

**EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
FICHA EJECUTIVA DE EVALUACIÓN
I SEMESTRE 2018**

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombre del Proceso:	Procesos de Evaluación del Sistema de Control Interno - Procedimiento: Evaluación Sistemas de Gestión
Dependencia responsable del proceso	Dirección
Líder del proceso	Asesor Experto con Funciones de Planeación Karina Johanna Blanco Marín
Periodo evaluado	Del 1 de julio de 2017 a 31 de marzo de 2018

II. METODOLOGIA UTILIZADA

El Experto con Funciones de Control Interno para el desarrollo de la función de aseguramiento, aplica el Estatuto de Auditoría, el Código de Ética y la carta de representación así como los lineamientos de las normas internacionales de auditoría, basadas en riesgos.

III. ASPECTOS POSITIVOS

El interés de la Asesora experta con Funciones de Planeación y el personal de apoyo, en actualizar el Sistema de Control Interno, MECI Decreto 943 de 2014 al Decreto 1499 de 2017 COSO y los aspectos relacionados con el MIPG.

Este interés se extiende al compromiso del Director General y demás directos, al aprobar y expedir los documentos necesarios que den línea al interior de CCE, para aplicar los el Sistema de Control Interno establecido en la constitución política de Colombia y desarrollado a través de la Ley 87 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

IV. OPINIÓN GENERAL






La Agencia Nacional de Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente - CCE - desde su creación a la fecha, no ha sido acuciosa en implementar y gestionar efectivamente los sistemas de gestión señalados en las leyes correspondientes, como: Sistema de Control Interno Ley 87 de 1993, hoy modelo COSO, Ley 872 de 2003 Sistema de Gestión de Calidad, derogada el año 2017 y el Sistema de Desarrollo Administrativo Ley 489 de 1998 y sus Decretos reglamentarios 2482 de 2012 actualizado con el Decreto 1499 de 2017.



Si bien se expidieron las Resoluciones para aspectos de los sistemas, se di cumplimiento débil a estas herramientas de gestión. Con la actual administración, como se citó en los aspectos positivos, se ha dado un nuevo aire y compromiso para que esta situación mejore y se cumpla con el mandato legal, de forma eficiente y eficaz.

RESULTADOS CON BASE EN LOS RIESGOS IDENTIFICADOS

HALLAZGOS			
TIPO DE HALLAZGOS IDENTIFICADOS			
OBSERVACIONES	TOTAL	RECOMENDACIONES	TOTAL
	3		1
CRITICAS	3		
MODERADAS	0		
BAJAS	0		

Exposición al riesgos (Tras evaluar Controles)	Conclusión de la Auditoria
 Inaceptable o externo	<input type="checkbox"/> Sin incidencias
 Importante o alto	<input type="checkbox"/> Satisfactoria
 Moderado	<input type="checkbox"/> Incidencia con recomendaciones
 Bajo	<input checked="" type="checkbox"/> Incidencias con requerimiento
 Aceptable	

V. DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EVIDENCIADAS.

No se ha dado cumplimiento a lo señalado en el Decreto 4170 de 2011 artículo 10 numeral "18. Implementar, mantener y mejorar el sistema integrado de gestión institucional", generando un incumplimiento legal y la no mejora en la gestión institucional, al no implementar los sistemas de gestión, generando riesgos de sanciones por parte de los organismos de control. El Sistema de Gestión de Calidad no se implementó con la rigurosidad de la norma NTCGP:1000:2009.

Al evaluar el procedimiento "Evaluación Sistemas de Gestión" ECI-PRC-SG-02 se evidenció lo siguiente:

El objeto del procedimiento no se ajusta a las actividades señaladas debido a que en CCE no se han implementado los sistemas citados como objeto de auditoría.

La caracterización del procedimiento no definió de forma completa el ciclo de mejoramiento, PHVA.

No se definen los controles asociados a las actividades que permitan mitigar los riesgos identificados en el mapa de riesgos por proceso.



No se encontró evidencia de la aplicación y seguimiento de los indicadores definidos para el procedimiento.

