

PROYECTO DE GRADO

“Diseño de un modelo de planificación de auditorías internas basadas en riesgos para la alcaldía de Santa Marta, bajo la metodología del Benchmarking”

CABAS PINEDO LORENA

MEJIA VILLANUEVA JOSE FERNANDO

Trabajo presentado a las profesoras:

Ing. Carmenza Luna

Ing. Carmen Berdugo

En la asignatura: PROYECTO DE GRADO



BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD DEL NORTE

MAESTRIA EN INGENIERIA ADMINISTRATIVA

II SEMESTRE

2016

"El informe del proyecto que figura en este documento no ha sido presentado previamente para optar por un título o diploma en esta o en cualquier otra institución de educación superior. Es resultado del conocimiento y creencia de los autores y no contiene ningún material publicado o escrito por otra persona excepto donde previamente se hace la debida referencia"

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo lo dedico a Clara Elena, por entender las ausencias que genera el estudio y su constante apoyo para continuar. A mi hijo Fernando José, producto de nuestro amor. A mis padres por haber inculcado en mí el interés por el estudio y la superación personal y a la Alcaldía de Santa Marta, por brindarme espacios para seguir progresando académica y profesionalmente.

Jose F. Mejia Villanueva

Es de gran felicidad y satisfacción poder finalizar una etapa más de mi vida, ver el fruto de un gran esfuerzo, y por ello quiero aprovechar el momento y agradecer a mi gran salvador y señor Dios, a mis padres José y Ruth y suegros Álvaro y Carmen, a mi querido esposo William, a mis hermanos Hernán, Diana y Laura, a la empresa a la cual hago parte Relianz Mining Solutions y a nuestra tutora Carmen, quienes a través de este tiempo contribuyeron con su experiencia, dedicación, paciencia, apoyo y comprensión para alcanzar esta meta propuesta, deseando enormemente que este sea la continuación de muchos logros en este inmenso sendero que debemos andar.

Lorena B. Cabas Pinedo

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN..... | 8 |
| Capítulo 1. PRESENTACION DEL PROYECTO..... | 10 |
| 1.1. Introducción..... | 10 |
| 1.2. Descripción general de la entidad..... | 11 |
| 1.2.1 Plataforma Estratégica. | 11 |
| 1.2.2 Estructura orgánica y administrativa. | 13 |
| 1.2.3 Estructura de procesos Alcaldía de Santa Marta | 14 |
| 1.3 Planteamiento del problema | 17 |
| 1.4 Objetivos..... | 19 |
| 1.4.1 Objetivo General..... | 19 |
| 1.4.2 Objetivos específicos | 19 |
| 1.5 Alcance | 20 |
| Capítulo 2. MARCO DE REFERENCIA..... | 21 |
| 2.1. Introducción..... | 21 |
| 2.2. Marco conceptual | 21 |
| 2.3. Marco teórico..... | 24 |
| 2.3.1. Control Interno..... | 24 |
| 2.3.2 Auditorías basadas en riesgos | 42 |
| 2.3.3. Modelo Administrativo Benchmarking..... | 45 |
| 2.4. Marco legal | 55 |

| | |
|---|-----------|
| Capítulo 3 PROPUESTA DE DISEÑO | 56 |
| 3.1. Introducción..... | 56 |
| 3.2. Diagnóstico del estado de la Auditoría Interna en la Alcaldía de Santa Marta | 56 |
| 3.3 Metodología de Benchmarking | 59 |
| 3.3.1. Planificación..... | 60 |
| 3.3.2. Análisis comparativo..... | 61 |
| 3.3.3 Resultados y Mejoras..... | 68 |
| 3.4 Diseño del modelo de planificación de auditorías..... | 70 |
| 3.5 Conclusiones..... | 79 |
| Capítulo 4 VALIDACION Y ANALISIS DE RESULTADOS..... | 80 |
| 4.1 Introducción..... | 80 |
| 4.2 Variables para planificación de auditorías internas | 80 |
| 4.3 Aplicación del modelo..... | 83 |
| 4.3.1 Importancia estratégica del proceso. | 85 |
| 4.3.2 Recursos económicos asignados al proceso. | 86 |
| 4.3.3 Acciones correctivas..... | 88 |
| 4.3.4 Requerimientos de la alta dirección. | 89 |
| 4.3.5 Nivel de PQR..... | 90 |
| 4.3.6 Análisis de resultados | 92 |
| 4.4 Plan de implementación del modelo de planificación | 94 |
| 4.5 Responsabilidades | 94 |
| 4.6 Conclusión..... | 95 |
| 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 96 |
| 5.1. Introducción..... | 96 |
| 5.2. Resultados por objetivos..... | 96 |

| | |
|--|------------|
| 5.3. Recomendaciones | 99 |
| 5.4. Líneas de futuro | 100 |
| ANEXOS..... | 96 |
| ANEXO 1: PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS..... | 102 |
| ANEXO 2: MAPA DE RIESGOS..... | 106 |
| BIBLIOGRAFÍA | 148 |

TABLA DE ILUSTRACIONES

| | |
|---|----|
| Ilustración 1 Mapa de procesos Alcaldía de Santa Marta | 14 |
| Ilustración 2 Estructura del modelo de Control interno de COSO..... | 26 |
| Ilustración 3 Modelo del cumplimiento de control interno | 34 |
| Ilustración 4 Nivel de criticidad del riesgo..... | 64 |
| Ilustración 5 Expectativas de la alta dirección. | 64 |
| Ilustración 6 Importancia estratégica del proceso | 65 |
| Ilustración 7 Recursos económicos asignados al proceso | 66 |
| Ilustración 8 Planes de mejoramiento..... | 67 |
| Ilustración 9 Modelo de planificación de auditorías internas..... | 70 |
| Ilustración 10 Variables de planificación de auditorías internas..... | 74 |

LISTADO DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Benchmarking según Robert Camp..... | 49 |
| Tabla 2 Benchmarking según Spendolini..... | 51 |
| Tabla 3 Modelo de Benchmarking para la investigación | 54 |
| Tabla 4 Ejecución del programa anual de auditorías internas | 59 |
| Tabla 5 Modelo de Benchmarking para la investigación | 60 |
| Tabla 6 Ponderaciones para cada criterio. | 67 |
| Tabla 7 Análisis comparativo Alcaldías (Santa Marta y Medellín) / Fuente Propia..... | 68 |
| Tabla 8 Ponderación de variables..... | 76 |
| Tabla 9 Fuentes de información – Alcaldía de Santa Marta | 76 |
| Tabla 10 Indicadores de gestión de la actividad de auditoría..... | 78 |
| Tabla 11 Nivel de criticidad del riesgo..... | 81 |
| Tabla 12 Nivel de criticidad del riesgo por procesos | 83 |
| Tabla 13 Importancia estratégica del cada proceso | 85 |
| Tabla 14 Recursos económicos asignados a cada proceso | 87 |
| Tabla 15 Acciones correctivas vigentes por procesos | 88 |
| Tabla 16 Requerimientos de la Alta dirección | 89 |
| Tabla 17 Nivel de PQR por procesos | 90 |
| Tabla 18 Planificación de auditorías por procesos | 93 |

RESUMEN

En la Alcaldía de Santa Marta, como en todas las entidades públicas del país, debe tenerse implementado un sistema de control interno para garantizar que las acciones se ejecuten dentro del marco legal aplicable. Dentro de este sistema de control, se exige que exista un componente de seguimiento y evaluación el cual lo desarrollan normalmente las oficinas de control interno, a través, de las auditorías internas.

Esta práctica o actividad, permite dar a conocer a la alta dirección las causas para activar procesos de mejoramiento, detección y prevención de fraude o actos de corrupción, bajo criterios técnicos, objetivos e independientes.

Ahora bien, para que la auditoria alcance estos objetivos, debe estar antecedida de una etapa inicial de planificación, en la que se identifican los procesos a auditar y el orden o prioridad según el nivel de riesgo de cada uno; como se indica, el ejercicio de planificación de programa de auditoria requiere de la aplicación de criterios de priorización y ponderación con base en variables que arrojan los mismos procesos a auditar; esta planificación produce los programas de auditorías basados en riesgos.

En este trabajo práctico de aplicación, se utilizará la metodología de Benchmarking para que a partir de su resultado se diseñe un modelo que le permita a la Dirección de Control Interno de la Alcaldía de Santa Marta, planificar la labor de auditoria interna con base en riesgos.

PALABRAS CLAVES: Alcaldía, Auditoria Interna, Planificación, Riesgos, Entidad Pública.

ABSTRACT

In the Town Hall of Santa Marta, as in all public entities in the country, an internal control system must be implemented to ensure that actions are carried out within the applicable legal framework. Within this control system, a monitoring and evaluation component is required which is normally developed by internal control office, through internal audits.

This activity makes it possible to inform top management of the causes for activating processes for the improvement, detection and prevention of fraud or acts of corruption, under technical, objective and independent criteria.

However, for the audit to achieve these objectives, it must be preceded by an initial stage of planning, which identifies the processes to be audited and the order or priority according to the risk level of each one.

As indicated, the planning exercise of audit program requires the application of criteria of prioritization and weighting based on variables that yield the same processes to audit; this planning produces risk-based audit programs.

In this practical application, Benchmarking methodology will be used so that from its result a model is designed that allows the Internal Control Department of the Municipality of Santa Marta to plan the internal audit work based on risks

KEYWORDS: Town hall, Internal audits, Planning, risks, Public entity.

Capítulo 1. PRESENTACION DEL PROYECTO

1.1. Introducción

El estado colombiano ha dispuesto que en todas sus entidades se implemente un sistema de control interno como herramienta administrativa de evaluación de la gestión, con el objetivo de garantizar que los recursos públicos sean usados y destinados para el fin con el que fueron dispuestos. Dentro de este sistema, se cuenta a las unidades de control interno como instancia independiente de evaluación de la gestión, a través de las auditorías internas.

En la actualidad la auditoría interna enfrenta un desafío global respecto de la función que ella cumple en la organización, pretendiendo que esta herramienta trascienda del campo de la mera identificación de riesgos y fraudes en transacciones, a jugar un rol más estratégico para beneficio de la organización. Este nuevo enfoque ha sido denominado, auditorías basadas en riesgos, el cual permite la planificación y ejecución de auditorías internas sobre los procesos de la organización significativos en relación con los tipos de riesgos que ella enfrenta, generando eficiencia en el uso de los recursos de auditoría.

Sin embargo, más allá de la aceptación general del enfoque de auditorías basadas en riesgos, no se encuentra un modelo para planificación de las mismas, adaptado a las particularidades de las Alcaldías de Colombia. Es por ello que con este trabajo práctico se pretende generar como resultado un modelo de planificación de auditorías internas basadas en riesgos para la Alcaldía Distrital de Santa Marta, usando la metodología de Benchmarking.

1.2. Descripción general de la entidad.

El artículo 1° de la ley 136 de 1994 define que “el municipio es la entidad territorial fundamental de la división político administrativa del estado, con autonomía política, fiscal y administrativa, dentro de los límites que señalan la constitución y la Ley y cuya finalidad es el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población en su respectivo territorio.”

Para el caso de los municipios o distritos se denominan a estas entidades territoriales alcaldías. De ahí entonces que es posible decir que la Alcaldía Distrital de Santa Marta, es la “empresa” que se encarga de satisfacer las necesidades básicas de los habitantes de esta ciudad y promover el desarrollo económico y social con criterios de inclusión social, sostenibilidad ambiental y calidad de bienes y servicios públicos.

Se presentará a continuación una breve reseña de la plataforma estratégica de la entidad y de la estructura orgánica de la misma.

1.2.1 Plataforma Estratégica.

Actualmente la entidad cuenta con una plataforma estratégica con un horizonte de cuatro años (2016 – 2019), documentada en el Plan de Desarrollo “Unidos por el Cambio, Santa Marta ciudad del Buen Vivir”.

- Misión

La alcaldía de Santa Marta promueve la prosperidad colectiva, garantizando la participación ciudadana, la convivencia y la transparencia, mejorando las condiciones de productividad y competitividad para el desarrollo económico y social de la ciudad, con criterios de inclusión social, sostenibilidad ambiental y calidad de bienes y servicios públicos.

- **Visión**

Santa Marta en el año 2019 será una ciudad con mayores niveles de equidad, que habrá avanzado hacia el desarrollo humano integral, mediante la reducción de la pobreza extrema, el aumento de la inclusión social y mejores condiciones de vida digna para las mayorías, a través de inversiones públicas y alianzas estratégicas con el sector privado. Será una ciudad con más seguridad y mejor convivencia, competitiva, productiva y atractiva para la inversión, proyectada hacia el turismo sostenible nacional e internacional, que ha planificado su desarrollo y ordenado su territorio de manera sustentable a largo plazo. Con una sociedad civil participativa, solidaria y corresponsable y una nueva gobernabilidad, que ha conquistado la confianza de la ciudadanía, por el manejo transparente y responsable de los recursos públicos. Santa Marta será una ciudad de gente amable con acceso incluyente a infraestructuras renovadas, equipamientos, servicios y urbanismo social. Con una puesta en valor del potencial de sus recursos ecológicos, históricos y culturales que le confieren un alto sentido de identidad y de pertenencia. Una ciudad en donde niños, niñas y jóvenes son sujetos de derechos y donde la inversión pública privilegia su especial protección.

- **Líneas estratégicas**

Eje 1. Santa Marta camina en paz y reconciliada: Busca promover las condiciones para que la ciudad construya y consolide una cultura de paz, donde la reconciliación sea el principio rector de toda la dinámica social e institucional.

Eje 2. Santa Marta con equidad social y bienestar: Tienen como objetivo profundizar el cambio social para consolidar a la ciudad como generadora de condiciones de inclusión económica social, cultural, política, institucional y territorial.

Eje 3. Santa Marta con economía competitiva y empleadora: Pretende liderar el diseño, seguimiento y coordinación de políticas que incrementen la competitividad del distrito y eliminen las barreras para la competencia y el crecimiento económico y la inversión.

Eje 4. Santa Marta con hábitat sostenible y ordenada: Busca preservar los recursos naturales para que los rasgos de la calidad de vida se caractericen por la infraestructura renovada y generosos espacios públicos accesibles para todos.

Eje 5. Santa Marta con gobierno eficiente, moderno y participativo: Su objetivo es garantizar una estructura de gestión pública basada en esquemas de nueva gobernanza cuyos pilares sean la prioridad en el ejercicio público, la gestión por resultados, la interacción con nuevas ciudadanías y la adopción de procesos de gestión por sistemas de información, para ganar en eficiencia, eficacia y transparencia.

1.2.2 Estructura orgánica y administrativa.

La estructura central de la Alcaldía de Santa Marta, está en cabeza del Despacho de Alcalde Distrital, unidad de donde se desprenden oficinas asesoras, direcciones administrativas, gerencias de proyectos y secretarías de despacho, así:

DESPACHO DEL ALCALDE

Oficina Asesora Jurídica

Dirección Administrativa de Control Interno

Dirección Administrativa de Control Disciplinario

Dirección de Prensa y Comunicaciones

Dirección de Cultura, Recreación y Deportes

Dirección de Unidad técnica de transporte y tránsito

Oficina de Contratación

Gerencia de Proyectos Turísticos

Gerencia de Infraestructura

Secretaría de gobierno

Secretaría de salud

Secretaría educación

Secretaría de planeación

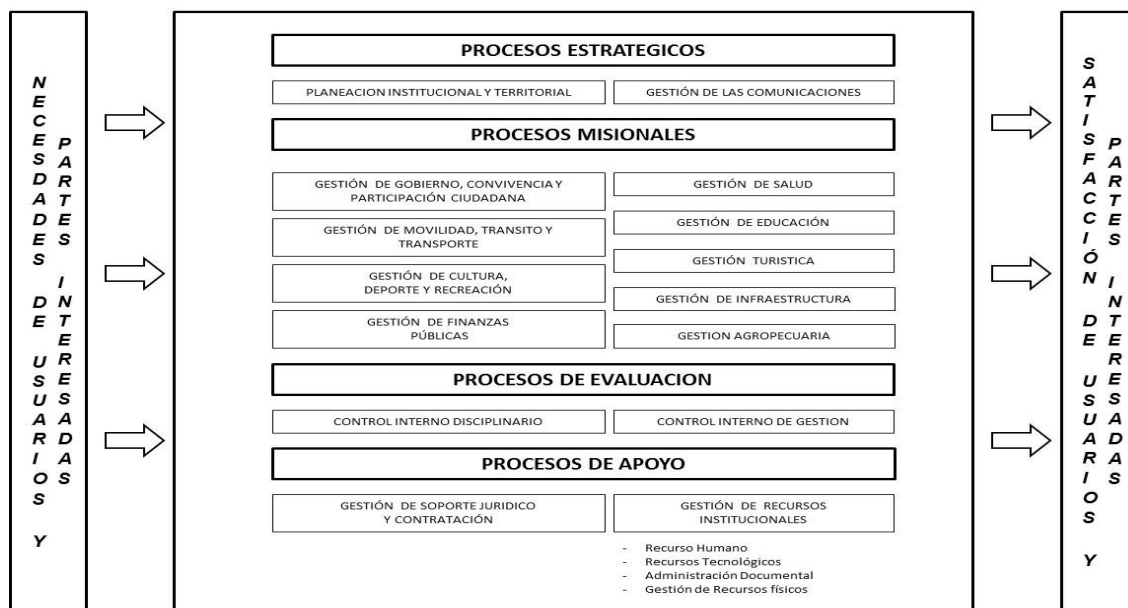
Secretaría general

Secretaría de hacienda

1.2.3 Estructura de procesos Alcaldía de Santa Marta

El mapa presenta la descripción grafica de la interacción de los procesos de la entidad, a fin de convertir necesidades de los usuarios en productos o servicios que los satisfagan, como se muestra a continuación:

Ilustración 1 Mapa de procesos Alcaldía de Santa Marta



Fuente: Alcaldía de Santa Marta

La estructura del mapa de procesos se desagrega en cuatro macro procesos, que a su vez se integran de quince procesos.

Procesos estratégicos: Son los encargados de dictar las estrategias de planeación institucional de la entidad y del territorio, así como las políticas en materia de comunicaciones internas y externas. Se compone de los siguientes procesos:

- Planeación institucional y territorial: Encargado de formular e implementar la estrategia institucional de la entidad y las políticas económicas y sociales del territorio.
- Gestión de las comunicaciones: Definir y ejecutar la política de comunicación de la entidad dirigida a usuarios interno y externos

Procesos misionales: Su labor es ejecutar la estrategia dictada por los procesos estratégicos, a favor de las necesidades y expectativas de los ciudadanos. Se integra de los siguientes procesos:

- Gestión de gobierno, convivencia y participación ciudadana: Mantener y promover la convivencia y seguridad del territorio, así como la participación ciudadana.
- Gestión de movilidad, tránsito y transporte: Promover, ejecutar y desarrollar alternativas viables para una estructura de movilidad y tránsito acorde a las políticas de vigilancia, regulación y control de la ciudad.
- Gestión de cultura, deporte y recreación: Fomentar e incentivar la práctica de deporte y aprovechamiento del tiempo libre en disciplinas culturales.
- Gestión de finanzas públicas: Administrar adecuadamente los recursos financieros de la entidad, garantizando solvencia económica, racionalidad del gasto y fortalecimiento de los ingresos.
- Gestión de salud: Dirigir, coordinar y garantizar la calidad y cobertura del sector salud y del sistema general de seguridad social en el territorio.
- Gestión de educación: Garantizar la oferta educativa del Distrito, promoviendo el acceso, calidad y pertinencia de la educación pública.

- Gestión turística: Desarrollar y gestionar actividades para el fomento y promoción de la oferta turística de la ciudad.
- Gestión de infraestructura: Apoyar técnicamente el diseño y ejecución de obras de infraestructura
- Gestión agropecuaria: Incentivar el desarrollo económico del sector rural, a través de la asistencia técnica y apoyo en el diseño de proyectos productivos.

Procesos de evaluación: Son los procesos encargados de evaluar de forma objetiva e independiente, la gestión realizada por los demás funcionarios y procesos.

- Control interno de gestión: Evaluar de forma independiente y objetiva la gestión y resultados de los procesos de la entidad.
Este proceso es el objeto de aplicación del presente trabajo, dado que dentro de sus funciones tiene la de planear y ejecutar las auditorías internas a los distintos procesos de la entidad.
- Control disciplinario: Evaluar la conducta de los funcionarios de la entidad en razón a denuncias o de forma oficiosa.

Procesos de apoyo: Se encargan de garantizar la existencia de todos los recursos requeridos por los demás procesos para el normal desarrollo de las funciones estratégicas, misionales y administrativas. Se conforma de los siguientes procesos:

- Gestión de soporte jurídico y contratación: Asesorar jurídicamente a todas las dependencias de la entidad, así como adelantar los procesos de contratación.
- Gestión de Recursos institucionales: Garantizar la disposición de los recursos humanos, técnicos y físicos para el normal desarrollo de las actividades misionales y de funcionamiento de la Alcaldía.

1.3 Planteamiento del problema

En Colombia todas las entidades públicas, en todos sus órdenes, tienen un sistema de control interno que se ejerce por mandato constitucional y legal¹. Este sistema se define como aquel integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos (Congreso de la República, 1993).

Uno de esos mecanismos de verificación y evaluación es la auditoría interna, función que les corresponde ejecutar a las oficinas de control interno de cada entidad.

Para la ejecución de la auditorías se inicia por un ejercicio de planificación, que se debe establecer partiendo de la programación general para posteriormente realizar la planeación de la Auditoría sobre la base de **análisis de riesgos relevantes**, la ejecución, la comunicación de resultados y seguimiento a las acciones de mejora (DAFP, 2014).

Esto quiere decir que la planificación de auditorías internas, debe sustentarse en un análisis de los riesgos más relevantes de los procesos de la entidad.

En este mismo sentido, la Organización Internacional para la Estandarización – ISO, en referencia a la gestión de un programa de auditoría, plantea que se debería dar prioridad a asignar los recursos del programa de auditoría para auditar aquellos temas de mayor significancia dentro del sistema de gestión (ISO, 2011).

¹ Artículo 209 de la Constitución política de Colombia, ley 87 de 1993, Decreto 1599 de 2005 Ley 1474 de 2011, Decreto 943 de 2014.

El mismo organismo internacional plantea que este concepto es comúnmente conocido como **auditoría basada en riesgos**, pero advierte que no, da lineamientos adicionales para auditorías basadas en riesgos.

Otro referente en el ámbito de auditorías internas son las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna, que en lo que respecta a la planificación de las auditorías, plantean que el director ejecutivo de auditoría debe establecer un plan basado en los riesgos, a fin de determinar las prioridades de la actividad de auditoría interna. Dichos planes deberán ser consistentes con las metas de la organización (IIA, SF)

De lo anterior se llega a la conclusión, que existe consenso en estas organizaciones en razón a que los programas de auditoría interna deben sustentarse en la evaluación de los riesgos de la empresa o entidad y de cada proceso en particular, esto con el objetivo de priorizar los procesos con mayor significancia para la empresa en razón con su importancia y nivel de criticidad relacionado con los riesgos. Sin embargo ninguna de las anteriores instituciones, léase, DAFP, ISO e IIA, presentan una metodología o modelo tipo para planificar las auditorías internas basadas en el enfoque de riesgos.

Expuesto lo anterior, surge la siguiente pregunta problema:

¿Un modelo de planificación de auditorías internas basadas en riesgos, apoyará la gestión de auditoría en la Alcaldía de Santa Marta?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Diseñar un modelo de planificación de auditorías internas basadas en riesgos para la alcaldía de Santa Marta, con el fin de apoyar la gestión de la oficina de control interno, utilizando la metodología de Benchmarking.

1.4.2 Objetivos específicos

- Realizar un diagnóstico del estado del componente de auditoría interna de la Alcaldía de Santa Marta, a través del desempeño y resultados recientes, para que sirva de línea de referencia en el desarrollo de la metodología de Benchmarking.
- Identificar y analizar las variables de planificación de auditorías internas bajo la metodología de Benchmarking, para determinar su aplicación en la alcaldía de Santa Marta.
- Establecer la ponderación de las variables de planificación de auditorías internas, para determinar el grado importancia dentro del modelo
- Diseñar un plan para la implementación del modelo de planificación de auditorías internas, con el fin de determinar etapas y responsables de implementación en la Alcaldía de Santa Marta.
- Establecer indicadores de gestión para el monitoreo o KPI's de la ejecución del programa de auditorías internas.

1.5 Alcance

El presente trabajo se realiza para aplicación en la Alcaldía Distrital de Santa Marta, específicamente en la Dirección Administrativa de Control Interno, con el fin de mejorar la gestión de auditoría interna, basados en la metodología de Benchmarking.

Capítulo 2. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Introducción

Durante esta sección, se ubicará la investigación dentro de los lineamientos que han sido desarrollados en el curso del tiempo por autores con reconocimiento en la temática a abordar. En este sentido, se presentará una descripción de los conceptos y métodos que dan sustento a la propuesta de investigación, así como la determinación de aquellos que serán útiles en la aplicación de este proyecto.

En el desarrollo de este capítulo, y tras listar todos los conceptos y métodos aplicados, contaremos con las bases suficientes para poder escoger nuestro modelo de benchmarking que será aplicado a esta propuesta.

2.2. Marco conceptual

En esta sección se registran los conceptos de mayor relevancia que van a servir de base en la investigación y posterior diseño del modelo de planificación de auditorías internas basadas en riesgos para la alcaldía de Santa Marta

- i. Alcaldía:** Es la organización que se encarga de la administración local en un pueblo o ciudad, compuesta por un alcalde y varios concejales para la administración de los intereses de un municipio. (Real Academia Española, 2014)
- ii. Auditoría Interna:** Actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para aportar los lineamientos de buenas prácticas que ayuden a mejorar las operaciones de una organización. Ayuda a cualquier entidad a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de

los procesos de control de riesgos y gobierno (Instituto internacional de auditores, s.f.).

- iii. Riesgos:** Es la posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos institucionales o del proceso. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias (DAFP, 2014).

- iv. Administración del riesgo:** Proceso efectuado por la alta dirección de la entidad y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos (DAFP, 2014).

- v. Sistema de Control Interno:** Es aquel integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

- vi. Auditoría basada en riesgos:** Es una forma de conducir las auditorías internas y externas aplicadas a diferentes tipos de procesos (Operativos, administrativos o financieros), con enfoque preventivo y proactivo basando su planeación y desarrollo en una muestra de eventos de riesgo inherentes que pudieran causar el mayor impacto negativo en la entidad, para confirmar si el manejo de las operaciones y de la información se realizan de conformidad con las buenas y mejores prácticas de control interno y seguridad, las reglas del negocio, normas, leyes y regulaciones aplicables.

- vii. Instituto Internacional de Auditores:** Es la principal asociación profesional de magnitud internacional, que posee el liderazgo mundial en investigación, educación,

guía tecnológica y certificación de auditores internos (Instituto internacional de auditores internos de Colombia, 2016).

viii. Benchmarking: Es un proceso sistemático y continuo para evaluar los productos, servicios y procesos de trabajo de las organizaciones que son reconocidas como representantes de las mejores prácticas con el propósito de realizar mejoras organizacionales.

ix. Planificación de auditorías: Es la primera fase del proceso de la auditoría y de ello dependerá la eficiencia y efectividad del logro de los objetivos propuestos, utilizando los recursos estrictamente necesarios.

El desarrollo de esta fase debe ser cuidadosa, creativa, positiva e imaginaria, debe considerar alternativas y seleccionar los métodos más apropiados para realizar las diferentes tareas, por tanto esta actividad debe recaer en los miembros más experimentados del grupo.

x. Normas internacionales para el ejercicio profesional de auditorías internas: Son aquellas que constituyen el marco de referencia principal para evaluaciones internas y externas de calidad; dichas normas son esenciales para el ejercicio de las responsabilidades de los auditores internos, cuyo propósito se enmarca en:

- Definir principios básicos que representen el ejercicio de la auditoría interna tal como este debería ser.
- Proveer un marco para ejercer y promover un amplio rango de actividades de auditoría interna de alto valor.
- Establecer las bases para evaluar el desempeño de la auditoría interna.
- Fomentar la mejora en los procesos y operaciones de la organización. (Instituto internacional de auditores internos de Colombia, 2016).

2.3. Marco teórico

Este capítulo se compone del análisis de la bibliografía académica y empresarial que se ha producido en torno a las temáticas a abordar, las cuales son:

- Control interno
- Auditorías basadas en riesgos.
- Modelo administrativo Benchmarking.
- Marco legislativo aplicado.

