



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**METODOLOGÍA PARA LA APLICACIÓN DE
HERRAMIENTAS DE AUDITORÍAS BASADAS EN
RIESGOS, EN LAS AUDITORÍAS DE CUMPLIMIENTO
REALIZADAS EN EL INSTITUTO SOCIAL DE VIVIENDA**

Paula Andrea Aristizábal Botero

María Paulina Berrío Villa

Nasly Julieth Ramírez González

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Económicas

Especialización en Auditoría y Control de Gestión

Medellín, Colombia



METODOLOGÍA PARA LA APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS DE
AUDITORÍAS BASADAS EN RIESGOS, EN LAS AUDITORÍAS DE
CUMPLIMIENTO REALIZADAS EN EL INSTITUTO SOCIAL DE VIVIENDA Y
HÁBITAT DE MEDELLÍN – ISVIMED

Paula Andrea Aristizábal Botero

María Paulina Berrío Villa

Nasly Julieth Ramírez González

Trabajo de grado presentado como requisito
para optar al título de:

Especialista en Auditoría y Control de Gestión

Asesor o Director:

Jorge Iván Hincapié Gómez, Contador Público

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Económicas
Medellín, Colombia

2020

CONTENIDO

RESUMEN.....	10
Metodología para la aplicación de herramientas de auditorías basadas en riesgos, en las auditorías de cumplimiento realizadas en el instituto social de vivienda y hábitat de Medellín – ISVIMED.	11
1. Primera etapa: Planeación de cada informe de ley basado en riesgos. 12	
1.1. Consideraciones sobre planificación	15
1.1.1. Objetivos estratégicos.....	15
1.1.2. Objetivos de desarrollo sostenible	18
1.1.3. Políticas Modelo Integrado de Planeación y Gestión	20
1.1.4. Riesgos inherentes informes de cumplimiento o de ley	23
1.1.5. Riesgos propios según cada uno de los informes de cumplimiento o de ley	24
1.2. Objetivo del informe de ley	30
1.3. Alcance del informe de ley.....	33
1.4. Criterios del informe de ley	37
1.5. Asignación de recursos para el trabajo.....	39
1.6. Programa de trabajo informe de ley.....	41
1.6.1. Instructivo diligenciamiento del Programa de trabajo informe de ley	46
2. Segunda etapa: Ejecución (desempeño) del informe de ley.	52
2.1. Comunicación de inicio del informe de ley.....	53

2.2. Solicitud de la información.....	58
2.3. Análisis y evaluación	69
2.4. Documentación de la información.....	74
2.5. Supervisión del informe de ley.....	78
2.6. Desarrollo de observaciones	82
3. Tercera etapa: Informe de ley (comunicación de resultados)	84
3.1. Aspectos a tener en cuenta para el informe de ley.....	85
3.2. Calidad del informe de ley	86
3.2.1. Instructivo diligenciamiento Informe ejecutivo de ley	91
3.2.2. Instructivo diligenciamiento Informe detallado de ley	94
3.3. Errores y omisiones (riesgo de auditoría)	98
3.4. Difusión del informe de ley	100
3.5. Opiniones globales	103
4. Cuarta etapa: Seguimiento del progreso.....	107
BIBLIOGRAFÍA	109

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Etapas para la realización de los informes de ley.....	12
Gráfico 2: Aspectos a desarrollar en la planeación del informe de ley.	14
Gráfico 3: Objetivos estratégicos ISVIMED.....	16
Gráfico 4: Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS.....	19
Gráfico 5: Dimensiones y políticas MIPG.....	21
Gráfico 6: Identificación de riesgos, causas y consecuencias informes de ley – riesgos de cumplimiento.....	24
Gráfico 7: Características de los criterios.....	38
Gráfico 8: Aspectos importantes a tener en cuenta sobre la etapa de planeación del informe de ley.....	42
Gráfico 9: Información derivada del proceso de planeación del informe de ley.....	52
Gráfico 10: Trabajo desarrollado en la etapa de planeación del informe de ley.....	53
Gráfico 11: Comunicación de inicio del informe de ley.....	54
Gráfico 12: Solicitud general de información.....	64
Gráfico 13: Determinación de la muestra de auditoría.	72
Gráfico 14: Ejemplos procedimientos manuales de auditoría.	73
Gráfico 15: Ejemplos procedimientos analíticos de auditoría.....	74
Gráfico 16: Tipos de papeles de trabajo.	75
Gráfico 17: Ejemplos papeles de trabajo.	76
Gráfico 18: Ítems a tener en cuenta en los papeles de trabajo.	77
Gráfico 19: Ítems a tener en cuenta para el desarrollo de observaciones. ...	83
Gráfico 20: Aspectos a tener en cuenta para el informe de ley.....	85

Gráfico 21: Objetivos del informe de ley.	86
Gráfico 22. Características de los informes de ley.	88
Gráfico 23: Preguntas a realizarse para determinar la materialidad del error u omisión.....	99
Gráfico 24: Aspectos que debe incluir una comunicación.....	104

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Relación informes de ley y objetivos estratégicos ISVIMED.	16
Tabla 2: Relación informes de ley y dimensiones – políticas MIPG.	22
Tabla 3: Relación informes de ley e identificación riesgos inherentes al objeto de seguimiento, causas, consecuencias y partes interesadas para sancionar/auditar/revisar/sancionar.....	25
Tabla 4: Relación informes de ley y objetivos particulares según temas a evaluar.	31
Tabla 5: Relación informes de ley y alcances específicos según temas a evaluar.	34
Tabla 6: Procedimientos de auditoría.....	43
Tabla 7: Marcas de auditoría.....	61
Tabla 8: Información a requerir según cada informe de ley.	65

ÍNDICE DE FORMATOS

Formato 1: Propuesta de programa de trabajo informe de ley.....	45
Formato 2: Propuesta de carta de representación.....	57
Formato 3: Propuesta informe ejecutivo de ley.....	89
Formato 4: Propuesta informe detallado de ley.....	90
Formato 5: Propuesta Plan de Mejoramiento.....	102
Formato 6: Propuesta Seguimiento al Plan de Mejoramiento.....	102
Formato 7: Propuesta comunicado de opiniones globales.....	106

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1: Ejemplo No. 1 de marcas de auditoría.	61
Imagen 2: Ejemplo No. 2 de marcas de auditoría.	61
Imagen 3: Ejemplo No. 3 de marcas de auditoría	62

RESUMEN

Este trabajo de grado pretende orientar al Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín – ISVIMED, en la metodología para realizar informes de cumplimiento o informes de ley bajo los estándares de auditoría basadas en riesgos; según lo dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, lo cual está ampliamente soportado en el Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna del Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL.

Por lo tanto, se realizó un entendimiento global de las necesidades de la Jefatura de Oficina de Control Interno para la ejecución de los informes de ley, para así desarrollar paso a paso cada una de las etapas para la realización de los respectivos informes, siempre entendiendo la naturaleza, necesidad y operatividad interna del Instituto.

Con el objetivo de agregar valor a la actividad de la auditoría interna del ISVIMED, por medio del presente trabajo, se proponen diferentes formatos para la ejecución del ciclo de auditoría de una manera más eficiente y efectiva para la toma de decisiones que apunten al mejoramiento continuo de la planeación, ejecución y seguimiento de los informes de ley.

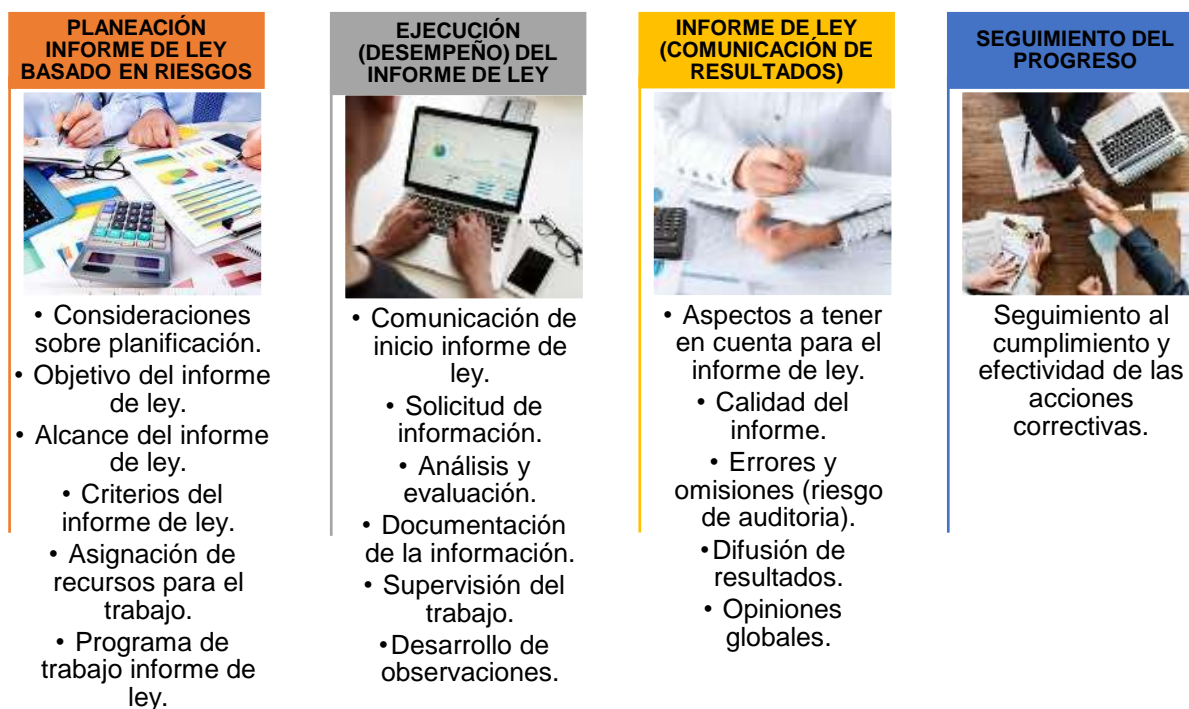
Palabras clave: Actividad de la auditoría interna, Agregar valor, Auditoría basada en riesgos, Ciclo, Consejo, Control, Cumplimiento, Equipo auditor, Etapas, Gobierno, Guía de auditoría, Independencia, Informe de ley, Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL, Jefe de Oficina de Control Interno, Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna, Mejora continua, Objetividad, Observación, Recomendación, Riesgos, Sistema de Control Interno, Trabajo.

Metodología para la aplicación de herramientas de auditorías basadas en riesgos, en las auditorías de cumplimiento realizadas en el instituto social de vivienda y hábitat de Medellín – ISVIMED.

La propuesta metodológica para ejecutar el proceso de auditoría interna para el desarrollo de los informes de ley basados en riesgos a cargo de la Jefatura de Oficina de Control Interno del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín - ISVIMED, se establece partiendo de los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP en la Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020.

Con respecto a dicha metodología del DAFP la cual consta de cinco (5) etapas, y al estudio y análisis realizado para determinar la procedencia, operatividad y aplicabilidad a los informes de ley del ISVIMED, se determinó que según nuestro alcance; para el presente proyecto se desarrollarán cuatro (4) etapas; lo anterior debido a que, la etapa No. 1 del DAFP la cual hace referencia a la *“Planeación general de auditoría basada en riesgos”*, no tiene aplicabilidad para el trabajo realizado, puesto que la naturaleza normatividad vigente aplicable a cada informe de ley de ISVIMED, establece que dichos informes deben ser identificados, priorizados y formulados en los respectivos planes anuales de auditorías de cada vigencia. Por lo tanto, se establecen las siguientes etapas para la realización de los informes de ley:

Gráfico 1: Etapas para la realización de los informes de ley.



Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Fuente imágenes: Google.

1. Primera etapa: Planeación de cada informe de ley basado en riesgos.

En esta etapa inicial se establecen los lineamientos técnicos necesarios para la planeación de cada uno de los informes de cumplimiento o informes de ley programados en el Plan anual de auditoría de control interno de la respectiva vigencia; y según la normatividad aplicable.

Frente a esta etapa, las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna establecen que:

2200 – Planificación del Trabajo.

Los auditores internos deben desarrollar y documentar un plan para cada trabajo que incluya los objetivos, el alcance, el tiempo y asignación de recursos. El plan debe considerar las estrategias y los objetivos de la organización y los riesgos

relevantes para el trabajo. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p. 189).

Por lo anterior, la planeación de cada informe de ley deberá basarse no sólo en la normatividad – como es lo usual – para este tipo de trabajos; sino también, en los objetivos estratégicos institucionales, los objetivos de desarrollo sostenible – ODS de la Organización de las Naciones Unidas – ONU, los riesgos que se desprenden de la naturaleza de los informes de cumplimiento y los riesgos relevantes y particulares para cada tema y objetivo de los informes de ley; lo anterior, con el fin de poder asegurar que las actividades desarrolladas en el marco de los informes de ley por la Jefatura de Oficina de Control Interno – JOCI, focalice los esfuerzos en los factores críticos de éxito de cada unidad auditable – informes de ley –.

Con esto se promueve la eficiencia en el manejo de los recursos de la JOCI, se minimiza la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados y se afianzan los roles Enfoque hacia la prevención, Evaluación de la gestión del riesgo, y Evaluación y seguimiento, de las Jefaturas de Oficina de Control Interno o de quien haga sus veces; según lo estipulado en la normatividad vigente aplicable a la materia.

A continuación, se presentan a manera ilustrativa los principales aspectos a desarrollar en la planeación de la auditoría, exponiendo los puntos clave de cada uno de dichos aspectos, las ideas o lineamientos a tener en cuenta; y seguidamente, en el desarrollo del trabajo se profundizará en cada uno de ellos:

Gráfico 2: Aspectos a desarrollar en la planeación del informe de ley.



Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Fuente imágenes: Google.

1.1. Consideraciones sobre planificación:

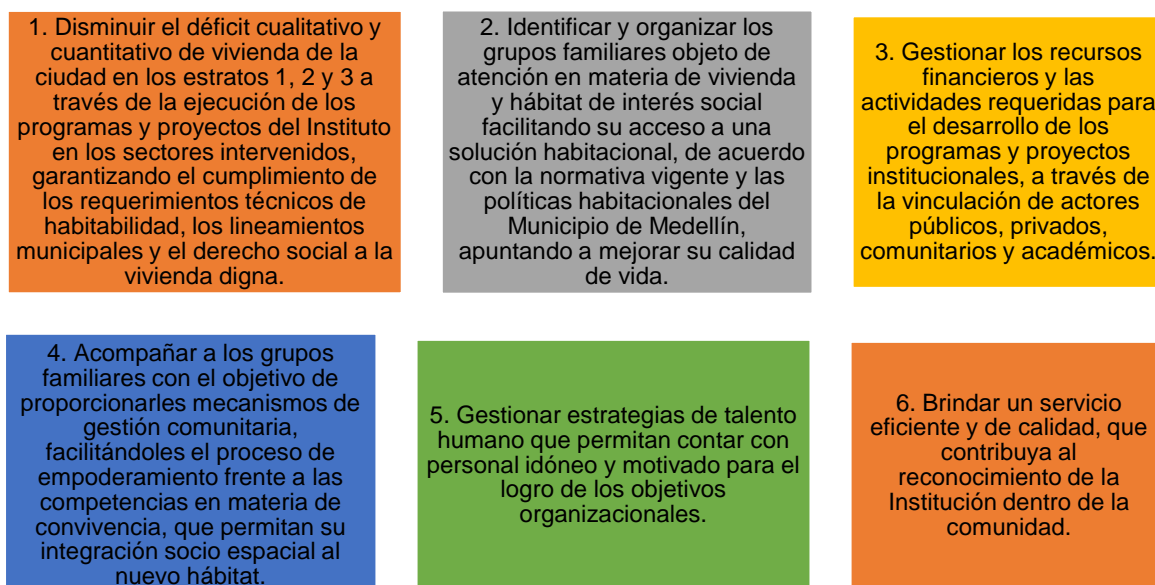
De acuerdo con las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna 2201 Consideraciones sobre planificación y con la Guía de implementación 2201 del MIPP, es importante que los auditores internos identifiquen, comprendan y documenten los objetivos estratégicos o institucionales a los que le apunta la unidad auditable, el objetivo, alcance, criterios del informe de ley; así mismo, se deben analizar los controles, el entorno de control, la estructura de gobierno del Instituto y el proceso de gestión de riesgos de la unidad auditable objeto del informe de ley, además, evaluar si los riesgos inherentes que afectan el objetivo del informe de ley son gestionados de forma que se mantengan a niveles aceptables a través de los procesos de gobierno del Instituto.

Por lo tanto, a continuación, se detallan los principales aspectos que deberán tenerse en cuenta en la planificación de cada uno de los informes de ley, según las características del ISVIMED y los lineamientos específicos de cada evaluación a realizar:

1.1.1. Objetivos estratégicos:

El Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín – ISVIMED está comprometido con la transparencia, sostenibilidad y corresponsabilidad en la gestión de los planes de vivienda de interés social en el Municipio de Medellín, soportado en procesos controlados, personal competente y la articulación con los diferentes actores que posibiliten la satisfacción en la atención al usuario y el mejoramiento de la calidad de vida de los grupos familiares sujeto de atención por parte del Instituto. Dado lo anterior, se cuenta con los siguientes seis (6) objetivos estratégicos:

Gráfico 3: Objetivos estratégicos ISVIMED.



Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Manual de Calidad Institucional – ISVIMED.

A continuación se relacionan los quince (15) informes de ley a cargo de la Jefatura de Oficina de Control Interno junto con los objetivos estratégicos a los cuales le apunta el seguimiento respectivo:

Tabla 1: Relación informes de ley y objetivos estratégicos ISVIMED.

No.	Informe de ley	Objetivos estratégicos
1	Informe del estado del Sistema de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir el déficit cualitativo y cuantitativo de vivienda de la ciudad en los estratos 1, 2 y 3 a través de la ejecución de los programas y proyectos del Instituto en los sectores intervenidos, garantizando el cumplimiento de los requerimientos técnicos de habitabilidad, los lineamientos municipales y el derecho social a la vivienda digna. Identificar y organizar los grupos familiares objeto de atención en materia de vivienda y hábitat de interés social facilitando su acceso a una solución habitacional, de acuerdo con la normativa vigente y las políticas habitacionales del Municipio de Medellín, apuntando a mejorar su calidad de vida. Gestionar los recursos financieros y las actividades requeridas para el desarrollo de los programas y proyectos institucionales, a través de la vinculación de actores públicos, privados, comunitarios y académicos. Acompañar a los grupos familiares con el objetivo de proporcionarles mecanismos de gestión comunitaria, facilitándoles el proceso de empoderamiento frente a las competencias en materia de convivencia, que permitan su integración socio espacial al nuevo hábitat. Gestionar estrategias de talento humano que permitan contar con personal idóneo y motivado para el logro de los objetivos organizacionales. Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.
2	Informe de austeridad y eficiencia del gasto público	<ul style="list-style-type: none"> Gestionar los recursos financieros y las actividades requeridas para el desarrollo de los programas y proyectos institucionales, a través de la vinculación de actores públicos, privados, comunitarios y académicos. Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.
3	Informe de Control Interno Contable	<ul style="list-style-type: none"> Gestionar los recursos financieros y las actividades requeridas para el desarrollo de los programas y proyectos institucionales, a través de la vinculación de actores públicos, privados, comunitarios y académicos. Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la

No.	Informe de ley	Objetivos estratégicos
		comunidad.
4	Informe de seguimiento a la entrega de la información en las diferentes categorías del Sistema CHIP	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar los recursos financieros y las actividades requeridas para el desarrollo de los programas y proyectos institucionales, a través de la vinculación de actores públicos, privados, comunitarios y académicos. • Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.
5	Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir el déficit cualitativo y cuantitativo de vivienda de la ciudad en los estratos 1, 2 y 3 a través de la ejecución de los programas y proyectos del Instituto en los sectores intervenidos, garantizando el cumplimiento de los requerimientos técnicos de habitabilidad, los lineamientos municipales y el derecho social a la vivienda digna. • Identificar y organizar los grupos familiares objeto de atención en materia de vivienda y hábitat de interés social facilitando su acceso a una solución habitacional, de acuerdo con la normativa vigente y las políticas habitacionales del Municipio de Medellín, apuntando a mejorar su calidad de vida. • Gestionar los recursos financieros y las actividades requeridas para el desarrollo de los programas y proyectos institucionales, a través de la vinculación de actores públicos, privados, comunitarios y académicos. • Acompañar a los grupos familiares con el objetivo de proporcionarles mecanismos de gestión comunitaria, facilitándoles el proceso de empoderamiento frente a las competencias en materia de convivencia, que permitan su integración socio espacial al nuevo hábitat. • Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.
6	Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento único de la Contraloría General de Medellín - CGM	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir el déficit cualitativo y cuantitativo de vivienda de la ciudad en los estratos 1, 2 y 3 a través de la ejecución de los programas y proyectos del Instituto en los sectores intervenidos, garantizando el cumplimiento de los requerimientos técnicos de habitabilidad, los lineamientos municipales y el derecho social a la vivienda digna. • Identificar y organizar los grupos familiares objeto de atención en materia de vivienda y hábitat de interés social facilitando su acceso a una solución habitacional, de acuerdo con la normativa vigente y las políticas habitacionales del Municipio de Medellín, apuntando a mejorar su calidad de vida. • Gestionar los recursos financieros y las actividades requeridas para el desarrollo de los programas y proyectos institucionales, a través de la vinculación de actores públicos, privados, comunitarios y académicos. • Acompañar a los grupos familiares con el objetivo de proporcionarles mecanismos de gestión comunitaria, facilitándoles el proceso de empoderamiento frente a las competencias en materia de convivencia, que permitan su integración socio espacial al nuevo hábitat. • Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.
7	Informe sobre las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, y Denuncias - PQRSD	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañar a los grupos familiares con el objetivo de proporcionarles mecanismos de gestión comunitaria, facilitándoles el proceso de empoderamiento frente a las competencias en materia de convivencia, que permitan su integración socio espacial al nuevo hábitat. • Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.
8	Informe de evaluación institucional a la gestión por dependencias	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir el déficit cualitativo y cuantitativo de vivienda de la ciudad en los estratos 1, 2 y 3 a través de la ejecución de los programas y proyectos del Instituto en los sectores intervenidos, garantizando el cumplimiento de los requerimientos técnicos de habitabilidad, los lineamientos municipales y el derecho social a la vivienda digna. • Identificar y organizar los grupos familiares objeto de atención en materia de vivienda y hábitat de interés social facilitando su acceso a una solución habitacional, de acuerdo con la normativa vigente y las políticas habitacionales del Municipio de Medellín, apuntando a mejorar su calidad de vida. • Gestionar los recursos financieros y las actividades requeridas para el desarrollo de los programas y proyectos institucionales, a través de la vinculación de actores públicos, privados, comunitarios y académicos. • Acompañar a los grupos familiares con el objetivo de proporcionarles mecanismos de gestión comunitaria, facilitándoles el proceso de empoderamiento frente a las competencias en materia de convivencia, que permitan su integración socio espacial al nuevo hábitat. • Gestionar estrategias de talento humano que permitan contar con personal idóneo y motivado para el logro de los objetivos organizacionales. • Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.
9	Informe de Derechos de Autor - Software	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar los recursos financieros y las actividades requeridas para el desarrollo de los programas y proyectos institucionales, a través de la vinculación de actores públicos, privados, comunitarios y académicos. • Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.

