


|   |  |   |
|---|--|---|
|  <p><b>PERSONERIA</b><br/>DE CARTAGENA DE INDIAS<br/><i>Defender tus derechos es nuestro deber</i></p> | <b>PERSONERIA DISTRITAL DE<br/>CARTAGENA</b>       | <b>CODIGO: DE-F-003</b>                             |
|   | <b>GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</b> | <b>VERSIÓN: 2</b>                                   |
|   | <b>FORMATO DE INFORME</b>                          | <b>FECHA DE APROBACIÓN (d-<br/>m-a): 22/04/2016</b> |

**Generalidades:**

**Fecha:**

|   |    |      |
|---|----|------|
| D | 12 | 2018 |
|---|----|------|


**Referencia (tema).** INFORME CONSOLIDADO AUDITORÍA INTEGRAL PERSONERIA DE CARTAGENA

**Responsable del informe** ANSELMA PATRICIA ARANZA- AUDITOR LÍDER – JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

**Proceso o subproceso** GESTION DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

**Tabla de contenido**

1. Introducción
2. Objetivo
3. Alcance
4. Criterios de auditoria
5. Riesgos de auditoria
6. Análisis de resultados
  - 6.1. Hallazgos/observaciones por procesos
7. Conclusiones y recomendaciones

|  |   |  |
|--|---|--|
|  <p><b>PERSONERIA</b><br/>DE CARTAGENA DE INDIAS<br/><i>Defender tus derechos es nuestro deber</i></p> | <p><b>PERSONERIA DISTRITAL DE<br/>CARTAGENA</b></p>       | <p><b>CODIGO: DE-F-003</b></p>                             |
|  | <p><b>GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</b></p> | <p><b>VERSIÓN: 2</b></p>                                   |
|  | <p><b>FORMATO DE INFORME</b></p>                          | <p><b>FECHA DE APROBACIÓN (d-<br/>m-a): 22/04/2016</b></p> |

## 1. INTRODUCCION

Dando cumplimiento a las funciones del Comité de Coordinación de Control Interno de la Personería Distrital de Cartagena de Indias, en el mes de febrero de 2018 se aprueba el Plan Anual de Auditoria de la entidad, integrando las Auditorías Internas de Calidad y las Auditorías y Seguimientos que por Ley corresponden a la Oficina de Control Interno.

Estas auditorías se desarrollaron según cronograma establecido y publicado en la página web de la entidad, el cual inicia desde el mes de febrero y culmina con los seguimientos de ley en el mes de diciembre del 2018, realizadas por el equipo auditor liderado por la jefe de la oficina asesora de control interno, certificada para dicha tarea, y 6 auditores en formación, los cuales fueron capacitados y preparados para desarrollar el proceso mencionado.

Fueron evaluados de manera independiente 10 procesos vigentes en la Entidad. Una vez finalizadas las tareas de auditoría, la Auditora Líder (Jefe de la Oficina de Control Interno) procede a consolidar la información la cual se describe en el presente informe.


Se elabora el presente documento, a partir de los reportes de Hallazgos y demás registros de auditoría entregados por cada uno de los auditores internos y busca presentar de una manera abreviada los hallazgos encontrados y describir aquellos elementos de riesgo y/o incumplimiento más frecuentes, representativos y de mayor impacto para la Entidad.

## 2. OBJETIVO

Verificar y evaluar la eficiencia, eficacia, efectividad y mejora continua del Sistema Integrado de Gestión y de sus controles, con el fin de asegurar que los procesos estén orientados al logro de la misión y de los objetivos propuestos, de conformidad con las normas constitucionales y legales vigentes y demás requisitos que apliquen a la entidad. Realizar seguimiento a las actividades de la implementación del Modelo estándar de Control Interno-MECI 2014 y de la Norma Técnica Colombiana NTC GP 1000: 2009.