2.3.1. Control Interno.

Cuando se indaga por la evolución del Control Interno, se encuentran referencias de que este ha estado presente desde tiempo remotos, el ser humano ha tenido la necesidad de controlar sus pertenencias y las del grupo del cual formaba parte. Como consecuencia de ello, está el nacimiento y evolución de los números, los cuales empezaron con cuentas simples en los dedos de manos y pies, pasando por la utilización de piedras y palos para su conteo, hasta llegar al desarrollo de verdaderos sistemas de numeración que además de la simple identificación de cantidades permitió el avance en otro tipo de operaciones.

Con el transcurrir del tiempo, el control interno ha evolucionado con gran dinámica en las organizaciones del sector privado, que a través de comités empresariales, han impulsado la creación de estándares y marcos generales de orientación sobre la gestión del riesgo empresarial y el control interno, entre ellos encontramos el COSO (Comitee of Sponsoring Organizations of the Treadway Comission), COCO (Criteria of Control Board of The Canadian Institute of Chartered Accountants), CADBURY (UK Cadbury Committee) y COBIT(Control Objectives for Information and Related Technology) .

Uno de los comités con mayor reconocimiento es el COSO, el cual se integra por las 5 principales asociaciones profesionales de los Estados Unidos: la “American Accounting Association” (AAA), el “American Institute of Certified Public Accountants” (AICPA), el

“Financial Executives Internacional” (FEI), el “Institute of Internal Auditors” (IIA), y la “National Association of Accountants”, hoy convertida en el “Institute of Management Accountants” (IMA). El Comité es totalmente independiente de las cinco organizaciones que lo patrocinan e incluye representantes de la industria, contadores públicos, firmas de inversión y la Bolsa de Nueva York (NYSE).

En 1992, el COSO emitió el marco de aplicación sobre control interno, COSO I, que se convirtió en un estándar ineludible a la hora de hablar sobre la forma de encarar el control interno en cualquier organización.

El objetivo fundamental del marco es ayudar a los directivos de las empresas y a los funcionarios de organizaciones y/o entidades de cualquier tipo, a administrar de manera más eficiente el riesgo relacionado con el cumplimiento de los objetivos de la entidad. Pero como riesgo significa diferentes cosas para diferentes personas, la principal meta consistía en integrar estas distintas visiones dentro de un marco en donde se establezca una definición única, se identifiquen los componentes que lo conforman, y se describan los conceptos claves.

Este marco para la implementación de un sistema de control interno consta de cinco componentes integrado de la siguiente forma:

1. Ambiente de control
2. Evaluación de riesgos
3. Actividades de control
4. Información y comunicación
5. Actividades de monitoreo

Este modelo no es un proceso secuencial, es un proceso multidireccional repetitivo y permanente en el cual más de un componente influye en los otros.

Gráficamente la estructura del modelo COSO es como se ilustra a continuación:

Ilustración 2 Estructura del modelo de Control interno de COSO.



Fuente: Comitee of Sponsoring Organizations of the Treadway Comission/ 2016

Cada componente tiene un objetivo específico, así como unas recomendaciones de implementación, por lo cual cada el aporte de cada componente se relaciona a continuación:

- Ambiente de control o Entorno de control:

El entorno de control marca la pauta del funcionamiento de una entidad e influye en la concienciación de sus funcionarios respecto al control. Es la base de todos los demás componentes del control interno, aportando disciplina y estructura. Los factores del entorno de control incluyen la integridad, los valores éticos y la capacidad de los funcionarios de la entidad, la filosofía de dirección y el estilo de gestión, la manera en que la dirección asigna autoridad y las responsabilidades y organiza y desarrolla profesionalmente a sus funcionarios y la atención y orientación que proporciona al consejo de administración.

El Entorno de control propicia la estructura en la que se deben cumplir los objetivos y la preparación del hombre que hará que se cumplan.

- **Evaluación de los riesgos:**

Las entidades u organizaciones, cualquiera sea su tamaño, se enfrentan a diversos riesgos de origen externos e internos que tienen que ser evaluados. Una condición previa a la evaluación del riesgo es la identificación de los objetivos a los distintos niveles, vinculados entre sí e internamente coherentes. La evaluación de los riesgos consiste en la identificación y el análisis de los riesgos relevantes para la consecución de los objetivos, y sirve de base para determinar cómo han de ser gestionados los riesgos. Debido a que las condiciones económicas, industriales, legislativas y operativas continuarán cambiando continuamente, es necesario disponer de mecanismos para identificar y afrontar los riesgos asociados con el cambio.

Aunque para crecer es necesario asumir riesgos prudentes, la dirección debe identificar y analizar riesgos, cuantificarlos, y prever la probabilidad de que ocurran así como las posibles consecuencias.

La evaluación del riesgo no es una tarea a cumplir de una vez para siempre. Debe ser un proceso continuo, una actividad básica de la organización, como la evaluación continua de la utilización de los sistemas de información o la mejora continua de los procesos.

Los procesos de evaluación del riesgo deben estar orientados al futuro, permitiendo a la dirección anticipar los nuevos riesgos y adoptar las medidas oportunas para minimizar y/o eliminar el impacto de los mismos en el logro de los resultados esperados. La evaluación del riesgo tiene un carácter preventivo y se debe convertir en parte natural del proceso de planificación de la empresa.

- **Actividades de control:**

Las actividades de control son las políticas y los procedimientos que ayudan a asegurar que se lleven a cabo las instrucciones de la dirección de la entidad. Ayudan a asegurar que se tomen las medidas necesarias para controlar los riesgos relacionados con la consecución de los objetivos de la entidad. Hay actividades de control en toda la organización, a todos los niveles y en todas las funciones.

Las actividades de control existen y se dan a través de toda la organización, en todos los niveles y en todas las funciones, e incluyen cosas tales como: Aprobaciones, autorizaciones, verificaciones, conciliaciones, análisis de la eficacia operativa, seguridad de los activos, y segregación de funciones.

En algunos entornos, las actividades de control se clasifican en: Controles preventivos, controles de detección, controles correctivos, controles manuales o de usuario, controles informáticos o de tecnología de información, y controles de la dirección. Independientemente de la clasificación que se adopte, las actividades de control deben ser adecuadas para los riesgos.

Hay muchas posibilidades diferentes en lo relativo a actividades concretas de control, lo importante es que se combinen para formar una estructura coherente de control global.

Las entidades pueden llegar a padecer un exceso de controles hasta el punto que las actividades de control les impidan operar de manera eficiente, lo que disminuye la calidad del sistema de control. Por ejemplo, un proceso de aprobación que requiera firmas diferentes puede no ser tan eficaz como un proceso que requiera una o dos firmas autorizadas de funcionarios componentes que realmente verifiquen lo que están aprobando antes de estampar su firma. Un gran número de actividades de control o de personas que participan en ellas no asegura necesariamente la calidad del sistema de control.

- **Información y comunicación:**

Se debe identificar, recopilar y comunicar información pertinente en forma y plazo que permitan cumplir a cada funcionario con sus responsabilidades. Los sistemas informáticos producen informes que contienen información operativa, financiera y datos sobre el cumplimiento de las normas que permite dirigir y controlar el negocio de forma adecuada.

Dichos sistemas no sólo manejan datos generados internamente, sino también información sobre acontecimientos internos, actividades y condiciones relevantes para la toma de

decisiones de gestión así como para la presentación de información a terceros. También debe haber una comunicación eficaz en un sentido más amplio, que fluya en todas las direcciones a través de todos los ámbitos de la organización, de arriba hacia abajo y a la inversa.

El mensaje por parte de la alta dirección a todo el personal ha de ser claro; las responsabilidades del control han de tomarse en serio. Los empleados tienen que comprender cuál es el papel en el sistema de control interno y como las actividades individuales estén relacionadas con el trabajo de los demás. Por otra parte, han de tener medios para comunicar la información significativa a los niveles superiores. Asimismo, tiene que haber una comunicación eficaz con terceros, como clientes, proveedores y organismos de control

En la actualidad nadie concibe la gestión de una entidad u organización sin sistemas de información. La tecnología de información se ha convertido en algo tan corriente que se da por descontada. En muchas organizaciones los directores se quejan de que los voluminosos informes que reciben les exigen revisar demasiados datos para extraer la información pertinente.

En tales casos puede haber comunicación pero la información está presentada de manera que el individuo no la puede utilizar o no la utiliza real y efectivamente. Para ser verdaderamente efectiva la TI debe estar integrada en las operaciones de manera que soporte estrategias proactivas en lugar de reactivas.

Todo el personal, especialmente el que cumple importantes funciones operativas o financieras, debe recibir y entender el mensaje de la alta dirección, de que las obligaciones en materia de control deben tomarse en serio. Asimismo debe conocer su propio papel en el sistema de control interno, así como la forma en que sus actividades individuales se relacionan con el trabajo de los demás.

Si no se conoce el sistema de control, los cometidos específicos y las obligaciones en el sistema, es probable que surjan problemas. Los empleados también deben conocer cómo sus actividades se relacionan con el trabajo de los demás.

Debe existir una comunicación efectiva a través de toda la organización. El libre flujo de ideas y el intercambio de información son vitales. La comunicación en sentido ascendente es con frecuencia la más difícil, especialmente en las organizaciones grandes. Sin embargo, es evidente la importancia que tiene.

Los empleados que trabajan en la primera línea cumpliendo delicadas funciones operativas e interactúan directamente con el público y las autoridades, son a menudo los mejor situados para reconocer y comunicar los problemas a medida que surgen.

El fomentar un ambiente adecuado para promover una comunicación abierta y efectiva está fuera del alcance de los manuales de políticas y procedimientos. Depende del ambiente que reina en la organización y del tono que da la alta dirección.

Los empleados deben saber que sus superiores desean enterarse de los problemas, y que no se limitarán a apoyar la idea y después adoptarán medidas contra los empleados que saquen a luz cosas negativas. En empresas o departamentos mal gestionados se busca la correspondiente información pero no se adoptan medidas y la persona que proporciona la información puede sufrir las consecuencias.

Además de la comunicación interna debe existir una comunicación efectiva con entidades externas tales como accionistas, autoridades, proveedores y clientes. Ello contribuye a que las entidades correspondientes comprendan lo que ocurre dentro de la organización y se mantengan bien informadas. Por otra parte, la información comunicada por entidades externas a menudo contiene datos importantes sobre el sistema de control interno.

- **Supervisión o monitoreo:**

Los sistemas de control interno requieren supervisión, es decir, un proceso que comprueba que se mantiene el adecuado funcionamiento del sistema a lo largo del tiempo. Esto se

consigue mediante actividades de supervisión continuada, evaluaciones periódicas o una combinación de ambas cosas. La supervisión continuada se da en el transcurso de las operaciones. Incluye tanto las actividades normales de dirección y supervisión, como otras actividades llevadas a cabo por el personal en la realización de sus funciones. El alcance y la frecuencia de las evaluaciones periódicas dependerán esencialmente de una evaluación de los riesgos y de la eficacia de los procesos de supervisión continuada. Las deficiencias detectadas en el control interno deberán ser notificadas a niveles superiores, mientras que la alta dirección y el consejo de administración deberán ser informados de los aspectos significativos observados.

Es preciso supervisar continuamente los controles internos para asegurarse de que el proceso funciona según lo previsto. Esto es muy importante porque a medida que cambian los factores internos y externos, controles que una vez resultaron idóneos y efectivos pueden dejar de ser adecuados y de dar a la dirección la razonable seguridad que ofrecían antes.

El alcance y frecuencia de las actividades de supervisión dependen de los riesgos a controlar y del grado de confianza que inspira a la dirección el proceso de control. La supervisión de los controles internos puede realizarse mediante actividades continuas incorporadas a los procesos empresariales y mediante evaluaciones separadas por parte de la dirección, de la función de auditoría interna o de personas independientes. Las actividades de supervisión continua destinadas a comprobar la eficacia de los controles internos incluyen las actividades periódicas de dirección y supervisión, comparaciones, conciliaciones, y otras acciones de rutina.

El nuevo enfoque de control interno puede verse un poco riguroso, pero por su actualidad, puede ser asimilado, de forma provechosa por la economía de las entidades. Sus cinco componentes son nuevos elementos que se aportan al sistema, se integran entre sí y se implementan de forma interrelacionada, influenciados por el estilo de dirección. Sirven para determinar si el sistema es eficaz. Marcan una diferencia con el enfoque tradicional de control interno dirigido al área financiera. Dichos componentes se enmarcan en el sistema de gestión.

Permiten prever los riesgos y tomar las medidas pertinentes para minimizar o eliminar su impacto en el cumplimiento de los objetivos de la entidad. (INTERNOS, 1992)

- **Control Interno en Colombia**

La Constitución Política de 1991 incorporó el concepto del Control Interno como un instrumento orientado a garantizar el logro de los objetivos de cada entidad del Estado y el cumplimiento de los principios que rigen la función pública. Por su parte, la Ley 87 de 1993 establece normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismo del Estado, y la Ley 489 de 1998 dispuso la creación del Sistema Nacional de Control Interno.

Con el fin de buscar mayor eficacia e impacto del Control Interno en las entidades del Estado, el Departamento Administrativo de la Función Pública, promovió la adopción e implementación de un modelo de control interno, iniciativa que fue acogida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno, que condujo a la expedición del Decreto 1599 de 2005 “por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI”.

MECI es una sigla que significa Modelo Estándar de Control Interno. El modelo MECI es una herramienta gerencial que tiene como fin servir de control de controles para que las entidades del Estado logren cumplir con sus objetivos institucionales y con el marco legal aplicable a ellas.

Esta herramienta tomó como base los modelos internacionales de control organizacional existentes, COSO, COCO, CADBURY y COBIT y realizó una adaptación para el sector público colombiano, lo que se materializó en el Decreto 1599 de 2005, hoy actualizado por medio del Decreto 943 de 2014.

El propósito esencial del MECI es orientar a las entidades hacia el cumplimiento de sus objetivos y la contribución de éstos a los fines esenciales del Estado, para lo cual se estructura en tres grandes subsistemas, desagregados en sus respectivos componentes y elementos de control:

- Subsistema de Control Estratégico: Agrupa y correlaciona los parámetros de control que orientan la entidad hacia el cumplimiento de su visión, misión, objetivos, principios, metas y políticas.
- Subsistema de Control de Gestión: Reúne e interrelaciona los parámetros de control de los aspectos que permiten el desarrollo de la gestión: planes, programas, procesos, actividades, procedimientos, recursos, información y medios de comunicación.
- Subsistema de Control de Evaluación: Agrupa los parámetros que garantizan la valoración permanente de los resultados de la entidad, a través de sus diferentes mecanismos de verificación y evaluación.

Este enfoque concibe el Control Interno como un conjunto de elementos interrelacionados, donde intervienen todos los servidores de la entidad y le permite estar siempre atenta a las condiciones de satisfacción de los compromisos contraídos con la ciudadanía, garantiza la coordinación de las acciones y la fluidez de la información y comunicación, y anticipa y corrige, de manera oportuna, las debilidades que se presentan en el quehacer institucional.

El propósito del Modelo Estándar de Control Interno MECI es proporcionar una serie de pautas o directrices dirigidas a controlar la planeación, gestión, evaluación y seguimiento en las entidades de la administración pública, facilitando el desarrollo del Sistema de Control Interno. Estructura, que permite ser adaptada de acuerdo con la naturaleza de las mismas, organización, tamaño y particularidades, con el fin de identificar claramente los roles y responsabilidades de quienes liderarán y participarán activamente en el proceso.

La ilustración que a continuación se muestra permite observar la estructura del MECI:

Ilustración 3 Modelo del cumplimiento de control interno



Fuente: MECI Org 2016

La estructura del modelo es la siguiente:

Dos (2) módulos:

1. Módulo de Control de Planeación y Gestión
2. Módulo de Control de Evaluación y Seguimiento

Seis (6) componentes:

- a. Talento Humano.
- b. Dirección Estratégico.

- c. Administración del Riesgo.
- d. Autoevaluación Institucional.
- e. Auditoría Interna.
- f. Planes de Mejoramiento

Trece (13) elementos:

- a. Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.
- b. Desarrollo del Talento Humano.
- c. Planes, Programas y Proyectos.
- d. Modelo de Operación por Procesos.
- e. Estructura Organizacional.
- f. Indicadores de Gestión.
- g. Políticas de Operación.
- h. Políticas de Administración del Riesgo.
- i. Identificación del Riesgo.
- j. Análisis y Valoración del Riesgo.
- k. Autoevaluación del Control y Gestión
- l. Auditoría Interna
- m. Plan de Mejoramiento

Un eje transversal enfocado a la información y comunicación.

Distribuidos de la siguiente forma:

MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN:

Dentro de este Módulo de Control, se encuentran los componentes y elementos que permiten asegurar de una manera razonable, que la planeación y ejecución de la misma en la entidad tendrán los controles necesarios para su realización. Uno de sus objetivos principales de este módulo es introducir en la cultura organizacional el control a la gestión en los procesos de direccionamiento estratégico, misionales, de apoyo y de evaluación. Este Módulo se

estructura en tres Componentes: Talento Humano, Direccionamiento Estratégico y Administración del Riesgo.

- COMPONENTE TALENTO HUMANO:

Este componente tiene como propósito establecer los elementos que le permiten a la entidad crear una conciencia de control y un adecuado control a los lineamientos y actividades tendientes al desarrollo del talento humano, influyendo de manera profunda en su planificación, gestión de operaciones y en los procesos de mejoramiento institucional, con base en el marco legal que le es aplicable a la entidad.

- ✓ Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos: Elemento que busca establecer un estándar de conducta de los servidores al interior de la entidad pública. A través de él se plantean las declaraciones explícitas que, en relación con las conductas de los servidores públicos, son acordadas en forma participativa para la consecución de los propósitos de la entidad, manteniendo la coherencia de la gestión con los principios consagrados en la Constitución Política, la ley y la finalidad social del Estado.
- ✓ Desarrollo del Talento Humano: Elemento que permite controlar el compromiso de la entidad pública con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad del servidor público, a través de las políticas y prácticas de gestión humana que debe aplicar, las cuales deben incorporar los principios de justicia, equidad y transparencia al realizar los procesos de selección, inducción, formación, capacitación y evaluación del desempeño de los servidores públicos del Estado.

- COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse establecen el marco de referencia que orienta la entidad pública hacia el cumplimiento de su misión y objetivos institucionales, en procura de alcanzar su visión. El Direccionamiento Estratégico define la ruta organizacional que debe seguir una entidad para lograr sus objetivos institucionales; requiere de revisiones periódicas para ajustarla a los cambios del entorno y al desarrollo de las

funciones de la entidad; encauza su operación bajo los parámetros de calidad, eficiencia y eficacia requeridos por la ciudadanía y las partes interesadas de la entidad, así como los parámetros de control y evaluación a regir, haciéndose necesario, por lo tanto, establecer su composición a través de cinco elementos: Planes, Programas y Proyectos; Modelo de Operación por Procesos; Estructura Organizacional, Indicadores de Gestión; y Políticas de Operación.

- ✓ Planes, Programas y Proyectos: Este elemento considera la planeación como un proceso dinámico y sistemático que le permite a las entidades públicas proyectarse a largo, mediano y corto plazo, de modo tal que se planteen una serie de programas, proyectos y actividades con la respectiva asignación de responsabilidades para su ejecución, que le sirvan para cumplir con su misión, visión y objetivos institucionales.
- ✓ Modelo de Operación por Procesos: Mediante el control ejercido a través de la puesta en marcha de este elemento, las entidades podrán contar con una estandarización de las actividades necesarias para dar cumplimiento a su misión y objetivos, lo cual permite, que su operación se realice de manera continua, garantizando la generación de productos o servicios.
- ✓ Estructura Organizacional: Se considera como aquel aspecto de control que configura integral y articuladamente los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de responsabilidad y autoridad en la entidad pública, para dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con su misión y su función constitucional y legal. Se compone por la estructura u organización interna de la entidad, por su planta de personal y por el manual específico de funciones y competencias laborales; se define a partir de los procesos y procedimientos que conforman el Modelo de Operación y que permiten cumplir los objetivos institucionales. La parte que la dinamiza es el recurso humano, por lo tanto, el diseño de los perfiles de los cargos o empleos debe estar acorde con dicho Modelo.
- ✓ Indicadores de Gestión: Son el conjunto de mecanismos necesarios para la evaluación de la gestión de toda entidad pública. Se definen como un conjunto de variables

cuantitativas y/o cualitativas sujetas a la medición, que permiten observar la situación y las tendencias de cambio generadas en la entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos. Los Indicadores son mecanismos que permiten controlar el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes, programas, proyectos y de los procesos de la entidad.

- ✓ Políticas de Operación: Este elemento es fundamental para el direccionamiento dado que facilita la ejecución de las operaciones internas a través de guías de acción para la implementación de las estrategias de ejecución de la entidad pública; define los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento de la función, los planes, los programas, proyectos y políticas de administración del riesgo y de otros procesos previamente establecidos por la entidad. A través de este elemento se espera tener unos marcos de acción con miras a mejorar el quehacer de la Administración Pública.

- COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Conjunto de elementos que le permiten a la entidad identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales. Al ser un componente del Módulo Control de Planeación y Gestión, la Administración del Riesgo se sirve de la planeación (misión, visión, establecimiento de objetivos, metas, factores críticos de éxito), del campo de aplicación (procesos, proyectos, sistemas de información), del Componente Direccionamiento Estratégico y todos sus elementos. Su mirada sistémica contribuye a que la entidad no sólo garantice la gestión institucional y el logro de los objetivos sino que fortalece el ejercicio del Control Interno en las entidades de la Administración Pública.

Este componente se estructura a través de los siguientes Elementos de Control: Políticas de Administración del Riesgo. Identificación del Riesgo. Análisis y Valoración del Riesgo

- ✓ Políticas de Administración del Riesgo: Las políticas identifican las opciones para tratar y manejar los riesgos basadas en la valoración de los mismos, permiten tomar

decisiones adecuadas y fijar los lineamientos, que van a transmitir la posición de la dirección y establecen las guías de acción necesarias a todos los servidores de la entidad.

- ✓ **Identificación del Riesgo:** Son las condiciones internas y del entorno, que pueden generar eventos que originan oportunidades o afectan negativamente el cumplimiento de la misión y objetivos de una institución. Las situaciones del entorno o externas pueden ser de carácter social, cultural, económico, tecnológico, político, ambiental y legal, bien sea internacional, nacional o regional según sea el caso de análisis. La identificación de los riesgos se realiza a nivel del Componente de Direccionamiento Estratégico, identificando las causas con base en los factores internos o externos a la entidad, que pueden ocasionar riesgos que afecten el logro de los objetivos.
- ✓ **Análisis y Valoración del Riesgo:** El análisis del riesgo busca establecer la probabilidad de ocurrencia del mismo y sus consecuencias; éste último aspecto puede orientar la clasificación del riesgo con el fin de obtener información para establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar. El análisis del riesgo depende de la información obtenida en la fase de identificación de riesgos. La valoración del riesgo es el producto de confrontar los resultados de la evaluación del riesgo con los controles identificados, esto se hace con el objetivo de establecer prioridades para su manejo y para la fijación de políticas. Para adelantar esta etapa se hace necesario tener claridad sobre los puntos de control existentes en los diferentes procesos, los cuales permiten obtener información para efectos de tomar decisiones.

MÓDULO DE CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

Dentro del proceso de mejoramiento continuo en la entidad, este módulo considera aquellos aspectos que permiten valorar en forma permanente la efectividad del Control Interno de la entidad pública; la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; el nivel de ejecución de los Planes, Programas y Proyectos, los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la Organización Pública. Este Módulo se estructura bajo tres Componentes: Autoevaluación Institucional. Auditoría Interna. Planes de Mejoramiento

- COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL:

Es aquel componente que le permite a cada responsable del proceso, programas y/o proyectos y sus funcionarios medir la efectividad de sus controles y los resultados de la gestión en tiempo real, verificando su capacidad para cumplir las metas y los resultados a su cargo y tomar las medidas correctivas que sean necesarias para el cumplimiento de los objetivos previstos por la entidad.

- ✓ Autoevaluación del Control y Gestión: La Autoevaluación, comprende el monitoreo que se le debe realizar a la operación de la entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros. De esta manera, se evalúa su diseño y operación en un período de tiempo determinado, por medio de la medición y el análisis de los indicadores, cuyo propósito fundamental será la de tomar las decisiones relacionadas con la corrección o el mejoramiento del desempeño.

- COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

Este componente busca verificar la existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del Control Interno en el cumplimiento de los objetivos de la entidad pública.

La Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces es la responsable de realizar la Evaluación del Sistema de Control Interno a través de su rol de evaluador independiente (Decreto 1537 de 2001), observando siempre un criterio de independencia frente a la operación y la autonomía de los actos de la administración.

- ✓ Auditoría Interna: Es la herramienta que se emplea para el sistema de control interno. Dentro de la programación del ejercicio de auditoría interna, es importante partir del conocimiento de la entidad y su entorno, lo cual implica comprender las características de la operación que realiza para tener claridad sobre la formulación

estratégica, las fuentes de ingresos y recursos, los riesgos que la afectan, los costos de sus actividades, los sistemas de información, entre otros aspectos. Igualmente, la auditoría por parte de las Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades, debe estar acorde con la planeación estratégica de la entidad, estableciendo prioridades frente a la programación de auditorías, y su alcance, en consideración de los planes de acción de cada vigencia y la disponibilidad de recursos para el ejercicio auditor.

- COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO:

Se caracterizan como aquellas acciones necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de los procesos, como resultado de la Autoevaluación realizada por cada líder de proceso, de la Auditoría Interna de la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces y de las observaciones formales provenientes de los Órganos de Control. El Plan de Mejoramiento, es el instrumento que recoge y articula todas las acciones prioritarias que se emprenderán para mejorar aquellas características que tendrán mayor impacto con los resultados, con el logro de los objetivos de la entidad y con el plan de acción institucional, mediante el proceso de evaluación. El objetivo primordial del Plan de Mejoramiento es promover que los procesos internos de las entidades se desarrollen en forma eficiente y transparente a través de la adopción y cumplimiento de las acciones correctivas o de la implementación de metodología

- ✓ Plan de Mejoramiento: Este tipo de plan integra las acciones de mejoramiento que buscan fortalecer el desempeño, misión y objetivos institucionales, teniendo en cuenta, entre otros aspectos, los compromisos adquiridos con los organismos de control fiscal, de control político y con las partes interesadas, así como la evaluación de la Oficina de control Interno y las autoevaluaciones realizadas.

Basándonos en la descripción de los dos modelos propuestos COSO y MECI, encontramos que ambos modelos contemplan la existencia de los componentes de Administración de

Riesgos y de Evaluación Independiente. En este último componente es donde se aloja la disposición de implementar auditorías internas como herramienta de verificación de eficacia y efectividad de los elementos del sistema de control interno.

En síntesis, el concepto de control interno ha evolucionado a la par de la evolución de las organizaciones sociales y empresariales, desde entenderse como el ejercicio de verificación de cuentas a ser parte estratégica de la organización, al punto que existen estándares internacionales para su implementación, promovidos por asociación de importantes instituciones privadas.

Esta dinámica, por fortuna, ha tocado al sector público colombiano, que por medio del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), ordenó a todas las entidades del estado diseñar, implementar y mantener un sistema de control interno con el objetivo de que todas las actuaciones se realicen con observancia de las normas aplicables a cada institución.

2.3.2 Auditorías basadas en riesgos

La auditoría interna es una actividad que no es extraña para las organizaciones contemporáneas, sean públicas o privadas, del sector servicios o de producción, sean medianas o grandes empresas. En cualquier caso, la funcionalidad de la auditoría interna, responde a las necesidades de la alta dirección de verificar que la organización este desarrollando sus funciones de acuerdo a las disposiciones legales e institucionales que se han instituido para el logro de sus objetivos.

En este sentido el Instituto Internacional de Auditores (IIA) ha dicho que el establecimiento de una actividad de auditoría interna profesional debería ser un requerimiento de gobierno corporativo para todas las organizaciones.

Esto no solo es importante para las grandes y medianas organizaciones, sino también puede ser igualmente importante para las pequeñas entidades, ya que ellas igualmente pueden enfrentar ambientes complejos, con una menos formal pero robusta estructura organizacional, para asegurar la efectividad de sus procesos de gobierno corporativo y gestión de riesgos (Instituto internacional de auditores, 2013).

Más allá de las diferencias en las características estructurales de las instituciones, existe un consenso internacional respecto de la funcionalidad de la auditoría interna, en el sentido que esta debe trascender del campo de la mera identificación de riesgos y fraudes en el campo de lo financiero y administrativo, a jugar un rol más estratégico.

