.5 el cual establece:

*“El Coordinador de Seguridad Operacional o delegado y Jefe de Control producción deben coordinar mínimo una (1) vez por semana que todo el personal operativo realice una caminata en la plataforma, hangar de mantenimiento y los laboratorios en busca de material FOD para su adecuada disposición. Al finalizar la jornada de prevención de FOD se relacionan los elementos encontrados en el formato establecido, **quienes diligencian tal formato será el Coordinador de Seguridad Operacional y Control Producción, el cual queda como evidencia del control.***

Cuando se opera en el hangar del Comando Aéreo de Mantenimiento este control es efectuado por el personal designado de seguridad operacional de la Fuerza Aérea Colombiana quienes salvaguardan los registros respectivos”.

No se evidencia cumplimiento semanal generando **No Conformidad menor AC2024011**.

Respecto al control C.2.6 el cual establece:

*“El Coordinador de Seguridad Operacional mensualmente brinda la información recibida por el personal designado de Prestación del Servicio, con el resultado del material FOD encontrado en las instalaciones del hangar. Como resultado del análisis, el Coordinador toma las medidas necesarias, retroalimenta al proceso y en caso de ser necesario adelanta sensibilización con los equipos de trabajo. **Adicionalmente en forma mensual se genera un estadístico de elementos encontrados y se presenta al Comité Directivo con el resultado de las Campañas realizadas”.***

No se presenta al Comité Directivo el estadístico de elementos encontrados generando **No Conformidad menor AC2024012**.

Respecto al control C.2.55 el cual establece:

*“El Coordinador de Seguridad Operacional antes de iniciar el abastecimiento o drenaje de combustible diligencia lista de chequeo con el fin de garantizar que se tengan los recursos adecuados durante la tarea de alto riesgo. En caso de evidenciar alguna desviación no se permite la operación hasta no ser solventada. **Como evidencia del control se conserva el registro de la lista de chequeo”.***

Se evidencia cumplimiento del control. Sin embargo, la lista de chequeo que se aplica no se encuentra controlada dentro del SIGCA generando **Observación AC2024013**.

- Grupo Aseguramiento de la Calidad.

Se verificaron los riesgos R 1.2/ R2.3 /R2.4 / R6.4/ R8.1 y controles C2.21/ C2.22/ C2.23/ C2.26/ C2.37/ C2.41/ C2.43/ C8.12 asociados a estos.

Respecto al control C.2.37 el cual establece:

*“Cuando el dueño de proceso identifica la imposibilidad de cumplir con los plazos determinados para la ejecución de un plan de acción derivado de las auditorías internas de la Oficina de Control Interno, el Grupo de Aseguramiento de la Calidad y auditorías del SIGCA, así como auditorías externas de entes de control, clientes y entes certificadores debe solicitar ,a través de comunicado interno la ampliación del plazo al Jefe de la Oficina de Control Interno, Coordinador de Grupo de Aseguramiento de la Calidad auditor líder o Coordinador del SIGCA (según aplique) en caso de que el plazo sea concedido se realizará el cambio de fecha en el sistema, en caso de que el auditado identifique nuevamente que el plazo concedido previamente no es posible de cumplir debe solicitar de nuevo a través de comunicado interno una nueva ampliación en el plazo , esta solicitud debe ser aprobada por el Comité de Coordinación de Control Interno y sustentada por el solicitante. si el plazo es concedido se debe realizar el cambio de fecha en el sistema, finalmente si el segundo plazo concedido no se cumple, el Jefe de la Oficina de Control Interno informa al Jefe del Control Interno Disciplinario sobre la situación, quien decidirá si se concede una tercera ampliación de plazo o inicia proceso de acuerdo a la normatividad vigente y el Reglamento Interno de Trabajo. **Como evidencia del control se conservan los comunicados internos, correos electrónicos y acta de comité de coordinación de control interno”.***

No se evidencia cumplimiento del mismo, adicionalmente no se encuentra en línea con lo estipulado en el procedimiento de acciones correctivas de la entidad generando **No Conformidad menor AC2024014** para GASEC, OPLAI y OCINT.