## 3. ALCANCE

El periodo de evaluación de la Auditoría Interna, comprendió desde el mes de febrero hasta el mes de diciembre. Fueron incluidos dentro del Programa Anual de Auditoría 9 de los procesos y subprocesos.

|  |   |  |
|--|---|--|
|  <p><b>PERSONERIA</b><br/>DE CARTAGENA DE INDIAS<br/><i>Defender tus derechos es nuestro deber</i></p> | <p><b>PERSONERIA DISTRITAL DE<br/>CARTAGENA</b></p>       | <p><b>CODIGO: DE-F-003</b></p>                             |
|  | <p><b>GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</b></p> | <p><b>VERSIÓN: 2</b></p>                                   |
|  | <p><b>FORMATO DE INFORME</b></p>                          | <p><b>FECHA DE APROBACIÓN (d-<br/>m-a): 22/04/2016</b></p> |


#### 4. CRITERIOS DE AUDITORIA

- Cumplimiento de los requisitos mínimos exigidos por la NTCGP 1000-2009
- Cumplimiento de los módulos, componentes y elementos de acuerdo a la estructura del Modelo Estándar de Control Interno implementado en la Entidad.
- Los procedimientos contables aplicados se ajustan a las normas emanadas por la Contaduría General de la Nación.
- Los procedimientos presupuestales aplicados se ajustan a las normas emanadas por estatuto orgánico de presupuesto.
- Los procedimientos de archivo general aplicados se ajustan a las normas emanadas por ley 594 de 2000
- cumplimiento de funciones y procedimientos

#### 5. RIESGO DE LA AUDITORIA

A continuación se presentan los riesgos que se identificaron desde la definición del Programa Anual de Auditoría y las acciones emprendidas para la mitigación de los mismos:

| <b>RIESGO</b>   | <b>ACCIONES PARA QUE NO SE MATERIALICEN</b>  |
|---|--|
| Ausencia de Auditores en el cumplimiento de las actividades de auditoría (o de difusión y formación) orientadas a cumplir con los objetivos del presente programa | Socializar el cronograma de actividades de Auditoría con los coordinadores respectivos<br>Formación de nuevos auditores vinculados a diferentes áreas y procesos de la entidad                                   |
| Inadecuada comunicación del programa  | Oficiar a los coordinadores de proceso el plan de auditoria con su respectivo cronograma.<br>Realizar una socialización con el Equipo Auditor, el programa referente a las Auditorías Internas.                  |
| Número limitado de auditores que en algún momento se vea insuficiente para responder a toda la labor de auditoría   | Establecer un programa para la formación de nuevos auditores de calidad  |
| Interferencia de las actividades de auditoría con las actividades misionales y operativas de la Entidad.  | Elaboración del Plan de Auditoría concertando fechas y horarios con los Líderes de los procesos.<br>Definición de un programa flexible (establecer rangos de fechas amplios para la ejecución de cada auditoría. |
| No lograr los objetivos de la auditoría   | Establecer una revisión previa por parte del Jefe de Control Interno sobre el Plan de Auditorías (objetivos y criterios)<br>Capacitación del equipo auditor sobre criterios y referentes de auditoria            |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <b>PERSONERIA DISTRITAL DE<br/>CARTAGENA</b>       | <b>CODIGO: DE-F-003</b>                             |
|  | <b>GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</b> | <b>VERSIÓN: 2</b>                                   |
|  | <b>FORMATO DE INFORME</b>                          | <b>FECHA DE APROBACIÓN (d-<br/>m-a): 22/04/2016</b> |

|   |  |
|---|--|
| Hallazgos de Auditoría mal formulados y/o que carecen de valor para la entidad (poco relevantes)                                  | Capacitación al Equipo Auditor<br>Realizar reuniones, dentro del procedimiento de Auditoría, con el fin de retroalimentar y definir criterios para el levantamiento de hallazgo. |
| No inclusión dentro del programa de evaluaciones, auditorías o seguimientos que se exijan por Ley a la Oficina de Control Interno | Elaboración, revisión y actualización permanente del NORMOGRAMA DE CONTROL INTERNO   |

## 6. ANALISIS DE RESULTADOS

Al finalizar el programa de auditoria de la personería Distrital de Cartagena, encontramos 37 hallazgos, los cuales corresponden. A continuación se realizara el análisis de los hallazgos por procesos.