Por mucho tiempo las entidades han sido supervisadas por auditores para evitar que caigan en problemas, enfocándose en la verificación del cumplimiento de los requerimientos externos e internos. Ahora, las empresas esperan que sus auditores ayuden a aumentar el desempeño de sus negocios (Rocío, 2008). En este mismo sentido, (Acosta, Hernandez, & Pedroza, 2014) afirma que:

“La auditoría de hoy enfrenta la necesidad de evolucionar de un enfoque de verificación de soporte de transacciones financieras y contables, efectuadas con posterioridad a los hechos económicos, a un enfoque preventivo y proactivo, basados en la valoración de los riesgos del negocio y la evaluación de la efectividad y eficiencia de los procedimientos y los controles internos establecidos en las organizaciones”

Efectivamente, para que la labor del auditor interno entre al campo de lo estratégico y trascienda lo rutinario se ha gestado recientemente un volcamiento hacia un nuevo concepto administrativo, conocido como las **auditorías basadas en riesgos**; que pretenden dirigir los esfuerzos y recursos de la auditoría interna a los procesos más importantes de la organización, bajo criterios objetivos que determinen el grado o nivel de riesgo de los procesos a auditar.

El éxito de una auditoría interna radica en que el producto de la misma satisfaga las expectativas de la alta dirección y para esto debe existir una alta sincronía entre ambas partes. No es relevante para el gerente de una compañía el análisis que se hace a los procesos que

no son importantes, mientras que si lo es cuando esta se realiza sobre factores, procesos o áreas claves para el éxito de una organización.

Para que la labor de auditoría interna responda a los intereses de la alta dirección, deben tenerse presentes los requisitos para su ejecución. Estos los encontramos en las normas emitidas por el instituto de auditores internos (IIA por sus siglas en inglés) o Marco Internacional para la práctica profesional de la Auditoría Interna –MIPP- y las normas colombianas vigentes. Uno de los elementos que se deben tener en cuenta para aplicar una auditoría bajo estas normas es el de **Planificación**.

En términos generales, esta etapa incluye un análisis integral por parte de la función de auditoría de todos los elementos internos y externos a la organización, con la finalidad de determinar los eventos que cuentan con la mayor relevancia para cumplir con la misión y objetivos estratégicos, y que a su vez, cuentan con el mayor nivel de riesgo. En base a estos elementos, se debe formular un Plan Anual de Auditoría que incluya las materias que deberían requerir mayor dedicación para la función de auditoría”. (Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, Gobierno de Chile, 2014)

Una de las normas que componen el Marco Internacional para la práctica profesional de la Auditoría Interna, es la norma 2010 – Planificación, la cual establece que el director ejecutivo de auditoría debe establecer un **plan basado en riesgos**, a fin de determinar las prioridades de la actividad de auditoría interna. Dichos planes deberán ser consistentes con las metas de la organización (Instituto de auditores internos de Colombia, SF). Este enfoque le permite al director de auditoría utilizar su propio juicio en caso de que la organización no cuenta con programas de análisis de riesgos que permitan identificar los niveles de riesgo de los procesos.

Como vemos, las normas de auditoría contemplan la necesidad de priorizar el ejercicio de la auditoría interna, esto en razón a la limitación de los recursos de las unidades de auditoría, los requerimientos de la alta dirección de conocer el estado de los procesos de la cadena de valor de la organización y la oportunidad en los informe de auditoría.

A su vez la norma ISO 19011, que entrega directrices para auditorías a sistemas de gestión, sugiere que en la planificación de auditorías debe darse prioridad a los procesos con mayor significancia dentro del sistema de gestión. El mismo organismo internacional plantea que este concepto es comúnmente conocido como **auditoría basada en riesgos**, no obstante advierte que esta Norma Internacional, es decir, la ISO 19011, no da lineamientos adicionales para auditorías basadas en riesgos.

Podemos decir, en síntesis, que las normas que regulan el ejercicio internacional de la labor de auditoría, plantean la necesidad de utilizar el enfoque de auditorías basadas en riesgo, pretendiendo eliminar criterios subjetivos y poco técnicos en la determinación de los programas de auditoría interna. Empero, como ya se registró en el planteamiento del problema, ninguna de las instituciones productoras de estas normas presenta una metodología para la planificación de auditorías.

2.3.3. Modelo Administrativo Benchmarking

Es una técnica de gestión, que básicamente comprende un proceso continuo de medición de productos, servicios y tecnologías de producción de una determinada organización, para compararlos con los de una organización modelo líder o ejemplar.

El benchmarking, es una de las técnicas de gestión de relativo éxito, que ha sido muy difundida y utilizada en el sector privado. Desde hace algunos años, se vienen realizando aplicaciones en el sector público de manera sectorizada. En la última década, diferentes gobiernos de Europa y América, vienen desarrollando exitosamente aplicaciones más integrales de metodologías de benchmarking, en diferentes áreas temáticas del sector público: territorios, empresas, servicios públicos, universidades, parques científicos, etcétera. A partir de su utilización en los países más desarrollados, se ha convertido en un componente elemental de los procesos de regulación y concesión de los servicios públicos. (Del Giorgio Solfa, 2011).

Originalmente la expresión “Benchmark” proviene de la topografía. Es una marca que hacen topógrafos en una roca o en poste de concreto, para comparar niveles, tomando como referencia la marca realizada. (Del Giorgio Solfa, 2011).

El benchmarking es un término que fue utilizado originalmente por los agrimensores para comparar alturas. Hoy, sin embargo, el benchmarking tiene un significado más restringido en el léxico de gestión, siendo el punto de comparación de la mejor práctica del sector (Kouzmin et al., 1999).

2.3.3.1. Tipos de Benchmarking

- Benchmarking Interno:

Entendemos por Benchmarking interno a las operaciones de comparación que podemos efectuar dentro de una misma entidad, unidades de negocio o centros de beneficio, filiales o delegaciones. Esto, en general, es aplicable a grandes compañías, donde lo que se busca es ver qué procesos dentro de la misma compañía son más eficientes y eficaces. Podemos así establecer patrones de comparación con departamentos o secciones, tomándolos como referentes para iniciar procesos de mejora continua. Se procede a un chequeo interno de los estándares de la entidad, para determinar formas potenciales de mejorar la eficiencia. Se comparan parámetros entre distintas ubicaciones de una misma entidad. (MANENE, 2011)

- Benchmarking Externo:

Se subdivide en dos categorías:

El Benchmarking competitivo y el genérico.

- a. Benchmarking competitivo: Es la comparación de los estándares de una entidad pública u organización, con los de otras entidades (competidoras). Este suele ser el

más conocido por las entidades. Podremos observar, por lo tanto, cómo han funcionado nuevas tecnologías o métodos de trabajo en otras organizaciones.

En general consiste en efectuar pruebas de comparación así como investigaciones que nos permitan conocer todas las ventajas y desventajas de nuestros competidores más directos, este trata de evaluar los productos, servicios y procesos de la organización con actividades similares que ha identificado como las más exitosas de la competencia. Se realiza entre competidores pertenecientes a un mismo sector o actividad. Requiere un intercambio recíproco.

Este tipo de benchmarking se enfoca en la identificación de los productos, servicios y procesos de trabajo de los competidores directos de su organización. Su objetivo es identificar información específica y compararlos con los de su organización. El benchmarking competitivo resulta de gran utilidad cuando la entidad busca posicionar los productos, servicios y procesos de la organización en el mercado.

- b. Benchmarking genérico: Es la comparación de los niveles de logros de una organización, con lo mejor que exista en cualquier parte del mundo, sin importar en qué industria o mercado se encuentre. Consiste en la comparación de funciones o procesos afines con independencia del sector al que pertenecen las organizaciones. Existen funciones y procesos que pueden ser idénticos en empresas de sectores y actividades diferentes. Así, departamentos de contabilidad, facturación, control de stocks, logística, etc., de otras organizaciones, pueden mostrar similitudes con la empresa en estudio, así que también puede parecer lógica la comparación de las mejores prácticas de estas empresas y la adecuación a nuevos sistemas o procesos de mejora.

- **Benchmarking funcional:**

Este tipo de Benchmarking se enfoca en analizar especialmente funciones y procesos que pertenecen a un mismo sector, pero no están sometidos a competencia. Se determina funcional, porque refiere a la evaluación comparativa de funciones específicas con otra organización, que posea estándares de excelencia en el área específica donde se realiza el benchmarking. Es el tipo de benchmarking más aplicado entre los organismos públicos y las grandes empresas de servicios. (Del Giorgio Solfa, 2011).

2.3.3.2. Diferentes modelos y autores.

Así como son numerosas las acepciones de este anglicismo acuñado al español, el Benchmarking como aprendizaje es “aprender de otros” es el aprovechamiento de algo nuevo, nuevas ideas para la organización.

Es una herramienta que puede guiar a la gente hacia el proceso de analizar el exterior en busca de ideas e inspiración” (Spendolini, 1994),

Dicha metodología propone diferentes modelos también se presentan diversas metodologías sutilmente diferentes entre ellas sobre cómo aplicar benchmarking; entre los que destacamos:

- I. Robert Camp.**
- II. Michael Spendolini.**
- III. Eda Cleary.**
- IV. Federico Del Giorgio Solfa.**
- V. Modelo de Benchmarking propuesto para la investigación.**

A continuación se presentan cada una de ellas:

I. Modelo de Robert Camp

Robert Camp define al Benchmarking como aquel proceso continuo de medir nuestros productos, servicios, y prácticas contra nuestra competencia o compañías líderes.

“El Benchmarking es aquel proceso de investigación industrial que permite a los gerentes desarrollar comparaciones entre compañías sobre procesos y prácticas que permitan identificar lo “mejor de lo mejor” y obtener con ello un nivel de superioridad y ventaja competitiva” (Camp. 1989).

Su modelo se desarrolla en 4 pasos básicos:

Tabla 1 Benchmarking según Robert Camp

| Pasos básicos | Elementos de cada etapa |
|---|--|
| <p>* Planificación:</p> <p>El objetivo de esta fase es planificar las investigaciones de benchmarking. Los pasos principales se componen con las acciones tradicionales relacionadas con la planificación (definición de quién, qué y cómo).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar temas o a que se le aplicará el Benchmarking. (Proceso, producto o servicio). - Identificar socios del Benchmarking. - Planificar y ejecutar la recogida de datos. |
| <p>* Análisis:</p> <p>Una vez determinados el Quién, el qué y el cómo, se debe llevar a cabo la recopilación y el análisis de datos. Esta fase debe incluir una comprensión exhaustiva de las prácticas actuales del proceso, así como también de los socios del benchmarking.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Fijar diferencia actual con el socio. - Proyectar niveles futuros de resultados. |
| <p>*Integración:</p> <p>La integración es la acción que utiliza los resultados del benchmarking para fijar los objetivos y metas</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Comunicar los resultados y ganar aceptación. - Establecer nuevos objetivos. |

| | |
|--|---|
| Operacionales para el cambio. | |
| <p>*Acción:</p> <p>En esta instancia, se deben convertir en acción los resultados del benchmarking y los principios operacionales basados en estos resultados. Asimismo, es necesario incorporar procesos de evaluación de resultados</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar el plan de acción. - Implementar planes y realizar seguimientos. - Establecer un nuevo punto de referencia. |
| <p>*Madurez:</p> <p>La madurez es alcanzada cuando se incorporen las mejores prácticas del sector a todos los procesos, asegurando así la Superioridad. También se alcanza la madurez, cuando se convierte en una práctica continua, esencial y sistémica del proceso gestión; en otras palabras, cuando se institucionaliza el Benchmarking.</p> | - |

Fuente: (Camp. 1989)

II. Modelo de Michael Spendolini

Según Michael Spendolini el benchmarking debe contener cinco fases principales (Spendolini, 1994):

Tabla 2 Benchmarking según Spendolini

| Fases principales | Elementos de cada fase |
|---|---|
| Determinar a qué se le aplicará Benchmarking | <ul style="list-style-type: none"> - Determinar quiénes son los participantes del benchmarking. - Determinar las necesidades de información de los participantes del benchmarking. - Identificar los factores críticos de éxito. - Hacer un diagnóstico del proceso de benchmarking. |
| Formar un equipo de benchmarking: | <ul style="list-style-type: none"> - Considerar al benchmarking como una actividad de equipo. - Decidir quiénes son las personas involucradas en el proceso de benchmarking: empleados, especialistas internos, especialistas externos. - Definir funciones y responsabilidades del equipo de benchmarking. - Definir las habilidades y atributos de un gestor eficiente de benchmarking. - Capacitar al equipo de benchmarking. - Establecer un calendario con las etapas de benchmarking. |
| Identificar a los socios / participantes del Benchmarking: | <ul style="list-style-type: none"> - Establecer una red de información propia. - Identificar otros recursos de información. - Buscar las mejores prácticas. - Establecer redes de benchmarking. |
| Recopilar y analizar la información de benchmarking: | <ul style="list-style-type: none"> - Conocerse (entre los participantes de benchmarking). - Recopilar la información. - Organizar la información. |

| | |
|----------------|--|
| | - Analizar la información. |
| Actuar: | - Realizar un informe de benchmarking. - Presentar los resultados a los participantes de benchmarking. - Identificar posibles mejoras de productos, servicios y procesos. - Adquirir una visión del proyecto en su totalidad. |

Fuente: (Spendolini, 1994)

III. Modelo de Eda Cleary

Habla del Benchmarking como un “Proceso continuo de sistematización de información sobre procesos de trabajo en organizaciones de los cuales es posible aprender y con ello mejorar los procesos de organización”. (Cleary, 2006)

Su modelo se logra definir de la siguiente forma:

- Definición clara del objeto del benchmarking.
- Selección adecuada del tipo de benchmarking a aplicar (funcional, de procesos, externo, interno, internacional, político, entre otros).
- Contextualización política estratégica del uso que se le quiere dar.
- Elección adecuada del liderazgo para llevar adelante procesos de BM.
- Destinación de suficientes recursos económicos para la ejecución y el aseguramiento de su continuidad.
- Capacitación de los recursos humanos que implementarán las medidas del BM.
- Impulsar procesos de aprendizaje en base a los resultados del BM y usarlos como información válida para el diseño de políticas públicas.
- Socialización de los resultados y fomento de la cultura del aprendizaje en la esfera pública, privada y académica. (Cleary, 2006).

IV. Modelo de Federico del Giorgio Solfa

Este autor plantea que el Benchmarking “Es una técnica de gestión, que básicamente comprende un proceso continuo de medición de productos, servicios y tecnologías de producción de una determinada organización, para compararlos con los de una organización modelo (líder o ejemplar). (Del Giorgio Solfa, 2012).

Su modelo se contempla de la siguiente manera:

- Ciclo de Deming (PDCA)
- P (PLAN): Proceso de Planificación del Benchmarking.
- D (Do): Proceso de Relevamiento de los datos útiles.
- C (Check): Análisis de las desviaciones.
- A (Act): Implementación de las mejoras.

Los resultados obtenidos a partir de las aplicaciones de utilización del benchmarking en el sector público, han evidenciado un desarrollo de mejores servicios y organizaciones con entornos más eficientes. (Del Giorgio Solfa, 2012).

VI. Modelo de Benchmarking propuesto para la investigación.

El modelo de Benchmarking que se aplicará, resulta de la relación de los autores antes citados y del alcance de la investigación.

De los diferentes tipos de Benchmarking explicados, se opta por el de tipo funcional, el cual se enfoca en analizar especialmente funciones y procesos que pertenecen a un mismo sector, pero no están sometidos a competencia.

En el análisis bibliográfico se reconocen factores comunes en los modelos que los autores proponen, en los que se sigue el modelo de mejoramiento continuo PHVA.

Partimos del hecho de que en todos los modelos se concibe una etapa inicial de planificación, la cual supone la determinación del sujeto del Benchmarking y del socio del proceso. La

etapa de análisis se trae consigo el análisis de la información que se recopile en el proceso, mientras que la etapa de actuación se integra del informe final de Benchmarking con sus resultados y las propuestas de mejoramiento. Gráficamente el modelo de Benchmarking a aplicar se ilustra a continuación:

Tabla 3 Modelo de Benchmarking para la investigación

| Etapas | Elementos de cada etapa |
|-----------------------------|--|
| Planificación | a. Determinación del referente b. Determinación de información a analizar |
| Análisis Comparativo | c. Análisis la información recopilada. |
| Resultados y Mejoras | d. Presentación de resultados. e. Identificación de posibles mejoras |

Fuente: Propia

2.4. Marco legal

En Colombia, como hemos referido en párrafos anteriores, la función de auditoría interna en el sector público, se encuentra consagrada a nivel constitucional, pues el artículo 209 superior establece que “La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley”.

Esta premisa fue desarrollada legalmente por la ley 87 de 1993, norma que reguló el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado, con ella se definió el sistema de control interno, sus alcances y objetivos, igualmente se dispuso la forma en que serían creadas las oficinas de control interno o de auditoría interna.

Posterior a varios desarrollos normativos de la citada ley, el Presidente de la República emitió el Decreto 1599 de 2005, mediante el cual se adoptó para el Estado Colombiano el modelo estándar de control interno (MECI), derogado por el Decreto Nacional 943 de 2014, el cual actualizó dicho modelo estándar.

Ahora, en referencia a la labor de auditoría interna, independiente al campo de aplicación, se tienen normas, guías y referentes que enmarcan esta labor, siendo éstas:

- Normas internacionales para el ejercicio de la auditoría interna.
- ISO 19001:2011 Directrices para la auditoría de sistemas de gestión.

Las dos normas antes citadas exigen que la programación de auditorías internas de cualquier organización, debe estar basada en la valoración de riesgos, a fin de determinar la prioridad de auditoría, además de ser consistentes con las metas de la organización. Con el desarrollo del presente trabajo, se busca que la gestión de auditoría de la Alcaldía de Santa Marta cumpla con estándares nacionales e internacionales aplicables.

Capítulo 3 PROPUESTA DE DISEÑO

3.1. Introducción

En este capítulo se explica la forma en que se abordará la ejecución del proyecto, luego de haber recorrido la definición del problema, la revisión bibliográfica y legal que enmarca la temática de auditorías internas basadas en riesgos, dentro del campo del control interno.

Se presentará un diagnóstico del estado actual de la labor de auditoría interna en la Alcaldía de Santa Marta teniendo en cuenta la composición de la oficina de control interno, el procedimiento actual para gestión de auditorías internas y los resultados de los últimos tres años.

Este diagnóstico servirá como línea base de comparación con el referente del Benchmarking, para determinar las mejoras aplicar, específicamente en el componente de procedimiento para la gestión basadas en riesgos

3.2. Diagnóstico del estado de la Auditoría Interna en la Alcaldía de Santa Marta

La auditoría interna es uno de los elementos del módulo de evaluación y seguimiento del sistema de control interno de la Alcaldía de Santa Marta.

Su objetivo principal es evaluar la gestión y desempeño de los procesos de la entidad para proporcionar insumos en el proceso de mejora continua.

Para objeto del diagnóstico, se analizarán los aspectos de estructura y composición de la oficina de control interno, los recursos asignados y el procedimiento de auditoría interna.

3.2.1 Composición de la oficina de control interno

La labor de Auditoría Interna está legalmente asignada a las oficinas de control interno de las entidades públicas². En la Alcaldía de Santa Marta, esta dependencia se denomina Dirección Administrativa de Control Interno, la cual está adscrita directamente al Alcalde Distrital, es decir, a la alta dirección. Esta condición le entrega a la oficina de control la independencia necesaria para desarrollar objetivamente la labor de auditoría.

Esta dirección se compone funcionalmente de un (1) Director, un (1) Profesional Universitario y dos (2) contratistas vinculados por prestación de servicios

La disponibilidad del recurso humano se torna insuficiente dada la necesidad de auditar por lo menos una vez al año cada proceso, según el actual procedimiento de auditoría, es decir, se deben realizar a lo menos 15 auditorías internas por año, en razón al número de procesos, a lo que se suma la necesidad de atender otras labores administrativas que son competencia de la Dirección de Control Interno, como son:

- La presentación de informes a organismos de control, con frecuencias mensuales, trimestrales, semestrales y anuales,
- La respuesta a derechos de petición y asesoría a dependencias que lo solicitan.

Lo anterior plantea la necesidad de pensar en una forma de planificación de auditorías, con el objetivo de que con los recursos disponibles, se puede abarcar en un periodo de tiempo determinado, la totalidad de procesos de la entidad.

3.2.2 Procedimiento actual de auditorías internas

El procedimiento de auditorías internas vigente, no contempla la planificación de auditorías basadas en riesgos, por lo que la ausencia de este enfoque impide que la planificación se

² Artículo 9º Ley 87 de 1993. Definición de la unidad y Oficina de Control Interno

realice con base en criterios objetivos de priorización, esto significa que el orden con el que se desarrollan las auditorías está sujeto a criterio del Director de Control Interno.

Dentro del procedimiento, la mayor aproximación a lo que se entiende como planificación de un programa de auditorías, es el ítem, 6.1. *Cronograma anual de auditorías internas*, el cual se cita textualmente:

“Al inicio de cada vigencia, el Director Administrativo de Control Interno presentará al Comité Coordinador del Sistema de Control Interno CCSCI el Programa Anual de Auditorías Internas para su aprobación a través de Resolución.

El Programa Anual de Auditorías Internas puede incluir una o más auditorías a cada proceso dependiendo la complejidad del proceso, los resultados previamente obtenidos y consideraciones de la alta dirección. El Programa Anual de Auditorías Internas se registra en el formato GIC-FOR-01

El Cronograma Anual de Auditorías Internas aprobado será socializado a todos los funcionarios de la entidad por cualquiera de los medios que se cuente para ello (correo electrónico, página web, reuniones, entre otros).”

Si bien se menciona que para determinar la frecuencia con que se ejecutan auditorías a un proceso, se pueden tener en cuenta las variables de *complejidad del proceso, resultados previamente obtenidos y consideraciones de la alta dirección*, el procedimiento no entrega criterios de ponderación de estas variables para determinar el orden y necesidad de auditar.

3.2.3 Resultados de la ejecución de auditoría

Se analizaron los resultados cuantitativos de la Dirección de Control Interno, en razón al grado de cumplimiento de las auditorías programadas, con el fin de conocer el grado de eficacia en la ejecución del programa anual de auditoría interna.

A continuación se presentan los resultados en cuanto a ejecución del plan de auditorías desde el periodo 2013 a 2015.

Tabla 4 Ejecución del programa anual de auditorías internas

| Año | Número de auditorías programadas | Número de auditorías ejecutadas | Porcentaje de cumplimiento del plan |
|------------|---|--|--|
| 2013 | 15 | 11 | 73% |
| 2014 | 15 | 13 | 87% |
| 2015 | 15 | 9 | 60% |

Fuente: Oficina de Control Interno – Alcaldía de Santa Marta

La eficacia en el cumplimiento del programa anual de auditoría se mide al dividir el número de auditorías ejecutadas sobre las programadas en cada vigencia.

De la tabla 4 se destaca que la programación anual corresponde siempre al número total de procesos del Sistema de Control, es decir los quince (15) procesos que conforman el mapa de procesos de la entidad, sin tener en cuenta que por la naturaleza de cada proceso, su nivel de riesgo y otras variables inherentes a la entidad, se pudo haber priorizado la labor de auditoría sobre algunos de los procesos y no sobre la totalidad de ellos. En razón a esta falta de criterios de planificación, el número de auditorías ejecutadas por año y el porcentaje en ninguna de las vigencias evaluadas ha llegado a un 100%.

3.3 Metodología de Benchmarking

El benchmarking aplicado en el presente trabajo, sigue las metodologías y etapas planteadas por los diferentes autores estudiados en el marco teórico del presente documento, no obstante, dado el alcance de la investigación se desarrollará un Benchmarking que siga las siguientes etapas:

Tabla 5 Modelo de Benchmarking para la investigación

| Etapas | Elementos de cada etapa |
|-----------------------------|--|
| Planificación | a. Determinación del referente b. Determinación de información a analizar |
| Análisis Comparativo | c. Análisis la información recopilada. |
| Resultados y Mejoras | d. Presentación de resultados. e. Identificación de posibles mejoras |

Fuente: Propia

3.3.1. Planificación

La planificación del Benchmarking se compone de la determinación del referente y de la información a analizar. El desarrollo de cada etapa se explica a continuación:

a. Determinación del referente

Se realizó una búsqueda mediante internet sobre entidades públicas reconocidas por la aplicación de metodologías de auditoría interna basadas en riesgos. En ese sentido se halló que la Alcaldía de Medellín, a través de la Secretaria de Evaluación y Control, es la primera entidad pública en Latinoamérica en conseguir una certificación de calidad de la actividad de Auditoría Interna, otorgada por el Instituto de Auditores Internos (IIA), organización encargada de evaluar los procesos de auditoría interna frente a las mejores prácticas en el ámbito mundial.

Posteriormente se hizo contacto con el Secretario de Evaluación y Control de la Alcaldía de Medellín, quien aceptó servir como referente en el proceso de Benchmarking.

Es necesario mencionar que la Secretaria de Evaluación y Control de Medellín realiza las mismas funciones que la Dirección de Control Interno de la Alcaldía de Santa Marta. Igualmente, el nivel jerárquico en que ambas unidades se ubican en la estructura de procesos en el nivel directivo, con lo que se garantiza la independencia que demanda su función de evaluación.

b. Determinación de información a analizar.

La información y documentación que se requirió a la Alcaldía de Medellín vía e-mail, se centró en los aspectos propios de la comparación con la alcaldía de Santa Marta en concordancia con los objetivos general y específicos del presente trabajo. En este sentido, se solicitó el procedimiento o manual en el que se establece la metodología mediante la cual se gestiona el proceso de auditorías internas.

Así mismo se solicitaron los indicadores de gestión que utiliza la Alcaldía de Medellín para monitorear y hacer seguimiento a la labor de auditoria interna.

Se recibió de la Alcaldía de Medellín el documento Manual de Auditoría Interna – Alcaldía de Medellín MMA – 003 Versión 2.0 el cual explica de forma detallada las etapas para la gestión de un plan de auditorías internas, desde la planificación hasta la medición del mismo.

3.3.2. Análisis comparativo.

c. Análisis de la información recopilada

Teniendo en cuenta el enfoque del proyecto, se identificó que la Alcaldía de Medellín formula y ejecuta un plan anual de auditorías internas basado en riesgos, que cubre la totalidad de los procesos del Sistema Integral de Gestión de la entidad.

El plan de auditorías que genera la Secretaria de Evaluación y Control de Medellín tiene una vigencia de cuatro (4) años; se revisa anualmente y es aprobado tanto por el Comité Directivo del Sistema Integral de Gestión como por el Alcalde municipal.

Para la construcción del plan anual de auditorías del Municipio de Medellín, la Secretaria de Evaluación y Control consideran los siguientes componentes:

- Los procesos que conforman el modelo vigente de operación por procesos.
- Los trabajos de aseguramiento que ordene la ley para las entidades públicas.
- Las evaluaciones periódicas del programa de aseguramiento de la calidad de la actividad de auditoría interna.
- Los programas y proyectos que adelante la Administración Municipal, que por su impacto comprometan significativamente los objetivos de la entidad, incluidos los fondos cuenta operados directamente o por terceros.
- Servicios de consultoría en las áreas de gestión de gobierno, riesgos y controles
- La metodología de priorización de las unidades auditables (criterios estratégicos).

Un aspecto importante en el componente de auditoría interna, es que esta puede ser desarrollada por un tercero o contratista cooperante, siempre que se financie con recursos de la Alcaldía de Medellín.

La planificación de auditorías se realiza para un periodo de cuatro años, con el objetivo de garantizar el cubrimiento de todos los procesos de la entidad, no obstante en cada uno de los años que conforman ese periodo se diseña y ejecuta un plan específico, el plan del primer año es de corto plazo, el de segundo y tercer año son de mediano plazo, mientras que el de cuarto año es de largo plazo.

Cada año el plan del cuatrienio se revisa, para ajustarlo a las necesidades y condiciones de la entidad, en razón a la variación en los recursos presupuestados por vigencia, en el ambiente que rodea la entidad y en los resultados de la evaluación de riesgos y controles.

- Metodología para la formulación del plan de auditorías basado en riesgos

La formulación del plan de auditorías basado en riesgos, se realiza en función de la eficacia, eficiencia y efectividad de aquellos procesos que mayor impacto generan en el cumplimiento de los objetivos de la Alcaldía de Medellín.

Para la formulación del plan de auditorías basado en riesgo se utilizan criterios de priorización que sirven como pautas asociadas a los procesos administrativos, por medio de los cuales se establecen los niveles de priorización para determinar el orden en el que estos procesos deben ser auditados.

A cada criterio se le asigna un valor porcentual, que en suma no pueden exceder 100%.

Estos criterios se explican a continuación:

Criterio No. 1 Nivel de criticidad del riesgo:

La Secretaria de Evaluación y Control valora los riesgos inherentes de un proceso con la escala *extrema, alta, moderado o bajo*, según una metodología propia de esta entidad para administración de riesgos.