Respecto al control C.2.21 el cual establece:

*“Los planes de auditoria efectuados por el auditor líder, auditores de Aseguramiento de la Calidad y auditores de la Oficina de Control Interno diseñan los planes de auditorías asegurando que se incluyan el alcance, los objetivos y los criterios a auditar, de acuerdo con lo anterior elaboran las listas de chequeo los cuales son revisados por el coordinador SIGCA, el coordinador de Aseguramiento de la calidad y el Jefe de Oficina de Control Interno, respectivamente y una vez aprobado es cargado en la carpeta compartida de aseguramiento de la calidad y/o en aplicativo ISOLUCIÓN según sea el caso . **Como evidencia del control se conservan los planes de auditoria y las listas de chequeo”.***

Se evidencia el plan de auditoría y las listas de verificación en documento físico. Sin embargo, respecto a las "Auditorías Internas Industria Militar" únicamente se evidencia el cargue en ISOLUCIÓN de "TALLER DE BLINDAJES" por lo anterior, no se evidencia cumplimiento total del respectivo cargue generando **No Conformidad menor AC2024015**.

Respecto al control C.2.26 el cual establece:

*“El Coordinador del Grupo de Aseguramiento de la Calidad y/o el Auditor una vez finalizada cada auditoría, revisa los planes de acción o respuesta a las no conformidades generadas por los líderes de proceso. En la revisión se verifica que la causa raíz identificada sea la adecuada y que los planes de acción sean acordes y, en consecuencia, den tratamiento adecuado a la no conformidad y/o la debilidad presentada. Asesora a las áreas en caso de identificar planes no alineados a las causas y en caso de ser necesario se escala el caso al Comité de Gerencia. **Como evidencia se observan las comunicaciones a las áreas y los planes de acción definitivos registrados en la plataforma Isolución”.***

Se tomó muestra la “Auditoría Interna Hangar” para la cual no se evidenciaron los planes de acción definitivos registrados en la plataforma Isolución. Adicionalmente, los hallazgos fueron tramitados vía correo electrónico generando **No Conformidad menor AC2024016**.

- Oficina Control Interno

Se verificó el riesgo R2.6 y controles C2.34 / C2.42 / C2.53 / C6.20 / C2.46.

Observación AC2024017: Se encuentran desactualizados los controles C2.53 y C2.42, no obstante, se encuentra mitigación en los riesgos asociados.

C.2.42:

“Para el almacenamiento y conservación de la información de Auditorías de gestión se cuenta con archivadores y oficinas con llave. Como evidencia del control se tiene la información de Auditorías de gestión custodiadas por la Oficina de Control Interno, así mismo a partir del año 2018 las auditorías son cargadas a través del software de gestión documental en los módulos de Auditoría y Mejora, allí se conservan las evidencias pertinentes de todo el desarrollo de la Auditoría”.

C.2.53:

“Cada vez que se requiera modificar el plan/programa de auditoría (adiciones, retiros, modificaciones), los líderes de Sistemas de Gestión, Coordinador del Grupo Aseguramiento de la Calidad, Coordinador SIGCA y el Jefe de Control interno deben enviar un correo electrónico a la Oficina de Control Interno con una antelación de 15 días al cumplimiento del plazo de ejecución de la auditoría si es para retirar o modificar. Como evidencia de control se conserva el formato de Plan/programa de auditorías con su respectiva modificación en los campos diligenciados de control de cambios”.

- OPLAI/Grupo de Gestión de Proyectos e Innovación

Se verificaron los riesgos R1.6/ R3.1/ R4.1 y controles C1.26/ C1.27/ C1.28/ C3.1/ C9.7.

Respecto al control C.1.27 el cual establece:

“El Comité Gestión de Proyectos evalúa cada anteproyecto y plan de inversión presentado, verifica la justificación de la iniciativa, los costos asociados al desarrollo y las necesidades que lo motivan. En caso de no considerar pertinente el desarrollo de la iniciativa no se da aprobación para continuar en la fase de proyectos, de lo contrario solicita los cambios que considere necesarios, se asigna el Gerente del proyecto y se formaliza la aprobación de la iniciativa en el acta de la reunión”.

