



RECTORÍA

OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO Y MEJORA DE LA CALIDAD DE AUDITORÍA INTERNA Versión 1

OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION

Junio de 2024

Aprobado por Comité Coordinador de Control Interno Sesión 3 julio de 2024 Acta 002.



**Tejiendo
Universidad**

Autoevaluación Institucional 2018 - 2026



ucaldas@ucaldas.edu.co



www.ucaldas.edu.co



PBX (57)(6) 878 15 00



Calle 65 # 26 - 10 | Manizales - Colombia

Tabla de Contenido

Introducción	3
1.Objetivo.....	6
2. Alcance	6
3. Marco legal.....	6
4. Planeación general de auditoría interna basadas en riesgos	8
4.1 Planeación general de la auditoria basadas en riesgos.	9
4.2 Rotación del ciclo de auditoría.	13
4.3 Formulación del Plan Anual de Auditorias basado en riesgo.	14
5. Programa de trabajo.	16
5.1 Solicitud de Información.	17
5.2 Análisis y evaluación.	19
5.3 Desarrollo de observaciones.....	21
5.4 Informe de Auditoría.....	23
5.5 Suscripción de plan de mejoramiento.....	25
5.6 Identificación de Causas.	25
6. Medición de la Eficacia de las Acciones de Mejora.....	28
7. Evaluación de Auditores Internos.....	29
8. Marco de evaluación del Sistema de Control Interno.....	30
BIBLIOGRAFIA	31



**Tejiendo
Universidad**

Autoevaluación Institucional 2018 - 2026

Introducción

El programa de aseguramiento y mejora de la calidad -PAMC, consolida los aspectos de auditoría interna y la forma como dicha actividad es evaluada, en cumplimiento de lo dispuesto en la dimensión séptima de Control Interno de Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG la cual ha adoptado las normas internacionales para el ejercicio de auditoría interna. Este programa tiene como objetivo la mejora y fortalecimiento continuo de la auditoría interna, lo cual repercute en el fortalecimiento del sistema de control interno de cada entidad.

Este documento presenta la manera de orientar la auditoría interna en la Universidad de Caldas, como herramienta de guía institucional para la formulación del plan de auditoría basado en riesgos, su ejecución y evaluación. Establecido en el marco de los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), el cual implementa el sistema de Control Interno para las entidades públicas en Colombia; Séptima Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Mediante los lineamientos del modelo MECI, el Departamento Administrativo de la Función Pública desarrolló de manera estructurada, la función de auditoría, alineada al marco internacional para la práctica profesional de la auditoría interna; instrumentos expedidos por el IIA- Instituto de Auditores Internos. Por tanto, constituye un elemento para el fomento del buen gobierno y, el desarrollo de una cultura de control interno fundamentada en la información, seguimiento y evaluación, como base para la toma de decisiones y mejora continua.

El MECI - Modelo Estándar de Control Interno- estructura el control en cinco componentes: Ambiente de control, Evaluación del riesgo, Actividades de control, Información y comunicación y, Actividades de monitoreo de acuerdo con el modelo COSO¹/INTOSAI².

En este modelo, se plantea un esquema de responsabilidades frente al Control Interno definido como “modelo de líneas de defensa”³, el cual precisa que las responsabilidades de la gestión de riesgos y del control, están distribuidas en cada uno de los niveles organizacionales de las entidades públicas, y no se concentran en las oficinas de Control Interno de Gestión o quienes hacen sus veces.

¹ COSO, por sus siglas en inglés, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway). Es una iniciativa de cinco organizaciones del sector privado en los Estados Unidos que está dedicada a proporcionar liderazgo innovador a través del desarrollo de marcos y orientación sobre la gestión del riesgo empresarial, el control interno y la disuasión del fraude

² Organización Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores.

³ De acuerdo con EL MODELO DE LAS TRES LÍNEAS DEL IIA, los roles de la primera línea tienen que ver con la entrega de productos y/o servicios a los clientes de la organización, incluyendo los roles y funciones de cada proceso; los de segunda línea tienen que ver con la asistencia en la gestión del riesgo de las áreas de planeación y calidad; los de tercera línea, corresponden a la auditoría interna independiente y objetiva.



Como Tercera línea de defensa, las oficinas de Control Interno de Gestión son responsables de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, mediante el ejercicio integral de seguimiento y evaluación, que permite fortalecer el Sistema de Control Interno, y constituye la primera instancia de control fiscal de naturaleza previa y administrativa⁴.

El Decreto 648 de 2017, establece los cinco roles para las oficinas de Control Interno: i) liderazgo estratégico, ii) enfoque hacia la prevención, iii) evaluación a la gestión del riesgo, iv) evaluación y seguimiento y, v) relación con entes externos de control. Dentro del rol de evaluación y seguimiento, las unidades de control interno o quien haga sus veces, deben desarrollar una actividad de evaluación de manera planeada, documentada, organizada, y sistemática, con respecto a las metas estratégicas institucionales, resultados, políticas, planes, programas, proyectos, procesos, indicadores, y riesgos, que la entidad ha definido para el cumplimiento de su misión, en el marco del sistema de control interno.

Por medio del Acuerdo 56 del 2018, el Consejo Superior de la Universidad de Caldas reglamenta el ejercicio del Control Interno, y establece, entre otros, como objetivo general “proporcionar una estructura de control de la gestión que especifique los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de los parámetros necesarios, (autogestión) acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación, en procura de su mejoramiento continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituye en parte integral (autocontrol)”.

El Artículo 10 del acuerdo en referencia, define como una de las funciones de la oficina Asesora de Control Interno de Gestión el rol de Evaluación y seguimiento, y establece que esta “Proporciona información sobre el desempeño del Sistema de Control Interno a través de los procesos de auditoría interna con enfoque basado en riesgos, incluida la manera cómo funcionan la primera y segunda línea de defensa⁵. La finalidad de esta función es la de generar recomendaciones y sugerencias oportunas y pertinentes a los líderes de proceso frente a los resultados de las auditorías internas, tanto de gestión como de calidad para acompañar la mejora del desempeño institucional. El ejercicio de la auditoría interna deberá responder a buenas prácticas de auditoría, implementadas por normas internacionales de auditoría”.

⁴ Corte constitucional sentencia C-103 de 2015.

⁵ Teniendo en cuenta que, en su Artículo 5 define los Roles y responsabilidades en materia del ejercicio de Control Interno. “El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno será responsabilidad del Rector”, apoyado por los roles con responsabilidades definidos a través de las líneas de defensa como: **Línea de Estratégica** (Rector, Secretario General, Vicerrectores y Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno); **Línea de Defensa 1** (Líderes de procesos y servidores públicos); **Línea de Defensa 2** (Jefe de Planeación y Sistemas y su equipo de trabajo); **Línea de Defensa 3** (Oficina de Control Interno de Gestión)



Igualmente, mediante el Acuerdo 16 del 2022, el Consejo Superior se adopta el Modelo Integrado de Desempeño Institucional MIDI, y su Modulo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, en sus siete dimensiones. Donde en la *Dimensión 7. Control Interno*: MIDI Promueve el mejoramiento continuo en las entidades. Razón por la cual, éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control, con enfoque a riesgos. Así como, mecanismos para la prevención y evaluación de estos, aplicando el modelo COSO-INTOSAI de cinco componentes del control y la estrategia de líneas de defensa. El Control Interno es la clave, para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIDI (MIPG) cumplan su propósito, en el alcance de objetivos y lineamientos institucionales.

Con las funciones y competencias señaladas anteriormente, se elabora el manual de auditoría institucional. El cual, contiene y estandariza la forma como se proyecta y despliega el plan de auditorías internas. Estas son planificadas para un periodo anual, como resultado de la priorización de riesgos, ciclo de auditoría, comunicación de resultados y la suscripción del plan de mejoramiento.



1. Objetivo

Diseñar un programa de aseguramiento y mejora de la calidad, conforme a los lineamientos expedidos por los Modelos MIPG y MECI, y los procedimientos SIG de la universidad, que consolide la actividad de auditoría, con el propósito de contribuir a la mejora de la eficacia de los procesos de gobierno, gestión de riesgos y controles, lo cual repercute en el fortalecimiento del Sistema de Control Interno en la Universidad de Caldas.

2. Alcance

Este manual Incluye un análisis de factores críticos, para la identificación de la línea de auditorías basadas en riesgos. Así como, el proceso de planeación ejecución de auditorías, hasta su seguimiento, mediante la formulación de planes de mejoramiento, las posibles metodologías para identificar causas, la evaluación de la percepción del ejercicio de auditoría y seguimiento al avance en la gestión del sistema de control interno y aseguramiento de la calidad en el proceso de auditoría; aspectos que permitirán la identificación de factores que permitan mejorar el proceso de Evaluación y Seguimiento.

3. Marco legal

Constitución Política de Colombia	Artículos 209 y 269.
Ley 87 de 1993	Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”.
Ley 1474 de 2011	Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
Decreto 648 de 2017	Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública
Decreto 1499 de 2017	Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015
Acuerdo 56 de 2018	Consejo Superior Universidad de Caldas. Por el cual se reglamenta el ejercicio del Control Interno en la Universidad de Caldas.
Acuerdo 16 de 2022	Consejo Superior Universidad de Caldas. Por medio del cual se adopta el Modelo de Desempeño Institucional-MIPG MIDI. U CALDAS
Resolución 1679 de 2022	Rectoría Universidad de Caldas. Por medio de la cual se adopta el Estatuto y Código de Ética de Auditoría Interna que define el propósito, la autoridad y la responsabilidad de la actividad de Auditoría Interna en la Universidad de Caldas.