No.	Informe de ley	Objetivos estratégicos
10	Informe de seguimiento a la relación de acreencias a favor de entidad, pendientes de pago	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar los recursos financieros y las actividades requeridas para el desarrollo de los programas y proyectos institucionales, a través de la vinculación de actores públicos, privados, comunitarios y académicos. • Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.
11	Informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.
12	Informe de seguimiento a las funciones del Comité de Conciliaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.
13	Informe de seguimiento a la racionalización de trámites - SUIT	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.
14	Informe de seguimiento a la contratación estatal y a la publicación de los contratos en la plataforma gubernamental SECOP	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar los recursos financieros y las actividades requeridas para el desarrollo de los programas y proyectos institucionales, a través de la vinculación de actores públicos, privados, comunitarios y académicos. • Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.
15	Informe de verificación y seguimiento a la Ley de cuotas	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar estrategias de talento humano que permitan contar con personal idóneo y motivado para el logro de los objetivos organizacionales.

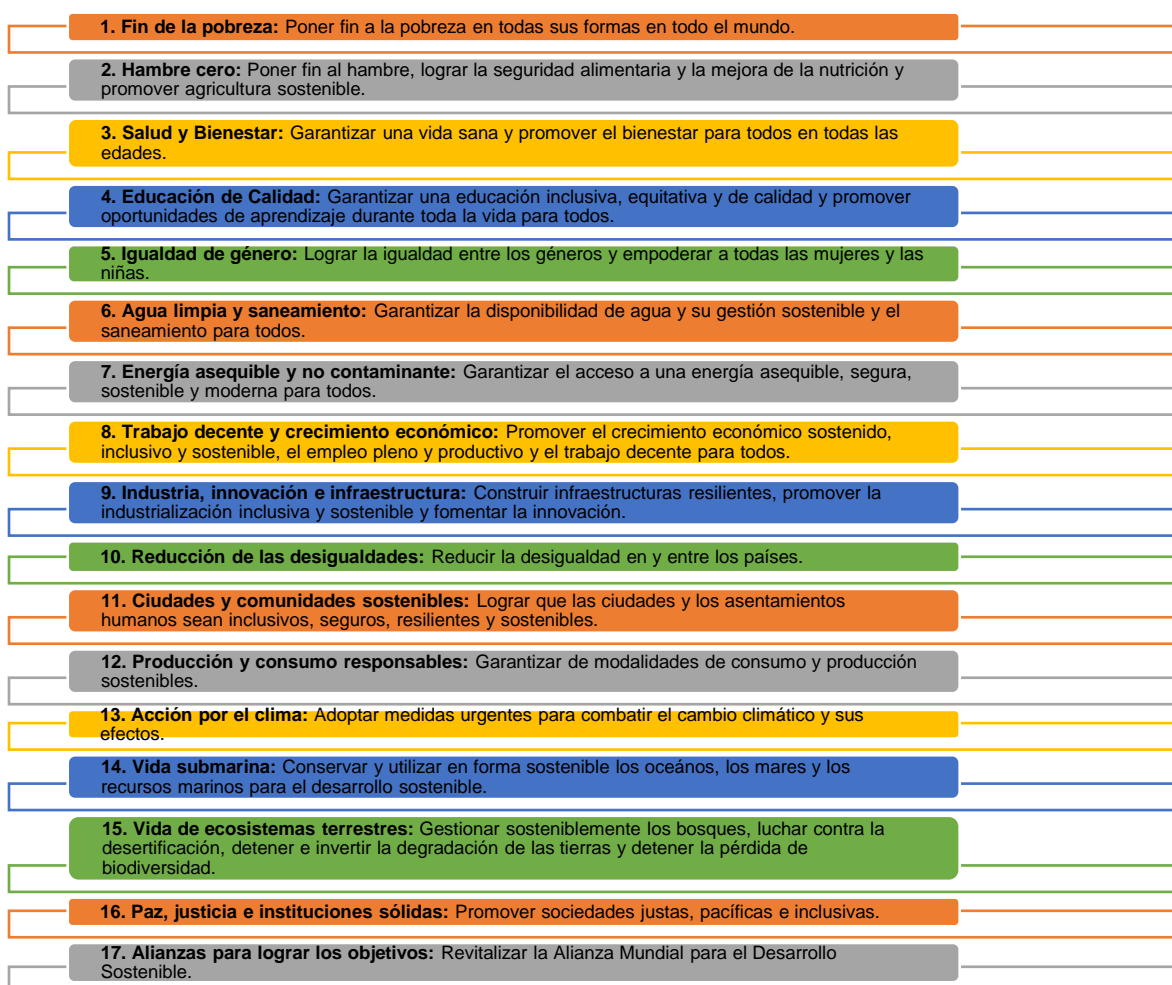
Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

1.1.2. Objetivos de desarrollo sostenible:

Uno de los fines del ISVIMED es satisfacer las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las posibilidades de las del futuro para atender sus propias necesidades. Por lo tanto, la sostenibilidad del trabajo realizado en pro de la comunicad, busca la armonía de las relaciones ambientales, económicas y sociales en cada una de sus acciones y la promoción en los actores relacionados. Al ser la vivienda una necesidad básica para satisfacer en la comunidad y ser el hábitat el concepto ejemplar del desarrollo sostenible, se debe pensar y actuar en el uso responsable del componente tecnológico, los recursos del medio ambiente, la organización social y la capacidad integral para absorber los efectos de la actividad humana.

Es por esta razón, que se plantean los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS, también conocidos como Objetivos Mundiales, los cuales se adoptaron por todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas en 2015 – Colombia hace parte desde el 5 de noviembre de 1945, año en el cual se suscribió y firmó la Carta Constitutiva de las Naciones Unidas – como un llamado universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad para 2030. Los diecisiete (17) ODS están integrados, ya que reconocen que las intervenciones en un área afectarán los resultados de otras y que el desarrollo debe equilibrar la sostenibilidad medio ambiental, económica y social.

Gráfico 4: Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS.



Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Página web Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD
<https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>.

En cuanto a la relación de los quince (15) informes de ley a cargo de la Jefatura de Oficina de Control Interno versus los ODS a los cuales le apunta el seguimiento respectivo, se concluye que para todos los informes de ley les aplica el **ODS No. 11 - Ciudades y comunidades sostenibles**; lo anterior basándonos en las explicaciones y justificaciones dadas para este objetivo por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD, en donde se establece que:

Más de la mitad de la población mundial vive hoy en zonas urbanas. En 2050, esa cifra habrá aumentado a 6.500 millones de personas, dos tercios de la humanidad. No es posible lograr un desarrollo sostenible sin transformar radicalmente la forma en que construimos y administramos los espacios urbanos.

El rápido crecimiento de las urbes en el mundo en desarrollo -como resultado de la creciente población y del incremento en la migración- ha provocado un incremento explosivo de las mega urbes, especialmente en el mundo desarrollado, y los barrios marginales se están convirtiendo en una característica más significativa de la vida urbana.

Mejorar la seguridad y la sostenibilidad de las ciudades implica garantizar el acceso a viviendas seguras y asequibles y el mejoramiento de los asentamientos marginales. También incluye realizar inversiones en transporte público, crear áreas públicas verdes y mejorar la planificación y gestión urbana de manera que sea participativa e inclusiva.

1.1.3. Políticas Modelo Integrado de Planeación y Gestión:

El Decreto 1083 de 2015, Decreto único del Sector Función Pública, modificado por el Decreto 1499 de 2017, establece el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual surge de la integración de los Sistemas de Desarrollo Administrativo

y de Gestión de la Calidad en un solo Sistema de Gestión, y de la articulación de este con el Sistema de Control Interno.

Es así, como podemos entender al MIPG como un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

Dado lo anterior, se presentan a continuación las dimensiones del MIPG con sus respectivas políticas; las cuales tienen concretamente diferentes objetivos y propósitos a cumplir:

Gráfico 5: Dimensiones y políticas MIPG.

Dimensión 1: Talento Humano

- Política de gestión estratégica del talento humano
- Política de integridad

Dimensión 2: Direccionamiento estratégico y planeación

- Política de planeación institucional
- Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público
- Política de integridad - Motor del MIPG

Dimensión 3: Gestión con valores para resultados

- Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
- Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público
- Política gobierno digital
- Política de seguridad digital
- Política de defensa jurídica
- Política de mejora normativa
- Política de servicio al ciudadano
- Política de racionalización de trámites
- Política de participación ciudadana en la gestión pública

Dimensión 4: Evaluación de resultados

- Política evaluación de resultados

Dimensión 5: Información y comunicación

- Política gestión documental (política de archivos y gestión documental)
- Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
- Política de gestión de la información estadística

Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación

- Política de gestión del conocimiento y la innovación

Dimensión 7: Control Interno

- Política de control interno

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 3, diciembre 2019.

Seguidamente se relacionan los quince (15) informes de ley a cargo de la Jefatura de Oficina de Control Interno junto con la dimensión y las políticas a las cuales se les apunta desarrollar con cada uno de los seguimientos:

Tabla 2: Relación informes de ley y dimensiones – políticas MIPG.

No.	Informe de ley	Dimensiones - Políticas
1	Informe del estado del Sistema de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> 1ª dimensión Talento Humano. Política de gestión estratégica del talento humano. Política de integridad. 2ª dimensión Direccionamiento estratégico y planeación. Política de planeación institucional. Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público. Política de integridad - Motor del MIPG 3ª dimensión Gestión con valores para resultados. Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos. Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público. Política gobierno digital. Política de seguridad digital. Política de defensa jurídica. Política de mejora normativa. Política de servicio al ciudadano. Política de racionalización de trámites. Política de participación ciudadana en la gestión pública. 4ª dimensión Evaluación de resultados. Política de evaluación de resultados. 5ª dimensión Información y comunicación. Política gestión documental (política de archivos y gestión documental). Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción. Política de gestión de la información estadística. 6ª dimensión Gestión del conocimiento y la innovación. Política de gestión del conocimiento y la innovación. 7ª dimensión Control Interno. Política de Control Interno.
2	Informe de austeridad y eficiencia del gasto público	<ul style="list-style-type: none"> 2ª dimensión Direccionamiento estratégico y planeación. Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público. 3ª dimensión Gestión con valores para resultados. Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público.
3	Informe de Control Interno Contable	<ul style="list-style-type: none"> 2ª dimensión Direccionamiento estratégico y planeación. Política de planeación institucional. Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público. 3ª dimensión Gestión con valores para el resultado. Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos. 4ª dimensión Evaluación de resultados. Política de evaluación de resultados 5ª dimensión Información y comunicación. Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción. Política de gestión de la información estadística.
4	Informe de seguimiento a la entrega de la información en las diferentes categorías del Sistema CHIP	<ul style="list-style-type: none"> 5ª dimensión Información y comunicación. Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.
5	Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento institucional	<ul style="list-style-type: none"> 4ª dimensión Evaluación de resultados. Política de evaluación de resultados. 7ª dimensión Control Interno. Política de Control Interno.
6	Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento único de la Contraloría General de Medellín - CGM	<ul style="list-style-type: none"> 4ª dimensión Evaluación de resultados. Política de evaluación de resultados. 7ª dimensión Control Interno. Política de Control Interno.
7	Informe sobre las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, y Denuncias - PQRSD	<ul style="list-style-type: none"> 3ª dimensión Gestión con valores para resultados. Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos. Política de defensa jurídica. Política de mejora normativa. Política de servicio al ciudadano. Política de racionalización de trámites. Política de participación ciudadana en la gestión pública. 5ª dimensión Información y comunicación. Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.
8	Informe de evaluación institucional a la gestión por dependencias	<ul style="list-style-type: none"> 1ª dimensión Talento Humano. Política de gestión estratégica del talento humano. Política de integridad. 2ª dimensión Direccionamiento estratégico y planeación. Política de planeación institucional. Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público. Política de integridad - Motor del MIPG

No.	Informe de ley	Dimensiones - Políticas
		<ul style="list-style-type: none"> 3ª dimensión Gestión con valores para resultados. Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos. Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público. Política gobierno digital. Política de seguridad digital. Política de defensa jurídica. Política de mejora normativa. Política de servicio al ciudadano. Política de racionalización de trámites. Política de participación ciudadana en la gestión pública. 4ª dimensión Evaluación de resultados. Política de evaluación de resultados. 5ª dimensión Información y comunicación. Política gestión documental (política de archivos y gestión documental). Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción. Política de gestión de la información estadística. 6ª dimensión Gestión del conocimiento y la innovación. Política de gestión del conocimiento y la innovación. 7ª dimensión Control Interno. Política de Control Interno.
9	Informe de Derechos de Autor - Software	<ul style="list-style-type: none"> 3ª dimensión Gestión con valores para resultados. Política de seguridad digital.
10	Informe de seguimiento a la relación de acreencias a favor de la entidad, pendientes de pago	<ul style="list-style-type: none"> 2ª dimensión Direccionamiento estratégico y planeación. Política de planeación institucional. 3ª dimensión Gestión con valores para resultados. Política de servicio al ciudadano.
11	Informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC	<ul style="list-style-type: none"> 1ª dimensión Talento Humano. Política de integridad. 2ª dimensión Direccionamiento estratégico y planeación. Política de planeación institucional. Política de integridad - Motor del MIPG. 3ª dimensión Gestión con valores para resultados. Política de servicio al ciudadano. Política de racionalización de trámites. Política de participación ciudadana en la gestión pública. 5ª dimensión Información y comunicación. Política gestión documental (política de archivos y gestión documental). Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.
12	Informe de seguimiento a las funciones del Comité de Conciliaciones	<ul style="list-style-type: none"> 3ª dimensión Gestión con valores para resultados. Política de defensa jurídica.
13	Informe de seguimiento a la racionalización de trámites - SUIT	<ul style="list-style-type: none"> 3ª dimensión Gestión con valores para resultados. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción. Política de racionalización de trámites. Política de participación ciudadana en la gestión pública. 5ª dimensión Información y comunicación. Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.
14	Informe de seguimiento a la contratación estatal y a la publicación de los contratos en la plataforma gubernamental SECOP	<ul style="list-style-type: none"> 2ª dimensión Direccionamiento estratégico y planeación. Política de Planeación institucional. 3ª dimensión Gestión con valores para el resultado. Política de Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público. 5ª dimensión Información y Comunicación. Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.
15	Informe de verificación y seguimiento a la Ley de cuotas	<ul style="list-style-type: none"> 1ª dimensión Talento Humano. Política de gestión estratégica del talento humano. Política de integridad. 2ª dimensión Direccionamiento estratégico y planeación. Política de planeación institucional.

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

1.1.4. Riesgos inherentes informes de cumplimiento o de ley:

Los informes de ley tienen las siguientes finalidades: a) cumplimiento de disposiciones constitucionales, legales y técnicas; b) formulación de recomendaciones referentes al grado de operatividad y eficacia del sistema de control interno/contribuir a su fortalecimiento; c) razonabilidad y exactitud de la

información presupuestal y financiera; d) eficacia, eficiencia, economía, calidad e impacto en el uso de los recursos públicos, con miras a su optimización; y f) grado de cumplimiento de los objetivos previstos y metas programadas. Por lo tanto, se desprenden tres (3) riesgos inherentes; se enuncian a continuación, en conjunto con sus causas y probables consecuencias o efectos:

Gráfico 6: Identificación de riesgos, causas y consecuencias informes de ley – riesgos de cumplimiento.

RIESGOS:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. No presentación del informe de ley a las partes interesadas. 2. Presentación extemporánea del informe de ley a las partes interesadas. 3. Presentación errónea del informe de ley a las partes interesadas. 	
CAUSAS:	CONSECUENCIAS:
<ul style="list-style-type: none"> * Inexistencia o desconocimiento de una metodología que establezca los informes que deben presentarse con los términos o plazos respectivos. * Olvido o falta de seguimiento por parte del equipo auditor a los lineamientos que define la rendición y presentación de informes. <ul style="list-style-type: none"> * Negligencia por parte del equipo auditor. * Falta de capacidad operativa para la realización de los informes a cargo de la Jefatura de Oficina de Control Interno. * Desconocimiento de normas existentes o de las actualizaciones normativas para la elaboración de los informes de ley. 	<ul style="list-style-type: none"> * Hallazgos por parte de los entes de control. * Averiguaciones e investigaciones para el ordenador del gasto (Director), y los servidores públicos responsables según competencia; de tipo disciplinario, fiscal y/o penal; según los resultados de los informes realizados (Si se presentan incumplimientos normativos). * Averiguaciones disciplinarias y posteriormente posibles sanciones disciplinarias para el Jefe de la Oficina de Control Interno (en caso de no realizar informe, no presentarlo en los términos normativos, o presentarlo extemporáneamente - Roles y responsabilidades, por acción u omisión). * Pérdida de imagen institucional.

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

1.1.5. Riesgos propios según cada uno de los informes de cumplimiento o de ley:

Según la naturaleza del ISVIMED, la Jefatura de Oficina de Control Interno debe realizar, ejecutar y comunicar un total de quince (15) informes de cumplimiento o de ley en la respectiva vigencia. A continuación, se detallan con sus riesgos particulares, sus posibles causas, probables consecuencias y las partes interesadas que podrían investigar, auditar, revisar, o sancionar:

Tabla 3: Relación informes de ley e identificación riesgos inherentes al objeto de seguimiento, causas, consecuencias y partes interesadas para sancionar/auditar/revisar/sancionar.