A este criterio se le asigna una ponderación del **30%** (Ver Ilustración 4). Esta valoración es la más alta en el ejercicio de ponderación, en razón a que la criticidad del riesgo es la esencia en el diseño de un plan de auditorías basado en riesgos.

Ilustración 4 Nivel de criticidad del riesgo.

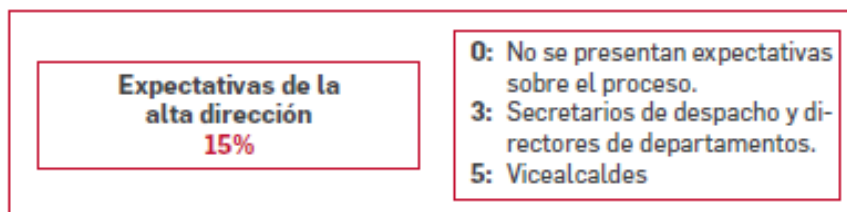


Fuente: Alcaldía de Medellín

Criterio No. 2 Expectativas de la alta dirección:

La alta dirección de la Alcaldía de Medellín se integra por Vicealcaldes, Secretarios de Despacho y Directores de Departamentos Administrativos, sin embargo otorga un especial tratamiento a las expectativas presentadas por el Alcalde Municipal, cuyas expectativas no son ponderadas y se tratan de forma diferencial, es decir, son de mayor prioridad que cualquier otra expectativa. (Ver ilustración 5).

Ilustración 5 Expectativas de la alta dirección.



Fuente: Alcaldía de Medellín

Para conocer las expectativas de la dirección se emplean los siguientes mecanismos:

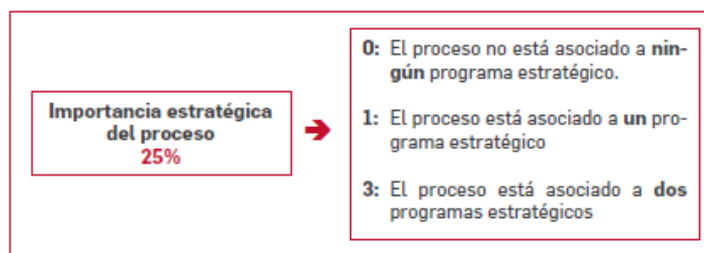
- Mediante comunicación escrita formal o electrónica
- Mediante cuestionarios o entrevistas dirigidos a los vicealcaldes, secretarios de despacho y directores de departamentos administrativos se indagará sobre las preocupaciones que podrían tener en procesos claves de las dependencias a su cargo.
- Mediante Consulta sobre áreas o proyectos donde la auditoría interna pueda aportar generando o protegiendo valor. A este criterio se concede una ponderación del 15%

Criterio No. 3 Importancia estratégica del proceso:

Este criterio hace referencia a la importancia del proceso en la materialización de compromisos y objetivos de la plataforma estratégica de la entidad, que se consagra en el Plan de Desarrollo, especialmente aquellos proyectos que se consideran de importancia estratégica para la entidad. Este criterio representa una ponderación del **25%**

Para determinar las calificaciones se procede según los siguientes pasos (Alcaldía de Medellín, 2014):

Ilustración 6 Importancia estratégica del proceso



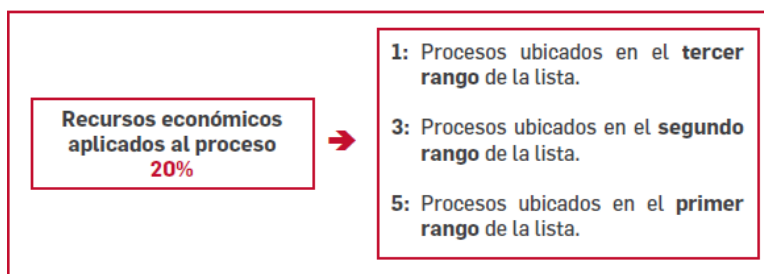
Fuente: Alcaldía de Medellín

Criterio No. 4 Recursos económicos aplicados al proceso:

Este criterio refleja el monto de los recursos económicos aplicados a cada proceso.

Se adopta con base en el impacto que dichos recursos generan en los indicadores de gestión y el logro de las metas del Municipio de Medellín. A este criterio se le asigna una ponderación del **20%**.

Ilustración 7 Recursos económicos asignados al proceso



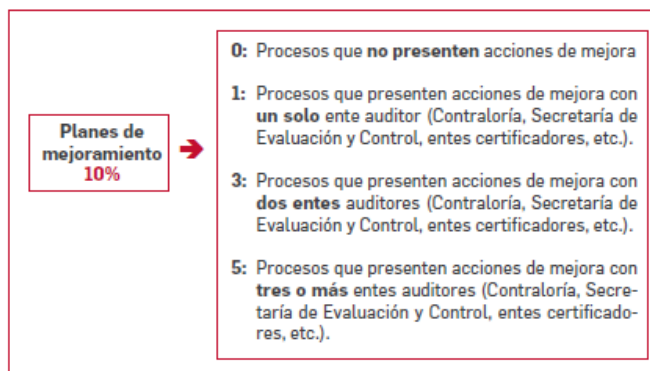
Fuente: Alcaldía de Medellín

Criterio No. 5 Planes de mejoramiento:

Este criterio contempla procesos que presenten acciones de mejora como producto de observaciones y hallazgos resultantes de auditorías realizadas por la Contraloría General de la República, la Contraloría General de Medellín, entes certificadores del sistema de gestión de calidad, la Secretaría de Evaluación y Control u otros. A este criterio se le asigna un nivel de ponderación del **10%**.

Para la aplicación de este criterio, se requiere previamente asociar a cada proceso las acciones de mejora de los diferentes planes de mejoramiento. Esto deberá realizarse durante los seguimientos semestrales que realiza la Secretaría de Evaluación y Control a los planes de mejoramiento (Ver Ilustración 8).

Ilustración 8 Planes de mejoramiento



Fuente: Alcaldía de Medellín

Consolidación de criterios

Las calificaciones y porcentajes de ponderación de cada criterio se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 6 Ponderaciones para cada criterio.

| CRITERIO | PONDERACIÓN |
|---|-------------|
| Nivel de criticidad del riesgo (Norma 2010) | 30% |
| Expectativas de la alta dirección (Norma 2010-A2) | 15% |
| Importancia estratégica del proceso (Consejo para la Práctica 2010-1-2) | 25% |
| Recursos económicos aplicados al proceso | 20% |
| Planes de mejoramiento | 10% |

Fuente: Alcaldía de Medellín

Indicadores de gestión de la actividad de auditoría interna

Para la evaluación de las actividades de auditoría interna, la Alcaldía de Medellín utiliza los siguientes indicadores de gestión:

- Cumplimiento del plan de auditoría interna
- Evaluación de los trabajos de auditoría interna por las partes interesadas
- Porcentaje de recomendaciones aceptadas
- Porcentaje de buenas prácticas implementadas (Benchmarking) por la auditoría
- Porcentaje de servidores/contratistas con certificaciones en auditoría interna.

3.3.3 Resultados y Mejoras.

d. Presentación de resultados

En este ítem se presentarán los resultados del análisis comparativo de las dos entidades que participan en el benchmarking, en el componente de planificación de auditorías basadas en riesgos.

Tabla 7 Análisis comparativo Alcaldías (Santa Marta y Medellín) / Fuente Propia

| Criterios de comparación | Entidades | |
|---|-------------------------|-------------------------------|
| | Alcaldía de Santa Marta | Alcaldía de Medellín |
| Planifica el programa de auditorías con base en los riesgos de los procesos | No | Si |
| Utiliza criterio de nivel de riesgo de procesos | No | Si |
| Utiliza criterio de expectativas de la alta dirección | No | Si |
| Utiliza criterio de importancia estratégica del proceso | No | Si |
| Utiliza recurso de recursos asignados al proceso | No. | Si |
| Utiliza el criterio de planes de mejoramiento | No | Si |
| Vigencia del programa de auditorías | Anual | Cuatrienal con revisión anual |
| Vincula a terceros para realizar auditorías internas | No | Si |
| Utiliza indicadores para medir la gestión de auditoría interna | No | Si |

La diferencia es notable entre las dos entidades, en relación con la existencia de una metodología para planificación de auditorías internas basadas en riesgo, el cual se encuentra

muy bien estructurado en la Alcaldía de Medellín y nulo en la Alcaldía de Santa Marta. Se destaca también el uso de auditorías internas realizadas en coordinación con terceros, por parte de la Alcaldía de Medellín.

e. Identificación de posibles mejoras

La metodología utilizada por la Alcaldía de Medellín para planificación de auditorías cumple con las necesidades que tiene la Alcaldía de Santa Marta para implementar auditorías internas basadas en riesgos.

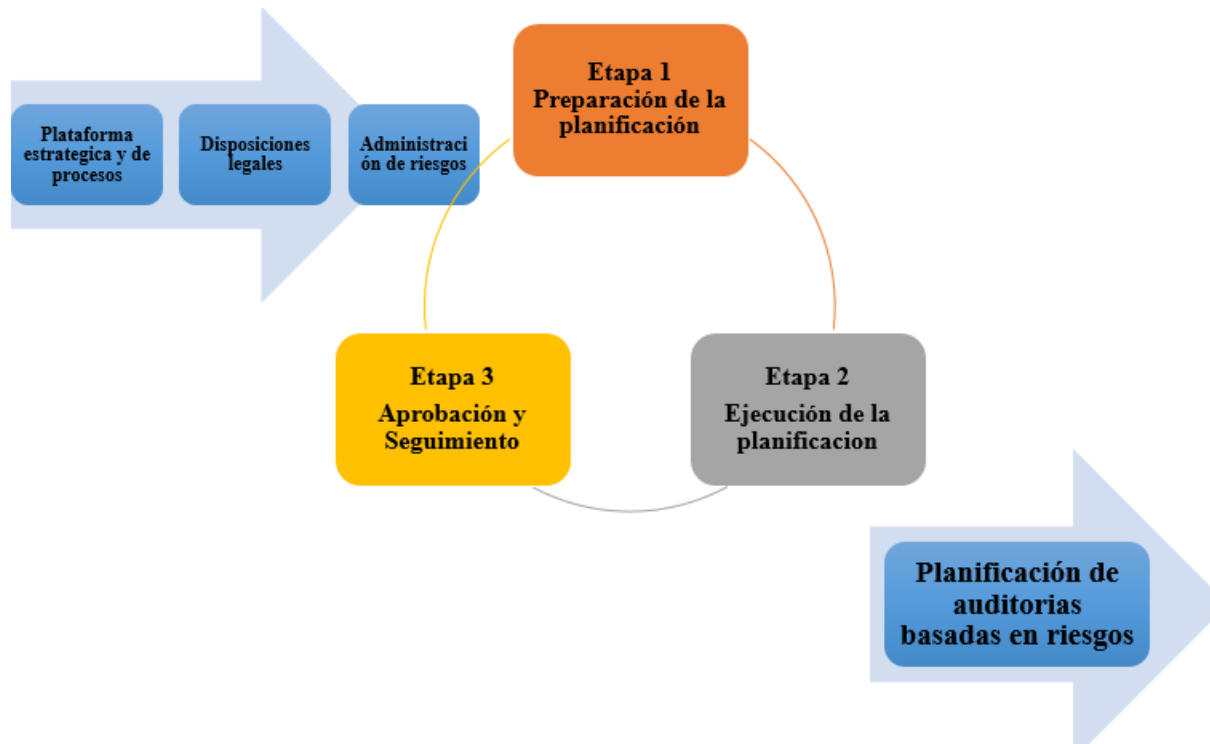
Del análisis de los resultados del Benchmarking, se plantean las siguientes mejoras:

- El modelo de planificación de auditorías debe estar basado en criterios de priorización acordes con la naturaleza de la estructura de Alcaldía de Santa Marta, teniendo como base los identificados en la Alcaldía de Medellín. Además, es posible incluir otros criterios que sean relevantes para la entidad.
- La planificación de auditorías internas se puede realizar con un horizonte de tiempo de cuatro años, en concordancia con los tiempos de los alcaldes municipales. Esto supone que el programa de auditorías ya no será anual sino cuatrienal, abarcando la totalidad de los 15 procesos del mapa de procesos de la Alcaldía de Santa Marta en este periodo. Así entonces, no será necesario auditar todos los procesos cada año sino con la frecuencia que indique la priorización.
- Determinar indicadores de gestión para la evaluación de la labor de auditoría interna. Entre otros, pueden diseñarse indicadores de cumplimiento del programa de auditoría, evaluación de trabajo de auditoría por partes interesadas y porcentaje de recomendaciones aceptadas.

3.4 Diseño del modelo de planificación de auditorías

En este aparte se presenta la propuesta del modelo de planificación de auditorías basadas en riesgo para la Alcaldía de Santa Marta, el cual es resultado de la aplicación de la metodología de Benchmarking con la Alcaldía de Medellín, en lo que corresponde al componente de auditoria interna.

Ilustración 9 Modelo de planificación de auditorías internas.



Fuente: Propia

El modelo gráficamente se presenta como un sistema de etapas con un orden lógico de aplicación que convierten entradas en producto o resultado, es decir, utiliza como insumo el direccionamiento estratégico, las disposiciones legales y el componente de administración del riesgo, para generar la planificación de auditorías internas de la Alcaldía de Santa Marta. Cada etapa del modelo se compone además de unos elementos que se describen a continuación:

Etapa 1. Preparación para la planificación

- Determinación del universo auditoria
- Objetivos y alcance de la planificación

Etapa 2. Ejecución de la planificación

- Variables de planificación
- Ponderación de variables
- Toma de información
- Priorización de auditorías

Etapa 3. Aprobación y seguimiento

- Presentación ante alta dirección
- Socialización
- Monitoreo y seguimiento

A continuación se explica la estructura del modelo de planificación de auditorías internas basado en riesgos:

Insumos

El modelo de planificación de auditorías internas de la Alcaldía de Santa Marta, tiene como insumos la plataforma estratégica y de procesos, las disposiciones legales y el componente de administración de riesgos.

Plataforma estratégica: Estructurada para un periodo de cuatro 4 años (2016-2019) correspondiente al periodo de la actual administración. Esta registrada en el documento “Plan de Desarrollo sigamos con el cambio, Santa Marta ciudad del Buen Vivir”. La plataforma estratégica brinda información para que la planificación de auditorías sea consistente con las metas de la organización.

Disposiciones legales: La necesidad de planificar y ejecutar auditorías internas con enfoque de riesgos, está dada por las siguientes normas:

- Modelo Estándar de Control Interno – MECI
- ISO 19001 – Guía para auditoria de sistemas de gestión
- Normas internacionales para para la práctica profesional de la auditoria interna

Producto

El modelo de planificación de auditoría genera una relación de procesos, ordenados en razón a la prioridad de los mismos, después de haber analizado las variables de planificación, este resultado ayuda a la gestión de la Dirección de Control Interno de la Alcaldía de Santa Marta, pues, permite definir criterios de priorización de auditorías basados en el análisis de riesgos, alejando la subjetividad y parcialidad en la gestión de los programas de auditoría interna. Igualmente permitirá concentrar el recurso humano disponible en la evaluación de los procesos más importantes para la entidad.

Etapa 1. Preparación para la planificación

Es la etapa inicial del modelo de auditorías y tiene como fin establecer las bases para las etapas de ejecución, aprobación y seguimiento. Se compone de los siguientes elementos:

- **Determinación del universo de auditoría:** El universo de auditoría es un conjunto finito y global de las áreas de auditoría, entidades organizacionales y la identificación y ubicación de las funciones de negocios que podrían ser auditadas para proporcionar un aseguramiento adecuado sobre el nivel de gestión de riesgos de la organización (IIA, SF).

Para la alcaldía de Santa Marta, este conjunto se compone de los 15 procesos que integran el mapa de procesos de la entidad, categorizados como estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, así como de los informes o auditoría determinadas por ley o por entidades nacionales. El Director de Control Interno debe decidir si todos los procesos de la entidad serán analizados en la planificación de auditorías, o por razones legales, de recursos o directrices de la alta dirección, se debe tener una muestra menor o mayor de procesos o aspectos auditables.

- **Objetivos y alcance de la planificación:** Corresponde al Director de Control Interno, como responsable de la gestión de auditoría interna de la Alcaldía de Santa Marta, determinar el objetivo del programa de auditorías, así como el alcance del mismo, en el cual debe establecerse el periodo de planificación (cuatrienal, trienal, etc.)

Etapa 2. Ejecución de la planificación

Esta etapa comprende la aplicación de la metodología de planificación de auditorías basada en riesgos, al conjugar los elementos que se explican a continuación:

- **Variables de planificación:** Se definen como las características inherentes a cada proceso y que serán evaluadas para llegar a una planificación de auditorías basada en riesgos. Estas variables se muestran en la siguiente ilustración:

Ilustración 10 Variables de planificación de auditorías internas.



Fuente: Propia

Nivel de criticidad del riesgo: Es el resultado de la identificación, análisis y valoración de riesgos y controles de cada proceso. La fuente de información para obtener los resultados de este criterio, son los mapas de riesgos que han sido elaborados por la entidad.

Importancia estratégica del proceso: La entidad cuenta con una plataforma para el registro y seguimiento de avances de las metas del Plan de Desarrollo del cuatrienio denominada SIGOB. Para este modelo se plantea que a mayor número de metas asignadas, mayor es la importancia estratégica del proceso.

Recursos económicos asignados al proceso: Se refiere al presupuesto asignado anualmente a cada proceso para la implementación de programas y proyectos de carácter misional o de funcionamiento.

Requerimientos de la alta dirección: Se entiende por alta dirección a la máxima autoridad de la entidad, en este caso al Alcalde Distrital, a quien se le debe consultar sobre la necesidad de aplicación del ejercicio de auditoría interna a algún proceso en particular.

Acciones correctivas vigentes: Con esta variable se pretende identificar los procesos que mantienen acciones correctivas abiertas por auditorías practicadas por entes de control externos.

Nivel de PQR: Con la inclusión de esta variable al modelo, se busca priorizar aquellos procesos con mayor nivel de incidencia en las peticiones, quejas y reclamos de los usuarios de los servicios de la entidad.

- **Ponderación de variables**

A cada variable se asigna un peso porcentual para su ponderación. Por ser este un modelo de planificación basado en riesgos, el mayor peso se le asigna a la variable nivel de criticidad del riesgo. El grado de importancia de cada variable se refleja en su peso de ponderación, así:

Tabla 8 Ponderación de variables

| Variable | Ponderación |
|--|--------------------|
| Nivel de criticidad del riesgo | 35% |
| Requerimiento de la alta dirección | 25% |
| Recursos económicos asignados al proceso | 20% |
| Importancia estratégica del proceso | 10% |
| Nivel de PQR | 7% |
| Acciones correctivas | 3% |

Fuente: Propia

- **Toma de información:** Las fuentes de información para cada variable se definen a continuación:

Tabla 9 Fuentes de información – Alcaldía de Santa Marta

| Variable | Fuente |
|--|--|
| Nivel de criticidad del riesgo | Mapas de riesgo de la entidad |
| Requerimiento de la alta dirección | Consulta a la alta dirección |
| Recursos económicos asignados al proceso | Ejecución presupuestal – Secretaría de Hacienda Distrital |
| Importancia estratégica del proceso | Portal SIGOB – Secretaría de Planeación |
| Nivel de PQR | Registros – Oficina de atención al ciudadano |
| Acciones correctivas | Planes de mejoramiento con entes externos e interno – Dirección de Control Interno |

- **Priorización de auditorías**

Una vez aplicada la calificación de cada variable y computada por su ponderación porcentual, se arroja una lista con el valor promedio ponderado. Seguidamente se debe organizar la lista de mayor a menor para conocer el orden de prioridad.

Etapa 3. Aprobación y Seguimiento

- **Presentación ante la alta dirección:**

El programa de auditorías priorizado debe ser presentado en el primer trimestre del periodo de aplicación establecido en el alcance de la planificación, entiéndase, cuatrienal, trianual, o como se disponga, ante el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno de la Entidad, por parte del Director de Control Interno, quien funge como secretario técnico de dicho comité, con voz pero sin voto. El programa de auditoría será aprobado por la mayoría simple de los integrantes del comité, de lo contrario será corregido y presentado nuevamente

- **Socialización:**

El programa de auditorías, así como la metodología mediante la cual se llegó al mismo, debe ser socializado ante el grupo de auditores internos de la entidad y ante los líderes de cada proceso. Para ello pueden usarse mecanismos físicos o virtuales de comunicación con los que cuenta la entidad.

- **Monitoreo y seguimiento:**

Se debe implementar la medición de los siguientes indicadores de gestión de la actividad de auditoría interna de la alcaldía de Santa Marta:

Tabla 10 Indicadores de gestión de la actividad de auditoria

| Indicador | Objetivo | Formula | Frecuencia | Meta | Responsable de medición |
|---|--|---|-------------------|-------------|--------------------------------|
| Cumplimiento del plan de auditorías internas | Evaluar el grado de eficacia con que se ejecutan las auditorías programadas | Auditorías ejecutadas/auditorías programadas | Semestral | 100% | Oficina de Control Interno |
| Efectividad de las acciones correctivas | Verificar la calidad de las acciones correctivas establecidas productos de auditorías internas | Recurrencia de la acción generadora de la No conformidad | Semestral | 0 | Oficina de Control Interno |
| Número de funcionarios con formación en auditoria | Garantizar la existencia de recurso humano con perfil de auditor interno | Número de funcionarios con formación en auditoria interna | Anual | Mínimo 10 | Oficina de Recurso Humano |

3.5 Conclusiones

El resultado del Benchmarking arrojó que existe una amplia distancia entre las metodologías de planificación de auditorías de las dos entidades puestas a comparación.

Por parte de la Alcaldía de Medellín, se conoció una metodología elaborada con criterios cuantitativos y cualitativos que permite generar el programa de auditoria interna con base en riesgos, además de eliminar variables subjetivas en la priorización de auditorías, en contraste,

la Alcaldía de Santa Marta carece de una metodología para realizar la planificación de sus auditorías que se sustente en criterios objetivos, por lo que dicha planificación no se alinea con la estrategia del gobierno, esto justifica la creación del modelo de planificación de auditorías basadas en riesgo para la Alcaldía de Santa Marta con el que se logre aumentar el porcentaje de ejecución de auditorías, generar eficiencia en el uso del recurso y priorizar el esfuerzo para evaluar los procesos más importantes para la entidad.

Capítulo 4 VALIDACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 Introducción

En este capítulo se desarrollaran cada una de las variables de planificación propuesta en el capítulo 3, identificando el método de medición y la ponderación de cada variable para desarrollar nuestro modelo de planificación de auditorías basadas en riesgos.

Finalmente se propondrán indicadores de gestión para monitorear la actividad de auditoria interna en la alcaldía de Santa Marta

4.2 Variables para planificación de auditorías internas

Corresponden a las condiciones que serán evaluadas de cada proceso, para establecer el grado de priorización en el programa de auditoria interna. La forma de medición de cada variable se definen a continuación:

4.2.1 Nivel de criticidad del riesgo

Este nivel se califica según la siguiente escala:

5: Riesgo Extremo: Mayor porcentaje de riesgos ubicados en zona extrema.

3: Riesgo Moderado: Mayor porcentaje de riesgos ubicados en zona moderada.

1: Riesgo Bajo: Mayor porcentaje de riesgos ubicados en zona baja.

Tabla 11 Nivel de criticidad del riesgo

| PROBABILIDAD | VALOR | | | |
|--------------|---------|---------------|---------------|---------------|
| ALTA | 3 | Zona moderada | Zona extrema | Zona extrema |
| MEDIA | 2 | Zona baja | Zona moderada | Zona extrema |
| BAJA | 1 | Zona baja | Zona baja | Zona moderada |
| | IMPACTO | Leve | Moderado | Catastrófica |
| | VALOR | 5 | 10 | 20 |

Fuente: Alcaldía de Santa Marta

4.2.2 Importancia estratégica del proceso.

Para la calificación de este criterio se debe utilizar la siguiente escala:

- 0:** Proceso sin metas registradas en SIGOB
- 1:** Entre 1 y 15 metas registradas en SIGOB
- 3:** Entre 16 y 30 metas en registradas en SIGOB
- 5:** Mas de 30 metas registradas en SIGOB

4.2.3 Recursos económicos asignados al proceso:

La escala de calificación de esta variable es la siguiente:

- 0:** Procesos con recursos asignados de \$0 hasta \$1.000.000.000
- 1:** Procesos con recursos asignados de \$1.000.000.001 hasta \$10.000.000.000
- 3:** Procesos con recursos asignados de \$10.000.000.001 hasta \$50.000.000.000
- 5:** Procesos con recursos asignados mayores a \$50.000.000.000

4.2.4 Requerimiento de la alta dirección:

Para esta variable se debe utilizar la siguiente escala de calificación:

0: No hubo requerimiento de la Alta Dirección

5: Si hubo requerimiento de la Alta Dirección

4.2.5 Acciones correctivas vigentes:

0: Proceso sin acciones correctivas vigentes

1: Proceso con acciones correctivas vigentes con un ente de control

3: Proceso con acciones correctivas vigentes con dos entes de control

5: Proceso con acciones correctivas vigentes con tres entes de control

4.2.6 Nivel de peticiones, quejas y reclamos de los usuarios:

Para medir esta variable, se usa como fuente las estadísticas empleadas en la oficina de atención al ciudadano según la siguiente escala:

0: No hay PQR sobre la calidad del servicio que presta el proceso.

1: Rara vez se presentan PQR sobre la calidad del servicio que presta el proceso (1 vez por mes).

3: Son frecuentes las PQR sobre la calidad del servicio que presta el proceso (1 vez por semana).

5: Son muy frecuentes las PQR sobre la calidad del servicio que presta el proceso (diariamente)

4.3 Aplicación del modelo.

Para cada uno de los quince (15) procesos del mapa de procesos de la Alcaldía de Santa Marta, se realizó la valoración de las seis variables de planificación, obteniéndose los siguientes resultados:

Nivel de criticidad del riesgo

Tabla 12 Nivel de criticidad del riesgo por procesos

| Procesos | % Riesgos zona extrema | % Riesgos zona Moderada | % Riesgos zona baja | Nivel de criticidad |
|--|------------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| Planeación Institucional y Territorial | 0% | 50% | 50% | 3: Riesgo moderado |
| Gestión de las comunicaciones | 13% | 63% | 25% | 3: Riesgo moderado |
| Gestión de Gobierno, Convivencia y Participación comunitaria | 48% | 40% | 12% | 5: Riesgo Extremo |
| Gestión de Movilidad, tránsito y transporte | - | - | - | 5: Riesgo Extremo |
| Gestión de Cultura, Deporte y Recreación | 20% | 70% | 10% | 3: Riesgo moderado |
| Gestión de Finanzas Públicas | 0% | 62% | 38% | 3: Riesgo moderado |

| | | | | |
|--|-----|-----|-----|--------------------|
| Gestión de Salud | 48% | 40% | 12% | 5: Riesgo Extremo |
| Gestión de Educación | 44% | 28% | 28% | 5: Riesgo Extremo |
| Gestión Turística | 31% | 54% | 15% | 3: Riesgo moderado |
| Gestión de Infraestructura | 28% | 72% | 0% | 3: Riesgo moderado |
| Gestión Agropecuaria | 36% | 55% | 9% | 3: Riesgo moderado |
| Gestión de Soporte Jurídico y Contratación | - | - | - | 5: Riesgo Extremo |
| Gestión de Recursos Institucionales | 39% | 44% | 17% | 3: Riesgo moderado |
| Control Interno de Gestión | 44% | 33% | 22% | 5: Riesgo Extremo |
| Control Interno Disciplinario | - | - | - | 1: Riesgo bajo |

Fuente: Alcaldía de Santa Marta

Para el cálculo de nivel de criticidad del riesgo, se identificaron en los mapas de riesgos de cada proceso el número de riesgos ubicados entre las zonas extremas, medias o bajas, lográndose determinar el porcentaje de ubicación. La zona con más presencia de riesgo, genera el nivel de criticidad. Para el caso del proceso *Planeación institucional y territorial*, al presentarse un empate entre las zonas moderada o baja, se escoge la zona que posee la ponderación más alta.

4.3.1 Importancia estratégica del proceso.

Para establecer el grado de importancia estratégica de cada proceso, se determinó el número total de metas que cada proceso asume dentro del plan de desarrollo distrital vigente para el actual periodo de gobierno – Santa Marta Ciudad del Buen Vivir 2016 – 2019. Estas metas se gestionan por medio de la plataforma SIGOB, donde se hace seguimiento a los eventos programados, las fechas y las evidencias de cumplimiento de cada meta.