5. Estrategias de Operación:



**Tejiendo
Universidad**

Autoevaluación Institucional 2018 - 2026

- + Los Auditores Internos deben dar cumplimiento estricto al Código de Ética del Auditor, Estatuto Interno de Auditoría y Código de Integridad del Auditor.
- + Para el ejercicio de auditoría, los Auditores Internos no deben estar inhabilitados o con impedimentos para la ejecución del ejercicio auditor, de ser así pondrán en conocimiento al jefe inmediato la situación específica por la cual entrarían en conflicto.
- + Los Auditores Internos deben tener conocimiento⁶ y enfocar el proceso auditor en el cumplimiento de la normatividad que aplica a la Universidad de Caldas, como planes, programas y demás lineamientos internos o externos.
- + Para propender el logro de las acciones de mejora propuestas, el auditor realizará periódicamente seguimientos a la ejecución de los planes de mejoramiento en coordinación con el líder de proceso.
- + Para asegurar el cumplimiento del Plan Anual de Auditoría aprobado para el periodo, se realizarán seguimientos mínimo-trimestrales.
- + En la formulación del plan de auditorias se tendrán en cuenta metodologías de priorización de riesgos, quejas frecuentes o temas de interés del grupo directivo.
- + Las encuestas de percepción serán remitidas a los auditados luego de finalizado el periodo con el fin de obtener información relevante para el mejoramiento de la calidad del proceso de auditoría interna.
- + El instrumento de autodiagnóstico para el aseguramiento de la calidad de la auditoría interna será diligenciado una vez al año por el proceso, con base a este se proyectarán acciones que permitan alcanzar mejores niveles de desempeño.
- + Sobre el resultado de las evaluaciones al Sistema de Control Interno y Proceso de Auditoria, se realizarán informes gerenciales al Comité Institucional de Control Interno, Rector y Consejo Superior, de conformidad con los lineamientos internos.

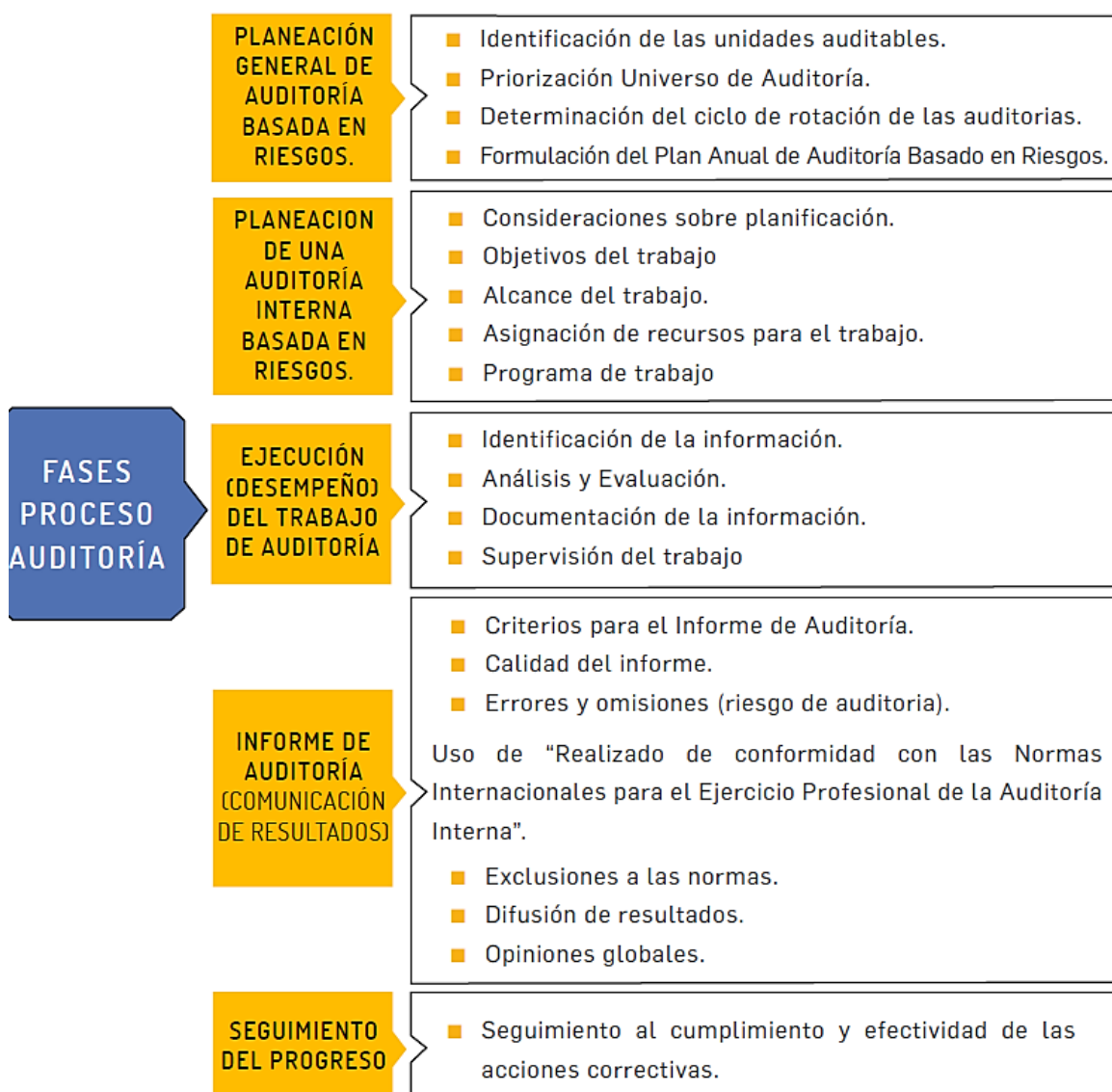
⁶ Cumplimiento de requisitos del cargo (manual de funciones), capacitación continua y preparación individual.



4. Planeación general de auditorías internas basadas en riesgos

El Plan Anual de Auditoría Interna basado en riesgos, es un instrumento dinámico de planeación, mediante el cual, se determinan las prioridades de la actividad de auditoría interna, empleando un método de análisis de riesgos y criterios, que pueda impactar la estrategia y el cumplimiento de los objetivos institucionales. El proceso de formulación del plan anual de auditoría responde a los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP, en la guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas.

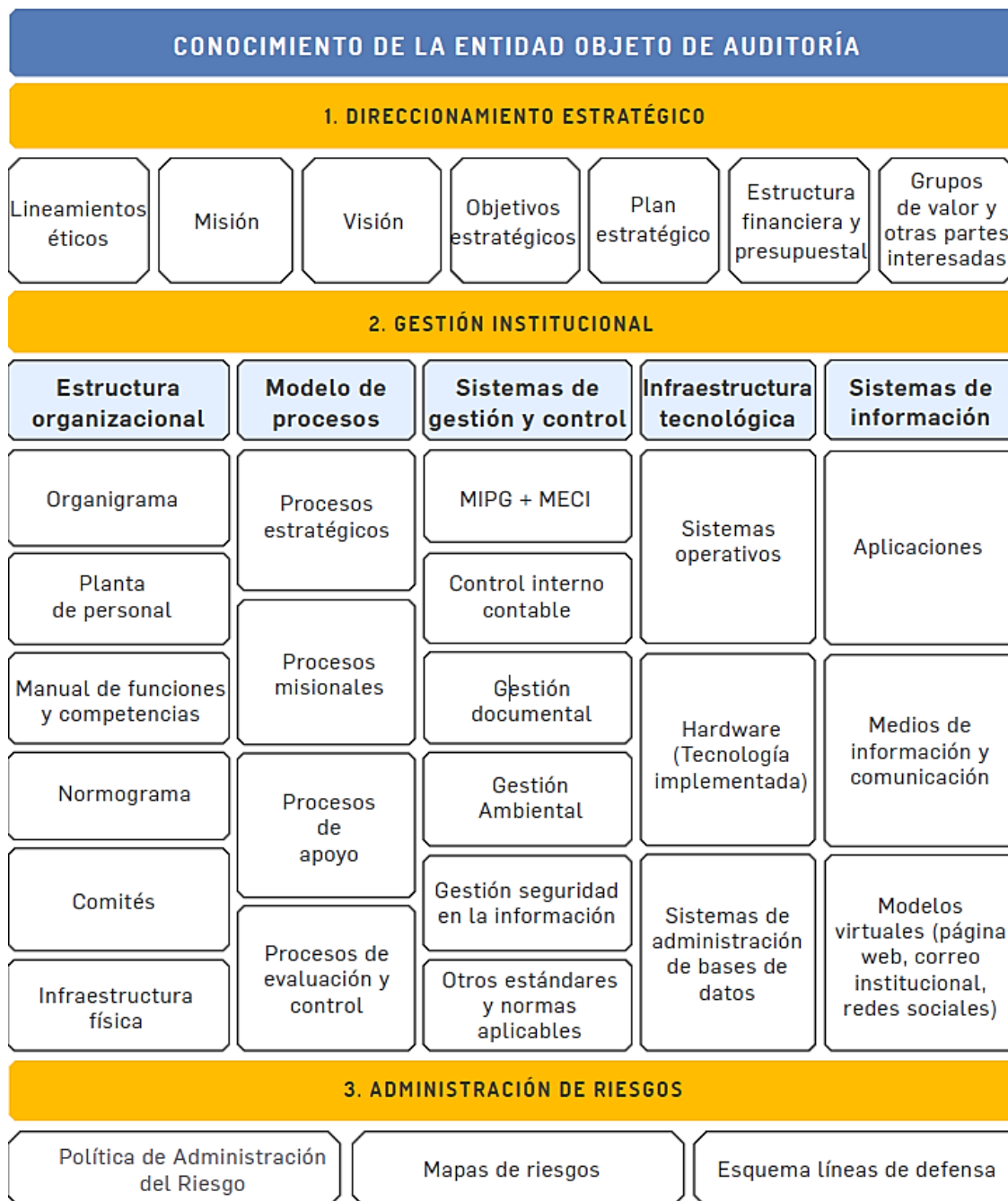
Las Fases para la realización de auditorías, se resumen en el siguiente cuadro:



Fuente. Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas versión 4. p. 28

4.1 Planeación general de la auditoria basadas en riesgos.

- **Conocimiento de la entidad.** Los aspectos que se deben analizar para conocer la entidad, objeto de auditoría, se resumen en la siguiente gráfica:



Fuente: Actualizado de la Guía de auditoría de Función Pública versión 2015 por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2019.

- **Identificación de aspectos evaluables:** Se deben identificar aspectos susceptibles de ser evaluados, como: macroprocesos, procesos, procedimientos, sistemas de información, regionales o zonales, áreas funcionales, proyectos, temas de gestión de riesgo, entre otros.
- **Conformación y priorización del universo de auditoria basada en riesgos:** Mediante la herramienta de Excel, “universo de auditoria basado en riesgos” se diligencian las unidades auditables, y se incorporan criterios de priorización, calificadas de 1 a 5, donde 1 es menor criticidad y 5 el máximo nivel de criticidad. Esto permitirá la valoración de aspectos evaluables, y asignar una calificación. Ver Anexo 1. Archivo Excel: universo de auditoria basado en riesgos.

La descripción de criterios de priorización se describe en la siguiente tabla:

Puntaje	Nivel riesgo inherente	Ultima Auditoria	Resultados Indicadores	Resultado cumplimiento plan de mejoramiento Contraloría o de la Of. Control Interno	Recurrencia de Hallazgos Auditorías Internas y Externas	Impacto en el Presupuesto	Impacto en objetivos estratégicos	Intereses del nivel directivo y la alta dirección
1	No tiene Riesgos Asociados	1 año o menos	No se requiere medir	No tiene plan de mejoramiento asociado o todos los tiene cerrados	No tiene hallazgos recurrentes	El presupuesto asignado representa menos del 1% del presupuesto general de la entidad	No tiene objetivo asociado	No solicitado o solicitado por 1 Gerente o Directivo. En su defecto, temas de seguimiento por la alta dirección tratados en Comité Directivo con menor repetición en un periodo de seis meses a 1 año (de 0 a 3 repeticiones en diferentes comités)
2	Los riesgos están en zona baja (zona de aceptación)	>1 año y <=2 años	Los resultados de todos los Indicadores se encuentran en estado deseable (>=90%)	Tiene planes de mejoramiento abiertos con avance igual o mayor al 90%	Tiene 1 hallazgo recurrente	El presupuesto asignado representa un valor >= al 1% < al 5% del presupuesto general de la entidad	Impacta 1 objetivo	Solicitado por 2 Gerentes o Directivos. En su defecto, temas de seguimiento alta dirección tratados en Comité Directivo con penúltimo valor de repetición en un periodo de seis meses a 1 año (de 4 a 7 repeticiones en diferentes comités)
3	Tiene un riesgo o más en Calificación Moderada	3 años	Tiene indicadores en estado deseable y al menos uno en estado aceptable (>= 70% y < 90%)	Tiene planes de mejoramiento abiertos con avance entre el 75% y el 89%	Tiene 2 hallazgos recurrentes	El presupuesto asignado representa un valor >= al 5% < al 10 % del presupuesto general de la entidad	Impacta 2 objetivos	Solicitado por 3 Gerentes o Directivos. En su defecto, temas de seguimiento alta dirección tratados en Comité Directivo con ante penúltimo valor de repetición en un periodo de seis meses a 1 año (de 8 a 11 repeticiones en diferentes comités)
4	Tiene un riesgo o más en calificación Alta	4 años	Tiene un solo indicador en estado crítico (<70%)	Tiene planes de mejoramiento abiertos con avance entre el 50% y el 74%	Tiene 3 hallazgos recurrentes	El presupuesto asignado representa un valor >= al 10% < al 20 % del presupuesto general de la entidad	Impacta 3 objetivos	Solicitado por 4 Gerentes o Directivos. En su defecto, temas de seguimiento alta dirección tratados en Comité Directivo con el segundo mayor valor de repetición en un periodo de seis meses a 1 año (de 12 a 15 repeticiones en diferentes comités)
5	Tiene un riesgo en calificación Extrema	5 años o más	Tiene dos o más indicadores en estado crítico. No tiene indicador asociado pero sí se requiere medir. Cuenta con indicador pero no se ha realizado la medición.	Tiene planes de mejoramiento abiertos con avance igual o inferior al 49%	Tiene 4 o más hallazgos recurrentes	El presupuesto asignado representa un valor >= al 20% del presupuesto general de la entidad	Impacta 4 o más objetivos	Solicitado por 5 ó más Gerentes o Directivos. En su defecto, temas de seguimiento alta dirección tratados en Comité Directivo con el mayor valor de repetición en un periodo de seis meses a 1 año (16 o más repeticiones en diferentes comités)

-Nivel de riesgo inherente: corresponderá a los riesgos identificados sin controles



Tejiendo Universidad

Autoevaluación Institucional 2018 - 2026

asociados al aspecto evaluable, tal como se observa en la tabla propuesta, entre mayor sea el número de riesgos inherentes en niveles altos o extremos, sube su nivel de calificación.

Puntajes	Nivel riesgo inherente
1	No tiene Riesgos Asociado
2	Los riesgos estan en zona baja (zona de aceptacion)
3	Tiene un riesgo o más en Calificación Moderada
4	Tiene un riesgo o más en calificación Alta
5	Tiene un riesgo en calificación Extrema

-Tiempo desde la última auditoría: para este aspecto se tendrá en cuenta el tiempo transcurrido desde la última vez que fue auditado, entre mayor sea el número de años transcurridos, mayor será el puntaje obtenido para este ítem.

Puntajes	Tiempo transcurrido desde última auditoría
1	<= 1 año
2	> 1 año <= 2 años
3	> 2 años <= 3 años
4	> 3 años <= 4 años
5	> 4 años

-Resultado cumplimiento del Plan de Mejoramiento Contraloría o de la Oficina de Control Interno: se tendrá en cuenta si el aspecto evaluable tiene planes de mejoramiento asociados y su estado de avance y recurrencia de hallazgos, sumando a auditorías internas y externas: los hallazgos recurrentes son aquellos que el mismo ente de control interno o externo encuentra en diferentes auditorías y, en consecuencia, significa que las acciones no fueron efectivas.

Puntajes	Resultados auditorías anteriores
1	Sin hallazgos abiertos
2	1 a 2 hallazgos abiertos
3	3 a 4 hallazgos abiertos
4	5 a 6 hallazgos abiertos
5	7 o más hallazgos abiertos

-Impacto en el presupuesto y/o estados financieros: para este análisis se tendrá en cuenta el presupuesto asignado al aspecto evaluable y su impacto frente al presupuesto general de la entidad.

Puntajes	Impacto en el presupuesto
1	Catastrófico $\geq 50\%$
2	Mayor ≥ 20 y $< 50\%$
3	Moderado $\geq 5\%$ y $< 20\%$
4	Menor $\geq 1\%$ y $< 5\%$
5	Insignificante $< 1\%$

-Impacto en los objetivos estratégicos: en este criterio se debe considerar que existen algunos aspectos evaluables que impactan más que otros en los objetivos estratégicos, dada su relación directa con la misión de la entidad o con los grandes proyectos que se desarrollan en el marco de su planeación estratégica.

Puntajes	Objetivos estratégicos asociados
1	No tiene objetivo asociado
2	1 objetivo estratégico asociado
3	2 objetivos estratégicos asociados
4	3 objetivos estratégicos asociados
5	4 o más objetivos estratégicos asociados

-Cantidad de peticiones, quejas o reclamos. Se debe considerar el porcentaje anual de manifestaciones presentadas, y la oportunidad en las respuestas interpuestas al proceso relacionado con la unidad auditable, reporte que suministra la oficina de Atención al Ciudadano.