No	Nombre del informe	Riesgos	Causas	Consecuencias - Efectos	Parte interesada que podría investigar/auditar/revisar/o en su defecto sancionar
1	Informe del estado del Sistema de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> * Que el Instituto no avance en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. * Que no se dé cumplimiento a los lineamientos establecidos de cada una de las políticas que integran el Modelo Integrado de Planeación y Gestión. 	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de planeación y gestión de las actividades a ejecutar según lo estipulado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión. * Falta de articulación interna para el desarrollo de las actividades propias de cada una de las políticas aplicables del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. 	<ul style="list-style-type: none"> * Hallazgos por parte de los entes de control. * Averiguaciones e investigaciones para el ordenador del gasto (Director), y los servidores públicos responsables según compete; de tipo disciplinario, fiscal y/o penal; según los resultados de los informes realizados (Si se presentan incumplimientos normativos). * Averiguaciones disciplinarias y posteriormente posibles sanciones disciplinarias para el Jefe de la Oficina de Control Interno (en caso de no realizar informe, no presentarlo en los términos normativos, o presentarlo extemporáneamente) <ul style="list-style-type: none"> - Roles y responsabilidades, por acción u omisión) * Pérdida de imagen institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> * Contraloría (en temas fiscales). * Procuraduría (en temas disciplinarios) * Personería (en temas disciplinarios) * Fiscalía (en temas de corrupción) * Control Interno disciplinario ISVIMED (en temas disciplinarios internos) <ul style="list-style-type: none"> * Departamento Administrativo de la Función Pública * Presidencia de la República * Ministerio de Hacienda * Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones <ul style="list-style-type: none"> * Departamento Nacional de Planeación * Departamento Administrativo Nacional de Estadística <ul style="list-style-type: none"> * Contaduría General de la Nación * Colombia Compra Eficiente * Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado * Archivo General de la Nación, sus entidades territoriales, a través de sus respectivos Consejos de Archivos
2	Informe de austeridad y eficiencia del gasto público.	<ul style="list-style-type: none"> * Deficiencias en la ejecución de los gastos de funcionamiento. * Falencias en la administración de la caja menor institucional. * Que no se realice una adecuada planeación de los gastos de funcionamiento de la vigencia. * Falencias en los seguimientos presupuestales a la ejecución de gastos * Que no se realice monitoreo a las medidas de austeridad del gasto establecidas internamente. 	<ul style="list-style-type: none"> * Desconocimiento de las limitaciones para efectuar gastos. * Falta de planeación presupuestal para la determinación de los rubros y gastos de la respectiva vigencia. * Personal insuficiente o sin las capacidades o conocimientos requeridos. * Ausencia de actualización de las políticas y lineamientos de austeridad y eficiencia del gasto público de acuerdo a los cambios del contexto tanto interno como externo. 	<ul style="list-style-type: none"> * Hallazgos por parte de los entes de control. * Averiguaciones e investigaciones para el ordenador del gasto (Director), y los servidores públicos responsables según compete; de tipo disciplinario, fiscal y/o penal; según los resultados de los informes realizados (Si se presentan incumplimientos normativos). * Averiguaciones disciplinarias y posteriormente posibles sanciones disciplinarias para el Jefe de la Oficina de Control Interno (en caso de no realizar informe, no presentarlo en los términos normativos, o presentarlo extemporáneamente) <ul style="list-style-type: none"> - Roles y responsabilidades, por acción u omisión) * Pérdida de imagen institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> * Contraloría (en temas fiscales). * Procuraduría (en temas disciplinarios) * Personería (en temas disciplinarios) * Fiscalía (en temas de corrupción) * Control Interno disciplinario ISVIMED (en temas disciplinarios internos)
3	Informe de Control Interno Contable.	<ul style="list-style-type: none"> * Ausencia o desactualización del manual de políticas contables y de operación. * Error en la identificación de los hechos económicos. * Indebida clasificación de los hechos económicos. * Error en la medición inicial y posterior de los hechos económicos. * Inadecuado registro del hecho económico. * Errores en la presentación de los estados financieros. 	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de actualización permanente en la normatividad aplicable. * Ausencia de personal asignado al proceso. * Ausencia de actualización de las políticas contables de acuerdo a los cambios del contexto tanto interno como externo. * Inadecuada aplicación del Régimen de Contabilidad Pública. * Catálogo general de contabilidad pública desactualizado. * Inadecuada aplicación de los manuales de políticas contables internos. * Selección incorrecta del criterio de medición inicial aplicable al hecho económico. * Interpretación incorrecta de la norma aplicable 	<ul style="list-style-type: none"> * Hallazgos por parte de los entes de control. * Averiguaciones e investigaciones para el ordenador del gasto (Director), y los servidores públicos responsables según compete; de tipo disciplinario, fiscal y/o penal; según los resultados de los informes realizados (Si se presentan incumplimientos normativos). * Averiguaciones disciplinarias y posteriormente posibles sanciones disciplinarias para el Jefe de la Oficina de Control Interno (en caso de no realizar informe, no presentarlo en los términos normativos, o presentarlo extemporáneamente) <ul style="list-style-type: none"> - Roles y responsabilidades, por acción u omisión) * Pérdida de imagen institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> * Contraloría (en temas fiscales). * Procuraduría (en temas disciplinarios) * Personería (en temas disciplinarios) * Fiscalía (en temas de corrupción) * Control Interno disciplinario ISVIMED (en temas disciplinarios internos) <ul style="list-style-type: none"> * Contaduría General de la Nación * Contraloría General de Medellín

No	Nombre del informe	Riesgos	Causas	Consecuencias - Efectos	Parte interesada que podría investigar/auditar/revisar/o en su defecto sancionar
			<ul style="list-style-type: none"> a la medición del hecho económico. * Errores en los cálculos realizados en el momento de la medición * Descripción inadecuada del hecho económico en el documento fuente. * Registro económico en una cuenta contable o código diferente al que corresponde. 		
4	Informe de seguimiento a la entrega de la información en las diferentes categorías del Sistema CHIP.	<ul style="list-style-type: none"> * Inoportunidad en la rendición de la información contable, presupuestal y financiera en el Sistema CHIP. * Inexactitud en las cifras presentadas información contable, presupuestal y financiera en el Sistema CHIP. 	<ul style="list-style-type: none"> * Concentración de funciones por falta de personal. * Ausencia de software y hardware que genera retrasos en la consolidación de información. (No se cuenta con aplicativo integrado para el manejo de la información.) * Inoportunidad en el envío de información por parte de los procesos del Instituto al área financiera (re-procesos internos). 	<ul style="list-style-type: none"> * Hallazgos por parte de los entes de control. * Averiguaciones e investigaciones para el ordenador del gasto (Director), y los servidores públicos responsables según compete; de tipo disciplinario, fiscal y/o penal; según los resultados de los informes realizados (Si se presentan incumplimientos normativos). * Averiguaciones disciplinarias y posteriormente posibles sanciones disciplinarias para el Jefe de la Oficina de Control Interno (en caso de no realizar informe, no presentarlo en los términos normativos, o presentarlo extemporáneamente - Roles y responsabilidades, por acción u omisión) * Pérdida de imagen institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> * Contraloría (en temas fiscales). * Procuraduría (en temas disciplinarios) * Personería (en temas disciplinarios) * Fiscalía (en temas de corrupción) * Control Interno disciplinario ISVIMED (en temas disciplinarios internos) * Contaduría General de la Nación
5	Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento institucional.	<ul style="list-style-type: none"> * Ausencia de seguimiento por parte de los responsables a las acciones propuestas en los planes de mejoramiento. * Acciones sin ejecución o avances significativos. * Falta de evidencia o soportes para las acciones ejecutadas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Desconocimiento u omisión de las funciones de los enlaces de los planes de mejoramiento, para efectuar los seguimientos periódicos a los mismos. * Acciones definidas que no le apuntan a eliminar la causa raíz que dio origen a la observación o hallazgo. * Falta de monitoreo por parte de los responsables a la recolección de evidencia suficiente. 	<ul style="list-style-type: none"> * Hallazgos por parte de los entes de control. * Averiguaciones e investigaciones para el ordenador del gasto (Director), y los servidores públicos responsables según compete; de tipo disciplinario, fiscal y/o penal; según los resultados de los informes realizados (Si se presentan incumplimientos normativos). * Averiguaciones disciplinarias y posteriormente posibles sanciones disciplinarias para el Jefe de la Oficina de Control Interno (en caso de no realizar informe, no presentarlo en los términos normativos, o presentarlo extemporáneamente - Roles y responsabilidades, por acción u omisión) * Pérdida de imagen institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> * Contraloría (en temas fiscales). * Procuraduría (en temas disciplinarios) * Personería (en temas disciplinarios) * Fiscalía (en temas de corrupción) * Control Interno disciplinario ISVIMED (en temas disciplinarios internos)
6	Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento único de la Contraloría General de Medellín - CGM.	<p style="text-align: center;">ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Ausencia de seguimiento por parte de los responsables a las acciones propuestas en los planes de mejoramiento. * Acciones sin ejecución o avances significativos. * Falta de evidencia o soportes para las acciones ejecutadas. 	<p style="text-align: center;">ESPECÍFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Desconocimiento u omisión de las funciones de los enlaces de los planes de mejoramiento, para efectuar los seguimientos periódicos a los mismos. * Acciones definidas que no le apuntan a eliminar la causa raíz que dio origen a la observación o hallazgo. * Falta de monitoreo por parte de los responsables a la recolección de evidencia suficiente. 	<ul style="list-style-type: none"> * Hallazgos por parte de los entes de control. * Averiguaciones e investigaciones para el ordenador del gasto (Director), y los servidores públicos responsables según compete; de tipo disciplinario, fiscal y/o penal; según los resultados de los informes realizados (Si se presentan incumplimientos normativos). * Averiguaciones disciplinarias y posteriormente posibles sanciones disciplinarias para el Jefe de la Oficina de Control Interno (en caso de no realizar informe, no presentarlo en los términos normativos, o presentarlo extemporáneamente - Roles y responsabilidades, por acción u omisión) * Pérdida de imagen institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> * Contraloría (en temas fiscales). * Procuraduría (en temas disciplinarios) * Personería (en temas disciplinarios) * Fiscalía (en temas de corrupción) * Control Interno disciplinario ISVIMED (en temas disciplinarios internos) * Contraloría General de Medellín
7	Informe sobre las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, y Denuncias -	<ul style="list-style-type: none"> * Respuesta inoportuna a las peticiones interpuestas por las partes interesadas. * Falencias en las respuestas dadas a los peticionarios. * Extravió de un derecho de petición. 	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de control por parte de las subdirecciones y jefaturas a los tiempos internos para gestionar las respuestas. * Desconocimiento de las variables mínimas requeridas para dar una correcta respuesta (clara, concisa, coherente, de fondo). 	<ul style="list-style-type: none"> * Hallazgos por parte de los entes de control. * Averiguaciones e investigaciones para el ordenador del gasto (Director), y los servidores públicos responsables según compete; de tipo disciplinario, fiscal y/o penal; según los resultados de los informes realizados (Si se presentan incumplimientos normativos). 	<ul style="list-style-type: none"> * Contraloría (en temas fiscales). * Procuraduría (en temas disciplinarios) * Personería (en temas disciplinarios) * Fiscalía (en temas de corrupción) * Control Interno disciplinario ISVIMED (en temas disciplinarios internos)

No	Nombre del informe	Riesgos	Causas	Consecuencias - Efectos	Parte interesada que podría investigar/auditar/revisar/o en su defecto sancionar
	PQRSD.		<ul style="list-style-type: none"> * Sobrecarga laboral de los responsables de proyectar las respuestas. * Falencias en la clasificación y/o asignación de los derechos de petición, lo cual genera re-procesos internos y pérdida de días oportunos para la respuesta. * Deficiencias en el proceso de radicación, archivo y cargue al sistema de las peticiones. 	<ul style="list-style-type: none"> * Averiguaciones disciplinarias y posteriormente posibles sanciones disciplinarias para el Jefe de la Oficina de Control Interno (en caso de no realizar informe, no presentarlo en los términos normativos, o presentarlo extemporáneamente <ul style="list-style-type: none"> - Roles y responsabilidades, por acción u omisión) * Pérdida de imagen institucional. 	
8	Informe de evaluación institucional a la gestión por dependencias.	<ul style="list-style-type: none"> * Desarticulación de la gestión estratégica. * Insuficiencia de información para la toma de decisiones. * Inadecuada planeación para la ejecución de la política del sistema habitacional. * Deficiencia en el relacionamiento con actores del sistema habitacional. * Errores en la pre-factibilidad de los proyectos. 	<p style="text-align: center;">ESPECÍFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Desconocimiento de las directrices para la priorización de acciones por fuera de la planeación establecida. * No se planifica la transición de cambios normativos. * No se cuenta con planes de entrenamiento en el cargo. * Desconocimiento de los procesos internos. * Fallas en la Planeación interna organizacional. <ul style="list-style-type: none"> * Fallas en la Planeación interna por subdirección o jefatura. * Inexistencia o falencias en los sistemas de información, que permitan el análisis de datos y el flujo de información. * Información tardía /inoportuna suministrada por las Subdirecciones. * Llevar a cabo ejercicios de planeación sin análisis del diagnóstico institucional, del sector (fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas, características de la población a priorizar, características del territorio) y por fuera del Plan Estratégico Habitacional. * Desarticulación de los procesos misionales de la planeación, el presupuesto, las políticas del talento humano (perfiles inadecuados), TIC. <ul style="list-style-type: none"> * Desconocimiento normativo aplicable a la gestión, administración, prefactibilidad, gerencia y ejecución de los proyectos. 	<ul style="list-style-type: none"> * Hallazgos por parte de los entes de control. * Averiguaciones e investigaciones para el ordenador del gasto (Director), y los servidores públicos responsables según compete; de tipo disciplinario, fiscal y/o penal; según los resultados de los informes realizados (Si se presentan incumplimientos normativos). * Averiguaciones disciplinarias y posteriormente posibles sanciones disciplinarias para el Jefe de la Oficina de Control Interno (en caso de no realizar informe, no presentarlo en los términos normativos, o presentarlo extemporáneamente <ul style="list-style-type: none"> - Roles y responsabilidades, por acción u omisión) * Pérdida de imagen institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> * Contraloría (en temas fiscales). * Procuraduría (en temas disciplinarios) * Personería (en temas disciplinarios) * Fiscalía (en temas de corrupción) * Control Interno disciplinario ISVIMED (en temas disciplinarios internos)
9	Informe de Derechos de Autor - Software.	<ul style="list-style-type: none"> * Falta o vencimiento de licencias. * Daño en recursos tecnológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de identificación de las necesidades de licenciamiento. * Falta de control a las vigencias de las licencias. * Uso indebido de los software por parte de los funcionarios y contratistas del Instituto. <ul style="list-style-type: none"> * Fallas eléctrica (UPS) - Corto circuito. * Condiciones naturales (incendio) 	<ul style="list-style-type: none"> * Hallazgos por parte de los entes de control. * Averiguaciones e investigaciones para el ordenador del gasto (Director), y los servidores públicos responsables según compete; de tipo disciplinario, fiscal y/o penal; según los resultados de los informes realizados (Si se presentan incumplimientos normativos). * Averiguaciones disciplinarias y posteriormente posibles sanciones disciplinarias para el Jefe de la Oficina de Control Interno (en caso de no realizar informe, no presentarlo en los términos normativos, o presentarlo extemporáneamente <ul style="list-style-type: none"> - Roles y responsabilidades, por acción u omisión) * Pérdida de imagen institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> * Contraloría (en temas fiscales). * Procuraduría (en temas disciplinarios) * Personería (en temas disciplinarios) * Fiscalía (en temas de corrupción) * Control Interno disciplinario ISVIMED (en temas disciplinarios internos) * Dirección Nacional de Derechos de Autor

No	Nombre del informe	Riesgos	Causas	Consecuencias - Efectos	Parte interesada que podría investigar/auditar/revisar/o en su defecto sancionar
10	Informe de seguimiento a la relación de acreencias a favor de la entidad, pendientes de pago.	<ul style="list-style-type: none"> * Irrecuperabilidad de la cartera hipotecaria. * Alto rodamiento de las obligaciones, a una categoría de mayor riesgo. * Pérdida de contacto con el deudor. 	<ul style="list-style-type: none"> * No oportuno desarrollo de las acciones de seguimiento y control al cobro de la cartera, en cada una de las etapas de vencimiento de las obligaciones. * Bases de datos desactualizadas de los deudores. * No realización de las conciliaciones bancarias o falta información para la identificación de los recaudos. 	<ul style="list-style-type: none"> * Hallazgos por parte de los entes de control. * Averiguaciones e investigaciones para el ordenador del gasto (Director), y los servidores públicos responsables según compete; de tipo disciplinario, fiscal y/o penal; según los resultados de los informes realizados (Si se presentan incumplimientos normativos). * Averiguaciones disciplinarias y posteriormente posibles sanciones disciplinarias para el Jefe de la Oficina de Control Interno (en caso de no realizar informe, no presentarlo en los términos normativos, o presentarlo extemporáneamente - Roles y responsabilidades, por acción u omisión) * Pérdida de imagen institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> * Contraloría (en temas fiscales). * Procuraduría (en temas disciplinarios) * Personería (en temas disciplinarios) * Fiscalía (en temas de corrupción) * Control Interno disciplinario ISVIMED (en temas disciplinarios internos)
11	Informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC.	<ul style="list-style-type: none"> * Acciones sin ejecución o retrasadas según las fechas establecidas en el PAAC. * Realización del PAAC sin el cumplimiento mínimo de los lineamientos establecidos en la normatividad vigente. * No publicación del PAAC en la página web institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> * Deficiencias en el seguimiento a los compromisos y sus fechas de ejecución, definidas en el PAAC. * Desconocimiento de la normatividad vigente aplicable al PAAC. * Olvido o negligencia por parte del responsable del cargo de la información en la página web. * Desarticulación interna de los diferentes procesos para la realización del PAAC. 	<ul style="list-style-type: none"> * Hallazgos por parte de los entes de control. * Averiguaciones e investigaciones para el ordenador del gasto (Director), y los servidores públicos responsables según compete; de tipo disciplinario, fiscal y/o penal; según los resultados de los informes realizados (Si se presentan incumplimientos normativos). * Averiguaciones disciplinarias y posteriormente posibles sanciones disciplinarias para el Jefe de la Oficina de Control Interno (en caso de no realizar informe, no presentarlo en los términos normativos, o presentarlo extemporáneamente - Roles y responsabilidades, por acción u omisión) * Pérdida de imagen institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> * Contraloría (en temas fiscales). * Procuraduría (en temas disciplinarios) * Personería (en temas disciplinarios) * Fiscalía (en temas de corrupción) * Control Interno disciplinario ISVIMED (en temas disciplinarios internos) * Departamento Administrativo de Presidencia de la República a través de la Secretaría de Transparencia * Departamento Administrativo de la Función Pública a través de la Dirección de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano * Departamento Nacional de Planeación, a través del Programa Nacional de Servicio al Ciudadano
12	Informe de seguimiento a las funciones del Comité de Conciliaciones.	<ul style="list-style-type: none"> * Indevida asesoría jurídica en materia de defensa judicial. * Prescripción de la acción disciplinaria. 	<ul style="list-style-type: none"> * Errores en la orientación brindada por el contratista (tercero) que presta los servicios de defensa judicial. * Desconocimiento de la normatividad en materia de defensa judicial aplicable al Instituto. * Se conoce la conducta disciplinable de forma tardía. * Negligencia del funcionario responsable para iniciar con las actuaciones del proceso. * Tráfico de influencias de servidor público y de particulares con intereses en el proceso disciplinario. 	<ul style="list-style-type: none"> * Hallazgos por parte de los entes de control. * Averiguaciones e investigaciones para el ordenador del gasto (Director), y los servidores públicos responsables según compete; de tipo disciplinario, fiscal y/o penal; según los resultados de los informes realizados (Si se presentan incumplimientos normativos). * Averiguaciones disciplinarias y posteriormente posibles sanciones disciplinarias para el Jefe de la Oficina de Control Interno (en caso de no realizar informe, no presentarlo en los términos normativos, o presentarlo extemporáneamente - Roles y responsabilidades, por acción u omisión) * Pérdida de imagen institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> * Contraloría (en temas fiscales). * Procuraduría (en temas disciplinarios) * Personería (en temas disciplinarios) * Fiscalía (en temas de corrupción) * Control Interno disciplinario ISVIMED (en temas disciplinarios internos) * Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado
13	Informe de seguimiento a la racionalización de trámites - SUIT.	<ul style="list-style-type: none"> * No realizar las respectivas actualizaciones y modificaciones surtidas a los trámites administrativos inscritos en el sistema único de información de trámites - SUIT. * No publicación en la página web institucional de los trámites ofrecidos por el Instituto. * No cumplimiento de la racionalización de trámites y transparencia operativa para las partes interesadas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Desconocimiento de los lineamientos impartidos por el DAFP, frente a la racionalización de trámites. * Olvido o negligencia por parte de los responsables de las actualizaciones y modificaciones de los trámites administrativos en el sistema único de información de trámites - SUIT. * Olvido o negligencia por parte de los responsables para la actualización de los trámites en la página web institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> * Hallazgos por parte de los entes de control. * Averiguaciones e investigaciones para el ordenador del gasto (Director), y los servidores públicos responsables según compete; de tipo disciplinario, fiscal y/o penal; según los resultados de los informes realizados (Si se presentan incumplimientos normativos). * Averiguaciones disciplinarias y posteriormente posibles sanciones disciplinarias para el Jefe de la Oficina de Control Interno (en caso de no realizar informe, no presentarlo en los términos normativos, o presentarlo extemporáneamente - Roles y responsabilidades, por acción u omisión) * Pérdida de imagen institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> * Contraloría (en temas fiscales). * Procuraduría (en temas disciplinarios) * Personería (en temas disciplinarios) * Fiscalía (en temas de corrupción) * Control Interno disciplinario ISVIMED (en temas disciplinarios internos)