### 6.1. HALLAZGOS/OBSERVACIONES POR PROCESOS


A continuación se muestra la distribución de los hallazgos por procesos auditados:

| <b>PROCESO</b>                        | <b>Observaciones</b> |
|---------------------------------------|----------------------|
| G. Comunicación                       | 4                    |
| G. Atención a la comunidad            | 4                    |
| G. Vigilancia a la Conducta Oficial   | 4                    |
| G. Prom y Prot a los Derechos Humanos | 4                    |
| Atención a victimas                   | 3                    |
| Bienes y Urbanismo                    | 3                    |
| Contable                              | 4                    |
| Menor comunidad y familia             | 5                    |
| <b>TOTAL</b>                          | <b>31</b>            |

La auditoría a los proceso y subproceso dela entidad se realizó en los meses correspondientes al plan, con una variación en los tiempos teniendo en cuenta la disponibilidad de los coordinadores tratando de no afectar su gestión, dado que no se puede afectar la atención oportuna a los usuarios.

los hallazgos encontrados en los procesos auditados demuestran que tienen las mismas características citándolos así:

- No evidencia formulación del Plan de acción, indicadores de gestión y riesgos vigencia 2018, esto dificulta su gestión en el cumplimiento de los objetivos trazados por la alta dirección. Incumplimiento 8,2,3 NTC GP 1000:2009

|  |   |  |
|--|---|--|
|  <p><b>PERSONERIA</b><br/>DE CARTAGENA DE INDIAS<br/><i>Defender tus derechos es nuestro deber</i></p> | <p><b>PERSONERIA DISTRITAL DE<br/>CARTAGENA</b></p>       | <p><b>CODIGO: DE-F-003</b></p>                             |
|  | <p><b>GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</b></p> | <p><b>VERSIÓN: 2</b></p>                                   |
|  | <p><b>FORMATO DE INFORME</b></p>                          | <p><b>FECHA DE APROBACIÓN (d-<br/>m-a): 22/04/2016</b></p> |

**RECOMEDACION:**

Se debe realizar un mayor acompañamiento por parte del proceso de direccionamiento y planeación estratégica en la elaboración de los planes de acción y riesgos, esto denota falta de compromiso de los coordinadores de proceso así con su proceso. Se recomienda realizar capacitaciones sobre este tema.

- El manual de procedimiento debe ser actualizado, se evidencia no estar acorde a las actividades que realiza el proceso

**RECOMENDACIÓN:**

Se debe realizar una revisión y actualización de los procedimientos dado que estos tienen versión 2015 y a la fecha se han podido presentar variaciones o cumplimientos de Ley.

- No evidencia cumplimiento a la acción de mejora del Plan de mejoramiento 2017, en el cual debe aplicar la encuesta de satisfacción de los usuarios. NTC GP 7,2,1

**RECOMENDACIÓN:**

Se hace necesario la implementación de las encuestas, el responsable es el proceso de Gestión de la comunicación que debe actualizar los formatos, dado que es muy extenso y los usuarios se niegan a responder. Así mismo debe entregar y socializar con todos los coordinadores de proceso el formato establecido para esta función.

- Con respecto a la auditoría realizada a los planes, programas y proyectos de Talento Humano, se encontró que tienen una metodología clara, no cumplen con la normatividad vigente además no evidencian estar acorde a las necesidades de la entidad, no muestran medición por lo tanto no se pueden evaluar.

**RECOMENDACIÓN:**

Se le recomienda el uso de las herramientas y disposiciones legales que dispone el estado para el desarrollo de los planes, programas y proyectos como disposiciones de la DAFP y otras normas, para así lograr estar acorde a la entidad.

**ANSELMA PATRICIA ARANZA PERALTA**

Asesora Oficina de Control Interno