Puntajes	CANTIDAD PQR
1	Sin PQR
2	De 1 a 2 PQR
3	De 3 a 4 PQR
4	De 5 a 6 PQR
5	7 o más PQR

-Intereses de la Alta Dirección (solicitudes del equipo directivo): Para abordar este aspecto, es importante analizar aquellas temáticas que suelen ser puestas a consideración por parte de la Alta Dirección, en la mayoría de las reuniones de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, o en las reuniones de Comité Directivo, que son temas de alto impacto para la entidad. Se pueden indagar temas en una sesión del comité, encuesta, correo, o tomar como base los temas de mayor seguimiento por parte de la Alta Dirección, tratados en Comité Directivo. Las solicitudes hechas por parte del representante legal deben calificarse con el más alto puntaje, a fin de incluirlas de manera prioritaria.



Puntajes	Nivel_Directivo
1	Menos de 2 seguimientos por alta dirección
2	Entre 2 y 3 seguimientos por alta dirección
3	Entre 4 y 5 seguimientos por alta dirección
4	Entre 6 y 7 seguimientos por alta dirección
5	Entre 8 ó mas seguimientos por alta dirección

Una vez aplicados los criterios anteriormente expuestos, se procede con la consolidación de calificaciones para llegar al nivel de criticidad final, para lo cual se propone la siguiente escala:

RANGO CALIFICACION	NIVEL DE CRITICIDAD	SEMÁFORO
$\geq 4 \leq 5$	EXTREMA	
$\geq 3 < 4$	ALTA	
$\geq 2 < 3$	MEDIA	
$\geq 1 < 2$	BAJA	

Escala de calificación: 1 – 5

4.2 Rotación del ciclo de auditoría.

Tomando como base el nivel de criticidad y el tamaño del universo de auditoría de la entidad, se debe establecer un ciclo de rotación de las auditorías, indicando la periodicidad con la que se van a auditar los aspectos evaluables, de acuerdo con el nivel alcanzado, y así determinar la cantidad de años o vigencias que se tardaría en evaluar el universo de auditoría en su totalidad. Para la definición del ciclo de rotación se propone el siguiente cuadro:

Ciclo de rotación		
Bajo	No auditar	< 1.5
Bajo (Priorizado)	Cada 4 años	$\geq 1.5 < 2$
Moderado	Cada 3 años	$\geq 2 < 3$
Alto	Cada 2 años	$\geq 3 < 4$
Extremo	Cada año	≥ 4



**Tejiendo
Universidad**

Autoevaluación Institucional 2018 - 2026

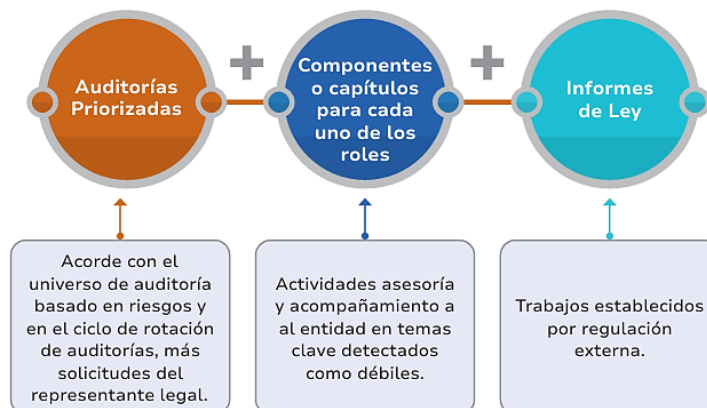
El consolidado del análisis de priorización de universo de auditoria basado en riesgos se presentará al Comité Institucional de Control Interno se presentará bajo un esquema como este:

 UNIVERSIDAD DE CALDAS		Priorización del Universo de Auditoría Basado en Riesgos																							
		CÓDIGO:										FECHA DE ELABORACIÓN:													
												6/02/2023 FECHA DE APROBACIÓN:													
		RIESGO INHERENTE		20%		10%		20%		20%		15%		15%		Ponderación		Nivel de criticidad		Ciclo de Rotación auditorías		Priorización de Auditorías Basadas en Riesgo año 1		Priorización de Auditorías Basadas en Riesgos año 2	
ASPECTOS EVALUABLES UNIDADES AJUSTABLES (Proceso/Proyecto/Procedimiento/Área funcional/Unidad de negocio/Sistema descentralizado/ Plan/ Programa/Sistema de Gestión o de control/ Aspectos de TIC/ Otras Temáticas)		Severo	Alto	Medio-alto	Medio-bajo	Bajo	Tempo transcurrido desde última auditoría	Tempo transcurrido desde última auditoría	Tempo de interés de la Alta Dirección	Cantidad de objetivos estratégicos asociados	Cantidad de objetivos estratégicos asociados	Riesgo de fallas de los recursos humanos	Riesgo de fallas de los recursos tecnológicos	Impacto en el presupuesto	Impacto en el presupuesto	Ponderación	Nivel de criticidad	Ciclo de Rotación auditorías	Priorización de Auditorías Basadas en Riesgo año 1	Priorización de Auditorías Basadas en Riesgos año 2	Priorización de Auditorías Basadas en Riesgos año 3				
DOCENCIA	6	6		3	Mediado	3	<= 1 año	1	Entre 6 o más seguimientos por alta dirección	3	3 objetivos estratégicos asociados	4	7 o más hallazgos abiertos	3	Catastrófico > 50%	3	4,0	Extremo	Cada año	DOCENCIA	DOCENCIA	DOCENCIA			
INVESTIGACIÓN	3	1	4		Mediado	3	<= 1 año	1	Entre 6 o más seguimientos por alta dirección	3	3 objetivos estratégicos asociados	4	1 a 6 hallazgos abiertos	2	Catastrófico > 50%	3	3,8	Alto	Cada 2 años	INVESTIGACIÓN					
PROYECCIÓN	4		4		Mediado	3	<= 1 año	1	Entre 6 o más seguimientos por alta dirección	3	4 o más objetivos estratégicos asociados	5	7 o más hallazgos abiertos	3	Mayor > 20 < 50%	4	4,1	Extremo	Cada año	PROYECCIÓN	PROYECCIÓN	PROYECCIÓN			
CONTROL Y SEGUIMIENTO	5		5		Mediado	3	1 año <= 2 años	2	Menos de 2 seguimientos por alta dirección	1	No tiene objetivo asociado	1	1 a 2 hallazgos abiertos	2	Insignificante < 1%	1	1,7	Bajo (Priorizado)	Cada 4 años						
MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	3		3		Mediado	3	> 4 años	3	Menos de 2 seguimientos por alta dirección	1	No tiene objetivo asociado	1	Sin hallazgos abiertos	1	Insignificante < 1%	1	1,8	Bajo (Priorizado)	Cada 4 años						
GESTIÓN FINANCIERA	2	6	8		Alto	4	<= 1 año	1	Entre 4 y 5 seguimientos por alta dirección	3	1 objetivo estratégico asociado	2	3 a 4 hallazgos abiertos	3	Insignificante < 1%	1	2,5	Mediado	Cada 3 años		GESTIÓN FINANCIERA				
RECURSOS FÍSICOS	2	4	6		Alto	4	<= 1 año	1	Entre 4 y 5 seguimientos por alta dirección	3	1 objetivo estratégico asociado	2	5 a 6 hallazgos abiertos	4	Catastrófico > 50%	3	3,3	Alto	Cada 2 años	RECURSOS FÍSICOS					
GESTIÓN DOCUMENTAL	3		3		Mediado	3	<= 1 año	1	Entre 3 y 3 seguimientos por alta dirección	1	3 objetivos asociados	1	3 hallazgos abiertos	3	Insignificante < 1%	1	2,0	Mediado	Cada 3 años		GESTIÓN DOCUMENTAL				
GESTIÓN JURÍDICA	3		3		Mediado	3	<= 1 año	1	Entre 2 y 3 seguimientos por alta dirección	1	No tiene objetivo asociado	1	1 hallazgos abiertos	3	Menor > 1% y < 5%	2	1,9	Bajo (Priorizado)	Cada 4 años						
CONTRATACIÓN	2		2		Alto	4	<= 1 año	1	Entre 6 y 7 seguimientos por alta dirección	4	No tiene objetivo asociado	1	2 o más hallazgos abiertos	3	Catastrófico > 50%	3	3,4	Alto	Cada 2 años	CONTRATACIÓN					
GESTIÓN HUMANA	2	1	3		Extremo	5	<= 1 año	1	Entre 6 y 7 seguimientos por alta dirección	4	No tiene objetivo asociado	1	3 a 4 hallazgos abiertos	3	Catastrófico > 50%	3	3,3	Alto	Cada 2 años		GESTIÓN HUMANA				
BIENESTAR	3		3		Mediado	3	2 años <= 3 años	3	Entre 4 y 5 seguimientos por alta dirección	4	No tiene objetivo asociado	1	Sin hallazgos abiertos	1	Catastrófico > 50%	3	2,8	Mediado	Cada 3 años		BIENESTAR				
CONTROL DISCIPLINARIO	1		1		Mediado	3	> 4 años	3	Menos de 2 seguimientos por alta dirección	1	No tiene objetivo asociado	1	Sin hallazgos abiertos	1	Insignificante < 1%	1	1,8	Bajo (Priorizado)	Cada 4 años						
DIRECCIONAMIENTO	3		3		Mediado	3	<= 1 año	1	Entre 2 y 3 seguimientos por alta dirección	2	1 objetivo estratégico asociado	2	hallazgos abiertos	2	Insignificante < 1%	1	2,0	Bajo (Priorizado)	Cada 4 años						
PLANIFICACIÓN	3	4	7		Alto	4	<= 1 año	1	Entre 6 y 7 seguimientos por alta dirección	2	3 objetivos estratégicos asociados	7	2 o más hallazgos abiertos	3	Catastrófico > 50%	3	3,6	Alto	Cada 2 años	PLANIFICACIÓN					
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	2		2		Mediado	3	<= 1 año	1	Entre 2 y 3 seguimientos por alta dirección	1	No tiene objetivo asociado	1	Sin hallazgos abiertos	1	Insignificante < 1%	1	1,4	Bajo	No auditar						

4.3 Formulación del Plan Anual de Auditorías basado en riesgo.

El Plan Anual de Auditorías es formulado por el equipo de trabajo de la Oficina de Control Interno, quien planifica y establece los trabajos a cumplir anualmente, para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos y control.