No	Nombre del informe	Riesgos	Causas	Consecuencias - Efectos	Parte interesada que podría investigar/auditar/revisar/o en su defecto sancionar
14	Informe de seguimiento a la contratación estatal y a la publicación de los contratos en la plataforma gubernamental SECOP.	<ul style="list-style-type: none"> * Falencias en las diferentes etapas contractuales (planeación, pre-contractual, contractual y post-contractual). * Indebida supervisión de convenios y contratos. * No liquidación de contratos y convenios dentro de los términos establecidos por ley. * Deficiencias en la rendición, rendición tardía o indebida de los contratos y convenios en la plataforma gubernamental SECOP. * Indebida adjudicación de contratos. 	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de realización de mesas estructuradoras y Comités de Contratación, para realizar seguimiento a las diferentes etapas contractuales. * Desconocimiento o negligencia por parte de los supervisores e interventores frente a sus funciones y responsabilidades. * Falta de competencia por parte del personal encargado de realizar los procesos contractuales al interior del Instituto. * No seguimiento de la ejecución de las obligaciones contractuales. * No se cuenta con capacidad operativa que verifique al 100% los documentos requeridos en las diferentes modalidades de contratación. * Falsedad en documentación. * Tráfico de influencias de servidor público y de particulares con intereses en la adjudicación del contrato. 	<ul style="list-style-type: none"> * Hallazgos por parte de los entes de control. * Averiguaciones e investigaciones para el ordenador del gasto (Director), y los servidores públicos responsables según compete; de tipo disciplinario, fiscal y/o penal; según los resultados de los informes realizados (Si se presentan incumplimientos normativos). * Averiguaciones disciplinarias y posteriormente posibles sanciones disciplinarias para el Jefe de la Oficina de Control Interno (en caso de no realizar informe, no presentarlo en los términos normativos, o presentarlo extemporáneamente - Roles y responsabilidades, por acción u omisión) * Pérdida de imagen institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> * Contraloría (en temas fiscales). * Procuraduría (en temas disciplinarios) * Personería (en temas disciplinarios) * Fiscalía (en temas de corrupción) * Control Interno disciplinario ISVIMED (en temas disciplinarios internos) * Colombia Compra Eficiente * Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado
15	Informe de verificación y seguimiento a la Ley de cuotas.	<ul style="list-style-type: none"> * Baja participación de la mujer en los cargos de máximo nivel decisorio del Instituto. * Contratación de personal sin la idoneidad y competencias necesarias para el desarrollo del empleo. 	<ul style="list-style-type: none"> * Desconocimiento de la normatividad aplicable en referencia a la Ley de cuotas. * Decisiones administrativas y estratégicas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Hallazgos por parte de los entes de control. * Averiguaciones e investigaciones para el ordenador del gasto (Director), y los servidores públicos responsables según compete; de tipo disciplinario, fiscal y/o penal; según los resultados de los informes realizados (Si se presentan incumplimientos normativos). * Averiguaciones disciplinarias y posteriormente posibles sanciones disciplinarias para el Jefe de la Oficina de Control Interno (en caso de no realizar informe, no presentarlo en los términos normativos, o presentarlo extemporáneamente - Roles y responsabilidades, por acción u omisión) * Pérdida de imagen institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> * Contraloría (en temas fiscales). * Procuraduría (en temas disciplinarios) * Personería (en temas disciplinarios) * Fiscalía (en temas de corrupción) * Control Interno disciplinario ISVIMED (en temas disciplinarios internos)

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

1.2. Objetivo del informe de ley:

Los objetivos de los informes de ley son los propósitos establecidos; es decir, los fines o metas que se propone y se busca alcanzar con la realización de las verificaciones, comprobaciones, y pruebas ejecutadas durante el ciclo de auditoría; dado lo anterior, es imprescindible que los objetivos de los informes de ley estén alineados con los requisitos, lineamientos y directrices emanadas de la normatividad vigente aplicable a cada informe en particular; ya que debido a la connotación de informes de cumplimiento o informes de ley, el fin principal será verificar el cumplimiento normativo.

No obstante, adicional a dichos objetivos de cumplimiento o normativos; será vital para un resultado más integral y holístico, tener en cuenta en el desarrollo del informe, la validación del cumplimiento y ejecución en el logro de las diferentes categorías de objetivos tratados en el presente trabajo en los numerales 1.1.1. *Objetivos estratégicos*; 1.1.2. *Objetivos de Desarrollo Sostenible*; y 1.1.3. *Objetivos políticas Modelo Integrado de Planeación y Gestión*.

El conjunto de todos estos objetivos, serán de interés primordial para la auditoría, y en última instancia, el éxito del proceso auditor dependerá de la claridad con que se establezcan los objetivos y más allá de su establecimiento, del entendimiento, conocimiento y empoderamiento de los auditores de los objetivos específicos de cada informe de ley; ya que su óptima alineación se verá reflejada en los resultados finales de la auditoría, y el aporte a la mejora continua del Sistema de Control Interno institucional.

Para el caso particular de los informes de ley, operan principalmente los objetivos generales, pero en caso de requerirse también podrán definirse objetivos

específicos, según las necesidades de la auditoría. A continuación se presenta una pequeña definición de estas dos categorías de objetivos:

- **Objetivo general:** Aquel que se centra en el aspecto global del informe de ley, lo que busca verificar explícitamente de la normatividad aplicable. En este sentido, es el propósito fundamental del informe de ley, y donde se expone el resultado final que se pretende alcanzar con el resultado de auditoría. Los resultados del informe de ley, deberán estar acorde al objetivo general planteado.
- **Objetivo específico:** Aquel que se plantea en función de aspectos más concretos o precisos de la auditoría; dichos objetivos se desprenden del objetivo general. Los resultados del informe de ley, deberán estar acorde a los objetivos específicos estipulados.

Dado lo anterior, es importante para el equipo auditor que se establezcan objetivos que tengan un propósito claro, congruentes con la normatividad aplicable, que sean concisos y que estén vinculados a la evaluación de riesgos.

Se presenta a continuación los objetivos definidos y diseñados para cada uno de los informes de ley del Instituto:

Tabla 4: Relación informes de ley y objetivos particulares según temas a evaluar.

No.	Informe de ley	Objetivo del informe
1	Informe del estado del Sistema de Control Interno.	Evaluar el estado del Sistema de Control Interno, analizando el cumplimiento de las directrices establecidas en la normatividad vigente aplicable a la materia; así como en las directrices internas estipuladas; frente a los avances de las acciones identificadas en el desarrollo de la implementación de la metodología del MIPG y de los diferentes planes institucionales derivados de ésta y adoptados por el ISVIMED.
2	Informe de austeridad y eficiencia del gasto público.	Verificar el grado de cumplimiento de las normas de austeridad, eficiencia, control y racionalización del gasto público con respecto al agregado de gastos de funcionamiento, en concordancia con los lineamientos internos establecidos y de la normatividad vigente aplicable.

No.	Informe de ley	Objetivo del informe
3	Informe de Control Interno Contable.	Establecer el grado de implementación y efectividad de los controles asociados a las actividades de identificación, clasificación, registro y ajuste que conforman la etapa de reconocimiento, así como las actividades de elaboración de estados contables y demás informes, análisis e interpretación de la información de la etapa de revelación, además de otros elementos de control del Instituto; para determinar el cumplimiento de las condiciones y cualidades del proceso contable, principios, normas generales, técnicas, instructivos, procedimientos y difusión de estados contables e informes complementarios, conforme lo establecen los lineamientos internos y las normas legales vigentes, especialmente las emitidas por la Contaduría General de la Nación – C.G.N.
4	Informe de seguimiento a la entrega de la información en las diferentes categorías del Sistema CHIP.	Verificar el cumplimiento de la rendición y reporte de la información en las diferentes categorías del Sistema CHIP y que la misma se haya realizado según los términos y lineamientos establecidos en la normatividad vigente aplicable, así como en las directrices internas.
5	Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento institucional.	Realizar seguimiento con el fin de determinar el grado de cumplimiento de las acciones formuladas e implementadas para cada uno de las observaciones y/o recomendaciones derivadas de las auditorías realizadas por la Jefatura de Oficina de Control Interno – JOCI.
6	Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento único de la Contraloría General de Medellín - CGM.	Realizar seguimiento con el fin de determinar el grado de cumplimiento de las acciones formuladas e implementadas para cada uno de los hallazgos originados en los informes de las auditorías practicadas por la Contraloría General de Medellín – CGM.
7	Informe sobre las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, y Denuncias - PQRSD.	Verificar la oportunidad, eficiencia, eficacia y efectividad en el cumplimiento de las actividades desarrolladas en el proceso de la administración, gestión y respuesta de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias – PQRSD interpuestas por las partes interesadas; según la normatividad vigente aplicable y los lineamientos internos.
8	Informe de evaluación institucional a la gestión por dependencias.	Evaluar la gestión de las dependencias del ISVIMED a partir de la evaluación cuantitativa y cualitativa del grado de ejecución de los compromisos establecidos en la planeación institucional durante la respectiva vigencia, verificando el cumplimiento de los objetivos, metas y resultados alcanzados; atendiendo los lineamientos impartidos en la normatividad vigente y en los lineamientos internos; con el fin de establecer futuros lineamientos y correctivos necesarios para el cumplimiento de la misión institucional.
9	Informe de Derechos de Autor - Software.	Verificar el grado de cumplimiento en cuanto al reporte y rendición de la información del software interno en la página gubernamental nacional de Derechos de Autor; así como la validación del uso legal de dicho software; evaluando la protección de derechos de autor en la adquisición y empleo de programas de computadores al interior del ISVIMED.
10	Informe de seguimiento a la relación de acreencias a favor de la entidad, pendientes de pago.	Verificar el grado de cumplimiento de las disposiciones, directrices, procedimientos y exigencias legales tanto internas como externas en cuanto al saneamiento y manejo dado a los deudores morosos y a las acreencias a favor del Instituto.
11	Informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC.	Realizar el seguimiento a la implementación de las diferentes actividades programadas en el Plan anticorrupción y de atención al ciudadano - PAAC de la respectiva vigencia, en concordancia con los lineamientos internos definidos y con la normatividad vigente aplicable.
12	Informe de seguimiento a las funciones del Comité de Conciliaciones.	Verificar el grado de cumplimiento de las funciones, roles, actividades y gestiones realizadas por parte del Comité de Conciliación, de conformidad con las obligaciones contenidas en la

No.	Informe de ley	Objetivo del informe
		normatividad vigente aplicable, así como en las directrices internas; en aras de prevenir el daño antijurídico y la defensa de los intereses del Instituto.
13	Informe de seguimiento a la racionalización de trámites - SUIT.	Realizar seguimiento a las actualizaciones y modificaciones surtidas a los trámites administrativos inscritos en el Sistema Único de Información de Trámites - SUIT, por parte del Instituto, verificando la oportunidad y calidad de los mismos.
14	Informe de seguimiento a la contratación estatal y a la publicación de los contratos en la plataforma gubernamental SECOP.	Verificar el grado de cumplimiento de las disposiciones, directrices, procedimientos y exigencias legales tanto internas como externas aplicables al proceso de contratación, en cada una de las etapas contractuales.
15	Informe de verificación y seguimiento a la Ley de cuotas.	Verificar el cumplimiento de la rendición y reporte de la información concerniente al cumplimiento de la Ley de Cuotas y que la misma se haya realizado según los términos y lineamientos establecidos en la normatividad vigente aplicable, así como en las directrices internas.

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

1.3. Alcance del informe de ley:

El alcance de los informes de ley se configura en el marco o en el límite de trabajo y ejecución de la auditoría, de todos aquellos temas o actividades objeto del informe de ley; por lo tanto, el alcance siempre se determinará en función del objetivo general del informe de ley, propendiendo por satisfacer al cumplimiento del mismo, de los riesgos del informe de ley identificados, así como de la naturaleza y características propias o específicas del informe a realizar.

Para determinar el alcance de cada informe de ley, nos preguntaremos principalmente lo siguiente:

- ¿A quién?: Subdirecciones, Jefaturas, áreas o responsables que serán objeto de la auditoría. Limitar el área o los responsables objeto de seguimiento mediante el informe de ley.
- ¿Cuándo?: Período de tiempo en el cual se desarrollará o ejecutará el informe de ley.
- ¿Corte de información?: Período de tiempo que se va a evaluar o cubrir mediante los seguimientos realizados en el informe de ley.

- ¿Dónde?: Lugar de trabajo, ubicación física en donde se desarrollará el informe de ley.
- Información: Documentación, información, soportes que serán evaluados y verificados mediante las pruebas y seguimientos de auditoría; información en la cual se basará el informe de ley para determinar el cumplimiento del objetivo y en los cuales se soportarán los resultados de la auditoría.

Se realizó identificación del alcance para cada uno de los informes de ley del ISVIMED, a continuación se detallan los resultados:

Tabla 5: Relación informes de ley y alcances específicos según temas a evaluar.

No.	Informe de ley	Alcance del informe
1	Informe del estado del Sistema de Control Interno.	¿A quién? - Dirección, todas las Subdirecciones y Jefaturas del Instituto.
		¿Cuándo? - Semestralmente, seguimientos en julio y enero de cada vigencia.
		¿Corte de información? - 30 de junio y 31 de diciembre de cada vigencia.
		¿Dónde? - Instalaciones ISVIMED.
		Información - Diagnósticos, Planes de acción, planes de implementación y planes de trabajo para el desarrollo de las políticas y lineamientos del MIPG. Información estandarizada en el SGC institucional.
2	Informe de austeridad y eficiencia del gasto público.	¿A quién? - Dirección, Subdirección Administrativa y Financiera – Presupuesto, Contabilidad, TIC, Gestión Humana, Infraestructura. Soportes y evidencias de la gestión realizada.
		¿Cuándo? - Trimestralmente, seguimientos en abril, julio, octubre, enero de cada vigencia.
		¿Corte de información? - 30 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre de cada vigencia.
		¿Dónde? - Instalaciones ISVIMED.
		Información - Informes de ejecución presupuestal de gastos, con corte trimestral de la vigencia a evaluar y demás información requerida para la evaluación y seguimiento de los diferentes rubros del gasto público, tales como: horas extras, viáticos, gastos generales, servicios públicos, impresiones, caja menor, vacaciones, planta de personal y demás información que se considere relevante durante el período objeto de auditoría; teniendo como insumo principal la base de datos de pagos y los soportes de éstos, efectuados con cargo al presupuesto de gastos de funcionamiento. información estandarizada en el SGC institucional.
3	Informe de Control Interno Contable.	¿A quién? - Dirección, Subdirección Administrativa y Financiera - Contabilidad.
		¿Cuándo? - Anualmente, seguimiento en febrero de cada vigencia. (*) A más tardar el 28 de febrero del siguiente año o vigencia. Debido a que los resultados de la auditoría y el informe deben ser publicados en el Sistema CHIP de la Contaduría General de la Nación; así como en la plataforma gubernamental Gestión Transparente de la Contraloría General de Medellín.

No.	Informe de ley	Alcance del informe
		<p>¿Corte de información? - 31 de diciembre de cada vigencia.</p> <p>¿Dónde? - Instalaciones ISVIMED.</p> <p>Información - Estados financieros, conciliaciones, actas Comité, actas reuniones, planes de trabajo, planes de acción, registros contables, inventarios, soportes financieros y contables. Información estandarizada en el SGC institucional.</p>
4	Informe de seguimiento a la entrega de la información en las diferentes categorías del Sistema CHIP.	<p>¿A quién? - Dirección, Subdirección Administrativa y Financiera - Contabilidad - Presupuesto - Cartera - Gestión Humana - Control Interno.</p> <p>¿Cuándo? - Trimestralmente, seguimientos en abril, julio, octubre, enero de cada vigencia.</p> <p>¿Corte de información? - 30 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre de cada vigencia.</p> <p>¿Dónde? - Instalaciones ISVIMED.</p> <p>Información - Información financiera (Presupuestal, Contable, Boletín Deudores Morosos del Estado, Personal y costos, y Control interno contable); producida y rendida por el Instituto; con destino al gobierno central, las entidades de control y a la ciudadanía en general. Información estandarizada en el SGC institucional.</p>
5	Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento institucional.	<p>¿A quién? - Dirección, todas las Subdirecciones y Jefaturas del Instituto que tienen acciones vigentes en el PMI a la fecha de corte de la auditoría.</p> <p>¿Cuándo? - Semestralmente, seguimientos en julio y enero de cada vigencia.</p> <p>¿Corte de información? - 30 de junio y 31 de diciembre de cada vigencia.</p> <p>¿Dónde? - Instalaciones ISVIMED.</p> <p>Información - Planes de mejoramiento vigentes con sus respectivos seguimientos y con las evidencias que soporten los resultados y cumplimientos de las acciones definidas. Información estandarizada en el SGC institucional.</p>
6	Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento único de la Contraloría General de Medellín - CGM.	<p>¿A quién? - Dirección, todas las Subdirecciones y Jefaturas del Instituto que tienen acciones vigentes en el PMU-CGM a la fecha de corte de la auditoría.</p> <p>¿Cuándo? - Semestralmente, seguimientos en julio y enero de cada vigencia.</p> <p>¿Corte de información? - 30 de junio y 31 de diciembre de cada vigencia.</p> <p>¿Dónde? - Instalaciones ISVIMED.</p> <p>Información - Planes de mejoramiento vigentes con sus respectivos seguimientos y con las evidencias que soporten los resultados y cumplimientos de las acciones definidas. Información estandarizada en el SGC institucional.</p>
7	Informe sobre las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, y Denuncias - PQRSD.	<p>¿A quién? - Dirección, Jefatura de Oficina Asesora de Comunicaciones, y todas las Subdirecciones y Jefaturas del Instituto que hayan atendido PQRSD durante el período objeto de auditoría.</p> <p>¿Cuándo? - Semestralmente, se estipula cada vigencia según capacidad operativa de los diferentes meses de la vigencia en el Plan Anual de Auditoría.</p> <p>¿Corte de información? - Se establece acorde a la fecha del seguimiento.</p> <p>¿Dónde? - Instalaciones ISVIMED.</p> <p>Información - Base de datos de peticiones interpuestas, gestiones y respuestas dadas a dichas peticiones, tratamiento de las peticiones, soportes y evidencias de la administración de las PQRSD. Información estandarizada en el SGC institucional.</p>
8	Informe de evaluación institucional a la gestión por dependencias.	<p>¿A quién? - Dirección, todas las Subdirecciones y Jefaturas del Instituto.</p> <p>¿Cuándo? - Anualmente, seguimiento en enero de cada vigencia. (*) A más tardar el 31 de enero del siguiente año o vigencia.</p> <p>¿Corte de información? - 31 de diciembre de cada vigencia.</p>

No.	Informe de ley	Alcance del informe
		<p>¿Dónde? - Instalaciones ISVIMED.</p> <p>Información - Plan de Desarrollo, Plan Indicativo, Planes de acción, Planes de trabajo; seguimiento a metas y ejecuciones, Presupuesto, Actas Comités. información estandarizada en el SGC institucional.</p>
9	Informe de Derechos de Autor - Software.	<p>¿A quién? - Dirección, Subdirección Administrativa y Financiera – TIC.</p> <p>¿Cuándo? - Anualmente, seguimiento en marzo de cada vigencia. (*) Se debe diligenciar en la página nacional de Derechos de Autor la información requerida antes del 20 marzo de cada vigencia.</p> <p>¿Corte de información? - 31 de diciembre de cada vigencia.</p> <p>¿Dónde? - Instalaciones ISVIMED.</p> <p>Información - Bases de datos software legales institucionales, reporte realizado ante las autoridades competentes. Información estandarizada en el SGC institucional.</p>
10	Informe de seguimiento a la relación de acreencias a favor de la entidad, pendientes de pago.	<p>¿A quién? - Subdirección Administrativa y Financiera – Tesorería, Cartera.</p> <p>¿Cuándo? - Semestralmente, seguimientos en julio y enero de cada vigencia.</p> <p>¿Corte de información? - 30 de junio y 31 de diciembre de cada vigencia.</p> <p>¿Dónde? - Instalaciones ISVIMED.</p> <p>Información - Bases de datos cartera, Conciliaciones recaudos, Informes de gestión cartera, Pagos, cancelaciones créditos, Legalización obligaciones, Actas Comité, PQRSD usuarios. Información estandarizada en el SGC institucional.</p>
11	Informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC.	<p>¿A quién? - Dirección, Subdirección de Planeación, y todas las Subdirecciones y Jefaturas responsables de acciones y actividades estipuladas en el Plan.</p> <p>¿Cuándo? - Cuatrimestralmente, seguimientos en mayo, septiembre, enero de cada vigencia. (*) Los seguimientos se deben publicar en la página web institucional máximo al décimo día hábil del siguiente mes, acorde al corte del seguimiento</p> <p>¿Corte de información? - 30 de abril, 30 de agosto y 31 de diciembre de cada vigencia</p> <p>¿Dónde? - Instalaciones ISVIMED.</p> <p>Información - Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la respectiva vigencia, soportes y evidencias de la ejecución y cumplimiento de las actividades planteadas según la fecha de corte de seguimiento, Actas Comités, Acciones de mejora, Seguimientos realizados por los responsables a la ejecución del Plan. Información estandarizada en el SGC institucional.</p>
12	Informe de seguimiento a las funciones del Comité de Conciliaciones.	<p>¿A quién? - Subdirección Jurídica.</p> <p>¿Cuándo? - Semestralmente, se estipula cada vigencia según capacidad operativa de los diferentes meses de la vigencia en el Plan Anual de Auditoría.</p> <p>¿Corte de información? - Se establece acorde a la fecha del seguimiento.</p> <p>¿Dónde? - Instalaciones ISVIMED.</p> <p>Información - Actas Comité de Conciliaciones, Informes de gestión daño antijurídico y defensa de los intereses del Instituto, Tutelas y demandas interpuestas por partes interesadas, Seguimiento a las mismas. Información estandarizada en el SGC institucional.</p>
13	Informe de seguimiento a la	<p>¿A quién? - Dirección, Subdirección de Planeación, Subdirección Administrativa y Financiera - TIC.</p>