Los riesgos identificados para el procedimiento evaluado no se controlan, por lo que no se da continuidad al proceso de gestión de riesgos.

CCE no cuenta con un procedimiento, ni metodología que permita que los líderes de procesos hagan un ejercicio adecuado frente a este componente estratégico en el sistema de Control Interno COSO, que hace parte fundamental del Gobierno Corporativo.

VI. RECOMENDACIÓN DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con los resultados se sugiere:

En el marco del MIPG y con base en los resultados de la evaluación del FURAG II 2017, ajustar los aspectos necesarios que permitan cumplir con lo señalado en la ley para que finalmente redunde en la mejora de la gestión institucional de CCE.

Si bien se cumple con las funciones, de CCE, no se cuenta con elementos que permitan establecer aspectos como eficiencia, eficacia y efectividad de esta gestión.

Actualizar el proceso y los procedimientos para subsanar los aspectos citados anteriormente, con el objeto de fortalecer los elementos del Sistema de Control Interno aplicables del modelo COSO y al MIPG.

Establecer los lineamientos para que todos los procesos de CCE, se ajusten a los nuevos requerimientos normativos, y permitan la gestión efectiva por procesos. No se cuenta con información documentada que evidencie la aplicación del procedimiento evaluado.

Revisar y actualizar los riesgos asociados al procedimiento para relacionar los controles definidos, que permitan controlar y mitigar los riesgos y el cumplimiento de su objetivo.

Establecer el contexto estratégico, el procedimiento y la metodología, es decir el marco de trabajo para la gestión de riesgos en CCE.

Elaborar el Plan de Acción y presentarlo al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para su aprobación y compromiso del nivel directivo.



APORTE AUDITORÍA: Los hallazgos u observaciones y recomendaciones de auditoría inciden en los siguientes aspectos:

Obligaciones legales: (Misionales, laborales, ambientales, seguridad información)	
Obligaciones de cumplimiento (Sistema de Control Interno, MIPG, procedimientos)	1
Mejora de procedimientos de control interno.....	1
Mejora de los procedimientos y documentación de los mismos	1
Gestión y mitigación de los riesgos.....	1

VII. PLAN DE MEJORAMIENTO

El líder del proceso auditado remitió dentro de los términos definidos en el plan de auditoría el plan de mejoramiento correspondiente.

JUDITH ESPERANZA GÓMEZ AMBRANO

Asesor Experto con Funciones de Control Interno



**EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
FICHA EJECUTIVA DE EVALUACIÓN
I SEMESTRE 2018**

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombre del Proceso:	Comunicaciones Procedimiento: Comunicación Interna y Externa
Dependencia responsable del proceso	Dirección
Líder del proceso	Edna Daysir Villagrande Mendoza
Periodo evaluado	1 de julio de 2017 a 31 de marzo de 2018

II. METODOLOGIA UTILIZADA

El Experto con Funciones de Control Interno para el desarrollo de la función de aseguramiento, aplica el Estatuto de Auditoría, el Código de Ética y la carta de representación así como los lineamientos de las normas internacionales de auditoría, basadas en riesgos.

III. ASPECTOS POSITIVOS

Al evaluar el procedimiento de "Comunicación Interna y Externa" CO-PRC-CIE-01, en cada una de sus actividades se encontró que se desarrolla de acuerdo con la identificación de los canales de comunicación interna y externa, con el compromiso de poner a disposición de la ciudadanía y partes interesadas, los aspectos relevantes de la gestión de la Agencia para la Contratación Pública, Colombia Compra Eficiente, como mecanismos de transparencia, aspectos relevantes y de prioridad de la Dirección General en este tema.

Los funcionarios y contratistas responsables del procedimiento cuentan con competencias técnicas importante, logrando piezas de comunicación efectivas, que resaltan la labor de CCE en el fortalecimiento del sistema de contratación pública.

Se pudo evidenciar la aplicación de los principios éticos de CCE, en el desarrollo de las actividades auditadas, así como la no evidencia de aspectos que pueda tipificarse como fraudes.