Dicho Plan Anual, se formula de acuerdo con la priorización del universo de auditoría basado en riesgos y, el ciclo de rotación de auditorías; además debe incluir las auditorías establecidas por regulación interna o externa, auditorías especiales solicitadas por el Rector y/o el comité de Institucional de Coordinación de Control Interno de Gestión y, otros temas y obligaciones que le competen a la Oficina de Control Interno como atención a entes de control, seguimiento a planes de mejoramiento, imprevistos, acompañamiento o asesoría. En resumen, el plan de auditorías contempla los siguientes elementos:



Fuente: Adaptado Dirección de Gestión y Desempeño Institucional, acorde con la guía de auditoría basada en riesgos para entidades públicas v4. 2020

La inclusión de estos temas en el Plan Anual de Auditoría le permitirá a la Oficina de Control Interno, establecer compromisos con los líderes de los procesos, para que la entrega de información se haga en los tiempos requeridos, con la calidad y pertinencia que exige un informe externo, que puede afectar la imagen y reputación de la entidad. Así mismo, facilita su labor a la hora de su rendición de cuentas.

Este plan debe ser presentado ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para aprobación. La planeación general puede extenderse al cuatrienio, donde se evidencia el universo de auditoría priorizado para cada año o podrá ser actualizado para cada vigencia. Ver formato SIG Plan Anual De Auditoria, Código: R-3082-I-CS-866 Versión: 1 del Instructivo para Planificar y Ejecutar Auditorias de Gestión y Obligatorias en la Universidad de Caldas Código: I-CS-866 Versión: 4.

Sistema Integrado de Gestión		UNIVERSIDAD DE CALDAS																	
		PLAN ANUAL DE AUDITORIA																	
		CODIGO: R-3082-I-CS-866	VERSIÓN: 1																
PLAN ANUAL DE AUDITORÍA VIGENCIA XXXX																			
Fecha:																			
Objetivo del Plan: Relacionar de manera ordenada las actividades de aseguramiento y consulta que realizará el equipo de control interno para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad; ayudando a cumplir sus objetivos mediante la aplicación de un enfoque sistemático y disciplinario para evaluar y buscar la mejora continua de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.																			
Alcance del Plan: Las actividades de elaboración de informes determinados por ley, capacitación, auditorías internas a los procesos, asistencia a comités de la entidad, atención a entes de control, seguimiento a planes de acción, auditorías especiales, situaciones imprevistas que afecten el tiempo del programa, entre otros.																			
Criterios: - Requisitos de los procedimiento o normas aplicables según corresponda																			
Recursos: - Humanos: Equipo de trabajo de la Oficina de Control interno - Financieros: Presupuesto asignado - Tecnológicos: Equipos de computo, sistemas de información, sistemas de redes y correo electrónico de la empresa.																			
TÍTULO DE LA AUDITORIA	PROCESOS				Equipo Auditor	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Responsable: Líder de proceso auditado	
	Enfático	Mixto	Apoyo	Evaluación y Control															
Auditorías a Procesos																			
Gestión Financiera																			
Gestión Contractual																			
Gestión Administrativa																			
Seguimiento a planes de mejoramiento por procesos																			
Auditorías Especiales																			
Auditoría Especial 1																			

Para el ejercicio de auditoría interna, los auditores tendrán en cuenta lo establecido en el Estatuto y Código de Ética de Auditoría, adoptados mediante Resolución de Rectoría No.01679 del 22 de diciembre 2022, por medio del cual, se adopta el Estatuto y Código de Ética de Auditoría Interna, que define el propósito de la autoridad y, la responsabilidad de la actividad de Auditoría Interna en la Universidad de Caldas.

Equipo auditor:

P: Profesional Oficina Control Interno

PE: Profesional Especializado Oficina Control Interno

A: Asesor Oficina Control Interno

AI: Auditor Interno Calidad (personal externo a la oficina, auditores de calidad-temporal)

Una vez aprobado el plan de auditoría por el Comité Interinstitucional de Control Interno de Gestión, debe ser socializado y publicado en la página web institucional.

5. Programa de trabajo.

Antes de desarrollar el programa de auditoría, los auditores internos deben establecer la forma más adecuada de identificar y analizar la información requerida para el proceso de auditoría. Así que, se deben identificar aspectos tales como, el tipo de pruebas requeridas, técnicas de muestreo, el tamaño de la muestra, el objetivo, alcance, y los riesgos del proceso de auditoría, y los recursos necesarios, entre otros factores de planeación.

Los aspectos anteriormente mencionados, son necesarios para evaluar los controles que contrarrestan las causas de los riesgos inherentes más críticos del área o proceso. Cada procedimiento que figure en el programa de trabajo debe ser diseñado para probar un control en concreto, que mitigue un riesgo o riesgos específicos. Así mismo, se debe considerar que el programa de trabajo sea realizado y documentado de manera que se asegure, que todos los miembros del equipo auditor comprendan lo que se planea hacer y, el grado de avance de las actividades.

Para la ejecución del proceso auditor, se debe referenciar el INSTRUCTIVO PARA PLANIFICAR Y EJECUTAR AUDITORIAS DE GESTIÓN Y OBLIGATORIAS EN LA UNIVERSIDAD DE CALDAS Código: I-CS-866 Versión 4; el cual, como parte de la planeación y notificación de cada auditoría, cuenta con el FORMATO PARA APERTURA DE AUDITORÍAS CÓDIGO: R-3309-I-CS-866 Versión 1. Donde, en uno de sus parámetros refiere la solicitud de información, de conformidad con lo establecido en los Decretos 648 de 2017 y el Decreto 403 del 2020-Función Pública; con calidad, consistencia e integridad.



El oficio de apertura será remitido al líder de proceso y/o jefe de área; siempre que sea posible o se requiera se realiza reunión de apertura de auditoría. Así mismo, se coordina con el personal del área a auditar el tiempo disponible para ello.

La decisión sobre cuáles procedimientos utilizar, dependerá del objetivo y alcance del trabajo a realizar. En el siguiente cuadro, se muestran algunos de los procedimientos de auditoría aplicables:

PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN
CONSULTA	- Se realizan preguntas al personal del proceso auditado o a terceros y obtener sus respuestas bien sean orales o escritas. - Los tipos de consulta más formales incluyen entrevistas, encuestas y cuestionarios.
OBSERVACIÓN	- Se observan a las personas, los procedimientos o los procesos. - Una limitación importante de la observación es que proporciona información en un momento determinado, por lo que el auditor no puede concluir que lo observado es representativo de lo que sucede de forma general.
INSPECCIÓN	- Se estudian documentos y registros, y en examinar físicamente los recursos tangibles. - Los auditores internos deben reconocer y considerar su nivel de competencia (en otras palabras, su capacidad para comprender lo que leen y lo que ven).
REVISIÓN DE COMPROBANTES	Se realiza específicamente para probar la validez de la información documentada o registrada.
RASTREO	Se realiza específicamente para probar la integridad de la información documentada o registrada.
PROCEDIMIENTOS ANALÍTICOS	Se utilizan para identificar anomalías en la información tales como fluctuaciones, diferencias o correlaciones inesperadas. Dichas anomalías pueden ser indicadoras de transacciones o eventos inusuales, de errores o de actividades fraudulentas que requieren una mayor atención o profundidad en el análisis.
CONFIRMACIÓN	Consiste en la obtención de verificación directa por escrito de la exactitud de la información proveniente de terceros independientes

Fuente: Fundación de Investigaciones Instituto de Auditores IIA Global. Auditoría Interna: servicios de aseguramiento y consultoría, p 9-18.

5.1 Solicitud de Información. Sobre la solicitud de información, las normas para el ejercicio profesional de auditoría establecen:

2310 – Identificación de la Información.

Los auditores internos deben identificar información suficiente, confiable, relevante y útil de manera tal que les permita alcanzar los objetivos del trabajo.

Interpretación:

La información suficiente está basada en hechos, es adecuada y convincente, de modo que una persona prudente e informada sacaría las mismas conclusiones que el auditor. La información confiable es la mejor información que se puede obtener mediante el uso de técnicas de trabajo apropiadas. La información relevante apoya las observaciones y recomendaciones del trabajo y es compatible con sus objetivos. La información útil ayuda a la organización a cumplir con sus metas. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p 58)

La actividad de auditoría interna emplea un enfoque sistemático y disciplinado, para evaluar y mejorar la eficacia de las políticas y directrices, emitidas por la línea estratégica en los procesos de gestión de riesgos y control. Este enfoque, requiere que los auditores internos identifiquen, analicen, evalúen y documenten la información en la que se apoyarán los resultados de la auditoría y sus conclusiones.