No.	Informe de ley	Alcance del informe
	racionalización de trámites - SUIT.	<p>¿Cuándo? - Anualmente, según la fecha estipulada durante cada vigencia por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, mediante Circular Externa.</p> <p>(*) Se estipula fecha para el reporte de la información requerida, en el aplicativo definido para tal fin por el DAFP.</p> <p>¿Corte de información? - Se establece acorde a la fecha del seguimiento.</p> <p>¿Dónde? - Instalaciones ISVIMED.</p> <p>Información - Política interna de racionalización de trámites, Actas Comités, Gestiones y acciones emprendidas para la racionalización de trámites, evidencias o soportes de los trámites internos establecidos y de la publicación de los mismos en el aplicativo indicado. Información estandarizada en el SGC institucional.</p>
14	Informe de seguimiento a la contratación estatal y a la publicación de los contratos en la plataforma gubernamental SECOP.	<p>¿A quién? - Dirección, Subdirección Jurídica, Subdirección Administrativa y Financiera, y todas las Subdirecciones y Jefaturas que perfeccionaron contratos durante el período objeto de auditoría.</p> <p>¿Cuándo? - Semestralmente, se estipula cada vigencia según capacidad operativa de los diferentes meses de la vigencia en el Plan Anual de Auditoría.</p> <p>¿Corte de información? - Se establece acorde a la fecha del seguimiento.</p> <p>¿Dónde? - Instalaciones ISVIMED.</p> <p>Información - Base de datos contratación según la fecha de corte del seguimiento, Actas Comité de Contratación, Actas Comité Estructurador, Carpetas físicas expedientes, Información publicada en la plataforma gubernamental SECOP, Plan Anual de Adquisiciones. Información estandarizada en el SGC institucional.</p>
15	Informe de verificación y seguimiento a la Ley de cuotas.	<p>¿A quién? - Dirección, Subdirección Administrativa y Financiera - Gestión Humana.</p> <p>¿Cuándo? - Anualmente, según la fecha estipulada durante cada vigencia por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, mediante Circular Externa.</p> <p>(*) Se estipula fecha para el reporte de la información requerida, en el aplicativo definido para tal fin por el DAFP.</p> <p>¿Corte de información? - Se establece acorde a la fecha del seguimiento.</p> <p>¿Dónde? - Instalaciones ISVIMED.</p> <p>Información - Planta de cargos a la fecha de corte de seguimiento, reporte realizado en el aplicativo del DAFP, acciones de mejora o planes de acción referentes al tema evaluado. Información estandarizada en el SGC institucional.</p>

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

1.4. Criterios del informe de ley:

Se entiende por criterios del informe de ley, el conjunto de políticas, prácticas, procedimientos o requisitos frente a los cuales el equipo auditor, en ejecución del informe, compara las evidencias obtenidas. Los criterios adecuados exhiben las siguientes características:

Gráfico 7: Características de los criterios.

Relevancia	Los criterios relevantes dan como resultado un informe del profesional que ayuda a la toma de decisiones de los usuarios previstos.
Integridad	Los criterios están completos cuando no omiten factores relevantes que razonablemente se podría esperar que afecten las decisiones de los usuarios previstos. Los criterios completos incluyen, cuando sea relevante, puntos de referencia para la presentación y divulgación.
Confiabilidad	Los criterios confiables permiten una medición o evaluación razonablemente consistente de la materia subyacente cuando se utilizan en circunstancias similares por diferentes profesionales.
Neutralidad	Los criterios neutrales dan como resultado un informe del profesional que está libre de sesgos según sea apropiado en las circunstancias del compromiso.
Comprensibilidad	Los criterios comprensibles dan como resultado un informe del profesional que puede ser comprendido por los usuarios previstos.

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Algunos ejemplos de criterios del informe de ley son:

- Normas, Leyes, Decretos, Resoluciones, Actos administrativos, Guías, Manuales, lineamientos y directrices externas.
- Requisitos reglamentarios acorde a cada informe de ley.
- Estatutos y políticas internas.
- Resoluciones, actos administrativos, lineamientos y directrices internas.
- Documentación estandarizada en el Sistema de Gestión de Calidad Institucional (Manuales, caracterizaciones, procedimientos, instructivos, formatos, etc.).
- Requisitos ISO (ejemplo ISO 9001, ISO 27001, ISO 14001, etc.)

De acuerdo con anterior, podría decirse que, básicamente el criterio es frente a qué se está auditando; es decir, la norma, el estándar o los procedimientos internos, etc.

Como ya lo expusimos anteriormente, es el equipo auditor quien decidirá el alcance del informe de ley; y por ende, los criterios aplicables al respectivo informe

de ley en función del compromiso adquirido, del objetivo del informe, de los recursos disponibles y demás factores de la planeación del informe.

Para este caso, no se detallan los criterios para cada uno de los informes, ya que los mismos pueden variar por actualizaciones, modificaciones, derogatorias, inconstitucionalidades y demás acciones que hacen que los criterios externos cambien. Por lo tanto, el equipo auditor deberá analizar cada que se realiza un informe de ley, detalladamente la aplicabilidad de los criterios tanto externos como internos.

1.5. Asignación de recursos para el trabajo:

Acorde a la información que se ha tratado anteriormente en el presente trabajo, en especial, a lo relacionado con el alcance del informe de ley; se deben determinar los recursos necesarios y requeridos para una adecuada auditoría, los recursos que se deben identificar y determinar son los siguientes:

- Humanos: Auditores, equipo auditor - Contratistas, Profesional Universitario y Jefe de Oficina de Control Interno; según aplique. El recurso humano se constituye en el principal recurso para la ejecución de los informes de ley, y en el rubro del presupuesto de la Jefatura de Oficina de Control Interno más significativo e imprescindible. En este caso, se computan las horas hombre disponible para la ejecución de los informes de ley y del Plan Anual de Control Interno aprobado para la respectiva vigencia.
- Financieros: Honorarios y salarios del equipo auditor.
- Logísticos: Oficina, escritorios, sillas, archivadores y papelería.
- Tecnológicos: Equipos de cómputo, impresora y scanner.

- Sistemas de información: SIFI – Sistema de Información Institucional.
Plataformas gubernamentales, demás sistemas de información propios de cada unidad auditable (en caso de que se tengan).

Normalmente los recursos de la Jefatura de Oficina de Control Interno son limitados; por lo tanto, es imperativo realizar una correcta y sólida planeación inicial del Plan Anual de Control Interno de la respectiva vigencia; buscando optimizar los recursos y alcanzar los objetivos y metas propuestas y requeridas para la Jefatura, logrando ejecutar los diferentes roles a cargo de Control Interno, desarrollar las actividades que se desprenden de éstos, la necesidad de la realización y presentación de los informes de ley y la evaluación de los riesgos; lo cual permita enfocar los recursos a las actividades obligatorias y necesarias para la mejora continua del Sistema de Control Interno institucional.

Como se enunció anteriormente, los recursos humanos constituyen el recurso más importante de la Jefatura; dado lo anterior, es importante que los auditores internos asignados tengan el conocimiento, las capacidades, las habilidades y la experiencia necesaria y requerida para el desempeño de los informes de ley; así mismo, deberán contar con las competencias adicionales necesarias para desarrollar un trabajo ético, competente, efectivo y cuidadoso.

En caso de que no se cuente con los recursos suficientes, apropiados o requeridos para el desarrollo de los informes de ley; como se conoce la necesidad de dicha presentación realización so pena de incurrir en investigaciones, y posibles sanciones; el Jefe de la Oficina de Control Interno deberá analizar las posibilidades que se tengan para la ejecución de los informes de ley; entrenamientos adicionales al personal a cargo, capacitaciones extras sobre los temas puntuales de los informes

a realizar, acompañamiento adicional a los auditores, solicitud de auditores de apoyo internos o externos, o en su defecto contratar servicios por medio de proveedores; no obstante, si no se tienen recursos financieros y presupuestales para incurrir en auditores extras o capacitaciones y entrenamientos; el Jefe de la Oficina de Control Interno, deberá realizar las alertas correspondientes en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, sobre las necesidades de recursos o sobre la limitación de los mismos; y al momento de la realización de los informes de ley se deberá plasmar la limitación al alcance y/o la limitación de recursos en la ejecución de la auditoría.

Para complementar lo anterior, frente a la asignación de recursos, las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna establecen que:

2230 – Asignación de Recursos para el Trabajo.

Los auditores internos deben determinar los recursos adecuados para lograr los objetivos del trabajo. El personal debe estar basado en una evaluación de la naturaleza y complejidad de cada tarea, las restricciones de tiempo y los recursos disponibles. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p. 200).

1.6. Programa de trabajo informe de ley:

Según lo establecido en las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna, sobre el programa de trabajo a desarrollar en los informes de ley, se tiene que:

2240 – Programa de trabajo.

Los auditores internos deben preparar y documentar programas que cumplan con los objetivos del trabajo. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p. 203).

Así mismo, la Guía de implementación de dicha norma, establece que el equipo auditor comienza la implementación del programa de trabajo teniendo un claro y profundo entendimiento de los objetivos y alcance del trabajo a desarrollar, conociendo los riesgos y controles clave de la unidad auditable bajo revisión, y teniendo conocimiento de forma completa de los recursos disponibles para el correcto desarrollo del trabajo.

Adicionalmente, antes de dar inicio al desarrollo y puesta en marcha del programa de trabajo; el equipo auditor deberá reflexionar sobre algunos aspectos del trabajo (los cuales fueron tratados en la primera etapa); tales como:

Gráfico 8: Aspectos importantes a tener en cuenta sobre la etapa de planeación del informe de ley.

El tamaño apropiado de la muestra para realizar las pruebas y las metodologías que se utilizarán.

Los riesgos registrados o la matriz de riesgos y la forma en que puede utilizarse en la elaboración del programa de trabajo.

El alcance del trabajo.

Cómo se cumplirán los objetivos del trabajo.

Si están disponibles los recursos necesarios.

Opiniones y conclusiones emitidas durante la fase de planificación del trabajo.

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

El programa de trabajo debe basarse en los objetivos y el alcance, en los riesgos de cumplimiento, así como en los riesgos inherentes de los temas a tratar en los

respectivos informes de ley, incluir los planes de asignación de los tipos de recursos, describir los criterios externos e internos aplicables a la evaluación, describir las técnicas de muestreo y/o demás técnicas y metodologías para la ejecución del trabajo.

Es importante que el equipo auditor decida qué tipo de pruebas o procedimientos de auditoría son necesarios para evaluar los controles que contrarrestan las causas de los riesgos inherentes desprendidos de los informes de ley. 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. La decisión sobre cuáles procedimientos a utilizar dependerá del objetivo y alcance del informe de ley. A continuación se exponen algunos de los procedimientos de auditoría aplicables junto con una pequeña descripción de cada uno de ellos:

Tabla 6: Procedimientos de auditoría.


Procedimiento	Breve descripción
Consulta	<ul style="list-style-type: none"> Se realizan preguntas al personal de la Subdirección o Jefatura y a las áreas objeto de seguimiento; o a terceros en caso de que aplique; para obtener sus respuestas bien sean orales o escritas. Los tipos de consulta más formales incluyen entrevistas, encuestas y cuestionarios.
Observación	<ul style="list-style-type: none"> Se observan a las personas, los procedimientos, las actividades ejecutadas. Una limitación importante de la observación es que proporciona información en un momento determinado, por lo que el equipo auditor no puede concluir que lo observado es representativo con respecto a lo que sucede de forma general.
Inspección	<ul style="list-style-type: none"> Se estudian documentos y registros, y se examinan físicamente los recursos tangibles. El equipo auditor debe reconocer y considerar su nivel de competencia; es decir, la capacidad para comprender lo que se lee y lo que se ve.
Revisión de comprobantes	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza específicamente para probar la validez de la información documentada o registrada.
Rastreo	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza específicamente para probar la integridad de la información documentada o registrada.
Procedimientos analíticos	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> Consiste en la obtención de verificación directa por escrito de la exactitud de la información proveniente de terceros independientes

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Fundación de Investigaciones Instituto de Auditores IIA Global. Auditoría Interna: servicios de aseguramiento y consultoría, p 9-18. Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Seguidamente, se presenta el formato creado por el equipo de trabajo del proyecto de grado, según la naturaleza del ISVIMED, los requerimiento y lineamientos mínimos establecidos por el DAFP, para ejecutar el programa de trabajo de cada informe de ley:

Formato 1: Propuesta de programa de trabajo informe de ley.

 <p>Alcaldía de Medellín ISVIMED <small>Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín</small></p>		<p align="center">Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín - ISVIMED PROGRAMA DE TRABAJO INFORME DE LEY JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO</p>								<p>Código: Versión: Fecha:</p>	
1. Nombre del informe de ley:											
2. Objetivo general del informe de ley:											
3. Objetivos específicos del informe de ley (Cuándo aplique):											
4. Alcance del informe de ley:											
4.1. Limitación al alcance del informe de ley (Cuándo aplique):											
5. Equipo auditor:											
6. Detalle programa de trabajo:											
OBJETIVOS ASOCIADOS	RIESGOS IDENTIFICADOS	CAUSAS IDENTIFICADAS	CONSECUENCIAS IDENTIFICADAS	NIVEL RIESGO	CONTROL ESTABLECIDO	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA	AUDITOR	FECHA / HORAS O DÍAS	REF. PAPEL DE TRABAJO	OBSERVACIÓN	
Objetivo(s) estratégico(s):											
Objetivo de Desarrollo Sostenible:											
Objetivos políticas Modelo Integrado de Planeación y Gestión:											
(*) Demás objetivos que se consideren pertinentes en el desarrollo del informe:											
7. Recursos para la ejecución del informe de ley:											
Humanos:											
Financieros:											
Logísticos:											
Tecnológicos:											
Sistemas de información:											
Otros (Cuando aplique):											
7.1. Limitación de los recursos para la ejecución del informe de ley (Cuándo aplique):											
8. Criterios (Externos e internos):											
Elaborado por:											
Revisado por:											
Aprobado por:											
Fecha de elaboración:											
Fecha de revisión:											
Fecha de aprobación:											

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Se debe considerar que el programa de trabajo sea realizado y documentado de manera que se asegure que todos los miembros del equipo auditor que ejecutarán el informe de ley; conozcan, interioricen y comprendan lo que necesitan hacer y qué tareas están pendientes de realizar.

El programa de trabajo constituye un insumo primordial para la ejecución del informe de ley; por lo tanto, se desarrolló un pequeño instructivo con el fin de facilitar el diligenciamiento del formato propuesto de programa de trabajo, buscando que la información que se diligencie en el mismo sea homogénea y represente un valor agregado en el ciclo de auditoria; dicho instructivo se presenta a continuación:

1.6.1. Instructivo diligenciamiento del Programa de trabajo informe de ley:

- A. Nombre del informe de ley:** Se indica el nombre del informe de ley a desarrollar. Definir entre los quince (15) informe de cumplimiento o ley a cargo de la Jefatura de Oficina de Control Interno.
- B. Objetivo del informe de ley:** Se debe indicar cuál es el objetivo que se espera lograr con el informe de ley a ejecutar. Revisar numeral 1.2. del presente trabajo, en donde se realizó un trabajo de identificación de los objetivos generales por informe. Los objetivos se redactan comenzando por un verbo en infinitivo y deben ser evaluables permitiendo comprobar si se alcanza el resultado.
- C. Objetivos específicos del informe de ley (Cuando aplique):** En caso de que se definan objetivos específicos que se deberán lograr con el desarrollo del informe de ley, se deberán plasmar en este campo.

- D. Alcance del informe de ley:** El diligenciamiento de este campo se da en concordancia de lo estipulado en el numeral 1.3. del presente informe.
- Teniendo presente siempre responder los siguientes interrogantes ¿A quién se va auditar?, ¿Cuándo se desarrollará o ejecutará el informe de ley?, ¿Cuál será el corte de información para la evaluación?, ¿Dónde se ejecutará el trabajo?, y ¿Qué información o documentación se analizará?
- E. Limitación al alcance del informe de ley (Cuándo aplique):** Cuando se presenten limitaciones al alcance, las cuales puedan llegar a disminuir los seguimientos y evaluaciones a ejecutar en el desarrollo del informe de ley, se deberán plasmar en el programa de trabajo.
- F. Equipo auditor:** Se deberán indicar los auditores internos que participarán y ejecutarán las actividades en el proceso auditor. Diferenciar los roles del equipo auditor, así: Auditor supervisor (Cuándo aplique), Auditor líder, Auditor de apoyo, Auditor observador (Cuándo aplique).
- G. Detalle programa de trabajo:**
- **Objetivos asociados:** Se deben indicar los objetivos asociados que según el informe de ley a realizar se pretende evaluar su cumplimiento; dichos objetivos pueden ser: objetivos estratégicos (referenciados en el numeral 1.1.1. del presente informe), objetivos de Desarrollo Sostenible (referenciados en el numeral 1.1.2. del presente informe), objetivos políticas Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (referenciados en el numeral 1.1.3. del presente informe), y demás objetivos que se consideren pertinentes en el desarrollo del informe.

- **Riesgos identificados:** Se refiere a la vulnerabilidad que se presenta por tratarse de informes de ley (riesgos de cumplimiento); así como a aquellos posibles riesgos que se desprenden de las actividades y operaciones llevados a cabo en el alcance de auditoría (riesgos inherentes a la temática del informe de ley). Revisar los numerales 1.1.4. y 1.1.5. del presente trabajo, en donde se realizó un trabajo de identificación de los diferentes riesgos por cada informe.
- **Causas identificadas:** Hace referencia al hecho generador, lo que dio origen o generó el riesgo identificado y asociado en el ítem anterior. Estas causas deberán ser tratadas con el fin de evitar la materialización del riesgo, minimizar su impacto o reducir la probabilidad de ocurrencia. Revisar los numerales 1.1.4. y 1.1.5. del presente trabajo, en donde se realizó un trabajo de identificación de las causas que posiblemente dan origen a los riesgos previamente identificados, por cada informe.
- **Consecuencias identificadas:** Se relaciona a los efectos, daños, exposiciones o resultados que podrían generarse en caso de la materialización de los riesgos identificados. Revisar los numerales 1.1.4. y 1.1.5. del presente trabajo, en donde se realizó un trabajo de identificación de las posibles consecuencias en caso de presentarse materialización de los riesgos previamente identificados, por cada informe.
- **Nivel de riesgo:** Indica el nivel de criticidad del riesgo identificado, luego de haberse clasificado de acuerdo con la verificación de la efectividad de los controles; teniendo en cuenta además su adecuado diseño e

implementación – parámetros que se definen en el ítem siguiente de “control establecido”. El equipo auditor definirá como se realizará la medición de dichos riesgos. Se deberá definir una escala de medición, que podrá ser, por ejemplo: extremo, alto, moderado y bajo; o según la parametrización que se defina por el equipo auditor.

- Control establecido: Indica la actividad que busca tratar, minimizar o mitigar la materialización del riesgo identificado. Es importante tener en cuenta que los controles deben estar diseñados con el fin de eliminar las causas raíces que dieron origen a los riesgos. Adicionalmente, un diseño efectivo del control se da cuando cada control cuenta con los siguientes parámetros: I) responsable; II) periodicidad; III) propósito; IV) realización (paso a paso); V) documentación de desviaciones y acciones tomadas; y VI) evidencia.
- Procedimiento de auditoría: Indica el procedimiento o las técnicas de auditoría a utilizar para el desarrollo del trabajo, y mediante las cuales se ejecutarán las pruebas y se obtendrán los insumos y evidencias para formular los resultados, conclusiones, observaciones y recomendaciones. El equipo auditor definirá según el informe de ley a realizar, qué técnicas son las más apropiadas, éstas se detallan en el numeral 1.6. del presente trabajo.
- Auditor: Se deberá indicar los auditores internos que desempeñarán cada uno de los procedimientos o técnicas de auditoría; es decir, el equipo auditor que participará en el desarrollo del informe de ley. Aquí se podrá definir cada auditor por cargo, nombre y profesión.