Tabla 13 Importancia estratégica del cada proceso

| Procesos | Numero de metas registradas en SIGOB | Grado de importancia estratégica |
|--|---|---|
| Planeación Institucional y Territorial | 97 | 5 |
| Gestión de las comunicaciones | 2 | 1 |
| Gestión de Gobierno, Convivencia y Participación comunitaria | 178 | 5 |
| Gestión de Movilidad, tránsito y transporte | 22 | 3 |
| Gestión de Cultura, Deporte y Recreación | 79 | 5 |
| Gestión de Finanzas Públicas | 12 | 1 |
| Gestión de Salud | 52 | 5 |

| | | |
|---|----|---|
| Gestión de Educación | 62 | 5 |
| Gestión Turística | 63 | 5 |
| Gestión de Infraestructura | 53 | 5 |
| Gestión Agropecuaria | 37 | 5 |
| Gestión de Soporte Jurídico y Contratación | 11 | 1 |
| Gestión de Recursos Institucionales | 22 | 3 |
| Control Interno de Gestión | 2 | 1 |
| Control Interno Disciplinario | 0 | 0 |

Fuente: Alcaldía de Santa Marta

4.3.2 Recursos económicos asignados al proceso.

Para evaluar este criterio, se utilizó el informe de ejecución presupuestal de la Secretaría de Hacienda de la entidad, en el que se determinó la cantidad de recurso que se asignó a cada proceso y se calificó según los rangos establecidos, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 14 Recursos económicos asignados a cada proceso

| Procesos | Presupuesto asignado | Valoración |
|--|-----------------------------|-------------------|
| Planeación Institucional y Territorial | \$1.567.501.893 | 3 |
| Gestión de las comunicaciones | - | 0 |
| Gestión de Gobierno, Convivencia y Participación comunitaria | \$21.700.325.363 | 3 |
| Gestión de Movilidad, tránsito y transporte | \$16.364.899.511 | 3 |
| Gestión de Cultura, Deporte y Recreación | \$7.835.041.366 | 1 |
| Gestión de Finanzas Públicas | \$62.791.756.966 | 5 |
| Gestión de Salud | \$234.416.435.524 | 5 |
| Gestión de Educación | \$220.185.344.194 | 5 |
| Gestión Turística | \$835.840.000 | 0 |
| Gestión de Infraestructura | \$82.833.614.425 | 5 |
| Gestión Agropecuaria | \$1.171.483.219 | 3 |
| Gestión de Soporte Jurídico y Contratación | \$10.509.904.492 | 3 |
| Gestión de Recursos Institucionales | \$36.959.584.028 | 3 |
| Control Interno de Gestión | - | 0 |
| Control Interno Disciplinario | - | 0 |

Fuente: Alcaldía de Santa Marta

4.3.3 Acciones correctivas.

A continuación se relacionan los resultados de acciones correctivas vigentes de cada proceso con entes de control externos e internos, tomados de los planes de mejoramiento.

Tabla 15 Acciones correctivas vigentes por procesos

| Procesos | Acciones correctivas vigentes | Valoración |
|--|--------------------------------------|-------------------|
| Planeación Institucional y Territorial | 3 | 1 |
| Gestión de las comunicaciones | - | 0 |
| Gestión de Gobierno, Convivencia y Participación comunitaria | 5 | 3 |
| Gestión de Movilidad, tránsito y transporte | 3 | 1 |
| Gestión de Cultura, Deporte y Recreación | 5 | 3 |
| Gestión de Finanzas Públicas | 7 | 3 |
| Gestión de Salud | 15 | 5 |
| Gestión de Educación | 8 | 3 |

| | | |
|--|---|---|
| Gestión Turística | - | 0 |
| Gestión de Infraestructura | 9 | 3 |
| Gestión Agropecuaria | 1 | 1 |
| Gestión de Soporte Jurídico y Contratación | 5 | 3 |
| Gestión de Recursos Institucionales | 3 | 1 |
| Control Interno de Gestión | - | 0 |
| Control Interno Disciplinario | - | 0 |

Fuente: Alcaldía de Santa Marta

4.3.4 Requerimientos de la alta dirección.

Se consultó a la alta dirección por la necesidad de que se auditara en especial algún proceso, el resultado de la consulta fue el siguiente:

Tabla 16 Requerimientos de la Alta dirección

| Procesos | Requerimiento | Valoración |
|--|----------------------|-------------------|
| Gestión de movilidad, tránsito y transporte, | Si | 5 |
| Gestión de finanzas publicas | Si - | 5 |
| Soporte jurídico y de contratación | SI | 5 |

Fuente: Alcaldía de Santa Marta

A los procesos restantes se les dio una calificación de cero (0).

4.3.5 Nivel de PQR

Este resultado es producto de cotejar los registros de PQRS de la oficina de atención al ciudadano, con la escala de calificación definida para esta variable.

Tabla 17 Nivel de PQR por procesos


| Procesos | Nivel de PQR |
|--|--------------|
| Planeación Institucional y Territorial | 5 |
| Gestión de las comunicaciones | 1 |
| Gestión de Gobierno, Convivencia y Participación comunitaria | 5 |
| Gestióne Movilidad, tránsito y transporte | 3 |
| Gestión de Cultura, Deporte y Recreación | 3 |
| Gestión de Finanzas Públicas | 3 |
| Gestión de Salud | 5 |
| Gestión de Educación | 3 |
| Gestión Turística | 3 |
| Gestión de Infraestructura | 5 |
| Gestión Agropecuaria | 3 |
| Gestión de Soporte Jurídico y Contratación | 3 |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Gestión de Recursos Institucionales | 1 |
| Control Interno de Gestión | 3 |
| Control Interno Disciplinario | 3 |

Fuente: Alcaldía de Santa Marta

4.3.6 Análisis de resultados

La matriz de planificación de auditorías, muestra la conjugación de las seis variables de planificación con su respectivo peso porcentual.

|  | | MATRIZ DE PLANIFICACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS | | | | | | Valor Promedio Ponderado |
|---|--|---|---|--|---|---|--------------------------|--------------------------|
| Nivel del Proceso | Proceso | Criterio | | | | | Nivel de PQR de usuarios | |
| | | Nivel de Criticidad del Riesgo | Importancia estratégica del proceso | Recursos económicos asignados al proceso | Requerimientos de la Alta Dirección | Acciones correctivas | | |
| | | 5: Riesgo Extremo 3: Riesgo Moderado 1: Riesgo bajo | 0: Proceso sin metas registradas en el GOB 1: Entre 1 y 5 metas registradas en el GOB 3: Entre 6 y 10 metas registradas en el GOB 5: Mas de 10 metas registradas en el GOB | 0: Recursos asignados de \$0 hasta \$1.000.000.000 1: Recursos asignados de \$1.000.000.001 hasta \$10.000.000.000 3: Recursos asignados de \$10.000.000.001 hasta \$50.000.000.000 5: Recursos asignados mayores de \$50.000.000.000 | 0: No hubo requerimiento de la Alta Dirección 5: Hubo requerimiento de la Alta Dirección | 0: Proceso sin acciones correctivas vigentes 1: Proceso con acciones correctivas vigentes en el ente de control 3: Proceso con acciones correctivas vigentes en entes de control 5: Proceso con acciones correctivas vigentes en tres entes de control | | |
| 35% | 25% | 20% | 10% | 7% | 3% | | | |
| Estratégico | Planeación Institucional y Territorial | 3 | 5 | 3 | 0 | 3 | 5 | 13,360 |
| Estratégico | Gestión de las Comunicaciones | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,430 |
| Misional | Gestión de Gobierno, Convivencia y Participación Comunitaria | 5 | 5 | 3 | 0 | 3 | 5 | 10,060 |
| Misional | Gestión de Movilidad, Tránsito y transporte | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 18,500 |
| Misional | Gestión de Cultura, Deporte y Recreación | 3 | 5 | 1 | 0 | 1 | 3 | 12,760 |
| Misional | Gestión de Finanzas Públicas | 3 | 1 | 5 | 5 | 5 | 3 | 17,840 |
| Misional | Gestión de Salud | 5 | 5 | 5 | 0 | 5 | 5 | 18,600 |
| Misional | Gestión de Educación | 5 | 5 | 5 | 0 | 5 | 3 | 18,540 |
| Misional | Gestión Jurística | 3 | 5 | 0 | 0 | 0 | 3 | 12,490 |
| Misional | Gestión de Infraestructura | 3 | 5 | 5 | 0 | 5 | 5 | 18,900 |
| Misional | Gestión Agropecuaria | 3 | 5 | 3 | 0 | 3 | 3 | 13,300 |
| Apoyo | Gestión de Soporte Jurídico y Contratación | 5 | 1 | 3 | 5 | 3 | 3 | 18,000 |
| Apoyo | Gestión de Recursos Institucionales | 3 | 3 | 3 | 0 | 3 | 1 | 12,740 |
| Evaluación | Control Interno de Gestión | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 12,190 |
| Evaluación | Control Interno Disciplinario | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 10,540 |

Al ordenar los procesos de mayor a menor, con base en el valor promedio ponderado, tendremos el siguiente resultado:

Tabla 18 Planificación de auditorías por procesos

| Proceso | Valor ponderado | Orden de prioridad |
|--|------------------------|---------------------------|
| Gestión de Movilidad, tránsito y transporte | 8,500 | 1 |
| Gestión de Soporte Jurídico y Contratación | 8,000 | 2 |
| Gestión de Finanzas Públicas | 7,840 | 3 |
| Gestión de Salud | 4,600 | 4 |
| Gestión de Educación | 4,540 | 5 |
| Gestión de Gobierno, Convivencia y Participación comunitaria | 4,060 | 6 |
| Gestión de Infraestructura | 3,900 | 7 |
| Planeación Institucional y Territorial | 3,360 | 8 |
| Gestión Agropecuaria | 3,300 | 9 |
| Gestión de Cultura, Deporte y Recreación | 2,760 | 10 |
| Gestión de Recursos Institucionales | 2,740 | 11 |
| Gestión Turística | 2,490 | 12 |
| Control Interno de Gestión | 2,190 | 13 |
| Gestión de las comunicaciones | 1,430 | 14 |
| Control Interno Disciplinario | 0,540 | 15 |

Fuente: Alcaldía de Santa Marta

4.4 Plan de implementación del modelo de planificación

En concordancia con las mejoras identificadas en la metodología del Benchmarking, se sugiere realizar un programa de auditorías internas para cuatro años, iniciando el primer año de gobierno, en el que se abarque la totalidad de los procesos a auditar. Sin embargo, al haberse consumido el primer año de administración, 2016, el horizonte de tiempo del plan será de tres años, para abarcar la totalidad de los procesos.

Para la determinación de la frecuencia y el orden de las auditorías, se presentan los siguientes criterios:

- A. Los tres primeros procesos en orden de prioridad, deberán ser auditados todos los años del periodo del plan.
- B. Los procesos ubicados entre el cuarto y octavo lugar de prioridad, serán auditados dos veces en el periodo del plan.
- C. Mientras que los procesos entre el noveno y decimoquinto proceso, serán auditados una vez en el periodo del plan.

4.5 Responsabilidades

A la oficina de control interno le corresponde la función de presentar ante la alta dirección el resultado de la planificación de auditorías para el trienio 2017 – 2019, el cual debe ser aprobado para su ejecución en el primer mes de 2017.

Se debe establecer un programa de formación de funcionarios en auditoría interna, para aumentar la capacidad del recurso disponible. Este programa debe estar coordinado entre las oficinas de recurso humano, bienestar y control interno.

4.6 Conclusión.

En este capítulo se desarrolló la aplicación del modelo de planificación de auditorías internas propuesto en el capítulo 3, así como el establecimiento de unos lineamientos básicos para una exitosa implementación del modelo, que dará cumplimiento a los estándares nacionales e internacionales que exigen la aplicación de un enfoque de riesgos para la planificación de auditorías internas.

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Introducción.

Las reflexiones, análisis y conclusiones llevadas a cabo en cada uno de los capítulos de la investigación adelantada, para diseñar un modelo de planificación de auditorías internas basado en riesgos utilizando la metodología de Benchmarking, deben arribar a una síntesis conclusiva de los resultados obtenidos.

Es por esto que en este capítulo se presentan las conclusiones generales del trabajo de investigación, haciendo énfasis en aquellos que dan respuesta a la situación problema y a los objetivos que se propusieron alcanzar.

5.2. Resultados por objetivos.

En relación con los objetivos que se plantearon al inicio de la investigación, se da un parte positivo al haber dado respuesta tanto al objetivo general como a los específicos, de la siguiente manera:

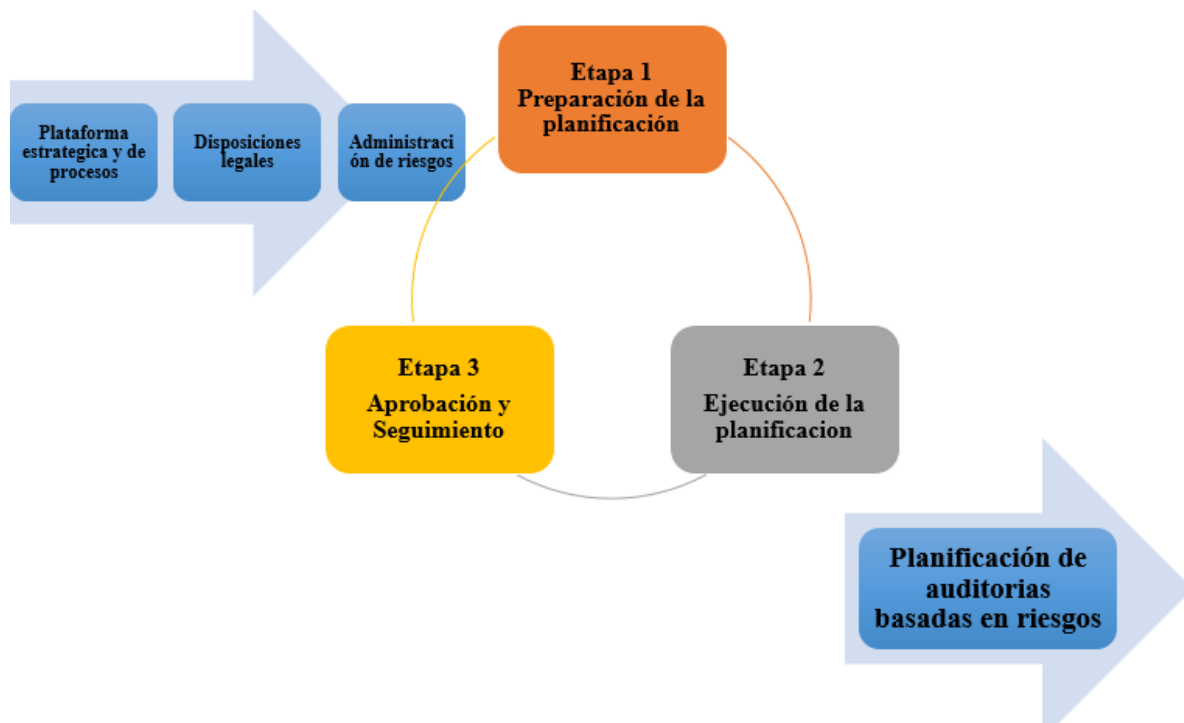
- **Objetivo general:**

Diseñar un modelo de planificación de auditorías internas basadas en riesgos para la alcaldía de Santa Marta, con el fin de apoyar la gestión de la oficina de control interno, utilizando la metodología de Benchmarking.

Es el resultado de todo el trabajo de aplicación. Este objetivo se cumplió a cabalidad, toda vez que realizado el Benchmarking con la Alcaldía de Medellín, se identificaron las mejores

prácticas en planificación de auditorías, con lo que se llegó al diseño de un modelo propio para la Alcaldía de Santa Marta.

El modelo de planificación de auditorías internas para la Alcaldía de Santa Marta, se compone de 3 etapas, las cuales son preparación de la planificación, ejecución de la planificación, y por último la etapa de aprobación y seguimiento, dichas etapas se integran por elementos, como se muestra a continuación:



- **Objetivos específicos:**

- ✓ Realizar un diagnóstico del estado actual del componente de auditoría interna de la Alcaldía de Santa Marta, a través del desempeño y resultados recientes, para que sirva de línea de referencia en el desarrollo de la metodología de Benchmarking

Se desarrolló el diagnóstico del estado actual de la labor de auditoría interna de la alcaldía de Santa Marta, que se usó como línea base en el proceso de Benchmarking. Se tuvieron en cuenta los elementos de composición de la oficina de control interno, procedimiento actual

de auditoria, resultados de la ejecución de auditoria. En síntesis, se concluyó que la entidad no aplica el enfoque de auditorías basadas en riesgos, condición que afecta los resultados de la oficina de control interno, toda vez que no prioriza la labor de auditoria sobre los procesos con mayor nivel de riesgo, sino que se planifica para todos los procesos de la entidad.

- ✓ Identificar y analizar las variables de planificación de auditorías internas apoyado en un proceso de Benchmarking, para determinar su aplicación en la alcaldía de Santa Marta.

En el proceso de benchmarking se evidenció que la entidad referente, utiliza cinco procesos para la priorización de auditorías, que fueron explicados en el capítulo 3 del presente trabajo.

Estos criterios fueron utilizados para el diseño del modelo propio de planificación de auditorías, más un criterio que se adicionó, a saber, el criterio de nivel de PQRS de proceso, dado la importancia de incluir en el plan de auditorías los procesos con más incidencia en este criterio.

- ✓ Establecer la ponderación de las variables de planificación de auditorías internas, para determinar el grado de importancia dentro del modelo.

La ponderación de variables de priorización se realizó en razón al grado de importancia de cada variable. Teniendo en cuenta que el modelo es basado en riesgos, el nivel de criticidad de riesgos encabeza la lista de variables.

| Variable | Ponderación |
|--|--------------------|
| Nivel de criticidad del riesgo | 35% |
| Requerimiento de la alta dirección | 25% |
| Recursos económicos asignados al proceso | 20% |
| Importancia estratégica del proceso | 10% |
| Nivel de PQR | 7% |
| Acciones correctivas | 3% |

- ✓ Diseñar un plan de implementación del modelo de planificación de auditorías internas, con el fin de determinar etapas y responsables de la implementación en la alcaldía de Santa Marta.

El plan de implementación, que se registra en el capítulo 4, establece lineamientos para el éxito de la implementación del modelo de planificación, que incluye, sugerencia de frecuencias de auditoría, responsabilidades en la gestión del proceso de auditoría interna

- ✓ Establecer indicadores de gestión para el monitoreo de la ejecución de programa de auditorías internas

Se determinaron indicadores de gestión para seguimiento y monitores del programa de auditorías internas, esto con base en el análisis del referente de Benchmarking.

5.3. Recomendaciones

Los resultados de la aplicación del presente trabajo practico muestran que es beneficioso para la Alcaldía de Santa Marta, implementar un modelo de planificación de auditorías basadas en riesgo, toda vez que se genera eficiencia y efectividad en el uso del recurso humano que desarrolla función de auditoría, al dedicar ese recurso, mayoritariamente a evaluar los procesos más significativos para la entidad, bajo criterios objetivos

Se recomienda fortalecer el componente de administración de riesgos de la entidad, estableciendo responsabilidades para la actualización permanente de los mapas de riesgos, en razón a que los riesgos y controles que se definen son cambiantes. Asimismo se recomienda llevar un registro de los riesgos materializados y lo controles efectivos.

Se sugiere la formulación de un programa de formación en auditoría interna para funcionarios de todas las áreas de la entidad, lo que redundará positivamente en el recurso humano disponible para ejecución de auditorías y evitar la falta de perfiles específicos.

5.4. Líneas de futuro

La entidad puede desarrollar en el mediano plazo alianzas estratégicas con entidades privadas, para ejecutar auditorías internas especializadas, entre estas se encuentran, PwC, Deloitte, E&Y.

Con esto se podrán obtener resultados oportunos y efectivos sobre la gestión de procesos claves para la entidad, por ejemplo, la gestión financiera y contable, la gestión tributaria y la gestión predial.

En estas alianzas se puede acordar la participación de funcionarios internos con formación en auditoría para que desarrollen sus habilidades en la materia.

ANEXOS

ANEXO 1: CIG-PRO-02 PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS.

ALCALDIA DE SANTA MARTA

PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS

GIC-PRO-02

CONTROL DE CAMBIOS

| | | |
|--|--|---|
| ELABORÓ: José Fernando Mejía Villanueva | REVISÓ: José Fernando Mejía Villanueva | APROBÓ: Carlos Eduardo Caicedo Omar |
| Cargo: Director Administrativo de Control Interno | Cargo: Director Administrativo de Control Interno | Cargo: Alcalde Distrital |
| Firma: | Firma: | Firma: |

| Fecha | Versión | Cambio |
|---------------------|----------------|--|
| 24 de Abril de 2014 | 02 | Se actualiza el modelo de documentos según el Procedimiento de GIC-PRO-01 Normalización de Documentos. Se declara obsoleto el procedimiento GCIN-PRC-001 Procedimiento de Auditoria Interna Sistema de Gestión de Calidad y MECI aprobado el 01 de diciembre de 2008 |

1. OBJETIVO

Describir la metodología para desarrollar Auditorías Internas a los procesos que componen el Sistema de Control Interno de la Alcaldía Distrital de Santa Marta.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicable para el desarrollo de Auditorías Internas a los procesos del Sistema de Control Interno de la Alcaldía Distrital de Santa Marta.

3. DEFINICIONES

Auditoría: Proceso sistemático, independiente, y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.

Programa de Auditoria: Conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

Plan de Auditoria: Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoria.

Alcance de la Auditoria: Extensión y límites de una auditoria (*Esto incluye factores como ubicaciones físicas, unidades organizacionales, actividades y procesos a ser auditados, así como el periodo de tiempo cubierto por la auditoría*).

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

No Conformidad: Incumplimiento de un requisito

Criterios de Auditoria: Grupo de políticas, procedimientos o requisitos usados como referencia y contra los cuales se compara la evidencia de auditoría.

Acción Correctiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.

Acción Preventiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable

4. RESPONSABLES

El Director Administrativo de Control Interno es responsable de ejecutar las auditorías internas y atender auditorías externas de los entes de control que lo soliciten. Todos los funcionarios de la entidad son responsables por desarrollar las acciones que respectivamente se asignen en este procedimiento

5. REFERENCIAS NORMATIVAS

- Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. NTCGP 1000:2009
- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos.
- Modelo Estándar de Control Interno. MECI 1000:2005
- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9000:2005. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario.
- ISO 19011:2011. Directrices para la Auditoria de Sistemas de Gestiona
- Guía de Auditoria para entidades públicas – Departamento Administrativo de la Función Publica

6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

6.1. Cronograma Anual de Auditorías Internas

Al inicio de cada vigencia, el Director Administrativo de Control Interno presentará al Comité Coordinador del Sistema de Control Interno CCSCI el *Programa Anual de Auditorías Internas* para su aprobación a través de Resolución.

El *Programa Anual de Auditorías Internas* puede incluir una o más auditorías a cada proceso dependiendo la complejidad del proceso, los resultados previamente obtenidos y consideraciones de la alta dirección. El *Programa Anual de Auditorías Internas* se registra en el formato GIC-FOR-01

El *Cronograma Anual de Auditorías Internas* aprobado será socializado a todos los funcionarios de la entidad por cualquiera de los medios que se cuente para ello (correo electrónico, página web, reuniones, entre otros).

6.2. Planeación de Auditorías

Cada auditoría programada se debe basar en objetivos, alcance y criterios de auditoría documentados y deberán ser definidos por el Director Administrativo de Control Interno en el formato *GIC-FOR-02 Itinerario de Auditoría*, donde además se deben registrar las fechas en que se desarrollarán las actividades del ejercicio auditor.

En esta etapa se deben seleccionar los miembros del equipo auditor, en caso de requerirse apoyo de otro funcionario de la entidad y que no pertenezca al proceso a auditar. El Director Administrativo de Oficina de Control Interno obrará siempre como líder de auditoría.

El Itinerario de Auditoría será suscrito por el Jefe de Control Interno y comunicado con antelación del inicio de la auditoría al responsable del proceso.

6.3. Ejecución de Auditorías Internas

6.3.1. Reunión de apertura

Toda Auditoría Interna iniciará con una reunión de apertura bajo la dirección del líder de auditoría, en la que se explicarán los objetivos de auditoría, alcance, criterios y métodos al auditado y se pueden hacer arreglos sobre las fechas y horarios de las actividades de auditoría.

6.3.2. Procedimientos de Auditoria

Una vez terminada la reunión de apertura y habiendo acordado las condiciones de tiempo y lugar para el desarrollo de la auditoría, el equipo auditor iniciará la labor de revisión de los soportes del proceso en relación con los objetivos, alcance y criterios de auditoría a través de muestreo apropiado. Se podrán realizar cuestionarios, encuestas, entrevistas o cualquier otro tipo de procedimiento que sirva como fuente de información.

No se deben solicitar copias físicas de documentos si estos se pueden revisar en medio magnéticos.

6.3.3. Generación de Hallazgos

Los hallazgos de auditoría son resultado de la comparación de la evidencia de auditoría contra los criterios establecidos. Los hallazgos de Auditoría Interna se clasifican de la siguiente forma:

1. **Conformidad:** Hace referencia al cumplimiento de requisitos establecidos en normas aplicables, regulación interna y demás criterios de auditoría.
2. **No conformidad:** Hace referencia al incumplimiento total de requisitos establecidos en normas aplicables, regulación interna y demás criterios de auditoría.
3. **Oportunidad de Mejora:** Relaciona las actividades que pueden estar siendo cumplidas parcialmente y que podrían mejorarse.

Los hallazgos de auditoría determinados deben ser revisados con el auditado a fin de que se entiendan y obtener reconocimiento de que la evidencia de auditoría es correcta.

El equipo auditor debe reunirse para revisar los hallazgos de la auditoría y cualquier otra información apropiada recopilada durante la auditoría frente a los objetivos de la misma; llegar a un acuerdo respecto a las conclusiones, teniendo en cuenta la incertidumbre inherente en el proceso de auditoría; preparar recomendaciones, si esto está especificado en el plan de auditoría y discutir el seguimiento a la auditoría, según sea aplicable.

6.3.4. Reunión de Cierre

El líder de auditoría debe citar a reunión de cierre para presentar hallazgos y conclusiones de la auditoría. Los participantes de la reunión deben ser el equipo auditor, el auditado y cualquier otro funcionario que a criterio del líder de auditoría deba estar presente.

En la reunión de cierre se deben explicar las actividades post-auditoria relacionadas con la implementación de planes de mejoramiento, acciones correctivas, recomendaciones, descargos y seguimiento de la auditora, según sea aplicable.

6.4. Informe de Auditoria

El informe de auditoría debe ser consolidado por el líder de auditoría y será comunicado por medio electrónico o físico al auditado, con copia al Alcalde. Se debe utilizar el formato GIC-FOR-03 *Informe de Auditoría Interna*. El informe debe ser emitido en el tiempo acordado, en caso de demoras las razones deben ser comunicadas en el informe.

6.4.1. Contenido del Informe de Auditoria

El informe de auditoría es un resumen de las actividades desarrolladas en el término de la auditoría. Su resultado debe ser visto como la oportunidad para mejorar continuamente el sistema de gestión y no como una acusación a un funcionario. El informe debe contener los siguientes ítems:

1. **Información General.** Se debe registrar el nombre del proceso auditado, responsable, alcance y objetivo(s) de la auditoría.
2. **Audidores.** Nombre de los auditores internos con su respectivo rol (líder de auditoría, auditor, experto técnico,).
3. **Actividades desarrolladas.** Se debe realizar un resumen de las actividades que se desarrollaron en el ejercicio auditor, tales como documentos revisados, personas entrevistadas, fuentes de información utilizadas, muestreo, entre otros.
4. **Consolidado de Hallazgos.** Se deben relacionar los hallazgos detectados en la auditoría.
5. **Conclusiones.** En este aparte se presentaran las conclusiones del proceso de auditoría en torno al grado de cumplimiento del proceso con los criterios aplicables, el objetivo y alcance de auditoría.


7. REGISTROS


Son registros del presente procedimiento los siguientes:

1. GIC-FOR-01 Plan Anual de Auditorías Internas.
2. GIC-FOR-02 Itinerario de Auditoría
3. GIC-FOR-03 Informe de Auditoría Interna.