La fiabilidad de la información de auditoría depende del empleo de técnicas de auditoría apropiadas. Algunas, necesitan más tiempo o requieren más recursos que otras, pero puede que valga la pena emplearlas, si permiten un nivel más elevado de aseguramiento. En general, los procesos manuales de auditoría incluyen:

- *Inspeccionar la evidencia física, por ejemplo, la propiedad física del área revisada.
- *Examinar la documentación, tanto, del proceso evaluado como de fuentes externas.
- *Recopilar evidencia testimonial, a través de entrevistas, encuestas o evaluaciones de riesgos y controles.
- *Realizar una prueba de recorrido para observar un proceso en acción.
- *Examinar los datos que son continuamente monitoreados con la tecnología.

La suficiencia y fiabilidad de la información aumenta cuando está actualizada, comprobada y obtenida directamente por el auditor interno (por ejemplo, observando un proceso o revisando documentación) o suministrada por un externo independiente (por un tercero externo a la entidad). Así mismo, la información es más fiable cuando se recopila desde un sistema de información, aplicativo o software, donde los controles están funcionando de forma eficaz.

Por tanto, contar con información suficiente y confiable luego de ser recopilada y procesada, le permitirá al auditor referir resultados, veraces, claros y normalizados.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, es importante recordar que el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, Art 14 establece "(...) los informes de los funcionarios del control interno tendrán valor probatorio en los procesos



disciplinarios, administrativos, judiciales y fiscales cuando las autoridades pertinentes así lo soliciten”. Es necesario que los informes sean consignados en las tablas de retención documental (TRD) de la entidad, a fin de retener y conservar los registros y evidencias de los procesos auditores que se adelanten, por tratarse de información que soporta el mismo, además del informe final con destino a la administración.

5.2 Análisis y evaluación⁷. La Guía de auditoría interna basada en riesgos, para entidades públicas-V4, plantea:

La norma 2320 denominada Análisis y Evaluación requiere que los auditores internos analicen profundamente la información obtenida durante el proceso de auditoría antes de extraer las conclusiones.

El programa se vincula con los papeles de trabajo que documentan la información producida y las conclusiones resultantes. Entre los ejemplos de papeles de trabajo habituales están los siguientes: un memorando de planificación o una lista de comprobación, flujogramas o descripciones narrativas de los procesos clave, el mapa de riesgos a nivel de procesos y una matriz de riesgos y controles, documentos, archivos y registros de operación, el enfoque de las pruebas, los resúmenes de las entrevistas, los resultados, etc.

Ejecutar el trabajo de auditoría implica realizar las pruebas indicadas en el programa de trabajo para recopilar las evidencias sobre la eficacia operativa de los controles clave. Al basarse en la matriz de riesgos y controles y en el programa de trabajo, es común que los auditores internos cuenten con una lista de procedimientos y pruebas específicas para realizar.

Otros factores que son generalmente establecidos en el programa de trabajo incluyen objetivos de las pruebas, criterios, enfoque, procedimientos y la población, además de la metodología para obtener la muestra y el tamaño de esta. No obstante, es viable que sea necesario determinar algunos detalles en las etapas iniciales de la ejecución del trabajo.

Los enfoques de las pruebas a menudo incluyen una combinación de procedimientos manuales de auditoría interna y las TAAC (técnicas de auditoría asistidas por computador), estas últimas incluyen software general de auditoría y programas especializados en probar la lógica de procesamiento y los controles de otros software y sistemas.

Los auditores internos pueden realizar pruebas a una población completa o

⁷ Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas V4



utilizando una muestra representativa de información. Si eligen seleccionar una muestra, deben aplicar métodos que aseguren que la muestra seleccionada representa las características de los elementos que conforman toda la población. En este caso, el empleo de las TAAC puede permitir el análisis de una población completa de información, en lugar de analizar solo una muestra.

Otros procedimientos manuales de auditoría cuya realización puede llevar más tiempo, pero generalmente proporcionan un mayor nivel de aseguramiento, son los siguientes:

- Comprobaciones: los auditores internos realizan pruebas sobre la validez de la información documentada o registrada, haciendo un rastreo hacia registros anteriores.

- Seguimientos: los auditores internos realizan pruebas para verificar que la información documentada o registrada está completa.

- Repeticiones/recálculos: los auditores internos realizan pruebas sobre la exactitud de un control volviéndolo a efectuar, esto puede proporcionarles evidencia directa sobre la efectividad operativa del control.

- Confirmaciones independientes: los auditores internos solicitan y obtienen de terceros independientes confirmación por escrito de la exactitud de la información obtenida en el proceso auditor. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p 212).

- Procedimientos analíticos: empleados para comparar la información recolectada durante el proceso auditor, se basan en una fuente independiente (sin sesgos). Algunos ejemplos de procedimientos analíticos son los siguientes:

- *Análisis de indicadores, tendencias y análisis de regresión.
- *Pruebas de razonabilidad.
- *Comparaciones entre periodos.
- *Proyecciones.

Los auditores internos deben investigar más profundamente sobre cualquier desviación significativa que detecten, para determinar si la causa de la variación es razonable, por ejemplo, errores humanos en registros, cambios en las condiciones del proceso o procedimiento. Si se dan resultados inexplicables, puede indicar la necesidad de llevar a cabo un seguimiento adicional, y es necesario alertar sobre la presencia de un problema significativo que, debería ser comunicado a la Alta Dirección y al Comité Institucional de Coordinación de



Control interno.⁸

5.3 Desarrollo de observaciones. En concordancia con las auditorías de calidad, la formulación de puntos de mejora se relaciona con No Conformidades (NC) como incumplimiento a una norma interna, procesos documentados en el SIG o lineamiento externo y, Observaciones (OBS) como debilidad en un control, o potencial riesgo. La guía de auditoría interna expedida por el DAFP resume la generación de observaciones, no conformidades o hallazgos en el siguiente cuadro:

⁸ Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p.214.



¿En qué consiste?

También denominados "hallazgos", son el resultado de la comparación que se realiza entre un criterio establecido y la situación actual encontrada durante el examen a una actividad, procedimiento o proceso.



Análisis de datos

- Se examina y evalúa contra estándares establecidos (normas, procedimientos aprobados, instructivos de operación definidos en el proceso, entre otros)
- El alcance y la profundidad del análisis se encuentra definido en el plan de auditoría.
- Una adecuada evaluación e interpretación de los resultados debe permitir al auditor interno emitir una opinión sobre la efectividad de los controles en relación a la capacidad de mitigar el riesgo, así como el cumplimiento de las normas relacionadas y aplicables.

Redacción de hallazgos

- Condición: La evidencia basada en hechos que encontró el auditor interno (realidad).
- Criterios: Las normas, reglamentos o expectativas utilizadas al realizar la evaluación, (lo que debe ser).
- Causa: Las razones subyacentes de la brecha entre la condición esperada y la real, que generan condiciones adversas (qué originó la diferencia encontrada).
- Consecuencias o efectos: Los efectos adversos, reales o potenciales, de la brecha entre la condición existente y los criterios, (qué efectos puede ocasionar la diferencia encontrada).

¿Qué se requiere?

Reuniones preliminares o previas

- En esta etapa es posible contemplar, de acuerdo a la complejidad de los hallazgos, realizar durante el transcurso del trabajo de auditoría reuniones regulares con las personas clave del área auditada.
- El propósito principal será recabar información suficiente para determinar las observaciones que irán en el informe definitivo.

Reunión de cierre

Al término de la labor de auditoría y después de analizar los antecedentes y datos que respaldan los hallazgos, el equipo de profesionales de auditoría, debe reunirse con el responsable del proceso auditado. Se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- Presentar los resultados y observaciones del trabajo.
- Presentar hechos que constituyen fortalezas y oportunidades de mejora.
- Presentar hechos que constituyen exposiciones al riesgo relevantes
- Determinar plazos para el levantamiento de los planes de mejoramiento correspondientes.
- Formalizar la reunión mediante la elaboración de un acta.

Fuente: Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2018.

Fuente: Guía Auditoría interna basada en riesgos V4. pág.63

5.4 Informe de Auditoría. El informe de auditoría, ver formato SIG CÓDIGO: R-3339-I-CS-866- versión1; debe contener como mínimo los siguientes ítems:

-Objetivo: Debe coincidir con el objetivo de auditoria mencionado en el oficio de apertura de auditoría.

-Alcance: Debe coincidir con el objetivo de auditoria mencionado en el oficio de apertura de auditoría.

-Metodología: Descripción de los métodos y técnicas de solicitud, y procesamiento de la información. Debe coincidir con el objetivo de auditoria mencionado en el oficio de apertura de auditoría.

-Criterios establecidos: Defina el marco de políticas, normas, procedimientos o requisitos usados como referencia en la auditoría y contra los cuales el auditor compara la evidencia. Los criterios pueden incluir estándares, normas organizacionales específicas y requerimientos legislativos o regulados.