La oportuna entrega de la información requerida y atención de la auditoría permitió el cumplimiento del objeto de esta.








IV. OPINIÓN GENERAL

El proceso de comunicaciones y en particular el procedimiento "Comunicación Interna y Externa" CO-PRC-CIE-01, cumple con las actividades planteadas, cuenta con la información suficiente de la gestión, presentando mejoras sustanciales a partir del mes de septiembre de 2017, en la medida que se ha definido los mecanismos de solicitud de las diferentes áreas, diagnóstico y definición de la estrategia de comunicaciones y apoyo logístico para su aplicación. De igual forma, se evidencia el uso adecuado de las redes sociales como mecanismos de comunicación actuales y la vanguardia de las nuevas tecnologías.

Se establecieron controles al procedimiento a través de información permanente al Comité Directivo y la realización semanal de los comités editoriales del grupo de comunicaciones, con el objeto de tomar decisiones relacionadas con los temas de orden interno y externo que se deban comunicar, los términos y periodicidad.

RESULTADOS CON BASE EN LOS RIESGOS IDENTIFICADOS



Exposición al riesgos (Tras evaluar Controles)		Conclusión de la Auditoría	
	Inaceptable o externo	<input type="checkbox"/>	Sin incidencias
	Importante o alto	<input type="checkbox"/>	Satisfactoria
	Moderado	<input checked="" type="checkbox"/>	Incidencia con recomendaciones
	Bajo	<input type="checkbox"/>	Incidencias con requerimiento
	Aceptable		

V. DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EVIDENCIADAS

Una vez revisada la información generada por procedimiento de "Comunicación Interna y Externa" CO-PRC-CIE-0, objeto de la auditoría, se encontró que si bien se cuentan con elementos del Sistema de Control Interno, mapa de riesgos, indicadores, procesos y procedimientos documentados, ejercicio de autocontrol, no se evidencia la aplicación de los mismos con la rigurosidad que exige la Ley 87 de 1993 y ahora el Modelo COSO Decreto



1499 de 2017, 7ª dimensión Modelo Integrado de Planeación y Gestión, generando debilidades en la gestión por procesos, gestión de riesgos e implementación de controles efectivos que permitan garantizar la confiabilidad de la información, que soporte la toma de decisiones.

En particular el proceso de comunicaciones requiere su articulación con los aspectos de la política de transparencia, gestión documental, política de gobierno digital, política de integridad, entre otras, que permitan la integración efectiva del MIPG.

Con relación al procedimiento:

- La caracterización del procedimiento no definió de forma completa el ciclo de mejoramiento, PHVA.
- No se definen los controles asociados a las actividades que permitan mitigar los riesgos identificados en el mapa de riesgos por proceso.
- No se encontró evidencia de la aplicación y seguimiento de los 4 indicadores definidos para el procedimiento a saber: lectura de Información (LI), Eficacia del Canal de Información (ECI), Gestión de Redes Sociales (GRS), Gestión de Comunicaciones Internas (GCI).

VI. RECOMENDACIÓN DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con los resultados se sugiere:

Actualizar el proceso y los procedimientos para subsanar los aspectos citados anteriormente, con el objeto de fortalecer los elementos del Sistema de Control Interno aplicables del modelo COSO y al MIPG.

Revisar y actualizar los riesgos y los controles del proceso de Comunicaciones, así como los procedimientos asociados que permitan realizar una efectiva gestión de riesgos, para asegurar razonablemente el cumplimiento de los objetivos.

Desarrollar los diferentes componentes del Sistema de Control Interno que apliquen al proceso y procedimiento, para el control efectivo a sus actividades.

Revisar los elementos aplicados a la rendición de cuentas y ajustarlos a las necesidades y características de CCE. - CONPES 3654. Guía DAFP.