- Fecha / horas o días: Indicar las fechas establecidas para el desarrollo de las diferentes actividades, procedimientos y técnicas de auditoría. Para mayor claridad, se recomienda que se detalle fecha de inicio de la actividad, y la duración de la misma (ya sea en horas, días, semanas, o según la periodicidad que se considere pertinente). Adicionalmente, si el equipo auditor considera podría emplear herramientas adicionales, como un cronograma detallado de las demás actividades a ejecutar en el desarrollo del informe de ley.
 - Ref. papel de trabajo: Cuando se presenta inicialmente el programa de trabajo, dicho campo no estará diligenciado; ya que allí se deben referenciar o enunciar los papeles de trabajo que se desarrollaron, diseñaron, diligenciaron y ejecutaron a lo largo del desarrollo del informe de ley; y los cuales contienen las evidencias y los soportes de los resultados del trabajo auditor, de allí saldrá la información necesaria para la redacción de las observaciones y recomendaciones.
 - Observación: Se indican las observaciones que se evidenciaron al ejecutar las evaluaciones, procedimientos y técnicas de auditoría; es decir, aquellas situaciones irregulares, deficiencias, o falencias con respecto al no cumplimiento de los criterios establecidos. Dichas observaciones se desprenden y soportan de los papeles de trabajo.
- H. Recursos para la ejecución del informe de ley:** Detallar los recursos que se requieren para el desarrollo correcto, oportuno, efectivo y eficiente del informe

de ley. Remitirse al numeral 1.5. del presente trabajo, en donde se detallaron los principales recursos necesarios para el ciclo auditor.

- I.** Limitación de los recursos para la ejecución del informe de ley (Cuándo aplique): Cuando se presenten limitaciones a la definición, destinación y uso de los recursos para la ejecución de los informes de ley, las cuales puedan llegar a disminuir los seguimientos y evaluaciones a ejecutar en el ciclo de auditoría, se deberán plasmar en el programa de trabajo.
- J.** Criterios (Externos e internos): Referenciar las normas (Constitución Política, Leyes orgánicas y especiales, leyes ordinarias, Decretos Ley, Reglamentos, Ordenanzas, sentencias, Decretos municipales, Resoluciones, Circulares, etc.), guías, directrices y lineamientos impartidos por entes de gobierno y control, documentación interna y demás información requerida para el desarrollo del informe de ley. Estos criterios serán la base para definir el incumplimiento de las directrices estipuladas y de allí partirá y se definirán las observaciones y/o recomendaciones a plasmar en los resultados del informe de ley. Remitirse al numeral 1.4. del presente trabajo, en donde se detallaron los principales recursos necesarios para el ciclo auditor.
- K.** Elaboró, Revisó, y Aprobó: Estos campos deben ir diligenciados con el nombre completo, cargo y firma de los servidores públicos responsables de dichas actividades; con el fin de evidenciar la segregación de funciones y la supervisión ejercida al equipo auditor. Adicionalmente de la firma, se deberá diligenciar la fecha en que se desempeñó cada una de las anteriores acciones.

En este punto, se da por finalizada la primera etapa, “Planeación de cada informe de ley basado en riesgos”, y se procederá a dar inicio a la segunda etapa, la cual hace referencia a la “Ejecución (desempeño) del informe de ley”.

2. Segunda etapa: Ejecución (desempeño) del informe de ley.

Culminando la primera etapa de planeación de cada informe de ley basado en riesgos; es pertinente que el equipo auditor tenga claridad y revise la información derivada de esta primera etapa; lo cual puede incluir, entre otros, la siguiente información:

Gráfico 9: Información derivada del proceso de planeación del informe de ley.

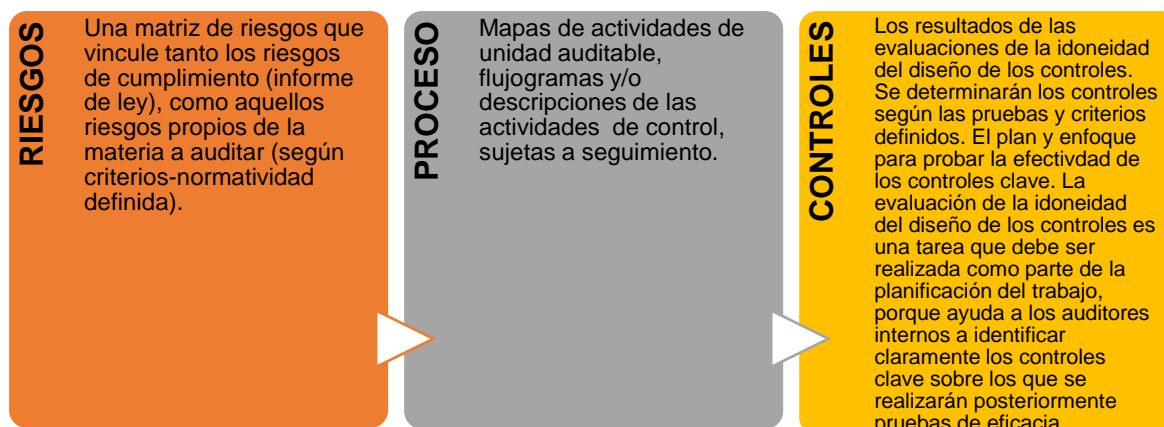
Objetivos	Criterios	Programa de trabajo
<ul style="list-style-type: none"> Objetivos de trabajo que reflejan los resultados de la evaluación de riesgos preliminar realizada por la actividad de auditoría interna. 	<ul style="list-style-type: none"> Los criterios que se utilizarán para evaluar el cumplimiento normativo, las políticas y lineamientos emitidos por la línea estratégica de defensa, la gestión de riesgos y los controles de las actividades del informe de ley bajo revisión. 	<ul style="list-style-type: none"> El programa de trabajo que contenga la relación objetivo – riesgo – causa – control – procedimiento de auditoría registrada en la fase de planificación que se empleará para identificar, analizar y documentar la información (evidencia de auditoría).

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Todo el trabajo desarrollado durante la etapa de planeación por el equipo auditor, se plasma en los papeles de trabajo referentes a cada informe de ley; y es recomendable referenciarlos en el programa de trabajo. El trabajo realizado, puede incluir, entre otros aspectos, los siguientes:

Gráfico 10: Trabajo desarrollado en la etapa de planeación del informe de ley.



Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

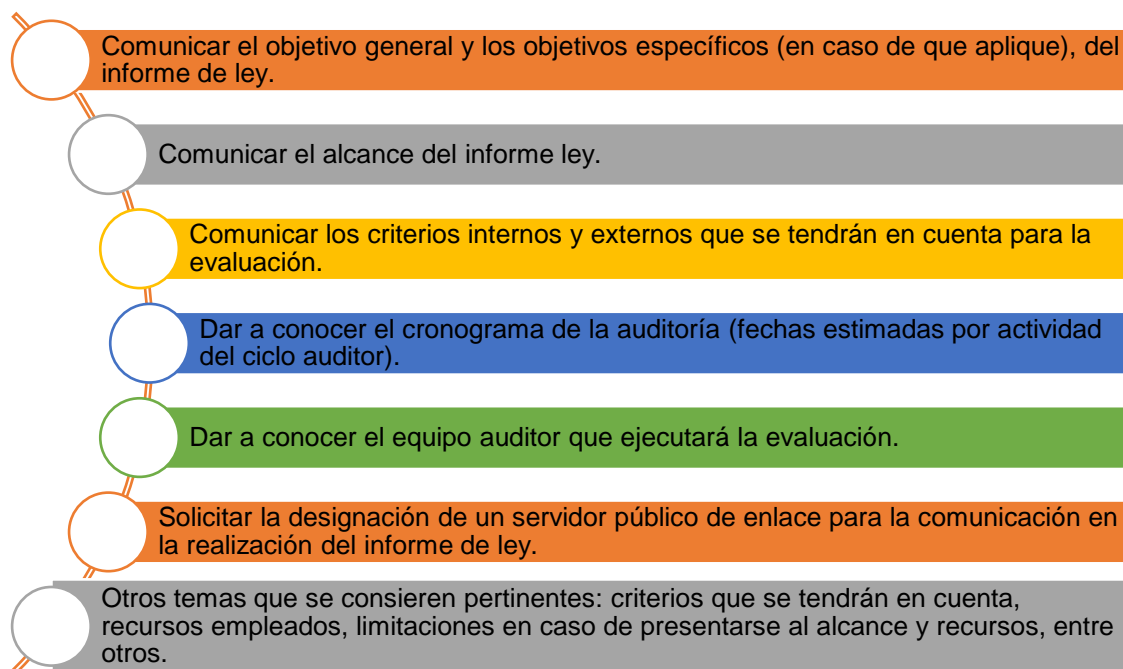
Durante esta segunda etapa, el equipo auditor ejecuta todas aquellas actividades que se consideren necesarias para obtener, analizar, y evaluar toda la información referente al informe de ley; lo cual, permitirá contar con evidencia y soportes, cumpliendo con las características de confiabilidad, relevancia, suficiencia y utilidad de la información; lo anterior, hará posible que los resultados y las conclusiones tengan el peso y la validez suficiente para potencializar la mejora del Sistema de Control Interno del Instituto.

Esta etapa, consta de las siguientes actividades:

2.1. Comunicación de inicio del informe de ley:

En esta actividad se socializa con la Dirección, Subdirección o Jefatura a cargo, y áreas responsables del informe de ley; el inicio de la planeación y posterior ejecución del respectivo informe, con el fin de que los responsables tengan conocimiento de los aspectos principales del inicio de la auditoría, tales como:

Gráfico 11: Comunicación de inicio del informe de ley.



Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Es importante aclarar, que no es necesario la realización de reunión de apertura y reunión de cierre para los informes de ley; considerando la operatividad, funcionalidad y periodicidad de los mismos; con la comunicación a los responsables por medio de memorando o comunicación interna, se considera que el informe de ley fue socializado y se dará inicio al respectivo ciclo de auditoría.

En el marco de las buenas prácticas en materia de auditoría interna, es importante que se incorpore la carta de representación, la cual se encuentra definida en el Decreto 648 de 2017, así:

Artículo 2.2.21.4.8. Instrumentos para la actividad de la Auditoría Interna.

Las entidades que hacen parte del ámbito de aplicación del presente decreto, deberán, de acuerdo con los lineamientos y modelos que para el efecto

establezca el Departamento Administrativo de la Función Pública, adoptar y aplicar como mínimo los siguientes instrumentos:


(...) b) Carta de representación en la que se establezca la veracidad, calidad y oportunidad de la entrega de la información presentada a las Oficinas de Control Interno (...)

La carta de representación constituye una herramienta importante para la actividad de la auditoría interna, debido a que ésta permite garantizar que durante el proceso de auditoría, el o los auditados se comprometan a entregar la información requerida previamente por la Jefatura de Oficina de Control Interno; en los plazos y términos señalados, con la calidad, consistencia e integridad requeridas para que se desarrolle correctamente el ciclo de auditoría, para que el equipo auditor pueda analizar y evaluar la información; y para alcanzar a realizar pronunciamientos objetivos sobre la unidad auditable, los cuales contribuyan a la mejora continua del Sistema de Control Interno del Instituto.

En cuanto al envío de la carta de representación, ésta deberá estar dirigida al Jefe de la Oficina de Control Interno, o quien haga sus veces; y deberá estar firmada por el Subdirector, Jefe o líder de la unidad auditable, según corresponda. Una vez la Jefatura de Oficina de Control Interno comunique el inicio del informe de ley (como se estableció en el numeral 2.1, del presente trabajo), los auditados tendrán un plazo máximo de tres (3) días hábiles para remitir a la Jefatura, la carta de representación debidamente diligenciada y firmada; dando cuenta del compromiso para con el informe de ley próximo a iniciar.

Esta carta de representación corrobora las intenciones de los auditados a colaborar con el proceso auditor, reafirma la importancia de la entrega de la información, y de que la misma cumpla con las características de calidad, oportunidad, validez, utilidad y razonabilidad; adicionalmente, ayuda a mejorar la comunicación entre el auditor y los auditados. A continuación, se presenta una propuesta de carta de representación, el cual fue diseñado siguiendo los lineamientos impartidos por el DAFP en su carta de representación y por la Contraloría General de la Republica – CGR en su carta de salvaguarda:

Formato 2: Propuesta de carta de representación.

 <p>Alcaldía de Medellín ISVIMED <small>Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín</small></p>	<p>Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín - ISVIMED</p> <p>CARTA DE REPRESENTACIÓN</p> <p>JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>Código: Versión: Fecha:</p>
<p>Carta de representación</p> <p>Medellín, XX de XXXX de 20XX.</p> <p>Señores: JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO – JOCI, O QUIEN HAGA SUS VECES</p> <p>Cordial saludo,</p> <p>Mediante la presente carta de representación me permito confirmar la recepción del Memorando No. XXX, por medio del cual se comunicó el inicio del informe de ley XXXX, el cual será adelantado por la Jefatura de Oficina de Control Interno a la Subdirección XXXX; informe que tiene como objetivo general XXXX. Dado lo anterior la Subdirección declara lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Somos responsables de la oportuna preparación, presentación y consistencia de la información que será entregada en el marco del informe de ley a la Jefatura de Oficina de Control Interno. 2) Se hará entrega oficialmente de toda la información relacionada con la gestión de la unidad auditable a evaluar, atendiendo los requerimientos hechos por la Jefatura de Oficina de Control Interno, cumpliendo con los plazos establecidos por el equipo auditor. 3) La información a suministrar será válida, confiable, verificable, de calidad, integral y completa para los propósitos requeridos durante el proceso auditor. 4) Estaremos prestos a resolver cualquier inquietud que se derive en el desarrollo del informe de ley. 5) Estaremos atentos a requerimientos adicionales de información a lo largo del proceso auditor. <p>Cordialmente,</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE Y FIRMA SUBDIRECTOR, JEFE O LÍDER AUDITADO</p>		
Elaborado por:		
Revisado por:		
Aprobado por:		

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

2.2. Solicitud de la información:

Como hemos observado a lo largo del presente trabajo, la actividad de auditoría interna desarrollada por la Jefatura de Oficina de Control Interno, emplea un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de las políticas y directrices emitidas por la línea estratégica del Instituto, y los procesos de gestión de riesgos y control.

Dicho enfoque sistemático y disciplinado requiere que el equipo auditor identifique, analice, evalúe y documente la información en la que se apoyarán los resultados del informe de ley y mediante las cuales se soportarán los resultados, las conclusiones, las observaciones y las recomendaciones que se evidenciarán en el informe definitivo.

Las normas para el ejercicio profesional de la auditoría interna establecen en relación con la identificación de la información, lo siguiente:

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. 209).

Dado lo anterior, la fiabilidad de la información requerida para el desarrollo del informe de ley dependerá del empleo de técnicas de auditoría apropiadas. Algunas técnicas necesitan más tiempo o requieren más recursos que otras, pero puede que valga la pena emplearlas si permiten un nivel más elevado de aseguramiento; lo anterior será delimitado por el equipo auditor en el desarrollo del informe. En general, los procesos manuales de auditoría incluyen:

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

La suficiencia y fiabilidad de la información aumenta cuando la información está actualizada, comprobada y obtenida directamente por el equipo auditor, como podría ser, al observar un ciclo de trabajo, una actividad o revisar documentación; o suministrada por un externo independiente; es decir, por un tercero. La información es también más fiable cuando se recopila desde un sistema de información, aplicativo o software donde los controles están funcionando de forma eficaz.

Contar con información suficiente y confiable, luego de ser recopilada y documentada, le permitirá al supervisor del informe o al Jefe de la Oficina de Control Interno que adelante los pasos y las pruebas escritas en los papeles de trabajo encontrar los mismos resultados y llegar a las mismas conclusiones que el auditor líder o el equipo auditor que realizó el trabajo inicialmente; allí es donde se podrá evidenciar que efectivamente la información fue suficiente y se podrá confiar en los datos, conclusiones y resultados consignados en el informe de ley.

Por lo tanto, es importante que el Jefe de la Oficina de Control Interno, establezca un sistema de documentación de la información, incluyendo notas de referenciación estandarizadas, tales como símbolos y marcas; y que el equipo auditor utilice este sistema en forma consistente. En caso de diseñarse y aplicarse, esta estructura debe estar asociada y referenciada en las tablas de retención documental del Instituto.

Lo anterior, hace referencia a la referenciación cruzada y de las marcas de auditoría. La referenciación cruzada hace alusión a la forma en que, desde un papel de trabajo, es posible analizar y referenciar a otro papel de trabajo, lo que permite consolidar o soportar la observación o conclusión de auditoría planteada.

Al contrario, las marcas de auditoría son convenciones de símbolos que registran los auditores al aplicar las técnicas de auditoría en los papeles de trabajo y evidencian el resultado o conclusión a la que ha llegado el auditor sobre cada tema revisado, algunas marcas de auditoría generales podrían ser:

Tabla 7: Marcas de auditoría.

Marca de auditoría	Significado
* =	Todo en orden
- =	Error encontrado
+ =	Hallazgo positivo
? =	Profundizar en la revisión
(P) =	Pendiente de revisar

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Adicionalmente se presentan otras marcas de auditoría utilizadas en la práctica de la auditoría:

Imagen 1: Ejemplo No. 1 de marcas de auditoría.

E	Operación aritmética incorrecta
A	Comprobantes sin firmas correspondientes
F	Sin comprobante
X	Comprobante sin lleno de requisitos
Y	Comprobante con requisitos completos

Fuente de información: Google.

Imagen 2: Ejemplo No. 2 de marcas de auditoría.

MARCA	CONCEPTO
✓	Verificado
⇄	Comparado
≠	Cruzado con:
⊙	Observado
↻	Analizado
✉	Papel proporcionado por el cliente
☐	Tomado de los registros del cliente
=	Conciliado
?	Indagado
?	Sin Respuesta
⊙	Inspeccionado
⚠	Información No proporcionada

Fuente de información: Google.

Imagen 3: Ejemplo No. 3 de marcas de auditoría

⊕	Suma Verificada
⊖	Resta Verificada
⊗	Multiplicación Verificada
⊕	División o porcentaje Verificado
*	Suma cuadrada en el registro matricial
↗	Verificado contra registros contables
✓	Dato Correcto
✓	Verificado contra existencias físicas
Ⓞ	Verificado contra evidencia Documental

Fuente de información: Google.

Las marcas o convenciones de auditoría no son de obligatorio cumplimiento; son herramientas opcionales en cuanto a su uso; sin embargo, las mismas pueden ayudar a que las evidencias de auditoría sean mucho más comprensibles al momento de sustentar las observaciones.

Como lo planteamos en el numeral 1.5. Asignación de recursos para el trabajo del presente trabajo, los recursos del trabajo son limitados; razón por la cual, el equipo auditor debe identificar y priorizar la información más relevante y útil (información que respalda o da credibilidad a las observaciones y recomendaciones del informe de ley).

El equipo auditor no debe llegar a conclusiones sobre la unidad auditable, por errores o fallas puntuales que no pueden asociarse a la totalidad de actividades de este; si lo anterior se presenta, exigirá al equipo auditor a ampliar la muestra de auditoría, o a aplicar pruebas adicionales para poder soportar las observaciones y recomendaciones. Respecto a lo anterior, el Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL en el Marco internacional para la práctica profesional de auditoría interna, 2017 plantea lo siguiente “También, es clave para los auditores internos

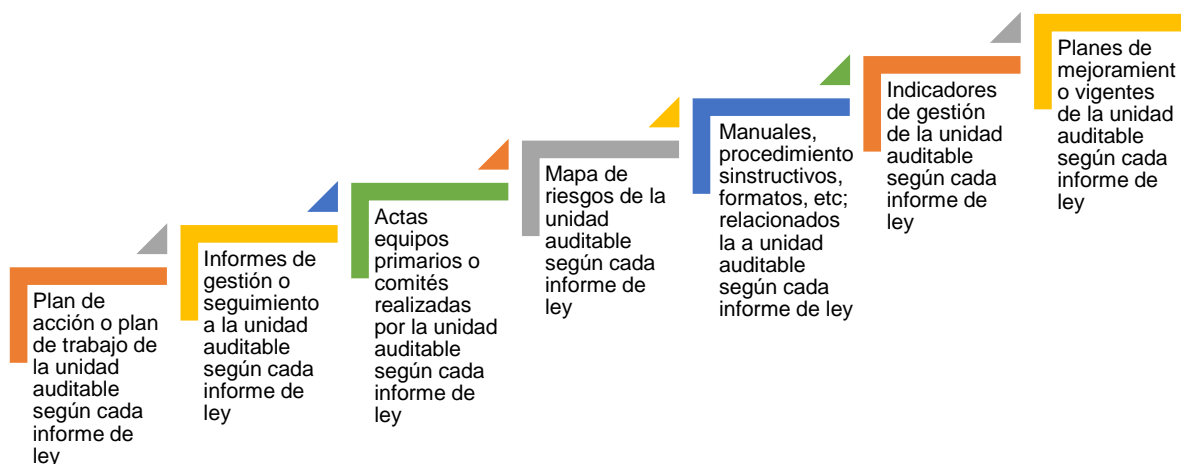
evaluar de forma crítica toda la información del trabajo en su conjunto, en lugar de confiar en desviaciones aisladas”.