ANEXO 2: MAPAS DE RIESGOS

2.1 Control interno institucional


|  | | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | | CÓDIGO | GGIN-FOT-001 |
|---|--|--|--|---|--|---------------------|--------------|
| | | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | | VERSIÓN | 1 |
| | | FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO | | | | PAGINA | 1 |
| | | | | | | FECHA DE APROBACIÓN | |
| PROCESO | GESTIÓN DE CONTROL INTERNO | | | | | | |
| OBJETIVO DEL PROCESO | Asesorar y acompañar a la alta dirección y evaluar los procesos de la administración en procura del mejoramiento continuo. | | | | | | |
| ACTIVIDAD | RIESGO | RIESGO No. | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | POSIBLES CAUSAS (Factores internos, externos, agente generador) | POSIBLES CONSECUENCIAS | | |
| Elaborar Plan Anual de Auditorías | Desvío de visitas | R1 | Programación esporádica y descoordinada de seguimiento y evaluación. - Concentración del seguimiento y evaluación en determinadas áreas, procesos y dependencias. - Grupos de supervisión integrados por los mismos funcionarios. | - Falta de imparcialidad por parte del responsable encargado de la programación. - Falta de claridad en los conceptos y criterios para la realización de auditorías. | - Consolidación de prácticas autocráticas en la selección de áreas y procesos a controlar. - Impunidad que favorece a los corruptos. - Pérdida de recursos y de confiabilidad. | | |
| Cumplimiento de políticas, objetivos y metas de la entidad. | Desvío de políticas, objetivos y metas establecidos por la Entidad. | R2 | Incumplimiento de directrices definidas por la entidad. | - Falta de compromiso y sentido de pertenencia por parte de los funcionarios. - Falta de motivación. - Falta de sensibilización, capacitación y entrenamiento. | Ambiente laboral desfavorable, personal desmotivado, insatisfacción en la prestación del servicio por parte de los usuarios finales. | | |
| Ejecución del plan de auditoría | Influencia en las auditorías | R3 | Ofrecimiento de dádivas para impedir visitas de evaluación y/o control. - Pagos a los funcionarios con el fin de evitar la detección y sanción de indebidos manejos. - Amenazas encaminadas a impedir cualquier tipo de visita de inspección. | - Falta de objetividad en la ejecución de las auditorías. - Falta de compromiso y sentido de pertenencia por parte del responsable encargado | - Consolidación de prácticas autocráticas en la selección de áreas y procesos a controlar. - Impunidad que favorece a los corruptos. - Pérdida de recursos y de confiabilidad. | | |
| Control a los procesos, mecanismos de control. | Desviación de procesos y procedimientos establecidos | R4 | Desviación de los controles de proceso establecidos. | - Falta de compromiso de los servidores públicos. - Falta de claridad de los procesos y procedimientos - Falta capacitación y empoderamiento del personal | Actividades sin control Carenza de evidencia objetiva del desempeño de actividades. | | |
| Efectuar Seguimiento al Plan de mejoramiento | Deficiencia de la Información | R5 | Información insuficiente que impide el seguimiento a los planes de mejoramiento | - Falta de compromiso de los responsables - Falta de capacitación y empoderamiento del personal. | - Carencia de un seguimiento objetivo. - Sanciones por incumplimiento en la presentación del plan. | | |
| | Uso indebido de información | R6 | Desorganización y caos en la información registrada., - Carencia de variables e indicadores de gestión y resultados. - Deficiencias en la entrega oportuna de información confiable y segura. - Demora y retardos injustificados de datos e informes. | - Falta de compromiso de los responsables - Falta de capacitación y empoderamiento del personal. | - Falta de objetividad en el seguimiento y evaluación del plan. - Investigaciones disciplinarias. | | |
| Fomentar cultura de autocontrol | No fomentar la cultura de autocontrol | R7 | No fomentar acciones tendientes a la cultura de autocontrol | Inexistencia en el proceso de un programa para el fortalecimiento de la cultura de autocontrol | Debilitamiento el Sistema de Control Interno | | |
| Seguimiento, medición y toma de acciones en el proceso. | Medición tardía de indicadores del proceso. | R8 | Seguimiento y Medición tardía del proceso. | - Falta de compromiso por parte de los funcionarios responsables de la toma de datos. - Falta de capacitación y entrenamiento. | - Proceso sin verificación oportuna del desempeño del mismo. - Carencia de mejora continua en el proceso. | | |
| | No establecer las acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales o reales. | R9 | No establecimiento de acciones de correctivas, preventivas o de mejora para el proceso. | - Falta de fomento en la cultura de la prevención y el mejoramiento continuo. | | | |

| | | | | | |
|---|---|-------------|-----------------|----------------------------|--------------|
|  ALCALDÍA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | CÓDIGO | GCIN-FOT-005 |
| | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | VERSIÓN | 1 |
| | | | | PAGINA | 1 |
| | MAPA DE RIESGOS | | | FECHA DE APROBACIÓN | |
| PROCESO: CONTROL INTERNO | | | | | |
| PROBABILIDAD | VALOR | | | | |
| ALTA | 3 | | | R5 | |
| MEDIA | 2 | | R4 - R8 | R3 - R6 - R9 | |
| BAJA | 1 | | R1 - R2 | R7 | |
| | IMPACTO | Leve | Moderado | Catastrófica | |
| | VALOR | 5 | 10 | 20 | |


2.2 Gestión de Educación.

|  ALCALDÍA DE SANTA MARTA <small>Distrito Turístico, Cultural e Histórico</small> | | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 001 |
|--|--|---|---|--|---|----------------------------|-------------------------|
| | | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | | VERSIÓN | 1 |
| | | FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO | | | | PAGINA | |
| | | | | | | FECHA DE APROBACIÓN | |
| PROCESO | GESTION DE EDUCACIÓN | | | | | | |
| OBJETIVO DEL PROCESO | Garantizar la oferta Educativa en el Distrito, para promover el acceso, la calidad y pertinencia de la Educación no formal y formal en sus distinto niveles (preescolar, básica primaria, secundaria y media). | | | | | | |
| ACTIVIDAD | RIESGO | RIESGO No. | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | POSIBLES CAUSAS (Factores internos, externos, agente generador) | POSIBLES CONSECUENCIAS | | |
| Identificación de necesidades y expectativas de la comunidad para el establecimiento de parámetros de operación del proceso. | Identificación inadecuada de necesidades de la comunidad. | R1 | Identificación inadecuada de necesidades de educación de la comunidad. | - Falta de objetividad al momento de identificar necesidades. - Influencia en el favorecimiento de intereses particulares. | Afectación a la cobertura de la educación. Deserción escolar. Comunidad en edad escolar desatendida. Sanciones o investigaciones disciplinarias. | | |
| Formulación y viabilización de planes, programas y proyectos de prestación de servicios educativos. | Influencias políticas o favorecimientos particulares. | R2 | Programas y proyectos orientados al favorecimiento de particulares con intereses políticos | - Favores políticos o influencia de altos niveles jerárquicos de poder. | Población objetivo con necesidades de proyectos de educación desatendida. Quejas y reclamos por parte de la comunidad Investigaciones disciplinarias. | | |
| | Debilidades en la cooperación o participación interna en torno a la planificación y desarrollo conjunto de temas. | R3 | Debilidades en la cooperación o participación interna en torno a la planificación y desarrollo conjunto de temas para la formulación de proyectos educativos. | - Falta de compromiso por parte de los funcionarios. - Desinterés en el desarrollo de proyectos educativos. | Población objetivo con necesidades de proyectos de educación desatendida. Quejas y reclamos por parte de la comunidad. | | |
| Cumplimiento de políticas, objetivos y metas de la entidad. | Desvío de políticas, objetivos y metas establecidos por la Entidad. | R4 | Incumplimiento de directrices definidas por la entidad. | - Falta de compromiso y sentido de pertenencia por parte de los funcionarios. - Falta de motivación. - Falta de sensibilización, capacitación y entrenamiento. | Ambiente laboral desfavorable, personal desmotivado, insatisfacción en la prestación del servicio por parte de los usuarios finales. | | |
| Dirigir y prestar el servicio de educativo en los niveles de preescolar, básica, media, en sus distintas modalidades. | Mal estado de las instituciones educativas | R5 | Mal estado o deterioro de instalaciones educativas. | Falta de seguimiento e identificación de necesidades en las Instituciones Educativas. Desviación de recursos asignados para la mejora de Instituciones educativas. | Quejas y reclamos por parte de la comunidad Prestación del servicio | | |
| | Deserción escolar | R6 | Deserción estudiantil en el Distrito. | Población vulnerable desatendida Ineficacia de los planes, programas y proyectos educativos. | Baja competencia de la población. Disminución en la provisión de recursos al Distrito. Aumento en el índice de analfabetismo. | | |
| | Poca cobertura | R7 | Ampliación nula de la cobertura de la educación en el Distrito. | Desviación de recursos asignados a proyectos educativos. Falta de gestión en la búsqueda de los recursos Falta de una adecuada planeación de los Planes, programas y proyectos educativos. | Baja competencia de la población. Disminución en la provisión de recursos al Distrito. Aumento en el índice de analfabetismo | | |
| | Recursos limitados | R8 | Recursos insuficientes para la prestación del servicio en las instituciones educativas. | Desviación de recursos asignados a proyectos educativos. Falta de gestión en la búsqueda de los recursos Falta de una adecuada planeación de los Planes, programas y proyectos educativos. | Limitación en el desarrollo de los planes, programas y proyectos educativos. Insatisfacción en la prestación del servicio. | | |


| | | | | | |
|---|---|-----|---|--|--|
| Ejercer Inspección, vigilancia y supervisión de la educación en su jurisdicción. | Incumplimiento de visitas a las IEDS | R9 | Incumplimiento de las visitas de control programadas a las Instituciones Educativas. | Inadecuada planeación o programación de visitas a las IEDS | Pérdida de credibilidad en la actividad de inspección y vigilancia Quejas y reclamos Sanciones disciplinarias |
| | Influencia en las visitas de inspección, vigilancia y supervisión a las IEDS. | R10 | Ofrecimiento de dádivas para impedir visitas de evaluación y/o control. - Pagos a los funcionarios con el fin de evitar la detección y sanción de indebidos manejos. - Amenazas encaminadas a impedir cualquier tipo de visita de inspección. | - Falta de objetividad en la ejecución de las visitas - Falta de compromiso y sentido de pertenencia por parte del funcionario encargado. | Pérdida de credibilidad en la actividad de inspección y vigilancia Quejas y reclamos Sanciones disciplinarias |
| Legalización y actualización de licencias de funcionamiento. | Otorgamiento de licencias sin el cumplimiento total de requisitos. | R11 | Otorgamiento de licencias sin cumplir a cabalidad con los requisitos para su legalización o actualización. | - No verificación de la información suministrada por parte de la Institución educativa. - Influencia u ofrecimiento de dádivas para el otorgamiento de las licencias. | Pérdida de credibilidad de la secretaría por parte de la comunidad. Quejas y reclamos. Sanciones disciplinarias. |
| Recepción, radicación, revisión y liquidación de prestaciones sociales. | Información errónea o desactualizada de la base de datos. | R12 | No coincidan las bases de datos de la fiduciaria y de la secretaría | Registro erróneo de la información al momento de la afiliación. | Negación en la prestación económica. Quejas y reclamos. Sanciones disciplinarias. Acciones legales. |
| | Tutelas contra la secretaría | R13 | Tutelas contra la secretaría por demoras en el pago y en el trámite. | Demasiada tramitología. Exceso en la demanda de la liquidación de prestaciones sociales. | Acciones legales Quejas y reclamos. |
| | Falsificación de certificados y documentos | R14 | Presentación de documentación falsa. | Cultura de ilegalidad Falta de verificación y confirmación de la documentación soporte. | Negación de prestaciones sociales Acciones legales Quejas y reclamos. |
| Revisión y estudio de documentación para solicitud de ascenso. | | | | | Negación de solicitudes de ascenso Acciones legales Quejas y reclamos. |
| Gestión y elaboración de certificaciones, ejecución de afiliaciones a fondo prestacional o realización de trámite de traslados o reubicación. | Pérdida de solicitudes y expedientes. | R15 | Extravío de solicitudes o documentos del personal docente. | Ineficacia en el manejo de archivo o recepción de documentos. | Acciones legales Sanciones disciplinarias Quejas y reclamos. |
| | Demora en la asignación de traslados de personal docente y administrativo. | R16 | Demora en la asignación de traslados de personal docente y administrativo. | Inexistencia de vacante para traslado Alta demanda en la solicitud de vacantes. | Quejas y reclamos Servicios prestados por puesto vacante desatendidos. |
| Seguimiento, medición y toma de acciones en el proceso. | Medición tardía de indicadores del proceso. | R17 | Seguimiento y Medición tardía del proceso. | - Falta de compromiso por parte de los funcionarios responsables de la toma de datos. - Falta de capacitación y entrenamiento. | - Proceso sin verificación oportuna del desempeño del mismo. |
| | No establecer las acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales o reales. | R18 | No establecimiento de acciones de correctivas, preventivas o de mejora para el proceso. | - Falta de fomento en la cultura de la prevención y el mejoramiento continuo. | - Carencia de mejora continua en el proceso. |

| | | | | | |
|--|---|-------------|----------------------------|----------------------------|------------------|
|  <p>ALCALDÍA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico</p> | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 005 |
| | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | VERSIÓN | 1 |
| | | | | PAGINA | |
| | MAPA DE RIESGOS | | | FECHA DE APROBACIÓN | |
| PROCESO: GESTIÓN DE EDUCACIÓN | | | | | |
| PROBABILIDAD | VALOR | | | | |
| ALTA | 3 | | R8 - R15 | R2 - R12 - R13 | |
| MEDIA | 2 | | R5 - R6 - R9 - R17 | R1 - R7 - R18 | |
| BAJA | 1 | R11 | R3 - R4 - R10 - R16 | R14 | |
| | IMPACTO | Leve | Moderado | Catastrófica | |
| | VALOR | 5 | 10 | 20 | |


2.3 Gestión de Infraestructura

| | | | | | | |
|--|---|-------------------|---|---|--|------------------|
|  <p>ALCALDÍA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico</p> | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 001 |
| | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | | VERSIÓN | 1 |
| | FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO | | | | PAGINA | |
| FECHA DE APROBACIÓN 1 de Diciembre de 2008 | | | | | | |
| PROCESO GESTIÓN PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA | | | | | | |
| OBJETIVO DEL PROCESO Apoyar técnicamente el desarrollo y ejecución de obras, a través de la formulación, supervisión y seguimiento de proyectos, para la mejora de la Infraestructura en el Distrito. | | | | | | |
| ACTIVIDAD | RIESGO | RIESGO No. | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | POSIBLES CAUSAS (Factores internos, externos, agente generador) | POSIBLES CONSECUENCIAS | |
| Identificación de necesidades para el establecimiento de proyectos orientados a la mejora de la Infraestructura en el Distrito. | Ineficaces metodologías para la identificación de necesidades de mejoramiento y desarrollo de proyectos de infraestructura en el Distrito | R1 | Las herramientas que se utilizan para conocer el estado de la infraestructura y las necesidades de la comunidad no son eficaces | - Poca capacitación al personal del área responsables - Falta de un programa de diagnóstico e identificación de necesidades | - Obras construidas que no obedecen a las necesidades que expresa la comunidad - Inconformismo de la comunidad | |
| Cumplimiento de políticas, objetivos y metas de la entidad. | Desvío de políticas, objetivos y metas establecidos por la Entidad. | R2 | Incumplimiento de directrices definidas por la entidad. | - Falta de compromiso y sentido de pertenencia por parte de los funcionarios. - Falta de motivación. - Falta de sensibilización, capacitación y entrenamiento. | - Ambiente laboral desfavorable - Personal desmotivado - Insatisfacción en la prestación del servicio por parte de los usuarios finales. | |
| Definición y Gestión para el desarrollo de proyectos (obra, mantenimiento y equipamiento). | Demora en la determinación de la propiedad del lote | R3 | Demoras y dificultad en la determinación de la propiedad del lote | - Identificar que la propiedad pertenezca al distrito, verificando en instrumentos públicos - Impedimento por parte de los posibles dueños en ejecución del proyecto | - Retraso en el cronograma de actividades para la ejecución del proyecto - Demandas al distrito por retraso en la obra | |
| | Falta de herramientas ofimáticas para desarrollar proyectos | R4 | No se cuenta con los programas y herramientas tecnológicas para elaborar proyectos de infraestructura | - Falta de recursos para adquisición de programas - Licencias de software muy costosas - Falta de Gestión | - Dificultad y demora en la elaboración de proyectos - proyectos de infraestructura mal diseñados | |
| | Impedimentos y obstáculos por parte de la comunidad para desarrollar proyectos | R5 | Dificultad en la socialización de proyectos | Falta de unificación de criterios por parte de la comunidad y sus líderes que impide el desarrollo del proyecto. | Retraso en el cronograma de actividades para la ejecución del proyecto | |

| | | | | | |
|--|---|-----|---|---|--|
| Apoyo a la Contratación para la ejecución de proyectos de Infraestructura supervisión e interventoría de los mismos. | Ineficacia en la realización de interventoría | R6 | No se cumplen con las visitas de obra para la revisión de materiales y desarrollo la obra | <ul style="list-style-type: none"> - Incorrecta escogencia del profesional interventor de la obra - Ausencia de herramientas para la realización de interventorías - Falta de profesional para la realización de interventorías - Falta de un programa de supervisión e interventoría | <ul style="list-style-type: none"> - Obras construidas y recibidas con bajos niveles de calidad - Posible ocurrencia de accidentes - Acciones legales contra el distrito |
| | Ineficaz selección de contratistas | R7 | Errores en la selección de contratistas | <ul style="list-style-type: none"> - Inadecuada selección del contratista debido a la no verificación de su hoja de vida y experiencia en construcción - Favorecimiento político a contratistas poco idóneos | <ul style="list-style-type: none"> - Fallencias en la ejecución de obras |
| Supervisión de Concesiones e Interventorías del Distrito. | Incumplimiento en la realización de supervisión de concesiones del distrito | R8 | Incumplimiento de visitas a las concesiones para la revisión de materiales y desarrollo de obra | <ul style="list-style-type: none"> - Incorrecta escogencia del profesional interventor de la obra - Ausencia de herramientas para la realización de interventorías - Falta de profesional para la realización de interventorías - Falta de un programa de supervisión e interventoría | <ul style="list-style-type: none"> - Obras construidas y recibidas con bajos niveles de calidad - Posible ocurrencia de accidentes - Acciones legales contra el distrito |
| Apoyo y Emisión de conceptos a proyectos de infraestructura que se desarrollen en cualquier secretaría | Falta de apoyo a las secretarías | R9 | Falta del personal y herramientas para apoyar a las dependencias de la alcaldía en situaciones de infraestructura | Poco personal profesional y herramientas técnicas para apoyar en temas de obras e infraestructura | Demora en las soluciones a los problemas que se presenten |
| Expedición de permisos de rotura de pavimento y certificaciones de afectación de vía alterna al puerto. | Intereses particulares en la emisión de certificados | R10 | Expedir permisos de rotura o de certificación de afectación, omitiendo la normatividad y políticas para hacerlo | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de ética profesional por parte de los funcionarios - Cultura de ilegalidad - Escaso control de entes internos y externos | <ul style="list-style-type: none"> - Crecimiento de la ciudad en contravía a lo dispuesto en el plan de ordenamiento territorial - Procesos legales en contra de la alcaldía y sus funcionarios - Pérdida de confianza e imagen institucional por parte de la comunidad |
| | Falsificación de documentos | R11 | Planos de construcción alterados para la solicitud de permisos | <ul style="list-style-type: none"> - Cultura de la ilegalidad - Falta de controles para establecer la veracidad de los documentos - Falta de ética profesional de parte de los contratistas | <ul style="list-style-type: none"> - Crecimiento de la ciudad en contravía a lo dispuesto en el plan de ordenamiento territorial - Procesos legales en contra de la alcaldía y sus funcionarios - Pérdida de confianza e imagen institucional por parte de la comunidad |
| Seguimiento, medición y toma de acciones en el proceso | Medición tardía de indicadores del proceso. | R12 | Seguimiento y Medición tardía del proceso. | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de compromiso por parte de los funcionarios responsables de la toma de datos. - Falta de capacitación y entrenamiento. | <ul style="list-style-type: none"> - Proceso sin verificación oportuna del desempeño del mismo. |
| | No establecer las acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales o reales. | R13 | No establecimiento de acciones de correctivas, preventivas o de mejora para el proceso. | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de fomento en la cultura de la prevención y el mejoramiento continuo. | <ul style="list-style-type: none"> - Carencia de mejora continua en el proceso. |


| | | | | | |
|---|---|-------------|-----------------|--|------------------------|
|  ALCALDÍA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 005 |
| | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | VERSIÓN | 1 |
| | | | | PAGINA | |
| | MAPA DE RIESGOS | | | FECHA DE APROBACIÓN | 1 de Diciembre de 2008 |
| PROCESO: GESTIÓN PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA | | | | | |
| PROBABILIDAD | VALOR | | | | |
| ALTA | 3 | | | R4 | |
| MEDIA | 2 | | | R1 - R5 - R6 - R7 - | |
| BAJA | 1 | | | R2 - R3 - R8 - R9 - R10 - R11 - R12 - R13 | |
| | IMPACTO | Leve | Moderado | Catastrófica | |
| | VALOR | 5 | 10 | 20 | |

2.4 Gestión de Salud


|  ALCALDÍA DE SANTA MARTA <small>Distrito Turístico, Cultural e Histórico</small> | | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 001 |
|---|--|--|--|--|--|---------------------|------------------------|
| | | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | | VERSIÓN | 1 |
| | | FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO | | | | FECHA DE APROBACIÓN | 1 de Diciembre de 2008 |
| PROCESO | GESTIÓN DE SALUD | | | | | | |
| OBJETIVO DEL PROCESO | Dirigir, coordinar y garantizar la calidad y cobertura del sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en sus competencias. | | | | | | |
| ACTIVIDAD | RIESGO | RIESGO No. | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | POSIBLES CAUSAS (Factores internos, externos, agente generador) | POSIBLES CONSECUENCIAS | | |
| Análisis de necesidad, requisitos, estrategias, metas y objetivos a desarrollar para el establecimiento de Planes operativos, de inversión y estratégicos. | Inapropiada identificación de la población pobre y vulnerable no cubierta con subsidio a la demanda en los entes municipales. | R1 | Calculo de población pobre y vulnerable no cubierta con subsidio a la demanda irreales | Metodologías ineficaces para la identificación de necesidades | | | |
| Cumplimiento de políticas, objetivos y metas de la entidad. | Desvío de políticas, objetivos y metas establecidos por la Entidad. | R2 | Incumplimiento de directrices definidas por la entidad. | - Falta de compromiso y sentido de pertenencia por parte de los funcionarios. - Falta de motivación. - Falta de sensibilización, capacitación y entrenamiento. | Ambiente laboral desfavorable, personal desmotivado, insatisfacción en la prestación del servicio por parte de los usuarios finales. | | |
| Control y Manejo del SISBEN | Usuarios afiliados a dos o mas regimenes diferentes (Fraude) | R3 | Doble vinculación de personas a regimenes de salud | - Cultura de la ilegalidad Desconocimiento de la ley Falta de controles para el fraude | - Doble vinculación a regimenes subsidiado - Menor oportunidad para poblacion vulnerabl | | |
| | Insuficiencia de recurso del Sistema General de Participaciones | R4 | Falta de recurso para poblacion vulnerable perteneciente a la poblacion del SISBEN de nivel I y II | Las estadísticas que emite el DANE no son rales con las estadísticas de la poblacion samaria | Deficit en salud a final de anualidades | | |
| Coordinación de urgencias y traslado a Entidades de Salud de Sisbenizados. | No disponibilidad de camas | R5 | Poca oferta de camas para la atención frente a la demanda de urgencias presentadas | Insuficiencia de camas en las clinicas y hospitales que prestan servicio a la entidad | - Complicaciones medicas Retrasos en la atencion | | |
| | Desconexion de Internet | R6 | Caida de la red de internet con la que cuenta la secretaria de salud distrital | Condiciones Tecnicas de la Conexión, calidad del servicio de internet | No se pueden verificar las bases de datos y se pueden incluir pacientes que no estan cobijados | | |
| | Falsedad de documentacion | R7 | Falsificación de certificado de SISBEN | Cultura de falsedad | Beneficiar a persona no incluida en las bases de datos | | |


| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| Coordinación, trámite y control de salud pública | Inapropiada metodología de evaluación de prestadores de servicios, planes, programas y proyectos de salud pública y demora la aprobación de planes territoriales | R8 | Metodologías ineficaces para la evaluación del servicio de prestadores de salud pública, demora por parte del Concejo distrital para aprobar planes | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de capacitaciones y formación el el tema - Incumplimiento de planes de vigilancia |
| | Inexistencia de una clasificación de los prestadores de servicios por su nivel de riesgo | R9 | Falta de metodologías para clasificar a los prestadores de salud por su nivel de riesgo | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de metodologías que permitan desarrollar las clasificación - Falta de programas de captación y formación |
| | Inadecuada definición de factores de riesgos y de acciones de mitigación de riesgos que pueden afectar la salud humana, vectores y zoonosis | R10 | Inadecuada definición de factores de riesgos y de acciones de mitigación de riesgos que pueden afectar la salud humana, vectores y zoonosis | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de metodologías que permitan desarrollar las clasificación - Falta de programas de captación y formación |
| | Baja calidad y credibilidad en los Servicios de los laboratorios clínicos públicos y privados, centros de tomas de muestras | R11 | Los resultados que emiten estos laboratorios no generan niveles aceptables de confianza en la comunidad | <ul style="list-style-type: none"> - Resultados de investigaciones anteriores - Personal poco calificado - Escasa publicidad y comunicación de resultados |
| | Inapropiada coordinación con el INVIMA para controlar el expendio, comercialización y distribución de medicamentos. | R12 | Falte de comunicación y coordinación con el ente de vigilancia del medio ambiente | - Escasos medios de comunicación y sistemas de información - Ineficaces progmas de coordinación en tre los entes |
| | Asignación Inadecuada de recursos técnicos y humanos para apoyar la gestión de salud pública. | R13 | Recursos escasos que apoyen la gestión en salud pública distrital | Ineficaz gestión para la consecución de recursos para programas y proyectos de salud pública |
| | Baja calidad de la información de los reportantes | R14 | Las unidades primarias de generación de datos entregan información de baja calidad para su analisis y tramite | <ul style="list-style-type: none"> - Ineficaces metodologías para la obtención y generación de datos - Falta de Sistemas de información para la comunicación |
| | Inapropiada supervisión de algunos programas como salud mental, salud ambiental, infancia | R15 | La supervisión a los programas de salud se realiza de manera eficas y con metodologías poco efectivas | Recursos limitados para el desarrollo de programas de supervisión en salud |
| | Falta de voluntad política para consolidar programas de salud pública y estimación real de los presupuestos, acordes con las necesidades de la población. | R16 | Calculo de población pobre y vulnerable no cubierta con subsidio a la demanda irreales | <ul style="list-style-type: none"> - Metodologías ineficaces para la identificación de necesidades - Intereses políticos que no permiten el desarrollo de actividades en salud |
| | Inapropiada organización del archivo documental | R17 | Falta de estrategias para mejorar la gestión documental de la secretaria de salud | No se han implementado herramientas de gestión documental ni de gestión de calidad en la alcaldia de santa marta |
| Inapropiada elaboración del plan de capacitación y entrenamiento, enfocado a las necesidades del área. | R18 | No existe un plan de capacitación y formación elaborado a partir de la identificación de necesidades de los funcionarios | - No se han elaborado ni aplicado encuestas de necesidad de formación para establecer programas | |

| | | | | |
|---|--|-----|--|---|
| Vigilancia y control sanitario (en la distribución, transporte y comercialización de alimentos y establecimientos gastronómicos). | Insuficiencia de herramientas tecnológicas para la inspección, vigilancia y control de Aseguramiento | R19 | Recursos limitados para desarrollar labores de vigilancia y control de aseguramiento de establecimientos de interés sanitario | - Poca gestión para la consecución de recursos - Desvío de recursos nacionales y locales |
| Vigilancia y Control de zoonosis | Flujo de información | R20 | Que no fluya oportunamente la información de las Unidades Primarias Generadoras de datos | - Errores en diligenciamiento de fichas de notificación - Comunicación y sistemas de información ineficaces |
| | Incumplimiento de planes | R21 | incumplimiento en la realización de actividades programadas en zoonosis | Falta de logística y recursos económicos para el desarrollo de las actividades |
| | Falta de Biológicos | R22 | Caida del inventario de biológicos y medicamentos hasta una cantidad mínima | Priorización del Ministerio de Salud para regiones con mayores necesidades |
| Vigilancia y control a prestadores de servicios de salud | Falta de planes para ejecutar actividades de búsqueda activa | R23 | Recursos limitados para desarrollar labores de vigilancia y control de aseguramiento de entidades que prestan servicios de salud | - Poca gestión para la consecución de recursos - Desvío de recursos nacionales y locales |
| Seguimiento, medición y toma de acciones en el proceso. | Medición tardía de indicadores del proceso. | R24 | Seguimiento y Medición tardía del proceso. | - Falta de compromiso por parte de los funcionarios responsables de la toma de datos. |
| | No establecer las acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales o reales. | R25 | No establecimiento de acciones de correctivas, preventivas o de mejora para el proceso. | - Falta de capacitación y entrenamiento. - Falta de fomento en la cultura de la prevención y el mejoramiento continuo. |


| | | | | | |
|---|---|-------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------|
|  ALCALDÍA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 005 |
| | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | VERSIÓN | 1 |
| | | | | PAGINA | |
| | MAPA DE RIESGOS | | | FECHA DE APROBACIÓN | 1 de Diciembre de 2008 |
| PROCESO: GESTIÓN DE SALUD | | | | | |
| PROBABILIDAD | VALOR | | | | |
| ALTA | 3 | | R8 - R17 - R18 | R5 - R16 - R19 - R23 | |
| MEDIA | 2 | | R2 - R6 - R9 - R20 - R24 - R25 | R1 - R4 - R12 - R13 - R21 | |
| BAJA | 1 | R15 | R7 - R10 | R3 - R11 - R14 - R22 | |
| | IMPACTO | Leve | Moderado | Catastrófica | |
| | VALOR | 5 | 10 | 20 | |