APORTE AUDITORÍA: Los hallazgos u observaciones y recomendaciones de auditoría inciden en los siguientes aspectos:	
Obligaciones legales: (Misionales, laborales, ambientales, seguridad información etc.).....	<input type="checkbox"/>
Obligaciones de cumplimiento (Sistema de Control Interno, MIPG, procedimientos internos).....	1
Mejora de procedimientos de control interno.....	1
Mejora de los procedimientos y documentación de los mismos	1
Gestión y mitigación de los riesgos.....	1

VII. PLAN DE MEJORAMIENTO

El líder del proceso auditado remitió dentro de los términos definidos en el plan de auditoría el plan de mejoramiento correspondiente.

JUDITH ESPERANZA GÓMEZ ZAMBRANO
Asesor Experto con Funciones de Control Interno



**EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
FICHA EJECUTIVA DE EVALUACIÓN
I SEMESTRE 2018**

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombre del Proceso:	Proceso de elaboración de instrumentos para el Sistema de Compra Pública/ Procedimiento para elaboración de proyectos de ley, decretos, circulares y conceptos
Dependencia responsable del proceso	Subdirección Gestión Contractual
Líder del proceso	Luisa Fernanda Vanegas Vidal
Periodo evaluado	1 de julio de 2017 a 31 de marzo de 2018

II. METODOLOGIA UTILIZADA

El Experto con Funciones de Control Interno para el desarrollo de la función de aseguramiento, aplica el Estatuto de Auditoría, el Código de Ética y la carta de representación así como los lineamientos de las normas internacionales de auditoría, basadas en riesgos.

III. ASPECTOS POSITIVOS

En el desarrollo de la auditoría se encontró el compromiso y diligencia de las personas encargadas de la aplicación del procedimiento, lo que permite el cumplimiento de las funciones asignadas a la Subdirección de Contratación, así como desarrollo normal de la auditoría, aspecto que permitió él logró de su objetivo.

Se observa la aplicación de aspectos relacionados con el Gobierno Corporativo, a través de la participación de la Dirección General en la revisión y aprobación de los resultados obtenidos, la cultura ética de los funcionarios, la transparencia al suministrar la información, así como la no evidencia de hechos de fraude en los temas evaluados.

IV. OPINIÓN GENERAL

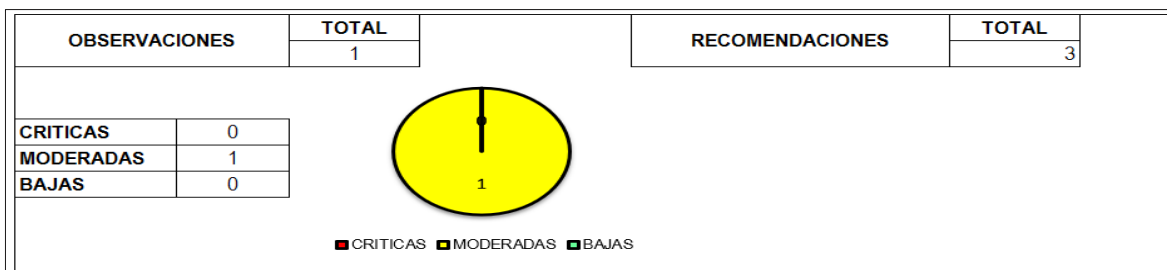
La Subdirección de Contratación cumple con lo señalado en el Decreto 4170 de 2011, artículo 11 numeral " 4. Preparar proyectos de ley o de decreto para ser propuestos al Gobierno Nacional y de circulares externas para ser expedidas por el Director General, en materia de compras y de contratación pública", pero no dentro del marco detallado de las actividades definidas en el procedimiento "Elaboración de proyectos de ley, decretos, circulares y conceptos" GDT_PRC_PN_02 el cual hace parte del mapa de procesos, limitando la aplicación de los controles asociados a los riesgos, el monitoreo permanente








de la eficiencia, eficacia y la contribución del procedimiento a la mejora de la gestión institucional.

Durante el periodo evaluado no se presentaron actividades a ejecutar relacionadas con evaluación de proyectos de ley o decreto, caso contrario a los aspectos de elaboración de circulares, que se encuentra en ejecución con las evidencias correspondientes, no obstante, se identificaron aspectos por mejorar de esa documentación y de los demás temas auditados, los cuales se citan a continuación.