Adicionalmente, no sólo es fundamental el análisis, la evaluación y las conclusiones derivadas de la información; también juega un papel vital el almacenamiento, la custodia y conservación de la información; debido principalmente a lo establecido en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, en donde se estipula que “(...) 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”, razón por la cual es pertinente que se analice el tema de las tablas de las tablas de retención documental (TRD) del Instituto, con el propósito de instaurar los registros, información, soportes y evidencias que deberán ser retenidos y conservados en relación con el proceso auditor realizado por la Jefatura de Oficina de Control Interno; puesto que se trata de información que soporta todo el ciclo de auditoría.

Para concluir este tema, debe existir claridad en que la información requerida en este ítem, se trata de toda la documentación necesaria para iniciar la ejecución del informe de ley, en otras palabras, para realizar las pruebas y la auditoría en “campo”. Los registros físicos y electrónicos que soportan el proceso auditor serán una de las fuentes desde donde se obtienen datos, los cuales deben relacionarse claramente en los papeles de trabajo. Así mismo, la información requerida para el desarrollo del informe de ley, se debe realizar teniendo en cuentas los objetivos y alcance del informe, así como las actividades y pruebas contempladas en el programa del informe de ley.

A continuación se plantea alguna información general que podría solicitarse para la totalidad de los informes:

Gráfico 12: Solicitud general de información



Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Como se evidencia en el gráfico No. 11 del presente informe, existe información general que se podrá requerir a los auditados en el desarrollo del proceso auditor para para cada informe de ley; sin embargo, según las particularidades, funcionalidad y operatividad de cada uno de los quince (15) informes de ley, el equipo auditor realizará el análisis respectivo para determinar la información específica requerida según el objetivo, el alcance y los criterios del informe de ley. Dado lo anterior, a continuación se expone alguna documentación que el equipo auditor podría considerar solicitar para la realización de los informes:

Tabla 8: Información a requerir según cada informe de ley.

No.	Informe de ley	Información requerida
1	Informe del estado del Sistema de Control Interno.	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de los resultados de la evaluación FURAG más reciente. • Plan de acción o plan de trabajo derivado del Formulario Único de Reporte de Avances a la Gestión (FURAG) más reciente. • Seguimiento realizado por la primera y segunda línea de defensa realizado al plan de acción o plan de trabajo derivado del Formulario Único de Reporte de Avances a la Gestión (FURAG) más reciente. • Soportes y evidencias del cumplimiento de las acciones formuladas en el plan de acción o plan de trabajo derivado del Formulario Único de Reporte de Avances a la Gestión (FURAG) más reciente. • Políticas establecidas y adoptadas por el Instituto según los lineamientos estipulados en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión. • Actas derivadas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. • Actas de demás Comités o reuniones, en las cuales se trataron temas y se tomaron decisiones referentes a las políticas, actividades, acciones y lineamientos establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
2	Informe de austeridad y eficiencia del gasto público.	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión presupuestal: Ejecución presupuestal de gastos. Archivo de pagos o movimientos de rubros del agregado de gastos de funcionamiento. Actos administrativos que soporten las adiciones, modificaciones, traslados y demás, realizados con cargo al presupuesto de ingresos y gastos. • Gestión Humana: Comprobantes de pago de la seguridad social (Efectivamente pagadas). Planillas en Excel con el cálculo de la seguridad social. Conciliaciones seguridad social. Consolidado incapacidades con su respectivo seguimiento y evidencias de las gestiones realizadas. Planillas de reporte horas extras. Liquidaciones horas extras (Debidamente aprobadas y firmadas). Informe de horas extras compensatorios. Actos administrativos por los cuales se realizó la compensación de horas extras para los funcionarios respectivos. Informe de los servidores públicos que presentan acumulación de períodos de vacaciones; con las gestiones al respecto y la justificación de dicha situación. • Gestión de Infraestructura, bienes y servicios: Informe consumo servicios públicos: agua, energía, internet, telefonía fija y telefonía celular. Informe consolidado del inventario bienes consumibles (papelería, aseo, cafetería). Informe consumo – rotación del inventario bienes consumibles (papelería, aseo, cafetería). Informe consumo de impresiones. • Gestión TIC: Reporte de llamadas telefónicas. Informe consumo de internet. Informe medidas de austeridad en cuanto al uso de equipos de cómputo y demás temas inherentes a gestión TIC. • Caja menor: Arqueos realizados a la caja menor. Reembolsos de caja menor, con todos los soportes y facturas de los gastos incurridos. Actos administrativos sobre cambios en el manejo de la caja menor. • Subdirección Administrativa y Financiera: Actas reuniones Comité de Austeridad. Plan Anual de Adquisiciones actualizado y los seguimientos realizados a la fecha. Actos administrativos de actualización y modificación al Plan Anual de Adquisiciones. Seguimiento a las acciones definidas en la Política de Austeridad del gasto. Informe general de medidas de austeridad y eficiencia del gasto público, implementadas por el Instituto.

No.	Informe de ley	Información requerida
3	Informe de Control Interno Contable.	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas contables bajo el marco normativo aplicable al Instituto. • Actas de capacitación, en las cuales se realizó la socialización de las políticas contables con el personal del Instituto. • Plan de trabajo, cronograma o lista de actividades a desarrollar por el área contable durante la vigencia. • Informe del proceso y de las gestiones administrativas realizadas para la depuración contable de las cifras y demás datos contenidos en los estados, informes y reportes contables; así como de los ajustes correspondientes a los que hubo lugar según la norma aplicable a cada caso en particular. • Informe del proceso y de las gestiones administrativas realizadas para las conciliaciones de operaciones recíprocas. • Procedimiento para el castigo de la cartera y detalle de la misma. • Detalle de las vidas útiles parametrizadas en el sistema contable según la clase de activos. • Consolidado de prestaciones sociales. • Inventario detallado de la cuenta 15 inventarios. • Inventario detallado de la cuenta 16 propiedad, planta y equipo. • Conciliación de los recursos recibidos en administración vs el saldo de las cuentas bancarias y otros. • Conciliaciones realizadas a cuentas activas, pasivas y de resultados. • Detalle de las cuentas de activos y pasivos por tercero (cuentas por cobrar, cuentas por pagar, anticipos, etc.). • Evidencia de las revisiones y ajustes periódicos realizados a la vida útil de la propiedad, planta y equipo. • Soporte de la validación y actualización del catálogo de cuentas aplicable al Instituto. • Soporte de análisis de deterioro de los activos fijos y cartera. • Registro o archivo de depreciaciones, amortizaciones, agotamiento y deterioro. • Soporte de las estimaciones contables (ingresos, cuentas por cobrar, provisiones, deterioro, etc.). • Registro de la baja en cuentas. • Estado de situación financiera, Estado de resultados, Certificación de estados financieros, Notas a los estados financieros, Indicadores financieros. • Matriz de riesgos y controles del proceso contable. • Autoevaluaciones realizadas para determinar la efectividad de los controles aplicables al proceso. • Informe de gestión del avance en la adopción de las Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Público. • Actas Comité de Sostenibilidad contable, vigencia 2019. • Actas Comité de implementación y seguimiento a la transición del nuevo marco normativo contable bajo normas internacionales de contabilidad del sector público-NICSP. • Actas equipos primarios proceso contable. • Archivo identificando el personal adscrito al proceso contable, con sus funciones básicas y/o principales. • Plan de capacitación y formación, para el personal que interviene en el proceso contable.
4	Informe de seguimiento a la entrega de la información en las diferentes categorías del Sistema CHIP.	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento al cumplimiento en el reporte de la información en las diferentes categorías del Sistema CHIP. • Seguimiento a las conciliaciones de operaciones recíprocas, para el reporte respectivo.
5	Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento institucional.	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento con sus respectivas evidencias y soportes a las acciones vigentes según el alcance de seguimiento, de las acciones de mejora, de corrección y correctivas estipuladas en los respectivos Planes de Mejoramiento Institucional – PMI, según los informes de ley realizados.

No.	Informe de ley	Información requerida
6	Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento único de la Contraloría General de Medellín - CGM.	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento con sus respectivas evidencias y soportes a las acciones vigentes según el alcance de seguimiento, de las acciones de mejora, de corrección y correctivas estipuladas en los respectivos Planes de Mejoramiento Único de la Contraloría General de Medellín – PMU-CGM, según las auditorías realizadas por dicho ente de control.
7	Informe sobre las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, y Denuncias - PQRSD.	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Protocolo de Atención al Usuario vigente. • Base de datos de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias interpuestas por las partes interesadas. • Seguimientos y gestiones realizadas por los responsables de las PQRSD con anterioridad a su cierre (para verificar la calidad de las respuestas). • Seguimientos y gestiones realizadas por los responsables de las PQRSD con anterioridad a su cierre (para verificar la oportunidad de las respuestas). • Actas equipo primario personal atención al usuario en donde se evidencien los lineamientos estipulados para la correcta y oportuna respuesta a las PQRSD. • Soportes de capacitaciones en cuanto a temas legales, operativo y de funcionalidad en la respuesta de las PQRSD a quienes intervienen en éstas. • Informe de las PQRSD que han sido objeto de intervención por parte de la defensa jurídica de la entidad (tutelas).
8	Informe de evaluación institucional a la gestión por dependencias.	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Desarrollo vigente. • Seguimiento al Plan de Desarrollo vigente. • Plan Indicativo vigente. • Seguimiento al Plan Indicativo vigente. • Plan de Acción Institucional vigente. • Seguimiento del Plan de Acción Institucional vigente. • Soportes y evidencias del cumplimiento de los objetivos y metas estipuladas en los anteriores planes. • Seguimiento a indicadores de gestión, Justificación del no cumplimiento. • Justificación de cambios en las fichas metodológicas de dichos indicadores en caso de presentarse. • Acuerdos de gestión suscritos con los Subdirectores y Jefes, con sus respectivos seguimientos. • Evaluación de desempeño de los servidores públicos, última evaluación realizada; con sus seguimientos, planes de mejora según resultados.
9	Informe de Derechos de Autor - Software.	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidado de software adquiridos, usados y administrados propiedad del Instituto, con corte definido según el alcance de auditoría. • Reporte realizado en la página del gobierno nacional de Derechos de Autor. • Seguimientos y gestiones emprendidas para el correcto uso y desarrollo de los software propiedad del Instituto.
10	Informe de seguimiento a la relación de acreencias a favor de la entidad, pendientes de pago.	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdos vigentes de cartera hipotecaria. • Informes mensuales de la cartera hipotecaria. • Cuadros mensuales de cartera. • Informe de gestión semestral de la cartera institucional • Actas Comité de Cartera. • Conciliaciones de cartera. • Informe de gestión de las actividades realizadas en el proceso de alistamiento de obligaciones. • Informe de gestión de las visitas de cartera. • Informe de gestión con respecto a la legalización de nuevas obligaciones. • Informe de gestión de las obligaciones que se encuentran judicializadas. • Informes de interventoría o supervisión de los contratos ejecutados para la administración de la cartera. • Informe de gestión sobre el trabajo realizado a las partidas conciliatorias pendientes de la cuenta bancaria de recaudo de cartera. • Seguimiento a los planes de acción o planes de trabajo de los contratistas

No.	Informe de ley	Información requerida
		<p>a cargo de la cartera hipotecaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> Informe de gestión referente a los avances y actividades desarrolladas en el marco del proceso de escrituración de las modificaciones de hipoteca.
11	Informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC.	<ul style="list-style-type: none"> Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC de la respectiva vigencia. Seguimientos y monitoreos realizados por la primera y segunda línea de defensa a las estrategias y actividades definidas para cada componente del PAAC vigentes. Soportes y evidencias del cumplimiento de las estrategias y actividades definidas para cada componente del PAAC vigentes.
12	Informe de seguimiento a las funciones del Comité de Conciliaciones.	<ul style="list-style-type: none"> Política del daño antijurídico vigente. Seguimiento a las actividades, acciones y lineamientos propuestos en la Política del daño antijurídico vigente. Actas del Comité de Conciliación. Informe de gestión del Comité de Conciliación; así como la evidencia de la entrega del mismo al representante legal del ente y a los miembros del Comité. Reporte de casos en los cuales se estudió la procedencia de la acción de repetición y el acta respectiva. Base de datos con información referente a los procesos judiciales en contra del Instituto, los seguimientos realizados, las gestiones emprendidas y su estado actual. Información referente a gestión realizada por el apoderado judicial en la respectiva vigencia.
13	Informe de seguimiento a la racionalización de trámites - SUIT.	<ul style="list-style-type: none"> Política de racionalización de trámites vigente. Seguimiento a las actividades, acciones y lineamientos propuestos en la Política de racionalización de trámites vigente. Actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, en las cuales se socializaron temas inherentes a la racionalización de trámites. Actas, soportes y registros de la mesa de trabajo interna de trámites. Soportes y evidencias de la actualización de los trámites en página web así como en el SUIT.
14	Informe de seguimiento a la contratación estatal y a la publicación de los contratos en la plataforma gubernamental SECOP.	<ul style="list-style-type: none"> Manual de Contratación vigente. Manual de supervisión e interventoría vigente. Actas del Comité Estructurador debidamente aprobadas y firmadas. Actas del Comité de Contratación debidamente aprobadas y firmadas. Expedientes contractuales sujetos a revisión según la definición de la muestra de auditoría. Órdenes de compra emitidas por la Tienda Virtual de Colombia Compra Eficiente en SECOP II. Justificación contratos anulados durante el alcance de la auditoría. Justificación contratos terminados con fecha superior a seis meses y sin liquidar. Plan Anual de Adquisiciones actualizado y los seguimientos realizados a la fecha.
15	Informe de verificación y seguimiento a la Ley de cuotas.	<ul style="list-style-type: none"> Consolidado de servidores públicos vinculados con corte definido según el alcance de auditoría. Reporte realizado en el aplicativo establecido por el DAPF para dicho cumplimiento – Ley de Cuotas. Plan de acción o plan de trabajo establecido, en caso de no dar cumplimiento al porcentaje establecido en la normatividad vigente aplicable.

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

2.3. Análisis y evaluación:

Cuando el equipo auditor recopila toda la información y documentación necesaria para el informe de ley a realizar, se debe iniciar un proceso de revisión, análisis y evaluación riguroso y cuidadoso de la información, con el fin de extraer las conclusiones que darán origen a las observaciones, recomendaciones y resultados generales del informe de ley. Al respecto las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna establecen que:

2320 – Análisis y Evaluación.

Los auditores internos deben basar sus conclusiones y los resultados del trabajo en análisis y evaluaciones adecuados. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p. 212).

El programa de trabajo de cada informe de ley, se vincula con los papeles de trabajo; ya que allí se documenta la información producida y las conclusiones resultantes. Algunos de los papeles de trabajo más realizados en el ciclo de auditoría, son los siguientes:

- Memorando de inicio o planificación.
- Listas de chequeo o de comprobación.
- Flujogramas.
- Descripciones narrativas de las actividades clave.
- Mapa de riesgos.

- Matriz de riesgos y controles que documenten los vínculos entre los riesgos, los controles, y el enfoque de las pruebas.
- Seguimientos a planes de acción o planes de trabajo.
- Seguimiento a indicadores.
- Seguimiento a planes de mejoramiento.
- Resúmenes de las entrevistas
- Los resultados, las evidencias y las conclusiones.

La ejecución del informe de ley implica desempeñar las técnicas necesarias y 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 el equipo auditor cuente con una lista de procedimientos y pruebas específicas para realizar, tal y como se conoce popularmente, como pruebas y muestras.

Adicionalmente, otros factores que generalmente se establecen por el equipo auditor en el programa de trabajo incluyen objetivos de las pruebas, criterios externos e internos aplicables, enfoque de la prueba, procedimientos a ejecutar y la población establecida o a tener en cuenta para la realización de las pruebas: así mismo, se establece la metodología o el método para obtener la muestra y el tamaño de la misma según los parámetros establecidos.

El equipo auditor puede realizar pruebas a una población completa o utilizando una muestra representativa de información; lo anterior dependiendo de las características específicas del informe de ley, del objetivo y alcance del informe y

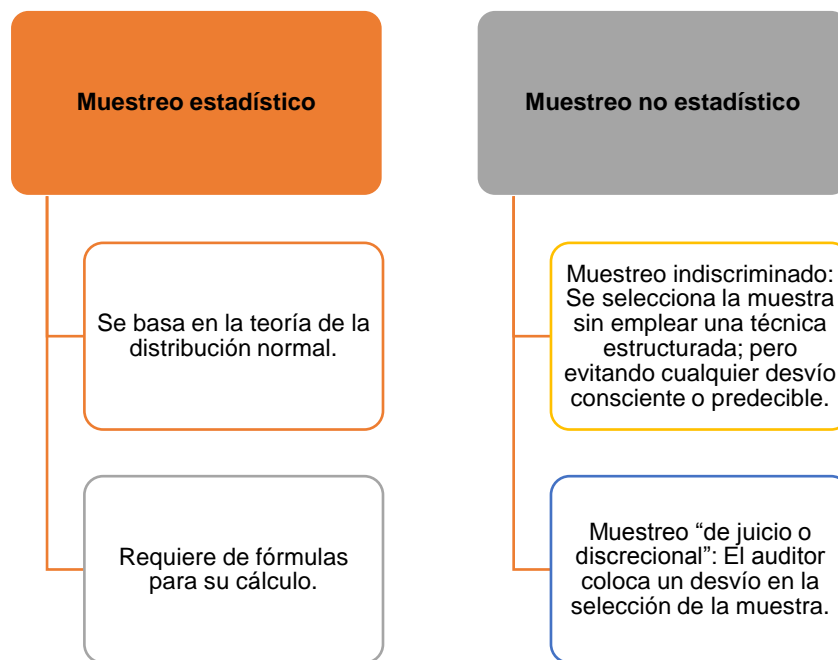
de los recursos disponibles para la ejecución del trabajo. Si se determina seleccionar una muestra de auditoría, se deben aplicar métodos estadísticos que aseguren que la muestra seleccionada representa las características de los elementos que conforman toda la población; y que den confianza al equipo auditor de que la muestra seleccionada es confiable y representativo para poder concluir sobre la misma.

Referente a la determinación de la muestra de auditoría; este proceso se realiza cuando no es posible llevar a cabo una verificación total de las transacciones, operaciones, actividades o hechos ocurridos en la unidad auditable según el respectivo informe de ley; debido a la cantidad de las mismas, a limitaciones de tiempo, recursos o alcance; por lo tanto, se selecciona una muestra la cual debe ser representativa de acuerdo con la complejidad de la unidad auditable según cada informe de ley.

El Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL define que “El muestreo de auditoría es la aplicación de un procedimiento de auditoría a menos del 100% de los elementos de una población con el objetivo de sacar conclusiones acerca de toda la población”.

Existen dos métodos de muestreo, a continuación se expone una breve descripción de ambos:

Gráfico 13: Determinación de la muestra de auditoría.



Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

En cuanto a los enfoques de las pruebas, éstas pueden incluir una combinación de procedimientos manuales de auditoría interna y las conocidas 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; lo anterior, requiere de recursos y presupuesto asignado para su adquisición.

Dado lo anterior, los procedimientos manuales de auditoría son los más ejecutados en campo, y éstos buscan información a través de entrevistas o encuestas, observaciones e inspecciones. También hay otros procedimientos

manuales de auditoría cuya realización puede llevar más tiempo, pero generalmente proporcionan un mayor nivel de aseguramiento.

Algunos ejemplos de los procedimientos manuales son los siguientes:

Gráfico 14: Ejemplos procedimientos manuales de auditoría.