-Aspectos Generales: Establezca a manera de introducción los aspectos generales encontrados resaltando fortalezas y otros aspectos relevantes encontrados. Describa de manera detallada, todas las no conformidades u observaciones y de ser necesario relaciones los anexos de cada uno de ellos que evidencia los casos encontrados. Utilice imágenes, cuadros, tablas, pantallazos, fotos y demás elementos que considere indispensables para que la información sea clara y facilite su interpretación. Si es necesario clasifique en este punto los numerales adicionales como 5.1, 5.2, de acuerdo con la estructura de la información.

- Conclusiones: Enuncie la información más relevante que se pudo deducir a través del proceso de auditoría, defina los puntos principales enfatizando en el objetivo y alcance de la auditoria, los resultados y repercusión de manera concisa.

-Recomendaciones: Defina dentro del marco de la auditoria, las sugerencias o buenas prácticas que contribuirán al mejoramiento continuo, el cumplimiento de lineamientos, normas o procedimientos establecidas por la universidad o marco legal.

-Puntos de mejora: La formulación de puntos de mejora se relaciona con No Conformidades (NC) como incumplimiento a una norma interna, procesos documentados en el SIG o lineamiento externa y, las Observaciones (OBS) como la necesidad de fortalecer un control, o mejorar una práctica que potencialmente podría llevar a la materialización de un riesgo. La formulación de puntos de mejora se diligencia en el siguiente cuadro.



(NC: No conformidad OBS: Observación)

PUNTOS DE MEJORAMIENTO PARA EL CONTROL	NC	OBS
TOTAL		

De conformidad con el INSTRUCTIVO PARA PLANIFICAR Y EJECUTAR AUDITORIAS DE GESTIÓN Y OBLIGATORIAS EN LA UNIVERSIDAD DE CALDAS. Código: I-CS-866 Versión: 3, punto 8. "Se genera un informe preliminar que será objeto de revisión, por el auditado. "Se programa y realiza la reunión de cierre dejando concertados los hallazgos entre auditor y auditado. Sin embargo, esta actividad se puede realizar a través del envío del informe final teniendo en cuenta las observaciones o sugerencias recibidas a partir del informe preliminar". Tiempo: Máximo 10 días posteriores a la realización de la auditoria."

En consideración a lo anterior, se debe remitir el **INFORME PRELIMINAR** con una nota como la siguiente:

El anterior informe de auditoría es preliminar, por lo tanto, está sujeto a modificaciones o correcciones una vez sean sustentadas por escrito (correo electrónico institucional). Pasados 10 días de la entrega de este informe mediante correo electrónico; se tomará como informe final de auditoría, y se procederá a levantar plan de mejoramiento por el líder del proceso auditado.

Estaremos atentos a cualquier claridad que les pueda surgir al respecto.

Informe Final: El informe preliminar queda en firme cuando NO se presentan observaciones por parte del auditado, o se consolida como informe final con lo sustenta por el líder de proceso en la respuesta al informe preliminar. En caso, que surtan diferencias en el informe de auditoría final, y la respuesta del auditado; sin conciliar, entre las partes (auditado y auditor) estas serán resueltas de conformidad con lo dispuesto por el Acuerdo 56 de Consejo Superior del 2018, artículo 7, en el Comité Interinstitucional de Control Interno de Gestión.

El informe final debe contener las respuestas del auditado y auditor; y los puntos de mejora definitivos. De acuerdo con lo anterior, se recomienda que el informe final cuenta con la siguiente nota:

Cabe aclarar que conforme a lo establecido en el Acuerdo 56 del 2018,



**Tejiendo
Universidad**

Autoevaluación Institucional 2018 - 2026

por el cual se reglamenta el ejercicio de Control Interno en la Universidad de Caldas, se establecen en el artículo 7. Funciones del Comité de Interinstitucional de Coordinación de Control Interno, numeral 5. Servir de instancia para resolver las diferencias que surjan en desarrollo del ejercicio de auditoría interna; así las cosas, la no aceptación del presente informe tiene como instancia final dicho comité, esto con el fin de dar claridad al trámite pertinente de ser el caso.

Tanto el informe preliminar como el final deben ir debidamente firmados, por el auditor líder y auditor(es) que intervinieron en el proceso de auditoría.

5.5 Suscripción de plan de mejoramiento. De conformidad con el INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO. Código: I-CS-867 Versión: 2; numeral 4. Se Formula el plan de mejoramiento de acuerdo con los hallazgos resultantes del informe final de auditoría. Tiempo: 5 días hábiles posteriores a la recepción del informe. No obstante, dado el grado de dificultad se insta al grupo de auditoría a realizar acompañamiento para la formulación del plan de mejoramiento y verificar la posibilidad de conceder plazos adicionales si fuera preciso. El formato establecido para la formulación de planes de mejoramiento se encuentra publicado en el mencionado instructivo, en formato Excel.

[illegible]

Firma _____
Jefe Of Control Interno de Gestion

Firma
Responsable de la Oficina/Dependencia

5.6 Identificación de Causas. Son todos aquellos factores internos o externos que, de manera individual o combinados con otros factores, se identifican como

origen de un problema determinado (efecto). El objetivo de identificar las causas es buscar una solución definitiva y gestionar la causa raíz del hallazgo, a fin de desarrollar estrategias efectivas para superarlas; evitando que sean repetitivos y generen costos de mala calidad, o resultados no esperados.

Hay 3 tipos básicos de causas raíz, que pueden tener un impacto potencial en un problema:

-Causas físicas: Pueden surgir debido a problemas con cualquier componente físico de un sistema, como fallos de hardware y mal funcionamiento del equipo.

-Causas humanas: Se puede dar debido a un error humano, causado por la falta de habilidades y conocimientos para realizar una tarea.

-Causas organizativas: Cuando las organizaciones utilizan un sistema o proceso defectuoso o insuficiente; o en situaciones como dar instrucciones incompletas, tomar decisiones equivocadas y gestión inadecuada de personal, bienes o recursos.

Existen varias técnicas que se pueden aplicar para el análisis de la causa raíz, esto también, depende del tipo de información que se requiera examinar. A continuación, se describirán algunas de las técnicas más comunes:

***ANÁLISIS CAUSA RAÍZ EN CINCO PASOS.** Se puede realizar un análisis de causa raíz, con cinco simples pasos:

- 1 analizar el problema,
- 2 recoger datos,
- 3 determinar los posibles factores causales,
- 4 identificar la causa raíz,
- 5 Recomendar y aplicar soluciones.

*** TORMENTA DE IDEAS.** La tormenta de ideas es una herramienta utilizada para generar ideas o posibles alternativas, a partir de las cuales se construye una decisión de grupo. Busca potenciar la creatividad de un grupo de trabajo, así como facilitar el consenso en un entorno controlado, mediante la aplicación de una dinámica sistemática. Su aplicación va más allá de una "reunión dirigida", y puede plantearse para:

- ❖ Determinar las causas y posibles soluciones de los problemas.
- ❖ Planear las actividades de un proyecto.
- ❖ Toma de decisiones sobre problemas o sobre oportunidades de mejora.
- ❖ Cuando se requiera especial creatividad ante situaciones poco corrientes.
- ❖ Como paso previo en muchas de las Herramientas de mejora
- ❖ En la realización de un análisis Causa-Efecto.

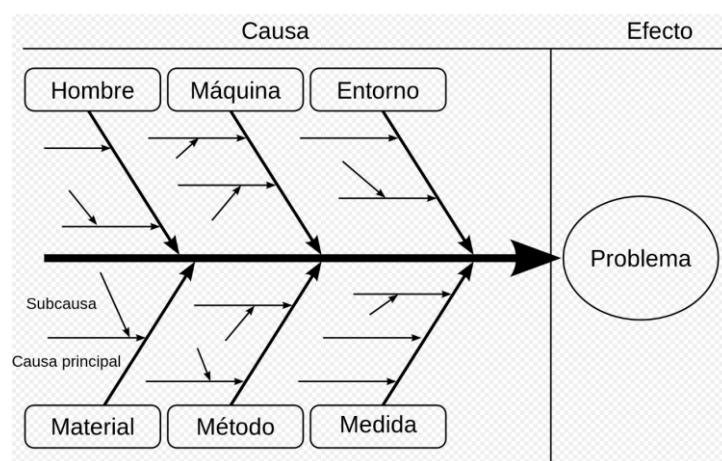


*CINCO PORQUÉS. Esta técnica consiste en iniciar el proceso una vez seleccionado el problema a analizar, formulando una primera pregunta en términos de ¿Por qué ha surgido el problema?

Tras la respuesta se volverá a preguntar ¿Por qué? repitiendo el proceso mientras se obtengan respuestas a las preguntas. Cada respuesta debe contrastarse con hechos o con datos. Tras repetir la pregunta cinco veces, o cuando ya no sea posible obtener una respuesta diferente, nos habremos acercado lo suficiente a la causa-raíz. En ese punto, la respuesta obtenida se habrá acercado lo suficiente a la causa real, para identificarla e implementar acciones para identificar su impacto.