RESULTADOS CON BASE EN LOS RIESGOS IDENTIFICADOS



Exposición al riesgos (Tras evaluar Controles)		Conclusión de la Auditoría	
	Inaceptable o externo	<input type="checkbox"/>	Sin incidencias
	Importante o alto	<input type="checkbox"/>	Satisfactoria
	Moderado	<input checked="" type="checkbox"/>	Incidencia con recomendaciones
	Bajo	<input type="checkbox"/>	Incidencias con requerimiento
	Aceptable		

V. DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EVIDENCIADAS

Una vez revisada la información generada por la Subdirección de Contratación encargada de ejecutar el procedimiento objeto de la auditoría, se encontró que si bien se cuentan con elementos del Sistema de Control Interno, mapa de riesgos, indicadores, procesos y procedimientos documentados, ejercicio de autocontrol, no se evidencia la aplicación de los mismos con la rigurosidad que exige la Ley 87 de 1993 y ahora el Modelo COSO Decreto 1499 de 2017, 7ª dimensión Modelo Integrado de Planeación y Gestión, generando debilidades en la gestión por procesos, gestión de riesgos e implementación de controles efectivos que permitan garantizar la confiabilidad de la información, que soporte la toma de decisiones.

Al evaluar el procedimiento "Elaboración de proyectos de ley, decretos, circulares y conceptos" se evidenció lo siguiente:



El Objetivo del procedimiento "Elaborar y socializar los instrumentos de gestión contractual que requiera el Sistema de Compra Pública." no se ajusta a las actividades definidas.

Desactualización de las actividades debido a que lo relacionado con "Conceptos" se ejecuta a través del Procedimiento de PQRS -PR-02.

No hay claridad sobre las actividades que definen aspectos como "El Director General revisa el contenido y fuentes relevantes, solicita integraciones de ser el caso; de no tener observaciones, avala el plan de trabajo."

La caracterización del procedimiento no definió de forma completa el ciclo de mejoramiento, PHVA.

No se definen los controles asociados a las actividades que permitan mitigar los riesgos identificados en el mapa de riesgos por proceso.

Las salidas del procedimiento, no se documentan con las características definidas en la ficha correspondiente. "Plan de trabajo avalado" "Formulario de observaciones".

El procedimiento no cuenta con indicador para medir el desempeño.

Los riesgos identificados para el procedimiento evaluado son:

"1. Documento elaborado no es idóneo para suplir la necesidad; 2. El proyecto de ley o de decreto, la circular y el concepto se torna obsoleto".

Con relación a estos riesgos se evidenció, que no se realizar el seguimiento a su materialización, las personas entrevistadas manifiestan esta situación.

El control definido en el mapa de riesgo consiste en "Puntos de control propios del procedimiento" y el procedimiento carece de puntos de control.

No se presenta información suficiente que permita establecer la continuidad en la gestión de los riesgos.

VI. RECOMENDACIÓN DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con los resultados se sugiere:

Desarrollar los diferentes componentes del Sistema de Control Interno que apliquen al proceso y procedimiento, para el control efectivo a sus actividades.

Actualizar el proceso y los procedimientos de acuerdo con las actividades que realmente se ejecutan y subsanar los aspectos citados anteriormente, con el objeto de fortalecer los elementos del Sistema de Control Interno aplicables a esta actividad.



Definir la pertinencia de contar con indicadores a nivel de proceso o procedimiento.

Revisar y actualizar los riesgos asociados al procedimiento para relacionar los controles definidos, que permitan controlar y mitigar los riesgos y el cumplimiento de su objetivo.

APORTE AUDITORÍA: Los hallazgos u observaciones y recomendaciones de auditoría inciden en los siguientes aspectos:	
Obligaciones legales: (Misionales, laborales, ambientales, seguridad información etc.).....	<input type="text"/>
Obligaciones de cumplimiento (Sistema de Control Interno, MIPG, procedimientos internos).....	1
Mejora de procedimientos de control interno.....	1
Mejora de los procedimientos y documentación de los mismos	1
Gestión y mitigación de los riesgos.....	1

VII. PLAN DE MEJORAMIENTO

El líder del proceso auditado remitió dentro de los términos definidos en el plan de auditoría el plan de mejoramiento correspondiente.