2.5 Gestión de la comunicación


|  | | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD PROCESO DE COMUNICACIÓN | | | | CÓDIGO GCIN - FOT - 001 |
|---|--|---|---|--|--|--|
| | | | | | | VERSIÓN 1 |
| | | | | | | PAGINA 1 |
| | | FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO | | | | FECHA DE APROBACIÓN [Redacted] |
| PROCESO | COMUNICACIÓN | | | | | |
| OBJETIVO DEL PROCESO | Posicionar la gestión del alcalde a nivel local, nacional mediante la difusión masiva de información sobre los avances de la administración Distrital. | | | | | |
| ACTIVIDAD | RIESGO | RIESGO No. | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | POSIBLES CAUSAS (Factores internos, externos, agente generador) | POSIBLES CONSECUENCIAS | |
| Cumplimiento de políticas, objetivos y metas de la entidad. | Desvío de políticas, objetivos y metas establecidos por la Entidad. | R1 | Incumplimiento de directrices definidas por la entidad. | - Falta de compromiso y sentido de pertenencia por parte de los funcionarios. - Falta de motivación. - Falta de sensibilización, capacitación y entrenamiento. | Ambiente laboral desfavorable, personal desmotivado, insatisfacción en la prestación del servicio por parte de los usuarios finales. | |
| Toma fotográfica y filmica | Pérdida del registro de grabación o de fotografía. | R2 | Extravío o registro inadecuado de grabaciones o fotografías, lo que puede ocasionar una pérdida de información. | - Falta de mantenimiento preventivo de equipos - Carencia de controles para la realización de copias de seguridad. - Daño o deterioro de los equipos. - Hurto o manipulación de información. | Pérdida total de la información, atraso en el desarrollo de las actividades, carencia de imágenes para registrar en los informes de gestión o en medios de comunicación. | |
| Elaboración de boletines de prensa de los temas de la administración. | Errores u omisiones en el suministro de la información. | R3 | Información errada o incompleta para la elaboración de los boletines de prensa. | - Falta de verificación de la información suministrada. - Falta de claridad de la información suministrada. - Manipulación de la información a suministrar. - Equivocaciones de las fuentes en el suministro de la información. | Divulgación de información incompleta o errada a la comunidad. | |
| Entrega para publicación en página web los boletines y los registros fotográficos | Envío de información errónea o desactualizada | R4 | Entrega de información equívoca para publicación. | - Inapropiada organización de la información que debe estar disponible para publicación. | Publicación de información incompleta o errada a la comunidad. | |
| Envío de información Distrital a los medio locales, regionales y nacionales | | | | | Divulgación de información incompleta o errada a la comunidad. | |
| Realización de archivo fotográfico, filmico y de prensa. | Pérdida del registro filmico, de prensa o de fotografía del archivo. | R5 | Extravío o archivo inadecuado de grabaciones, prensa o fotografías. | - Falta de identificación adecuada de filmaciones, registros fotográficos o de prensa, que aseguren su disponibilidad. | No disponibilidad de grabaciones o registros fotográficos al momento de requerirse. Pérdida de información. | |
| Convocatoria y dirección de ruedas de prensa | Fallas en sistemas de información o equipos de comunicaciones | R6 | Fallas en los sistemas de información o equipos de comunicación requeridos. | - Falta de planificación y verificación de sistemas de información o equipos de comunicaciones. - Falta de planes de contingencia | Gestión inadecuada en ruedas de prensa, deterioro de la imagen institucional. | |
| Seguimiento, medición y toma de acciones en el proceso. | Medición tardía de indicadores del proceso. | R7 | Seguimiento y Medición tardía del proceso. | - Falta de compromiso por parte de los funcionarios responsables de la toma de datos. - Falta de capacitación y entrenamiento. | - Proceso sin verificación oportuna del desempeño del mismo. | |
| | No establecer las acciones para eliminar las causas de las no conformidades protenciales o reales. | R8 | No establecimiento de acciones de correctivas, preventivas o de mejora para el proceso. | - Falta de fomento en la cultura de la prevención y el mejoramiento continuo. | - Carencia de mejora continua en el proceso. | |

| | | | | | |
|---|---|-------------|-----------------|----------------------------|------------------|
|  ALCALDÍA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | CÓDIGO | GGIN - FOT - 005 |
| | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | VERSIÓN | 1 |
| | | | | PAGINA | |
| | MAPA DE RIESGOS | | | FECHA DE APROBACIÓN | |
| PROCESO: COMUNICACIONES | | | | | |
| PROBABILIDAD | VALOR | | | | |
| ALTA | 3 | | | | |
| MEDIA | 2 | | R7 | R8 | |
| BAJA | 1 | | R1 - R6 | R2 - R3 - R4 - R5 | |
| | IMPACTO | Leve | Moderado | Catastrófica | |
| | VALOR | 5 | 10 | 20 | |


2.6 Gestión Agropecuaria

|  ALCALDÍA DE SANTA MARTA <small>Distrito Turístico, Cultural e Histórico</small> | | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 001 |
|--|---|---|---|--|---|----------------------------|------------------|
| | | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | | VERSIÓN | 1 |
| | | FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO | | | | PAGINA | |
| | | | | | | FECHA DE APROBACIÓN | |
| PROCESO | Gestión Agropecuaria | | | | | | |
| OBJETIVO DEL PROCESO | | | | | | | |
| ACTIVIDAD | RIESGO | RIESGO No. | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | POSIBLES CAUSAS (Factores internos, externos, agente generador) | POSIBLES CONSECUENCIAS | | |
| Análisis de necesidades, para la planificación de programas y proyectos agropecuarios. | Falta de capacitaciones en metodologías para la elaboración de proyectos capacidad técnica del distrito | R1 | No existen programas de capacitación que propendan por mejora la capacidad del talento humano en temas de elaboración de proyectos productivos | - Limitados recursos para gestionar capacitaciones - No existen planes de capacitación y formación de personal | Proyectos mal formulados y que no cumplan los requerimientos mínimos de las convocatorias | | |
| Cumplimiento de políticas, objetivos y metas de la entidad. | Desvío de políticas, objetivos y metas establecidos por la Entidad. | R2 | Incumplimiento de directrices definidas por la entidad. | - Falta de compromiso y sentido de pertenencia por parte de los funcionarios. - Falta de motivación. - Falta de sensibilización, capacitación y entrenamiento. | Ambiente laboral desfavorable, personal desmotivado, insatisfacción en la prestación del servicio por parte de los usuarios finales. | | |
| Creación de grupos Asociativos y de Cadenas Productivas | Bajo interés de los campesinos de conformar grupos asociativos y cadenas productivas | R3 | Existe baja aceptación de los campesinos o relacionados con el agro de conformar equipos de trabajo en forma de grupos asociativos o cadenas productivas | - Poca promoción del servicio en cuanto a la posibilidad de crear grupos asociativos y cadenas productivas - Bajo nivel de asociación entre los campesinos de la región | Baja competitividad del sector agropecuario del distrito de Santa Marta | | |
| Formulación de proyectos (productivos, de seguridad alimentaria u otros del sector agropecuario) e inscripción en Banco de Proyectos. | Falta de capacitaciones en metodologías para la elaboración de proyectos capacidad técnica del distrito | R4 | No existen programas de capacitación que propendan por mejora la capacidad del talento humano en temas de elaboración de proyectos productivos | - Falta de recursos para gestionar capacitaciones - Falta de planeación y programas de capacitación | Proyectos mal formulados y que no cumplan los requerimientos mínimos de las convocatorias | | |
| Brindar Asistencia técnica agropecuaria en toda el Área Rural del Distrito | Limitados recursos y herramientas técnicas para prestar el servicio | R5 | No se cuenta con el recurso técnico y profesional que permita desarrollar de manera eficiente la prestación del servicio de asistencia técnica agropecuaria | Poca gestión para la consecución de las herramientas y ayudas técnicas para prestar un buen servicio | Baja competitividad del sector agropecuario del distrito, poco control a problemas de plagas y complicaciones del sector agropecuario | | |
| | Poca demanda del servicio técnico agropecuario por parte de los campesinos | R6 | No se utilizan las herramientas técnicas y de análisis que brinda la unidad a los campesinos | - Desconocimiento del servicio técnico agropecuario - Dificil acceso a predios del campesino y dificultad del mismo para llegar a la ciudad | Baja competitividad del sector agropecuario del distrito, poco control a problemas de plagas y complicaciones del sector agropecuario | | |


| | | | | | |
|--|---|-----|---|--|--|
| Control y Actualización permanente de la base de datos de registro único de pequeños productores | Perdida de información registrada en base de datos | R7 | La información guardada en la base de datos de registro unico de pequeños productores se puede perder | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de seguridad en los computadores de la unidad - Falta de sistema para realizar copias de seguridad de los archivos | Perdida de tiempo al tener la necesidad de ingresar nuevamente la información de los campesinos del distrito |
| Certificar la condición de campesino y/o la relación con el sector Agropecuario | Falsificación de documentos para acceder a certificados | R8 | El usuario puede presentar documentos falsos en aras de acceder al certificado de su calidad de campesino | <ul style="list-style-type: none"> - Cultura de la ilegalidad - Intenciones de acceder de cualquier forma a los beneficios que gozan los certificados como campesinos o relacionado con el sector agropecuario | Certificar a personas que no tiene relación con el agro - Base de datos con personas que no tiene relación con el agro |
| Evaluación y comprobación de daños y pérdidas ocasionadas por fenómenos naturales en el sector Rural | Limitados recursos y herramientas técnicas para realizar la evaluación y comprobación de daños | R9 | No se cuenta con el recurso técnico y profesional que permita desarrollar de manera eficiente la evaluación y comprobación de daños | Poca gestión para la consecución de las herramientas y ayudas técnicas para presar un buen servicio | Demora en el consolidado que determina el número total de hectáreas y campesinos afectados por efectos naturales |
| Seguimiento, medición y toma de acciones en el procesos | Medición tardía de indicadores del proceso. | R10 | Seguimiento y Medición tardía del proceso. | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de compromiso por parte de los funcionarios responsables de la toma de datos. - Falta de capacitación y entrenamiento. - Falta de fomento en la cultura de la prevención y el mejoramiento continuo. | <ul style="list-style-type: none"> - Proceso sin verificación oportuna del desempeño del mismo. - Carencia de mejora continua en el proceso. |
| | No establecer las acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales o reales. | R11 | No establecimiento de acciones de correctivas, preventivas o de mejora para el proceso. | | |

| | | | | | |
|---|---|-------------|--------------------------------------|----------------------------|------------------|
|  ALCALDÍA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 005 |
| | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | VERSIÓN | 1 |
| | | | | PAGINA | |
| | MAPA DE RIESGOS | | | FECHA DE APROBACIÓN | |
| PROCESO: GESTIÓN AGROPECUARIA | | | | | |
| PROBABILIDAD | VALOR | | | | |
| ALTA | 3 | | R1 - R4 | R5 - R9 | |
| MEDIA | 2 | | R2 - R3 - R6 - R8 - R10 - R11 | | |
| BAJA | 1 | | R7 | | |
| | IMPACTO | Leve | Moderado | Catastrófica | |
| | VALOR | 5 | 10 | 20 | |


2.7 Gestión Cultura, deporte y recreación.

|  ALCALDÍA DE SANTA MARTA <small>Distrito Turístico, Cultural e Histórico</small> | | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 001 |
|--|---|---|---|--|--|----------------------------|------------------------|
| | | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | | VERSIÓN | 1 |
| | | FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO | | | | PAGINA | |
| | | | | | | FECHA DE APROBACIÓN | 1 de Diciembre de 2008 |
| PROCESO | GESTIÓN CULTURA, DEPORTE Y RECREACIÓN | | | | | | |
| OBJETIVO DEL PROCESO | Fomentar e incentivar la práctica del deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre; así mismo construir, administrar, mantener y adecuar los respectivos escenarios deportivos; de igual forma propender por el mantenimiento de la cultura e identidad samaria | | | | | | |
| ACTIVIDAD | RIESGO | RIESGO No. | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | POSIBLES CAUSAS (Factores internos, externos, agente generador) | POSIBLES CONSECUENCIAS | | |
| Análisis de necesidades, para la planificación, creación e investigación de programas y proyectos encaminados a fomentar la cultura, deporte y recreación en el Distrito. | Deficientes actividades de diagnostico de necesidades de la comunidad en torno a la cultura , recreación y deporte | R1 | Las necesidades identificadas en los diagnosticos no representan la realidad de la comunidad samaria | Falta de metodolgias de diagnostico que permitan conocer de manera mas efectiva las necesidades culturales, deportivas y recreativas de la comunidad | <ul style="list-style-type: none"> - Programas y proyectos mal enfocados - Poca asistencia de público - Pérdida de imagen institucional | | |
| Cumplimiento de políticas, objetivos y metas de la entidad. | Desvío de políticas, objetivos y metas establecidos por la Entidad. | R2 | Incumplimiento de directrices definidas por la entidad. | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de compromiso y sentido de pertenencia por parte de los funcionarios. - Falta de motivación. - Falta de sensibilización, capacitación y entrenamiento. | <ul style="list-style-type: none"> Ambiente laboral desfavorable, personal desmotivado, insatisfacción en la prestación del servicio por parte de los usuarios finales. | | |
| Establecimiento y control de actividades para Creación de Público | Incumplimiento de actividades programadas | R3 | Incumplir el cronograma de actividades en el que se enuncia las fechas y obetivos de las actividades | <ul style="list-style-type: none"> - Efectos Naturales - Poca publico asistente para adelantar eventos - Baja convocatoria y aceptación de eventos por parte de la comunidad | <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de niveles culturales - Espacios reducidos para participacion de hacedores de ciltura de la ciudad | | |
| | Poco recurso para proyectos de creacion de publico | R4 | Falta de recursos suficientes para realizar actividades culturales y deportivas para crear publico en el distrito | <ul style="list-style-type: none"> - Rendición extemporaneas de cuentas al Mincultura - Ineficiente Gestión de recursos a entes nacionales e internacionales | <ul style="list-style-type: none"> Negación en la aprobación de nuevos poyectos de cultura para creación de publico | | |
| Fortalecimiento y Desarrollo Institucional | Incumplimiento de actividades programadas | R5 | Incumplir el cronograma de actividades en el que se enuncia las fechas y obetivos de las actividades | <ul style="list-style-type: none"> - Efectos Naturales - Poca publico asistente para adelantar eventos - Baja convocatoria y aceptación de eventos por parte de la comunidad | <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de niveles culturales - Espacios reducidos para participacion de hacedores de ciltura de la ciudad | | |
| Identificación, Recuperación. Valoración, reconocimiento y presevacion del patrimonio cultural y el turismo. | Limitados recursos para ejetuar proyectos de recuperación, valoración, reconocimiento y preservacion del patrimonio cultural y el turismo | R6 | El recursos que gira el gobierno nacional no es suficiente para adelantar los proyectos para garantizar el manteniemiendo del patrimonio cultural y turistico | <ul style="list-style-type: none"> - Desviación de recursos proveniente del nivel central Poca gestión ante entidades nacionales e internacionales para conseguir recursos | <ul style="list-style-type: none"> Pérdida de reconocimiento del distrito como sitio turístico, cultural e historico | | |


| | | | | | |
|---|---|-----|---|--|---|
| Gestión y desarrollo de actividades para el deporte comunitario y aprovechamiento del tiempo libre (deporte formativo o asociativo) | Baja aceptación de la comunidad | R7 | Falta de conciencia y cultura de la comunidad para participar en estas actividades | - Falta de cultura deportiva y saludable - Poca publicidad de eventos en torno al deporte comunitario y aprovechamiento del tiempo libre | Eventos de deporte comunitario con baja asistencia |
| | Incumplimiento de contratistas | R8 | Incumplimiento a las cláusulas contractuales establecidas | - Contratiempos en la ejecución de proyectos - Adjudicación de proyectos a contratistas sin experiencia en desarrollo de actividades de deporte formativo y comunitario | - Requerimientos legales en contra de la alcaldía - Pérdida de imagen institucional ante la comunidad - Pérdida de recursos |
| Seguimiento, medición y toma de acciones en el procesos | Medición tardía de indicadores del proceso. | R9 | Seguimiento y Medición tardía del proceso. | - Falta de compromiso por parte de los funcionarios responsables de la toma de datos. - Falta de capacitación y entrenamiento. | - Proceso sin verificación oportuna del desempeño del mismo. - Carencia de mejora continua en el proceso. |
| | No establecer las acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales o reales. | R10 | No establecimiento de acciones de correctivas, preventivas o de mejora para el proceso. | - Falta de fomento en la cultura de la prevención y el mejoramiento continuo. | |

| | | | | | |
|---|---|-------------|-------------------------|----------------------------|------------------------|
|  ALCALDÍA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 005 |
| | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | VERSIÓN | 1 |
| | | | | PAGINA | |
| | MAPA DE RIESGOS | | | FECHA DE APROBACIÓN | 1 de Diciembre de 2008 |
| PROCESO: GESTIÓN DEPORTE, CULTURA Y RECREACIÓN | | | | | |
| PROBABILIDAD | VALOR | | | | |
| ALTA | 3 | | | | |
| MEDIA | 2 | | R2 - R3 - R4- R5 | R1 - R7 | |
| BAJA | 1 | | R6 | R8 - R9 - R10 | |
| | IMPACTO | Leve | Moderado | Catastrófica | |
| | VALOR | 5 | 10 | 20 | |


2.8 Gestión de finanzas públicas

|  | | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 001 |
|--|---|--|---|--|--|---------------------|------------------|
| | | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | | VERSIÓN | 1 |
| | | FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO | | | | PAGINA | |
| | | | | | | FECHA DE APROBACIÓN | |
| PROCESO | GESTIÓN DE FINANZAS PÚBLICAS | | | | | | |
| OBJETIVO DEL PROCESO | Administrar adecuadamente los recursos financieros, garantizando la solvencia económica, racionalizando el gasto y fortaleciendo los ingresos tributarios y no tributarios del Distrito | | | | | | |
| ACTIVIDAD | RIESGO | RIESGO No. | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | POSIBLES CAUSAS (Factores internos, externos, agente generador) | POSIBLES CONSECUENCIAS | | |
| Cumplimiento de políticas, objetivos y metas de la entidad. | Desvío de políticas, objetivos y metas establecidos por la Entidad. | R1 | Incumplimiento de directrices definidas por la entidad. | - Falta de compromiso y sentido de pertenencia por parte de los funcionarios. - Falta de motivación. - Falta de sensibilización, capacitación y entrenamiento. | Ambiente laboral desfavorable, personal desmotivado, insatisfacción en la prestación del servicio por parte de los usuarios finales. | | |
| Llevar a cabo la ejecución Presupuestal y contable de Ingresos. | Incumplimiento en las metas presupuestales | R2 | No cumplimiento de las metas presupuestales debido a los demas procesos | Las demas dependencias de la Alcaldía no coordinan acciones con la secretaria de hacienda y afectan el presupuesto y gestión de la secretaria. | El cumplimiento de metas presupuestales y de gestión | | |
| Apoyar la gestión para el eficiente y oportuno ingreso de la totalidad de los recursos | Incumplir la meta de ingresos | R3 | Incumplir la meta de ingresos | El proceso no realice un oportuno y eficiente ingreso de los recursos afectando las metas propuestas | Afecta el cumplimiento del acuerdo | | |
| Gestionar el recaudo oportuno de las rentas tributarias o no tributarias, tarifas, derechos, multas, contractuales, contribuciones, participaciones, transferencias, rentas de capital, del balance o explotación de monopolios. | Incumplimiento del recaudo | R4 | Incumplimiento del recaudo | Los funcionarios del proceso de Gestión de Finanzas Públicas no gestionen el recaudo oportunamente | No habrían recursos, entraria en liquidación el distrito | | |
| Realizar la consolidación de la Información financiera y verificar su confiabilidad y veracidad, para la elaboración de informes. | No se causan en la contabilidad los correspondientes Impuestos | R5 | No se causan en la contabilidad los correspondientes Impuestos de valorización, predial, avisos y tableros, industrias y comercio, regalías | Por falta de suministro de información de la de entidad consecionaria R&T de la accion de cobro de los impuestos no se causa en la contabilidad los correspondientes a valorización, predial, avisos y tableros, industrias y comercio, regalías | La no racionalización de la información financiera | | |
| | No verificación de la información | R6 | No existe oportunidades de revisión de la información suministradas por los Entes de control. | Los funcionarios no pueden revisar la información | No existe confiabilidad en la información suministrada cometiendo un error | | |
| | No hay continuidad de los colaboradores | R7 | No hay continuidad de los colaboradores del Area Contable | Colaboradores del contador tienen una vinculación que termina el último día de la vigencia fiscal. perdidonse la continuidad | Atraso en la preparación y presentación contable al cierre de la vigencia. La información se presentaría extemporánea a los Organismo de Control generando sanciones | | |


| | | | | | |
|---|---|-----|--|--|---|
| Integración de los diferentes módulos que componen el SIAF | Información no es Oportuna y Confiable | R8 | No hay información oportuna debido a la no integración de los módulos de Gestión de Talento Humano y Recurso Físicos | No integración del módulo del proceso de Gestión de Finanzas Públicas con los módulos de Recursos Físicos y de Gestión de Talento Humano | No permite establecer un inventario Individual de los bienes, por esta razón la depreciación de los bienes se hace de forma global. Con respecto al proceso de Gestión de Talento Humano no son oportunos los registros para las provisiones de prestaciones sociales |
| Verificar en cada grupos de acreedores y/o inventario de acreencias la existencia de la obligación. | No realizar la Contingencia | R9 | No es posible realizar la contingencia por parte del proceso | El inventario de procesos que cursan en contra y a favor de la entidad no es enviado oportunamente para realizar la contingencia | No se pueden realizar oportunamente las provisiones de la contingencia respectiva |
| Revisión, Causación y elaboración de órdenes de pago. | Incumplimiento del pago | R10 | No se cumplan con los pagos establecidos por el distrito | No se realicen los pagos en los tiempos establecidos | Sanciones al distrito |
| Respuesta a diferentes Derechos de Petición interpuestos concerniente al Acuerdo de Reestructuración. | Incumplimiento en el acuerdo de reestructuración | R11 | Incumplimiento en el acuerdo de reestructuración | El proceso no atiende oportunamente los procesos correspondiente al acuerdo de reestructuración | Sanciones al distrito |
| Seguimiento, medición y toma de acciones en el proceso. | Medición tardía de indicadores del proceso. | R12 | Seguimiento y Medición tardía del proceso. | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de compromiso por parte de los funcionarios responsables de la toma de datos. - Falta de capacitación y entrenamiento. - Falta de fomento en la cultura de la prevención y el mejoramiento continuo. | <ul style="list-style-type: none"> - Proceso sin verificación oportuna del desempeño del mismo. - Carencia de mejora continua en el proceso. |
| | No establecer las acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales o reales. | R13 | No establecimiento de acciones de correctivas, preventivas o de mejora para el proceso. | | |

| | | | | | |
|---|---|-------------|----------------------------|----------------------------|------------------|
|  ALCALDÍA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 005 |
| | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | VERSIÓN | 1 |
| | | | | PAGINA | |
| | MAPA DE RIESGOS | | | FECHA DE APROBACIÓN | |
| PROCESO: GESTIÓN DE FINANZAS PÚBLICAS | | | | | |
| PROBABILIDAD | VALOR | | | | |
| ALTA | 3 | | | | |
| MEDIA | 2 | R5 | R2-R3-R4-R8-R10-R11 | | |
| BAJA | 1 | | R1-R6-R9-R12 | R7-R13 | |
| | IMPACTO | Leve | Moderado | Catastrófica | |
| | VALOR | 5 | 10 | 20 | |


2.9 Gestión turismo

| | | | | | | |
|---|---|-------------------|--|--|--|------------------------|
|  <p>ALCALDÍA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico</p> | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 001 |
| | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | | VERSIÓN | 1 |
| | FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO | | | | PAGINA | |
| | | | | | FECHA DE APROBACIÓN | 1 de Diciembre de 2008 |
| <hr/> | | | | | | |
| PROCESO | GESTIÓN TURISMO | | | | | |
| OBJETIVO DEL PROCESO | Desarrollar y gestionar el fomento y promoción turística del Distrito Cultural e Histórico del Distrito de Santa Marta. | | | | | |
| ACTIVIDAD | RIESGO | RIESGO No. | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | POSIBLES CAUSAS (Factores internos, externos, agente generador) | POSIBLES CONSECUENCIAS | |
| Análisis de necesidades, para la planeación de programas y proyectos encaminados a fomentar el Turismo y Competitividad del Distrito. | Deficiente identificación de necesidades y expectativas de los locales y visitantes para la planeación de programas y proyectos encaminados a fomentar el turismo y competitividad del distrito | R1 | Limitadas metodologías y herramientas para la identificación de necesidades para la planeación de programas y proyectos turísticos | - Personal poco capacitado en formulación de planes, programas y proyectos turísticos | - Planes y programas diseñados sin previo estudio de necesidades y expectativas de la comunidad | |
| Cumplimiento de políticas, objetivos y metas de la entidad. | Desvío de políticas, objetivos y metas establecidos por la Entidad. | R2 | Incumplimiento de directrices definidas por la entidad. | - Falta de compromiso y sentido de pertenencia por parte de los funcionarios. - Falta de motivación. - Falta de sensibilización, capacitación y entrenamiento. | - Ambiente laboral desfavorable - personal desmotivado - Insatisfacción en la prestación del servicio por parte de los usuarios finales. | |
| Ejecución de plan de acción, programas y proyectos para la mejora de la calidad en la infraestructura y Promoción Turística. | Proyectos de turismo mal formulados | R3 | Proyectos para la mejora de la calidad e infraestructura con deficiente formulación | - Personal poco capacitado en formulación de proyectos - Deficientes herramientas y metodologías de diagnóstico de necesidades y expectativas de la comunidad | - Negación de recursos en convocatorias para proyectos turísticos - Pérdida de competitividad e imagen del turismo local | |
| | Escasa desarrollo y ejecución de proyectos | R4 | Falta de proyectos encaminados a garantizar la calidad turística | - Limitados de recursos para el desarrollo y ejecución de proyectos turísticos - Poca gestión para canalizar recursos nacionales e internacionales | - Baja calidad en la prestación de servicios turísticos - Pérdida de competitividad e imagen del turismo local | |
| | Escasa señalización turística en los sitios de interés turísticos | R5 | Escasas señales turísticas en los sitios de interés que guíen a los propios y visitantes | - Limitados recursos para generar y desarrollar proyectos de señalización - Robo de señales turísticas en los sitios de interés | - Mala imagen de la ciudad ante los turistas - Pérdida de competitividad en el sector turístico | |


| | | | | | |
|--|---|-----|---|--|--|
| Coordinación Interinstitucional para el fomento del buen desarrollo de las temporadas turísticas. | Poca colaboración de entes locales y nacionales | R6 | Deficiente coordinación entre el distrito y entes locales y/o nacionales para el desarrollo de las temporadas turísticas | - Deficiente Gestión ante entidades locales y nacionales - Improvisación de eventos, programas y proyectos | - Mala imagen de la ciudad ante los turistas - Pérdida de competitividad en el sector turístico |
| Control y Administración de base de datos de prestadores de servicios turísticos | Pérdida de información | R7 | Pérdida de información que contiene la identificación de los prestadores de servicio de turismo del distrito | - Falta de controles y copias de seguridad de la base de datos de la oficina de turismo | - Recuperación de información nuevamente con los prestadores de servicio turísticos |
| | Baja aceptación de la inscripción de los prestadores en base de datos | R8 | Los prestadores de servicios de salud prestan poco interés a la inscripción en la base de datos del Distrito | - Poca promoción y difusión de los beneficios de la inscripción en la base de datos del distrito - Ineficaces controles a prestadores de servicios de turismo | - Estadísticas irreales en cuanto a prestadores de servicios turísticos del distrito - Dificultad para la realización de programas y proyectos en pro de la mejora del servicio turístico |
| Gestión y solicitud a Entes Competentes de la verificación de la legalidad y cumplimiento de requisitos por parte de establecimientos ubicados en sitios de interés turístico. | Inatención de las solicitudes hechas a entes competentes | R9 | Poco control de los entes competentes en la verificación de la legalidad y cumplimiento de requisitos de establecimientos establecidos en sectores turísticos | - Falta de coordinación con entes competentes locales y nacionales - Incompetencia del personal encargado de realizar controles a los establecimientos ubicados en sitios turísticos del Distrito | - Violación de normativa que perjudica la imagen turística del distrito - Pérdida de imagen y competitividad del distrito en el sector turístico |
| Promoción como destino Turístico al Distrito de Santa Marta a Agencias de Viaje mayoristas. | Inasistencia a ferias internacionales de turismo | R10 | Escases de recursos para asistir a ferias turísticas internacionales para promoción del destino turístico | - Falta de recursos destinados a la promoción de la ciudad como destino turístico en ferias y eventos internacionales - Desinterés de los dirigentes en apoyar el turismo | Falta de alianzas entre el destino y el sector privado que realiza paquetes turísticos |
| | Ineficaces planes de promoción y mercadeo del destino | R11 | La promoción y mercadeo del destino turístico no logra los objetivos que se proponen | - Mala formulación de mecanismos para la identificación del producto a promocionar - Diferencia en los gustos de los turistas | - Baja publicidad del destino turístico - Pérdida de competitividad e imagen del turismo local |
| Seguimiento, medición y toma de acciones en el procesos | Medición tardía de indicadores del proceso. | R12 | Seguimiento y Medición tardía del proceso. | - Falta de compromiso por parte de los funcionarios responsables de la toma de datos. - Falta de capacitación y entrenamiento. | - Proceso sin verificación oportuna del desempeño del mismo. |
| | No establecer las acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales o reales. | R13 | No establecimiento de acciones de correctivas, preventivas o de mejora para el proceso. | - Falta de fomento en la cultura de la prevención y el mejoramiento continuo. | - Carencia de mejora continua en el proceso. |

| | | | | | |
|---|---|-------------|---------------------------------|----------------------------|------------------------|
|  ALCALDÍA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 005 |
| | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | VERSIÓN | 1 |
| | | | | PAGINA | |
| | MAPA DE RIESGOS | | | FECHA DE APROBACIÓN | 1 de Diciembre de 2008 |
| PROCESO: GESTIÓN TURISMO | | | | | |
| PROBABILIDAD | VALOR | | | | |
| ALTA | 3 | | | R10 | |
| MEDIA | 2 | | R1 - R2 - R5 - R12 - R13 | R3 - R4 - R8 | |
| BAJA | 1 | | R6 - R7 | R9 - R11 | |
| | IMPACTO | Leve | Moderado | Catastrófica | |
| | VALOR | 5 | 10 | 20 | |