*DIAGRAMA CAUSA – EFECTO. Es una representación de las causas o factores que se creen que son origen de un determinado problema (efecto). Su objetivo es identificar las posibles causas de un problema específico. También es conocido como Diagrama de Ishikawa o diagrama de espina de pescado. Situaciones en las que es útil:

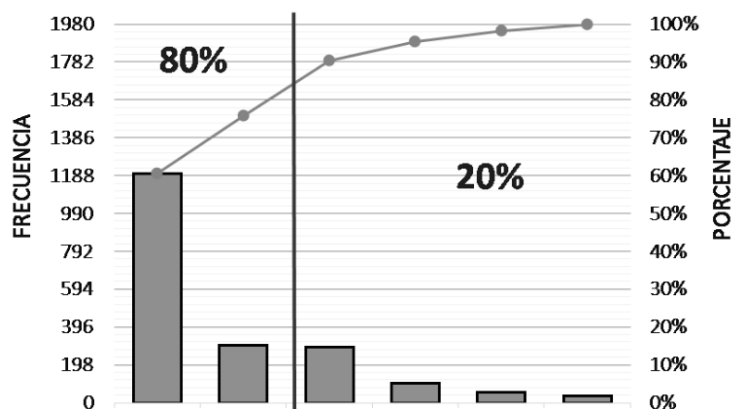
- ❖ Cuando sea necesario identificar las causas principales de un problema.
- ❖ Cuando debido al conocimiento del proceso o la situación, ya existan ideas y opiniones sobre las causas de un determinado problema. Mostrar de una forma clara el resultado de una tormenta de ideas.
- ❖ Para estructurar las causas dentro de unas categorías definidas de antemano.



*DIAGRAMA DE PARETO. Es un gráfico de barras que compara entre sí los factores que influyen en un efecto. Se basa en el principio de Pareto: “en todo conjunto de elementos o factores que contribuyen a un mismo efecto, unos pocos (80%) son los



responsables de la mayor parte de dicho efecto (20%)”.



6. Medición de la Eficacia de las Acciones de Mejora.

Mediante el INSTRUCTIVO PARA LA MEDICION DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES DE MEJORA, Código: I-CS-941 Versión: 1 publicado en el SIG, se establecieron los lineamientos para identificar la eficiencia de las acciones preventivas, correctivas o de mejora, adoptada por los líderes de proceso o jefes de área para subsanar las no conformidades u observaciones detectadas en la práctica de auditoría, a fin de evitar que estas no sean repetitivas, contribuir a la mejora continua e impacto positivo en la gestión.

Cada año en junio como mínimo se evalúa la efectividad de los planes de mejoramiento con cumplimiento del 100%, para lo cual se tienen en cuenta los siguientes criterios:

- Analizar las causas descritas en el formato, su coherencia y pertinencia, respecto a las no conformidades u observaciones y acciones formuladas.
- Verificar la implementación de acciones, asegurando la existencia de evidencia objetiva, documentación y soportes.
- Mediante muestra aleatoria, realizar pruebas para confirmar que la situación no se volvió a presentar.
- Determinar si la acción formulada e implementada eliminó las causas de la situación detectada; si la acción fue adecuada, se cierra la acción como “Eficaz”.

Los resultados de la evaluación de la eficacia serán informados a los responsables de la acción dentro del plan de mejora y al líder de proceso, se adicionó al formato de plan de mejoramiento actual las siguientes columnas:

MEDICION EFICACIA DE LAS ACCIONES DE MEJORA							
FECHA DE REVISION			OBSERVACIONES (SOPORTES- EVIDENCIAS)	¿La acción fue eficaz?		JUSTIFICACIÓN	AUDITOR QUE EVALUA
D	M	A		SI	NO		

En los casos donde el auditor de la Oficina de Control Interno de Gestión encuentre que la acción no es eficaz, el responsable del área, proceso o delegado deberá dentro de los 15 días hábiles siguientes, presentar un nuevo análisis de causas y acciones en el formato de plan de mejoramiento, para la implementación de acciones efectivas de mejora; y posterior verificación y seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión.

7. Evaluación de Auditores Internos.

La evaluación de auditores de la oficina de Control Interno de Gestión cuenta con dos enfoques, el primero realizado de manera independiente por la oficina de Planeación dentro de la generación de indicadores de calidad para cada uno de los procesos, a través de las encuestas de satisfacción. Y el segundo a través de la encuesta de Percepción realizada por la oficina de Control Interno de Gestión, el primer trimestre de cada año, en el cual se evalúa el proceso de auditoría del periodo inmediatamente anterior, en ella se miden aspectos relacionados con el ejercicio de la auditoría y los principios declarados en el código de ética del auditor, aprobado mediante Resolución no. 01679 del 2022. Esta encuesta es remitida mediante correo electrónico, al proceso auditado para su diligenciamiento.

Derivado de esta actividad, se revisan los resultados obtenidos en las encuestas y se toman decisiones o se definen acciones de mejora, de conformidad con las evaluaciones y comentarios realizados por cada uno de los auditados frente a desempeño del trabajo realizado por el auditor. El informe consolidado es presentado al Comité Institucional de Control Interno y Rectoría, para su conocimiento, a fin de que se establezcan si es necesario, acciones de mejora al proceso de auditoría.

Este informe, en concordancia con el Acuerdo 56 de 2018, de Consejo Superior, Por el cual se reglamenta el ejercicio del Control Interno en la Universidad de Caldas, artículo 13, se llevará a Consejo Superior dentro de los temas del informe trimestral de "Resultados consolidados sobre auditorías realizadas y desempeño del Sistema de Control Interno".



8. Marco de evaluación del Sistema de Control Interno.

-Evaluadores externos: Cada periodo según el plan de auditoría de la Contraloría General de la Nación, dentro del informe de auditoría de dicho ente de control se evalúa la efectividad de sistema de Control interno de la universidad. Igualmente, se gestionan otras evaluaciones independientes por entes reguladores o de control como el Ministerio de Educación, el Archivo General de la Nación, la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado (eKogui); Dirección Nacional de Derechos de Autor, Contaduría General de la Nación, Procuraduría General de la Nación; y los demás que sean requeridos.

-Informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno: De conformidad con las disposiciones contenidas en el Decreto Ley 2106 de 2019 "por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública" artículo 156 "Reportes del Responsable de Control Interno". El artículo 14 de la Ley 87 de 1993, modificado por los artículos 9° de la Ley 1474 de 2011 y 231 del Decreto 019 de 2012, quedará así: Artículo 14. "(...) El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública (...)".

Este informe se encuentra enmarcado en la séptima dimensión , Política de Control Interno del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, en concordancia con el Modelo Estándar de Control Interno – MECI, bajo la estructura de cinco(5) componentes: 1) Ambiente de Control, 2) Evaluación del Riesgo, 3) Actividades de Control, 4) Información y Comunicación y 5) Actividades de Monitoreo, el cual se desarrolla en detalle en el Manual Operativo MIPG

- Instrumento Autodiagnóstico para el aseguramiento de la calidad de la auditoria interna en el sector público. (MIPG-Dimensión Control Interno): Una vez al año el Asesor de Control Interno con el apoyo del equipo de trabajo diligencia el instrumento de autodiagnóstico para el aseguramiento de la calidad en auditoria interna, expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en su ultima versión, con el propósito de evaluar el grado de madurez de la auditoria interna y proponer acciones de mejora para el fortalecimiento y evolución de la auditoria interna. Del cual también se genera informe gerencial al Comité Interinstitucional de Control Interno, Consejo Superior y Rectoría.

-Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión - FURAG: es una herramienta en línea establecida por el Departamento Administrativo de la Función pública para el reporte de avances en la gestión y la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, como insumo para el monitoreo, evaluación y control



de los resultados Institucionales. El aplicativo FURAG se encuentra disponible para las entidades, de acuerdo con el cronograma establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública y la información que se reportará corresponderá al periodo inmediatamente anterior. Esta medición permite identificar información para fortalecer la gestión y desempeño de las entidades, establecer puntos de mejora y la formulación de ajustes a las políticas. De los resultados obtenidos se genera informe gerencial al Comité Interinstitucional de Control Interno, Consejo Superior y Rectoría. Igualmente, se coordina con Planeación la proyección de acciones implementación y mantenimiento del modelo.

BIBLIOGRAFIA

NORMAS INTERNACIONALES PARA EL EJERCIO PROFESIONAL DE LA AUDITORIA INTERNA. Capitulo V,
<https://www.theiia.org/globalassets/site/standards/ippf/public-comment-draft/iaa-global-internal-audit-standards-public-comment-draft-spanish.pdf>

GUÍA DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS PARA ENTIDADES PÚBLICAS- V4. Dirección de Gestión y Desempeño Institucional. Departamento Administrativo de la Función Pública. Bogotá, D.C. Julio de 2020.

GUÍA ROL DE LAS OFICINAS DE CONTROL INTERNO O QUIENES HACEN SUS VECES- V3. Dirección de Gestión y Desempeño Institucional. Función Pública. Noviembre 2022.

GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO Y DISEÑO DE CONTROLES DE ENTIDADES PÚBLICAS, DAFP. V6. noviembre de 2022.

UNIVERSIDAD DE CALDAS. Consejo Superior, ACUERDO No.56, 21 de noviembre de 2022. Reglamenta el ejercicio de Control Interno U Caldas.

UNIVERSIDAD DE CALDAS. Sistema Integrado de Gestión, INSTRUCTIVO PARA PLANIFICAR Y EJECUTAR AUDITORIAS DE GESTIÓN Y OBLIGATORIAS.