JUDITH ESPERANZA GOMEZ ZAMBRANO

Asesor Experto con Funciones de Control Interno



**EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
FICHA EJECUTIVA DE EVALUACIÓN
I SEMESTRE 2018**

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombre del Proceso:	Proceso Atención PQRS-PR-02- Procedimientos: PQRS-PRC-REE-02: Radicación entrada PQRS escrita, PQRS-PRC- GV-02: Gestión PQRS verbal, PQRS-PRC- GEU-02: Proyección respuesta PQRS escrito único responsable, PQRS-PRC-GEM-02: Proyección respuesta por escrito múltiples responsable, PQRS-PRC-GEM-02: Radicación de salidas de respuestas escritas.
Dependencia responsable del proceso	Secretaría General
Líder del proceso	Silvia Juliana Ramírez Rosas
Periodo evaluado	1 de julio de 2017 a 31 de marzo de 2018

II. METODOLOGIA UTILIZADA

El Experto con Funciones de Control Interno para el desarrollo de la función de aseguramiento, aplica el Estatuto de Auditoría, el Código de Ética y la carta de representación así como los lineamientos de las normas internacionales de auditoría, basadas en riesgos.

III. ASPECTOS POSITIVOS

Se puede evidenciar el interés por parte de las diferentes áreas de dar cumplimiento a la atención oportuna de las PQRS, a través de la aplicación de mecanismos de control y personal destinado para este aspecto.

IV. OPONIÓN GENERAL

Finalizada la auditoría se cumplió con el objetivo planteado, evidenciando que el proceso y procedimientos definidos en el mapa de proceso para la gestión de PQRS en CCE, no se aplican de forma estricta y no corresponden a las actividades que realizan las subdirecciones y Secretaría General que atienden las peticiones. Si bien se cumple en términos generales con las fechas para cada solicitud, también es cierto que se identificaron desviaciones en los resultados que requieren atención por parte de la alta dirección, y el líder del proceso para estandarizar los controles, y la aplicación estricta del marco legal

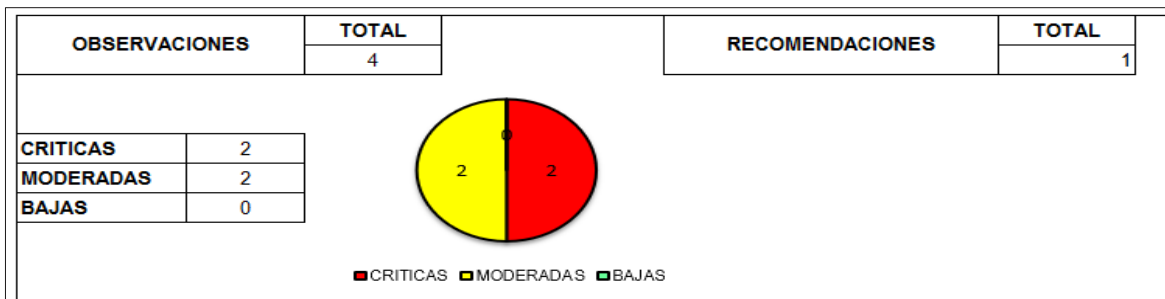







correspondiente, esto asociado a que no se gestionan los riesgos por proceso y corrupción de la gestión de PQRS.

Se encontró debilidad en la información y el seguimiento a los radicados pendientes de trámite del año 2017, debido al cambio de personal y la no trazabilidad de la documentación, así como la fecha correcta de respuesta.

De igual forma, el sistema que soporta la atención de PQRS, POXTA, presenta debilidades en su funcionamiento y los usuarios no cumplen con la actualización de la información al no cerrar los casos una vez se da la respuesta correspondiente.