2.10 Gestión de gobierno, convivencia y participación.

| | | | | | | |
|---|---|-------------------|--|---|--|------------------------|
|  <p>ALCALDÍA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico</p> | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 001 |
| | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | | VERSIÓN | 1 |
| | FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO | | | | PAGINA | |
| | | | | | FECHA DE APROBACIÓN | 1 de Diciembre de 2008 |
| | | | | | | |
| PROCESO | GESTIÓN DE PGOBIERNO, CONVIVENCIA Y PARTICIPACION | | | | | |
| OBJETIVO DEL PROCESO | Promover mecanismos de participación comunitaria y control social en el Distrito. | | | | | |
| ACTIVIDAD | RIESGO | RIESGO No. | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | POSIBLES CAUSAS (Factores internos, externos, agente generador) | POSIBLES CONSECUENCIAS | |
| Definición de políticas y herramientas para el desarrollo de mecanismos de participación ciudadana. | Ineficaces políticas y lineamientos para el desarrollo de mecanismos de participación ciudadana | R1 | Las políticas y lineamientos establecidos para la participación comunitaria no cumplen con su objeto social | Inadecuadas herramientas de identificación de necesidades de participación de la comunidad samaria | <ul style="list-style-type: none"> - Herramientas y mecanismos de participación de difícil acceso - Incinformismo de la comunidad - Progrmas y proyectos elaborados sin la participación de las comunidades | |
| Cumplimiento de políticas, objetivos y metas de la entidad. | Desvío de políticas, objetivos y metas establecidos por la Entidad. | R2 | Incumplimiento de directrices definidas por la entidad. | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de compromiso y sentido de pertenencia por parte de los funcionarios. - Falta de motivación. - Falta de sensibilización, capacitación y entrenamiento. | <ul style="list-style-type: none"> Ambiente laboral desfavorable, personal desmotivado, insatisfacción en la prestación del servicio por parte de los usuarios finales. | |
| Control y vigilancia de las elecciones de las Juntas de acción comunal | Adulteración de resultados del conteo de votos | R3 | Alteración de los resultados de las votaciones para elegir a los integrantes de las juntas de acción comunal | <ul style="list-style-type: none"> - Cultura de la ilegalidad - Intenciones de ser parte de las juntas de acción comunal | <ul style="list-style-type: none"> - Alteración del orden en las elecciones - Posesión de personas inescrupulosas | |
| | Bajo nivel de postulantes a integrar las juntas | R4 | El numero de postulantes a integrar las juntas no es suficiente para adelantar las mismas | <ul style="list-style-type: none"> - Convocatoria poco efectiva para invitar a la comunidad a inscribirse en las listas de elegibles - Inconformismo de la comunidad con el desarrollo de juntas de accion comunal de anteriores administraciones | <ul style="list-style-type: none"> - Aplazamiento de las elecciones - Retraso en la posesión de integrantes de las juntas | |


| | | | | | |
|--|---|-----|---|---|--|
| Gestión para la conformación y Posesión de las Juntas de Acción Comunal - JAC | Incumplimiento de los elegidos en la posesión | R5 | Inasistencia de los líderes al evento de posesión como integrantes de la junta de acción comunal | - Poca publicidad de las fechas, hora y lugar de posesión de líderes comunales | - Pérdida de investidura como integrante de la junta de acción comunal - Posesión de otro postulante dentro de la lista de votación |
| Carnetización y archivo de documentos históricos de las Juntas de Acción Comunal - JAC | Extravío o deterioro de documentos históricos | R6 | La oficina maneja el registro histórico de identificación de juntas de acción comunal y esta preste a robos, pérdidas y deterioros | - Archiveros sin seguridad - Acceso de cualquier persona a las dependencias - Malas condiciones para el mantenimiento de archivos | - Procesos legales - Recuperación de archivos e información con los líderes comunales |
| Desarrollo de capacitación y formación a Líderes comunitarios. | Limitados recursos para el desarrollo de programas de capacitación | R7 | No se cuenta con el recurso financiero y logístico para desarrollar programas de capacitación y formación de líderes comunales | - Ineficaz gestión de recursos ante el ordenador del gasto, entidades locales y nacionales | - Bajo nivel de preparación de los líderes comunales - Desaprovechamiento de mecanismos y herramientas de participación |
| Visitas de Inspección y control a Juntas de Acción Comunal - JAC | Inasistencia de integrantes de juntas de acción a visitas programadas | R8 | Inasistencia de los integrantes elegidos de la junta de acción comunal a las visitas de inspección programadas por el programa de participación comunitaria | - Visitas programadas pero no informadas a la comunidad y a líderes comunitarios | - Falta de quorum para establecer acciones y medidas a tomar en el desarrollo de las actividades de las juntas de acción comunal |
| Seguimiento, medición y toma de acciones en el proceso | Medición tardía de indicadores del proceso. | R9 | Seguimiento y Medición tardía del proceso. | - Falta de compromiso por parte de los funcionarios responsables de la toma de datos. - Falta de capacitación y entrenamiento. | - Proceso sin verificación oportuna del desempeño del mismo. |
| | No establecer las acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales o reales. | R10 | No establecimiento de acciones de correctivas, preventivas o de mejora para el proceso. | - Falta de fomento en la cultura de la prevención y el mejoramiento continuo. | - Carencia de mejora continua en el proceso. |

| | | | | | |
|--|---|-------------|-----------------|----------------------------|--|
|  <p>ALCALDÍA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico</p> | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 005 |
| | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | VERSIÓN | 1 |
| | | | | PAGINA | |
| | MAPA DE RIESGOS | | | FECHA DE APROBACIÓN | 1 de Diciembre de 2008 |
| PROCESO: GESTIÓN DE GOBIERNO, CONVIVENCIA Y PARTICIPACION | | | | | |
| PROBABILIDAD | VALOR | | | | |
| ALTA | 3 | | | | |
| MEDIA | 2 | | | | R1 - R6 - R7 |
| BAJA | 1 | | | | R2 - R3 - R4 - R5 - R8 - R9 - R10 |
| | IMPACTO | Leve | Moderado | Catastrófica | |
| | VALOR | 5 | 10 | 20 | |


2.11 Gestión de planeación institucional y territorial.

| | | | | | | |
|---|--|-------------------|--|--|--|------------------|
|  | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 001 |
| | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | | VERSIÓN | 1 |
| | FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO | | | | PAGINA | |
| | | | | | FECHA DE APROBACIÓN | |
| PROCESO | PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y TERRITORIAL | | | | | |
| OBJETIVO DEL PROCESO | Definir los lineamientos para mejorar el Plan de Ordenamiento Territorial del Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta. | | | | | |
| ACTIVIDAD | RIESGO | RIESGO No. | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | POSIBLES CAUSAS (Factores internos, externos, agente generador) | POSIBLES CONSECUENCIAS | |
| Cumplimiento de políticas, objetivos y metas de la entidad. | Desvío de políticas, objetivos y metas establecidos por la Entidad. | R1 | Incumplimiento de directrices definidas por la entidad. | - Falta de compromiso y sentido de pertenencia por parte de los funcionarios. - Falta de motivación. - Falta de sensibilización, capacitación y entrenamiento. | Ambiente laboral desfavorable, personal desmotivado, insatisfacción en la prestación del servicio por parte de los usuarios finales. | |
| Proyectar la normatividad del Plan de Ordenamiento Territorial | Incumplimiento de la normatividad | R2 | No cumplimiento de la normatividad referenciada en el POT | Falta de acciones que garanticen el cumplimiento de la normatividad | No se realizan las acciones POT, impidiendo el beneficio de la ciudad | |
| Definir los límites y las futuras zonas de expansión del distrito teniendo en cuenta la dinámica de la ciudad | Inadecuada delimitación de las zonas | R3 | No se definen los límites de la ciudad con los adecuados criterios | Falta de una adecuada delimitación por parte de los funcionarios, debido a que no se establece los adecuados criterios. | No existiría un orden en la expansión del distrito | |
| Definir las zonas para vivienda de interés social | Selección inadecuada de las zonas | R4 | Inadecuada selección de las zonas del distrito para la vivienda | Falta de parámetros que permitan una adecuada selección de las zonas | Las viviendas de interés social se encontrarían en lugares inadecuados | |

| | | | | | |
|--|---|-----|---|--|--|
| Elaborar Plan General de Acción del Distrito | Falta de información | R5 | Información insuficientes emitidas por los procesos | Los diferentes procesos de la administración no entreguen oportunamente sus planes de acción sectorial | No existiría direccionamiento en la realización de las funciones y procesos |
| Incorporar proyectos prioritarios para la ciudad | Ineficiencia en las acciones para incorporar proyectos | R6 | Ineficiencia en las acciones para incorporar proyectos | Ineficiencia administrativa | No se adelantarían los proyectos para beneficio de la ciudad |
| Realizar aclaraciones sobre ambigüedades en las normas | Debilidades en la emisión de conceptos | R7 | Realizar aclaraciones de las normas de forma no confiable | Inadecuados conceptos emitidos por los funcionarios a las personas que solicitan esta información | Las personas que solicitaron aclaraciones no tendrían una información confiable |
| Determinar los planes parciales de desarrollo del distrito | No cumplimiento de los proyectos | R8 | No desarrollo de los planes parciales en el tiempo estipulado | Falta de gestión por parte de los funcionarios de anteriores administraciones | No desarrollo de los planes parciales en el tiempo estipulado |
| Seguimiento, medición y toma de acciones en el proceso. | Medición tardía de indicadores del proceso. | R9 | Seguimiento y Medición tardía del proceso. | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de compromiso por parte de los funcionarios responsables de la toma de datos. - Falta de capacitación y entrenamiento. - Falta de fomento en la cultura de la prevención y el mejoramiento continuo. | <ul style="list-style-type: none"> - Proceso sin verificación oportuna del desempeño del mismo. - Carencia de mejora continua en el proceso. |
| | No establecer las acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales o reales. | R10 | No establecimiento de acciones de correctivas, preventivas o de mejora para el proceso. | | |


| | | | | | |
|---|---|------|-------------|----------------------------|------------------|
|  ALCALDÍA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 005 |
| | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | VERSIÓN | 1 |
| | | | | PAGINA | |
| | MAPA DE RIESGOS | | | FECHA DE APROBACIÓN | |
| PROCESO: PLANEACION INSTITUCIONAL Y TERRITORIAL | | | | | |
| PROBABILIDAD | VALOR | | | | |
| ALTA | 3 | | | | |
| MEDIA | 2 | R6 | R2-R3-R4-R8 | | |
| BAJA | 1 | | R1-R5-R7-R9 | R10 | |
| | IMPACTO | Leve | Moderado | Catastrófica | |
| | VALOR | 5 | 10 | 20 | |

2.12 Gestión de recursos institucionales.

| | | | | | | |
|--|---|-------------------|--|---|---|------------------|
|  <p>ALCALDÍA DE SANTA MARTA Sistema Turístico, Cultural e Histórico</p> | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 001 |
| | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | | VERSIÓN | 1 |
| | FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO | | | | PAGINA | |
| | | | | | FECHA DE APROBACIÓN | |
| PROCESO | GESTIÓN DE RECURSOS INSTITUCIONALES | | | | | |
| OBJETIVO DEL PROCESO | Responder por los bienes muebles e inmuebles, conservación y mantenimiento de los mismos, así como implementar el Plan de Compras de la Administración Distrital y suministrar a los distintos procesos, los elementos que se requieran para su funcionamiento de acuerdo al presupuesto establecido. | | | | | |
| ACTIVIDAD | RIESGO | RIESGO No. | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | POSIBLES CAUSAS (Factores internos, externos, agente generador) | POSIBLES CONSECUENCIAS | |
| Definición y establecimiento del Plan de Compras | Fallas en la información del Plan de Compras. | R1 | Fallas en la información del Plan de Compras por omisión en el reporte de modificaciones por parte de la administración. | Falta de revisión de la información requerida para la elaboración del plan de compras | Inconsistencia del plan de compras. Limitaciones en la ejecución del plan de compras. | |
| | Demora en el envío de las necesidades de elementos requeridos. | R2 | Demora en el envío de las necesidades de elementos requeridos para la elaboración del Plan de Compras, por parte de los ordenadores del gasto. | Incumplimiento en la entrega de los planes de compra por proceso parte de los responsables de los diferentes procesos en los tiempos estipulados | Necesidades de compra sin suplir. Recursos limitados para la ejecución de las actividades de los procesos. Investigaciones disciplinarias por incumplimiento de la norma. | |
| Definición y establecimiento del plan de mantenimiento de bienes muebles e inmuebles. | Errores u omisiones en el establecimiento de actividades de mantenimiento. | R3 | Errores u omisiones en el establecimiento de actividades de mantenimiento requeridas para los bienes muebles de la Entidad. | Inventario de bienes desactualizado. Revisión no adecuada del inventario de bienes para definir completamente las actividades de mantenimiento necesarias. | Bienes sin programación de mantenimiento. Quejas y reclamos por parte de los funcionarios o responsables de proceso. | |
| Cumplimiento de políticas, objetivos y metas de la entidad. | Desvío de políticas, objetivos y metas establecidos por la Entidad. | R4 | Incumplimiento de directrices definidas por la entidad. | - Falta de compromiso y sentido de pertenencia por parte de los funcionarios. - Falta de motivación. - Falta de sensibilización, capacitación y entrenamiento. | Ambiente laboral desfavorable, personal desmotivado, insatisfacción en la prestación del servicio por parte de los usuarios finales. | |
| Solicitud de suministro de Bienes y/servicios conforme a plan de compras y a listado de proveedores contratados y aceptables. | Demora en el suministro de bienes o servicios. | R5 | Demora en el suministro de bienes o servicios a los procesos. | Falta de oportunidad en la solicitud por parte de los responsables del proceso. Falta de oportunidad por parte de los proveedores o contratistas. | Falta de recursos oportunamente para el desarrollo eficaz de los procesos. Quejas y reclamos por parte de los funcionarios o responsables de proceso. | |
| Control de ingreso y salida de Bienes de consumo y devolutivos. | Omitir la presentación de la totalidad de los documentos, para el ingreso de bienes a Almacén. | R6 | Omitir la presentación de la totalidad de los documentos, por parte de los contratistas, para el ingreso de bienes a Almacén. | Falta de establecimiento o controles específicos para la entrada de productos al almacén. Falta de verificación del cumplimiento de requisitos al momento del ingreso. | No legalización del ingreso a Almacén. Devolución del bien o servicio adquirido hasta completar la documentación. | |

| | | | | | |
|---|---|-----|---|---|---|
| Verificar especificaciones y requisitos de compra. | Compras aceptadas sin el cumplimiento de especificaciones técnicas. | R7 | Compras aceptadas sin el cumplimiento de especificaciones técnicas. | Falta de verificación objetiva del cumplimiento de especificaciones técnicas. Falta de definición o criterios específicos para llevar a cabo la verificación de especificaciones técnicas. | Bienes no utilizables para el consumo o uso del servicio. Quejas y reclamos por parte de los funcionarios o responsables de proceso. Investigaciones disciplinarias. |
| Control y comprobación física de existencias de almacén y administración del inventario | Errores y omisiones en la verificación del inventario físico. | R8 | Errores y omisiones en la verificación del inventario físico de los bienes muebles e inmuebles de la Alcaldía. | Falta de objetividad en la comprobación efectiva del inventario. | Faltantes o inconsistencias en la verificación del inventario. Investigaciones disciplinarias. |
| | Traslado de bienes sin la debida autorización o información. | R9 | Traslado de bienes y/o servicios sin la debida autorización o información. | Falta de conocimiento por parte del funcionario, acerca del trámite que debe seguirse para el traslado de un bien. | Faltantes o inconsistencias en la verificación del inventario. Investigaciones disciplinarias. Quejas y reclamos por parte de los funcionarios o responsables de proceso. |
| Control y comprobación física de existencias de almacén y administración del inventario | Omitir información acerca de la pérdida o hurto de bienes devolutivos. | R10 | Omitir informar, por parte del servidor público, sobre la pérdida o hurto de bienes devolutivos, a la Secretaría General. | Falta de compromiso y sentido de pertenencia por parte de los funcionarios de la Entidad. Carencia en la definición de principios éticos o políticas por parte de la Entidad. | Desactualización del inventario. Investigación disciplinaria. Responsabilidad fiscal. |
| | Errores u omisiones en la transcripción al kárdex de almacén. | R11 | Errores u omisiones en la transcripción al kárdex de almacén por parte del funcionario responsable. | Falta de verificación al momento del registro. Inadecuada clasificación o identificación de elementos. | Datos en sistema inconsistentes con comprobación física. |
| | Omitir descargar del kárdex los bienes que sufren pérdida o hurto | R12 | Omitir descargar del kárdex los bienes que sufren pérdida o hurto. | Falta de verificación y revisión permanente del inventario y su respectivo registro. | Incumplimiento de la norma de control interno contable. Figurar en el Kárdex bienes que han sufrido pérdida o hurto. Inventarios no confiables. |
| Estudio Técnico para determinar viabilidad de baja de bienes y elaboración de resolución de Baja de bienes. | Error u omisión en la clasificación e identificación de los bienes o elementos a dar de baja por obsoletos. | R13 | Error u omisión en la clasificación e identificación de los bienes o elementos a dar de baja por obsoletos. | Inadecuada evaluación inicial del bien a dar de baja por obsoleto. Falta de verificación de los elementos a dar de baja. | Bienes servibles a dar de baja. Pérdida económica para la Entidad. Investigaciones disciplinarias. |
| Control y Ejecución de baja de bienes | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|-----|---|--|--|
| Establecimiento de necesidades de mantenimiento para el control y ejecución de los mismos. | Omisión del registro de actividades de mantenimiento. | R14 | Omitir llevar el registros de las actividades de mantenimiento realizadas. | Falta de establecimiento de controles para el desarrollo del programa o plan de mantenimiento. | Imposibilidad de medir y evaluar la gestión. Dificultades para la rendición de informes. Pérdida de la oportunidad de mejoramiento. Repetición de mantenimientos. |
| Seguimiento al incumplimiento de pólizas. | Falta de seguimiento al incumplimiento de pólizas. | R15 | No realizar el seguimiento oportuno al incumplimiento de las pólizas. | Falta de definición de controles o criterios para el seguimiento al incumplimiento de pólizas. | Incumplimiento de pólizas sin el debido seguimiento. Acciones sin ejecutar producto del incumplimiento de pólizas. Investigaciones disciplinarias. |
| Expedición de Paz y Salvos a funcionarios en retiro | Falta de veracidad de la información contenida en el paz y salvo. | R16 | Emisión de paz y salvos a funcionarios con asuntos pendientes. | Falta de verificación de información o datos de funcionarios al momento de solicitud del paz y salvo. Falta de definición de criterios específicos para la expedición de paz y salvos a funcionarios en retiro. | Investigaciones disciplinarias Pérdida y omisión de acciones a funcionarios con asuntos pendientes. |
| Seguimiento, medición y toma de acciones en el proceso. | Medición tardía de indicadores del proceso. | R17 | Seguimiento y Medición tardía del proceso. | Falta de compromiso por parte de los funcionarios responsables de la toma de datos. | - Proceso sin verificación oportuna del desempeño del mismo. - Carencia de mejora continua en el proceso. |
| | No establecer las acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales o reales. | R18 | No establecimiento de acciones de correctivas, preventivas o de mejora para el proceso. | Falta de capacitación y entrenamiento. Falta de fomento en la cultura de la prevención y el mejoramiento continuo. | |

| | | | | | |
|--|---|-------------|---------------------------|---|------------------|
|  <p>ALCALDÍA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico</p> | SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | CÓDIGO | GCIN - FOT - 005 |
| | PROCESO DE CONTROL INTERNO | | | VERSIÓN | 1 |
| | | | | PAGINA | |
| | MAPA DE RIESGOS | | | FECHA DE APROBACIÓN | |
| PROCESO: GESTIÓN DE RECURSOS INSTITUCIONALES | | | | | |
| PROBABILIDAD | VALOR | | | | |
| ALTA | 3 | | | | |
| MEDIA | 2 | | R2 - R5 - R6 - R13 | R1 - R8 - R9 - R10 - R11 - R12 - R15 | |
| BAJA | 1 | R4 | R16 - R17 | R3 - R7 - R14 - R18 | |
| | IMPACTO | Leve | Moderado | Catastrófica | |
| | VALOR | 5 | 10 | 20 | |

BIBLIOGRAFÍA

- (s.f.). Obtenido de <http://franksbur3.blogspot.com.co/2013/02/funcion-publica.html>
- Acosta, B., Hernandez, H., & Pedroza, V. (2014). Manual de auditoría basado en riesgo para entidades bancarias en Panamá.
- Alcaldía de Medellín. (2014). Manual de Auditoria Interna.
- Alcaldía Distrital de Santa Marta. (2005). Manual específico de funciones y competencias laborales.
- Angulo Vanegas. (sf). Benchmarking: en el camino de la competitividad. Revista Universidad EAFIT.
- ANGULO, J. E. (2000). BENCHMARKING: EN EL CAMINO DE LA COMPETITIVIDAD. REVISTA UNIVERSIDAD EAFIT No. 9, 63-66.
- Asociacion latinoamericana de facultades y escuelas de contaduria y administracion. (2014). Manual de auditoria basado en riesgos para entidades bancarias en Panamá.
- Benchmarking en el sector publico. (s.f.).
- CANTE, M. Y. (2005).
- Cleary, E. (2006). Criterios BM en el sector público. En E. Cleary.
- CLEARY, E. (2006). Criterios BM en el sector público. En E. CLEARY.
- Cleary, E. (2006). El Benchmarking (BM) desde el sector privado al sector publico, apuntes sobre su aplicación en el sector publico de America latina .
- Cleary, E. (2006). El eterno dilema del control de la gestión publica en AL y el CARIBE, Desconfianza, control y castigo versus Confianza, verificación y estímulo Una contribución hacia la contextualización del tema. Biblioteca Virtual TOP sobre gestión publica.
- Congreso de la República. (1991). Constitución Política de Colombia.
- Congreso de la República. (1993). Ley 87.
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Acto Legislativo 01 de 2007.
- Congreso de la Reublica de Colombia. (2007). Acto Legislativo 01 de 2007 .

- Consejo de Auditoria Interna General de Gobierno, Gobierno de Chile. (2014). Formulación del plan anual de auditoria basado en riesgos .
- Constitución Política de Colombia. (1991).
- COSO.org. (11 de 10 de 2016). Obtenido de http://www.coso.org/documents/990025P_Executive_Summary_final_may20_e.pdf
- DAFP. (2014). Guía para la administración del riesgo. Bogotá.
- DAFP. (2014). Manual tecnico del modelo estandar de control interno para el estado colombiano MECI 2014.
- Del Giorgio Solfa, F. (2011). El Benchmarking en el sector publico: Aportes y propuestas de implementación para la provincia de Buenos Aires. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRES DE FEBRERO.
- Del Giorgio Solfa, F. (2012). BENCHMARKING EN EL SECTOR PUBLICO. La Plata - Argentina: Industry Consulting.
- IIA. (SF). Normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoria interna.
- Instituto de auditores internos de Colombia. (SF). Recuperado el 2016, de Instituto de auditores internos de colombia: www.iiacolombia.com/resource/ippfNormas.pdf
- Instituto internacional de auditores. (s.f.). Obtenido de Theiia.org: <https://na.theiia.org/translations/Pages/Spanish-Translations.aspx>
- Instituto internacional de auditores. (2013). Las tres lineas de defensa para una efectiva gestión de riesgos y control. Declaracion de principios.
- Instituto internacional de auditores internos de Colombia. (2016). IIA Colombia. Obtenido de <http://www.iiacolombia.com/conozcanos.html>
- INTERNOS, I. D. (1992). Informe COSO. ESPAÑA.
- ISO. (2011). Directrices para la auditoria de sistemas de gestión.
- ISSAI, I. . (2000). PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE AUDITORÍAS EN EL SECTOR PUBLICO.
- MANENE, L. M. (2011). BENCHMARKING: definiciones, aplicaciones, tipos y fases del proceso.
- Manual de Auditoría Gubernamental. (2007).
- Marchitto, F. (2001 y 2003). Benchmarking nella Pubblica Amministrazione.

MEDELLIN, A. D. (2015). MANUAL DE AUDITORÍAS INTERNAS - MA – 003 Versión 2.0. MEDELLIN: ALCALDIA DE MEDELLIN.

Mejía Soto, E. (05 de 09 de 2016). Eutimiomejia.com. Obtenido de <http://www.eutimiomejia.com/articulosPublicados/AuditoriadeGestionBasadaenRiesgos.pdf>

Mineducación. (05 de Septiembre de 2016). http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-89527_archivo_doc.pdf.

NTC ISO 31000 Gestión del riesgo, principios y directrices . (2011).

Real Academia Española. (2014).

Rocío, N. (2008). El papel de la auditoria interna en el mejoramiento de las compañías. Portafolio.

Salazar, I. M.-F. (2010). METODOS DE RECOLECCION DATOS PARA UNA INVESTIGACION.

Spendolini, M. (1994). Benchmarking.

The institute of internal auditors. (s.f.). Marco de referencia para evaluación de calidad.

Transparency International. (s.f.). Obtenido de <http://www.transparency.org/glossary/term/corruption>

Transparency International. (s.f.). Obtenido de <http://www.transparency.org/what-is-corruption#define>

Transparency International. (2016). Obtenido de http://transparencia.org.es/wp-content/uploads/2016/01/tabla_sintetica_ipc-2015.pdf

UREÑA, J. M. (1993,). Justicia Constitucional. Derecho Comparado y Colombiano. . En J. M. UREÑA. Santa fé de Bogotá.