Se evidencia que el Gerente del proyecto no es asignado en el momento que estipula en control, sustentando que la asignación depende aprobación de presupuesto para la vigencia lo anterior evidencia el no cumplimiento total de lo establecido en el control generando **No Conformidad menor AC2024018**.

Respecto al control C.3.1 el cual establece:

“El Director de Producción para todas las necesidades y requerimientos de clientes recibidas realiza convoca comité técnico de la Dirección de Producción para efectuar un análisis de requisitos y así validar la capacidad e idoneidad de la CIAC para atender la necesidad o requerimiento. Si se determina que la CIAC cuenta con las capacidades requeridas (factibilidad), un equipo de trabajo DIPRO liderado por un ingeniero DIPRO asignado proceden a la elaboración de un anexo técnico con la que DPROM preparará una propuesta comercial y cotización con las condiciones y consideraciones técnicas, comerciales, financieras, ambientales, de seguridad, organizacionales, jurídicos, legales, entre otras donde se declare que con las capacidades de la compañía será viable técnica y económicamente dar respuesta al cliente. Esto para cuando se trata de contratos comerciales.

En caso de identificar falencias, discrepancias o falta en la información suministrada por el cliente, el Director de Producción solicita a DPROM contactar al cliente para obtener la información necesaria.

Para Proyectos de inversión e internos se manejará según procedimientos GGPMO”.

En la verificación para Proyectos de inversión e internos según procedimientos GGPMO se detectó que en la “SOLICITUD Y APROBACIÓN DE CAMBIOS” para el “EVOLUCIÓN SART COELUM” del 03 de octubre del 2023, no se evidencia si efectivamente se dio aprobación a los cambios, puesto que, en el espacio exclusivo del Comité de Proyectos para la respuesta a la solicitud, no se demarcó si fue aprobado, rechazado o aplazado generando **No Conformidad menor AC2024019**.

RESUMEN DE RESULTADOS

PROCESO	NC	OB
Dirección de prestación del servicio.	2	0
Centro de Entrenamiento (CECSA).	0	0
Seguridad Operacional.	2	1
Grupo Aseguramiento de la Calidad.	2	0
Oficina Control Calidad.	0	0
Oficina de Control Interno.	0	1
OPLAI/Grupo de Gestión de Proyectos e Innovación.	2	0

Nota: Adicionalmente se presentó una NC compartida para GASEC, OPLAI y OCINT.

Oportunidades de Mejora

- Centro de Entrenamiento (CECSA).

Se efectuó verificación de los riesgos: R1.2 / R 2.3/ R 3.1/ R 4.1 y R 6.4 y controles C2.43, C4.13, C4.16, C4.5 asociados a los riesgos mencionados y obteniendo los siguientes resultados:

Respecto al control C 4.13

Se recomienda efectuar la respectiva actualización puesto que se encuentra redactado de la siguiente forma:

“El encargado de la coordinación académica (contratista) verifica al finalizar cada curso que la documentación relacionada en el Manual de Directivas de Instrucción este completa y diligenciada, elabora los certificados de los asistentes que cumplieron los requisitos del curso y posteriormente el Director del Centro de Entrenamiento valida la información y si no encuentra novedades procede con la firma de los certificados en caso contrario solicita al encargado de la coordinación académica (contratista) las aclaraciones y/o correcciones respectivas. Como evidencia del control se conserva la documentación asociada a cada curso (físico o digital)”.

- Seguridad Operacional

Respecto al control C.2.52 el cual establece:

*“El coordinador de seguridad operacional garantizará que el evento de ingreso de personal técnico perteneciente al cliente o contratado por el cliente cumpla con lo ordenado en CIAC en su Manuales de Seguridad Para la Zona Operativa, verificando que las herramientas ingresadas tengan su inventario y su fantasma, así como impartir las instrucciones y lineamientos en materia de seguridad al personal mencionado. **Como evidencia del control se conservan los registros de inspección y los registros de asistencia”.***

No pudo ser verificada su aplicación dado que bajo lo sustentado por SMS: “Actualmente, CIAC no está contratando terceros para la realización de los servicios de mantenimiento, esto se hace con personal planta o en

misión”.

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 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.

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 99.69%.

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”.



Elaboró:

Angie Alejandra Amaya Carranza