RESULTADOS CON BASE EN LOS RIESGOS IDENTIFICADOS



Exposición al riesgos (Tras evaluar Controles)		Conclusión de la Auditoría	
	Inaceptable o externo	<input type="checkbox"/>	Sin incidencias
	Importante o alto	<input type="checkbox"/>	Satisfactoria
	Moderado	<input checked="" type="checkbox"/>	Incidencia con recomendaciones
	Bajo	<input type="checkbox"/>	Incidencias con requerimiento
	Aceptable		

V. DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EVIDENCIADAS

Revisada la aplicación del proceso y procedimientos caracterizados en el mapa de Procesos de CCE y publicado en la página Web, se evidenció que no se da cumplimiento estricto a las actividades allí señaladas, debido a lo siguiente:

No se cuenta con la política institucional, el plan de acción y los protocolos asociados con las PQRS, definidas en el proceso Actividad 1. Proceso Atención PQRS -PR-02.



Los Procedimientos PQRS-PRC-REE-02: Radiación entrada PQRS escrita, el procedimiento PQRS-PRC-GEU-02: Proyección respuesta PQRS escrito único responsable, y PQRS-PRC-GEM-02: Radicación de salidas de respuestas escritas se aplican parcialmente, las actividades no se encuentran en ordenadas de acuerdo con el correcto desarrollo del procedimiento e incluso están repetidas. No se identifica el ciclo de mejora continua solo se tiene el "Hacer" y en el procedimiento de radicación no se identifican actividades del ciclo PHVA. No se identifican puntos de control.

Los PQRS-PRC-GV-02: Gestión PQRS verbal, PQRS-PRC-GEM-02: Proyección respuesta por escrito múltiples responsable, no se aplican en la gestión de las PQRS.

El proceso no tiene definido indicadores para realizar el análisis de la atención de PQRS.

Lo anterior, presenta riesgos legales y de cumplimiento debido a la falta de controles y seguimiento a los informes sobre este aspecto.

Revisado el mapa de riesgos de procesos y corrupción no se evidenció la gestión de los riesgos asociados a la gestión de atención de PQRS, incumpliendo el Decreto 124 de 2016 en la guía para la Gestión de Riesgos de Corrupción a la cual hace parte de la norma en comento, así como la Norma Técnica ISO 31000 la cual fue adoptada por CCE a través de la Resolución 103 de 2013, generando eventos negativos para la agencia y los encargados de atender las PQRS, frente a sanciones o investigaciones disciplinarias.

En el Anexo No 1 sobre las revisiones realizadas en la auditoría al sistema POXTA y los archivos de Excel utilizado como control en las diferentes áreas, se evidenció que en varios casos no se atendió oportunamente la PQRS.

En la revisión de 87 radicados en el sistema POXTA, con las diferentes áreas de la agencia, se encontraron varias situaciones que permiten evidenciar debilidades en la gestión oportuna de la totalidad de las PQRS que se radican en CCE, a saber:

Se encontraron radicados del año 2017 y 2018 sin trámite.

Los responsables de las respuestas lo hacen dentro de los términos señalados en las normas sobre el tema, pero no cierran el caso en POXTA, generando reportes equivocados.

En varios casos no se da trámite debido a que se reciben copias o informativos pero esta situación no que declara en POXTA, y este lo da como sin trámite y vencido.

Cuando se publican las respuestas en la página web de CCE, los documentos no registran la fecha correspondiente y no cierre en POXTA el caso.



Al momento de radicar la persona encargada tifica el documento de acuerdo con los criterios del sistema POXTA, cuando llega al área encargada de atender la PQRS, en el archivo de Excel de control, cambia esta tipificación y toma otros tiempos para atender el tema, pero POXTA lo sigue reporta neto con la fecha inicial generando vencimientos.

Para atender las QPRS se socialista ampliación del plazo para dar respuesta, pero no se evidencia la respuesta del peticionario y tampoco se deja la trazabilidad de esta solicitud en POXTA generado reporte de vencido.

Se atienden PQRS a través del sistema GLPI pero no cierran los casos en POXTA quedando abiertos y sin trámite.

El sistema POXTA de acuerdo con las fechas revisadas en las áreas de CCE, cuenta los festivos para establecer la fecha máxima de respuesta.

POXTA genera los siguientes radicados de salida: Radicado 'f830297c-4af3-4fa9-80a0-a4e3ca3b2237' no permitiendo identificar el numeral real de la respuesta.

El sistema POXTA, no es la herramienta que las diferentes áreas de CCE utilizan como control para la gestión de PQRS, se realiza en forma manual y cada uno con criterios diferentes.

El reporte generado en POXTA y enviado por la Secretaria General presenta varias inconsistencias, en las fechas de respuesta y los tiempos que se toma para dar respuesta, de igual forma los datos correctos del peticionario entre otros temas.

Los controles, archivos de Excel de las áreas, no contienen la información completa del año 2017, manifestaron los entrevistados que eran otras personas las encargadas de ese tema, generando incertidumbre sobre los documentos correspondientes de ese año, incluso los archivos se iniciaron en abril o mayo del presente año para controlar las PQRS.

En el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC, en el componente de Servicio al Ciudadano se encuentra definido monitoreo e informes de PQRS, pero en la aplicación de las pruebas de auditoría no se evidenció la elaboración de los informes de las PQRS, el análisis por parte de la alta dirección y las acciones tomadas como resultado de este análisis, lo que genera incumplimiento al PAAC, y los aspectos normativos relacionados con la gestión de PQRS.

Los riesgos que se pueden generar sobre este aspecto son incumplimientos legales, sanciones disciplinarias, pérdida de imagen institucional, cuando no se contesta de fondo, dentro de los términos y al interior de la CCE no se toman las acciones de mejora correspondientes.

Como se ha señalado en los ítems anteriores, el sistema POXTA presenta restricciones y debilidades para el control efectivo de las PQRS en CCE, a través de los contratos CCE-



539-BID-2017 y CCE-695-46-2018 suscritos con IO Innovation Place, se soporta el sistema POXTA, se sugiere revisar las obligaciones de contratista para establecer la viabilidad de realizar los ajustes necesario de acuerdo con los temas identificados y descritos en los resultados de la auditoría.

VI. RECOMENDACIÓN DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con los resultados se sugiere:

Definir, documentar y socializar la política institucional de atención de PQRS en CCE y actualizar el proceso y procedimientos para definir las políticas de operación, los controles, indicadores y riesgos.

Realizar la gestión de los riesgos de proceso y corrupción asociados a la gestión de las PQRS en CCE.

Revisar los aspectos señalados, definir políticas para el trámite de copias de documentos o informativos, capacitar a las personas encargadas de atender PQRS sobre el uso de POXTA, y las persona que finalmente dan la respuesta sean quien cierran el radicado en este aplicativo.

Realizar informes consolidados periódicos sobre el comportamiento de las PQRS en CCE, temas frecuentes, seguimiento de temas críticos por parte de la alta dirección y tomar acciones de mejora cuando sea necesario.

Revisar los ajustes que se deben realizar al sistema POXTA, para el control efectivo de las PQRS, ya que las áreas utilizan controles manuales, hoja de Excel para este efecto, o revisar otras opciones que estén al alcance de los recursos de CCE.

APORTE AUDITORÍA: Los hallazgos u observaciones y recomendaciones de auditoria inciden en los siguientes aspectos:	
Obligaciones legales: (Misionales, laborales, ambientales, seguridad información etc.).....	1
Obligaciones de cumplimiento (Sistema de Control Interno, MIPG, procedimientos internos).....	1
Mejora de procedimientos de control interno.....	1
Mejora de los procedimientos y documentación de los mismos	1
Gestión y mitigación de los riesgos.....	1



VII. PLAN DE MEJORAMIENTO

El líder del proceso auditado remitió dentro de los términos definidos en el plan de auditoría el plan de mejoramiento correspondiente.

JUDITH ESPERANZA GÓMEZ ZAMBRANO

Asesor Experto con Funciones de Control Interno