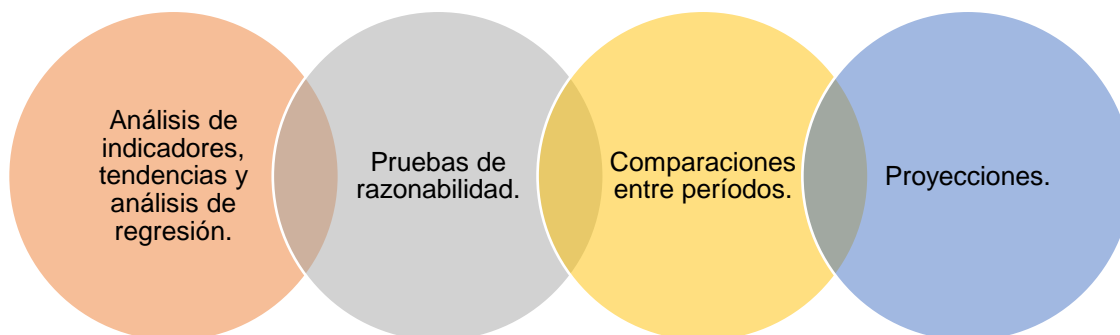


Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Adicionalmente, se desarrollan procedimientos analíticos, los cuales son empleados por el equipo auditor para comparar la información recopilada para el desarrollo del informe de ley. Su característica principal está dada en que se basan en una fuente independiente; es decir, están libres de sesgos. Algunos ejemplos de procedimientos analíticos son los siguientes:

Gráfico 15: Ejemplos procedimientos analíticos de auditoría.



Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFFP.

Como lo determina el Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL en el Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna, 2017; el equipo auditor al realizar el análisis y evaluación de la información requerida para el informe de ley, y encontrar cualquier desviación significativa, deberá realizar análisis adicionales para determinar si la causa de la variación es razonable; como por ejemplo, errores humanos en registros, cambios en las condiciones de la unidad auditable o procedimiento. En caso de que los resultados de dichos análisis sean inexplicables o no concuerden con la realidad de los criterios establecidos para el informe de ley o para la unidad auditable, se podrían plantear nuevas pruebas; y adicionalmente, 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.

2.4. Documentación de la información:

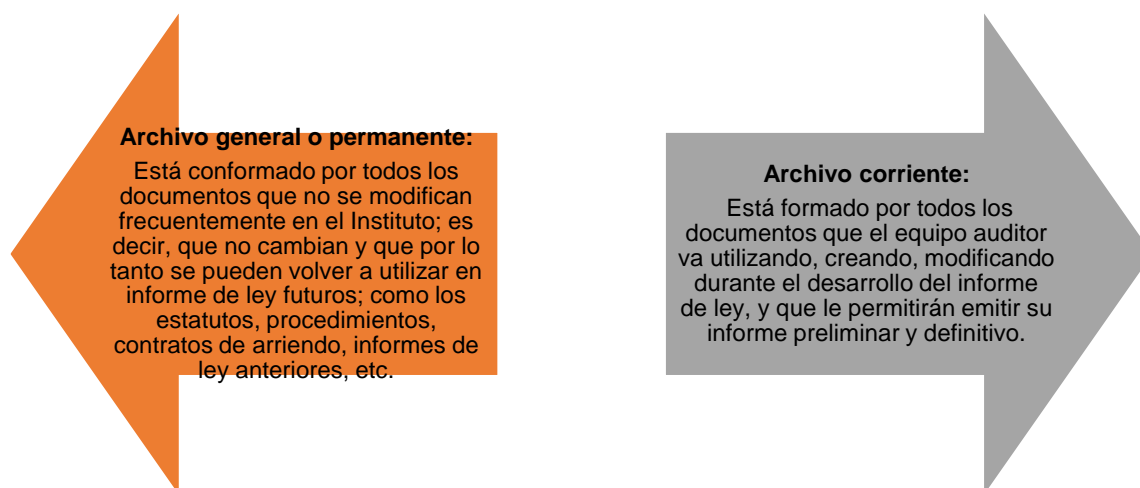
Los papeles de trabajo son los documentos elaborados por equipo auditor o aquella documentación obtenidos por éstos durante el transcurso de cada una de

las fases del proceso de ejecución del informe de ley. El soporte de los papeles de trabajo puede incluir anotaciones, cuestionarios, programas de trabajo, planillas, las cuales deberán permitir la identificación razonable del trabajo efectuado por el equipo auditor.

Los papeles de trabajo documentan la información obtenida, los análisis efectuados y el soporte para las conclusiones y los resultados del trabajo efectuado para la realización del informe de ley.

Los papeles de trabajo se clasifican en dos tipos de archivos, así:

Gráfico 16: Tipos de papeles de trabajo.



Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

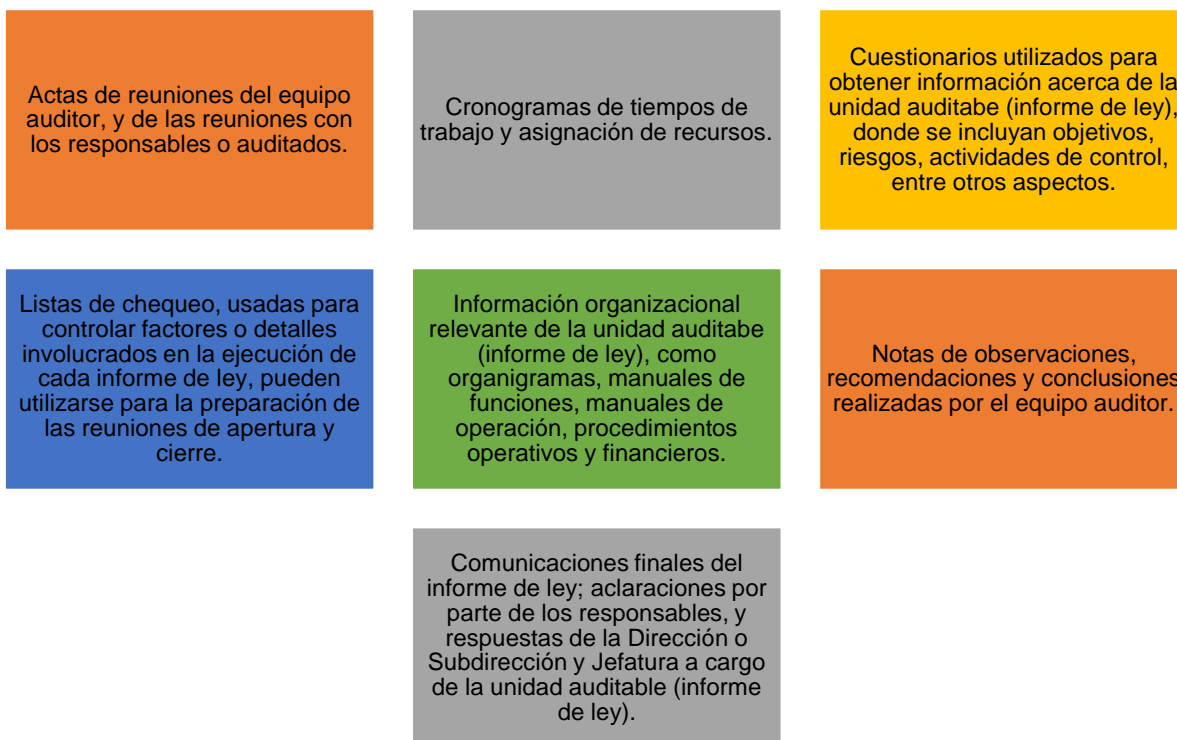
La organización, diseño y contenido depende de la naturaleza y objetivos del informe de ley, así como de las necesidades del Instituto. Los papeles de trabajo documentan todos los aspectos del proceso de trabajo, desde la planificación hasta la comunicación de los resultados.

Los papeles de trabajo son considerados como la herramienta que le permite al equipo auditor contar con el soporte documental para cada informe de ley, incluye planillas, listas de chequeo en las cuales se registran los datos y la información obtenida durante el proceso auditor, así como los resultados y las pruebas realizadas.

Los papeles de trabajo también se refieren a la información consultada en documentos internos del Instituto, como las caracterizaciones de la unidad auditable, procedimientos y manuales, entre otra información que permita conocer en detalle la funcionalidad de la unidad auditable, y que sirva para poder alcanzar el objetivo del informe de ley.

Seguidamente, se presentan algunos ejemplos de papeles de trabajo:

Gráfico 17: Ejemplos papeles de trabajo.



Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

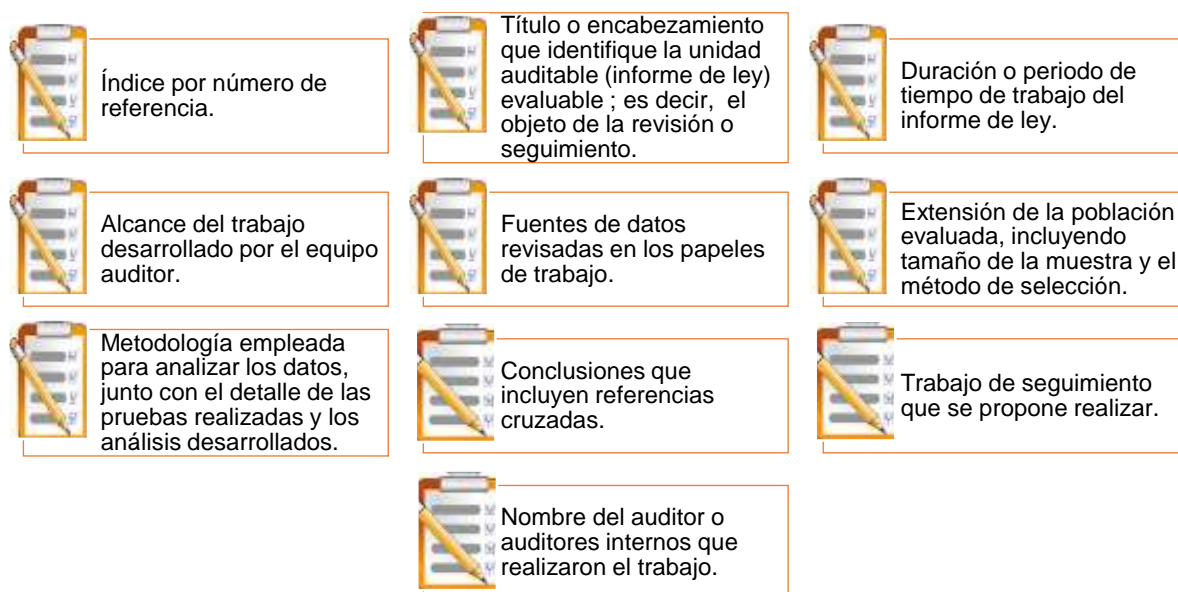
Fuente de información: Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Antes de documentar la información del trabajo realizado para el informe de ley, el equipo auditor deberá revisar y comprender los procedimientos específicos para desarrollar los papeles de trabajo, formatos, anotaciones o símbolos estandarizados y cualquier plantilla disponible o software que utilice la Jefatura de Oficina de Control Interno.

Los papeles de trabajo son una parte importante de un proceso sistemático y disciplinado, ya que allí se organiza la evidencia del informe de ley, con esta documentación será posible corroborar y soportar el trabajo y los seguimientos realizados, y respaldar los resultados obtenidos, las conclusiones realizadas y las observaciones y recomendaciones formuladas en los informes de ley.

Los papeles de trabajo deben incluir los siguientes elementos o parámetros:

Gráfico 18: Ítems a tener en cuenta en los papeles de trabajo.



Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Fuente imágenes: Google.

Por último, frente a los papeles de trabajo; es importante precisar que éstos se organizan siguiendo la estructura desarrollada en el programa de trabajo e incluyen referencias a información relevante. El resultado final es una colección completa de documentación electrónica (digital), física (papel) o una combinación de ambas; en donde repose todos los procedimientos ejecutados y completados en la realización del informe de ley; la información obtenida y recopilada, las conclusiones a las que se han llegado con la realización de las pruebas y seguimientos propuestos, las observaciones, las recomendaciones y los fundamentos lógicos de cada una de las fases del proceso auditor.

2.5. Supervisión del informe de ley:

Como lo hemos planteado anteriormente, para la realización de los informes de ley se contará con un equipo auditor, dependiendo de la disponibilidad de recursos; quienes ejecutaran las diferentes etapas del proceso auditor; sin embargo, éstos estarán supervisados con el fin de determinar la calidad del trabajo realizado.

Por lo tanto, la supervisión del trabajo es un proceso que comienza con la planificación del informe de ley y continúa a lo largo de toda su ejecución. Dicha supervisión se encuentra en cabeza del Jefe de la Oficina de Control Interno del Instituto, o quien haga sus veces, como líder de la realización de los informes de ley de la entidad. Cabe aclarar que, en el caso de entidades con personal robusto, dependiendo del equipo auditor con el que se cuente, es posible que se definan cabezas o líderes por informe de ley, quienes entran a ejercer la supervisión; no

obstante, aunque se delegue dicha función, la responsabilidad sigue siendo del Jefe de la Oficina de Control Interno.

El supervisor del informe de ley es responsable de aprobar el programa de trabajo y puede asumir la responsabilidad sobre otros aspectos del proceso de planificación. El criterio principal para aprobar el programa de trabajo es que esté diseñado para lograr los objetivos de forma eficiente; adicionalmente, el programa de trabajo puede incluir procedimientos para identificar, analizar, evaluar y documentar la información.

Dicho supervisor debe mantener una comunicación continua con el equipo auditor, con la Subdirección, Jefatura, líderes o responsables de la unidad auditable (informe de ley), así como con la Dirección. El supervisor del informe de ley revisa los papeles de trabajo que describen los procedimientos de auditoría aplicados, la información identificada, los resultados de los seguimientos, las observaciones y las conclusiones preliminares realizadas. Así mismo, evalúa si la información, las pruebas y los resultados son suficientes, confiables, relevantes y útiles para alcanzar los objetivos y respaldar los resultados y las conclusiones del informe de ley.

Frente a la calidad de la comunicación, las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna establecen que:

2420 – Calidad de la comunicación.

Las comunicaciones deben ser precisas, objetivas, claras, concisas, constructivas, completas y oportunas. (Instituto de Auditores Internos IIA)

GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p. 228).

Por lo tanto, los supervisores del informe de ley deben revisar que se sigan y cumplan con estas características en las comunicaciones y en los papeles de trabajo, por cuanto los papeles de trabajo brindan el apoyo principal de las comunicaciones.

Como lo plantea el Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL:

Las comunicaciones precisas están libres de errores y distorsiones y son fieles a los hechos que describen. Las comunicaciones objetivas son justas, imparciales y sin desvíos y son el resultado de una evaluación justa y equilibrada de todos los hechos y circunstancias relevantes. Las comunicaciones claras son fácilmente comprensibles y lógicas, evitando el lenguaje técnico innecesario y proporcionando toda la información significativa y relevante. Las comunicaciones concisas van a los hechos y evitan elaboraciones innecesarias, detalles superfluos, redundancia y uso excesivo de palabras. Las comunicaciones constructivas son útiles para el cliente del trabajo y la organización, y conducen a mejoras que son necesarias. A las comunicaciones completas no les falta nada que sea esencial para los receptores principales e incluyen toda la información y observaciones significativas y relevantes para apoyar a las recomendaciones y conclusiones. Las comunicaciones oportunas son realizadas en el tiempo debido y son pertinentes, dependiendo de la significatividad del tema, permitiendo a la dirección tomar la acción correctiva apropiada. (Instituto de Auditores Internos

IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p. 228).

Es así que, el Jefe de la Oficina de Control Interno, se deberá reunir con el equipo auditor que haya realizado y ejecutado el seguimiento al respectivo informe de ley, con el fin de tratar el proceso de ejecución. Frente a lo anterior, dice el IIA GLOBAL:

Esta reunión supone una oportunidad para formar, desarrollar y evaluar a los auditores internos. Al revisar las comunicaciones y los papeles de trabajo que deben documentar todos los aspectos del proceso, los supervisores pueden solicitar aclaraciones o evidencias adicionales. Los auditores internos pueden tener la oportunidad de mejorar su trabajo respondiendo a las cuestiones planteadas por el supervisor. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p. 221).

Por lo tanto, la supervisión del informe de ley representa el seguimiento continuo del desempeño de la actividad de auditoría interna en la ejecución de los informes de ley; dicha supervisión forma parte integral del Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad de la Actividad de Auditoría Interna PAMC. Dicho programa no es de la competencia del presente informe; no obstante, se recuerda que el mismo está determinado por el IIA GLOBAL en la Norma 1300; allí establece que:

Un programa de aseguramiento y mejora de la calidad está concebido para permitir una evaluación del cumplimiento de la definición de Auditoría Interna y

las Normas por parte de la actividad de Auditoría Interna, y una evaluación de si los auditores internos aplican el Código de Ética. Este programa también evalúa la eficiencia y eficacia de la actividad de Auditoría Interna e identifica oportunidades de mejora. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p. 112).

2.6. Desarrollo de observaciones:

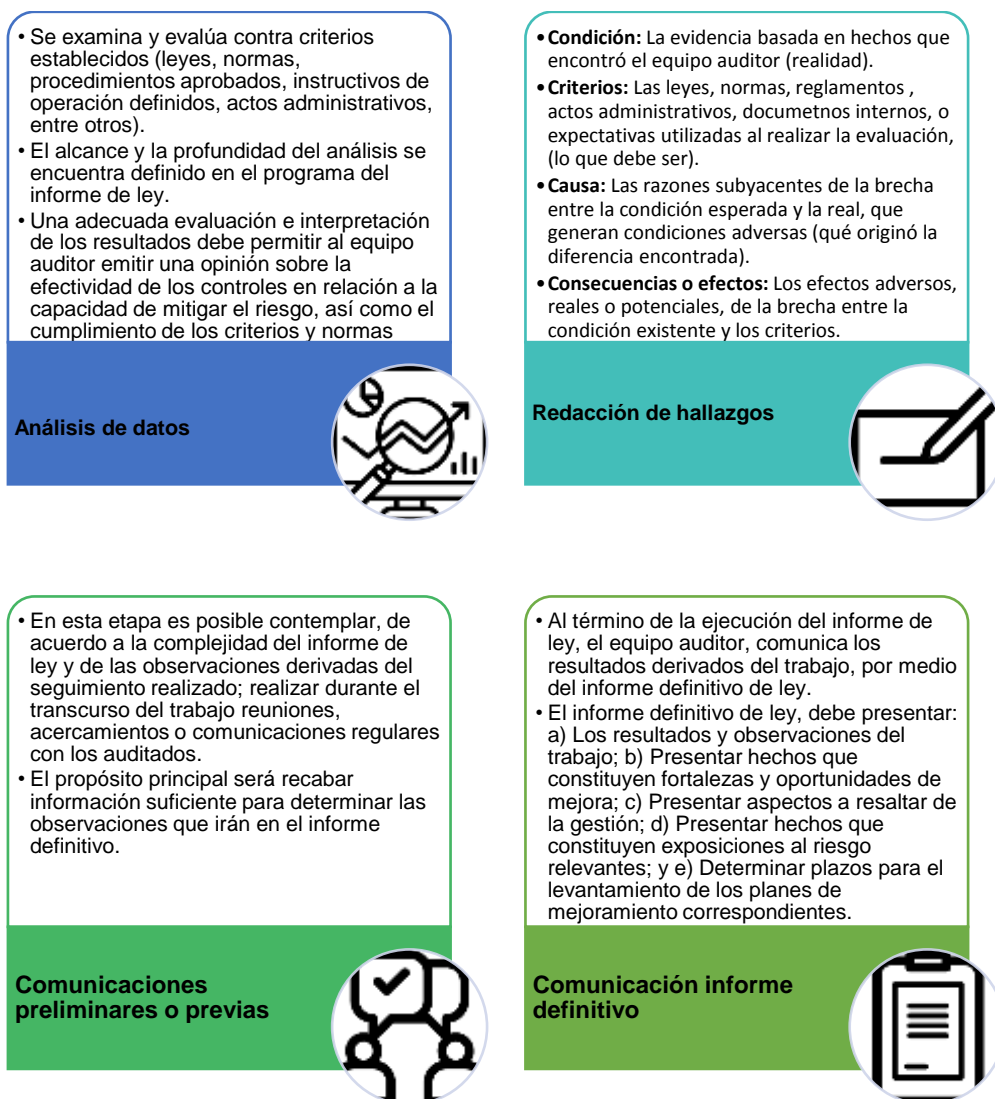
Las observaciones son también conocidas como hallazgos; no obstante, en el sector público dicho término es utilizado por los entes de control; por lo tanto, para no presentar ambigüedades las Jefaturas de Oficina de Control Interno utilizan el nombre de observaciones, cuando se realiza comparación entre un criterio establecido y la situación actual encontrada durante el examen o verificación en el informe de ley.

Estas se configuran en la parte más trascendente de los informes de ley.

Las observaciones, constituyen una narración explicativa y lógica de los hechos detectados y evidenciados por el equipo auditor en el examen de auditoría, referente a deficiencias, desviaciones, irregularidades, errores, debilidades, fortalezas y/o necesidades de cambio.

Para el desarrollo de las observaciones, se requieren los siguientes parámetros:

Gráfico 19: Ítems a tener en cuenta para el desarrollo de observaciones.



Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Fuente imágenes: Google.

Con este ítem, se da por finalizada la segunda etapa “Ejecución (desempeño) del informe de ley”, y se procederá a dar inicio a la tercera etapa, la cual corresponde al “Informe de ley (comunicación de resultados)”.

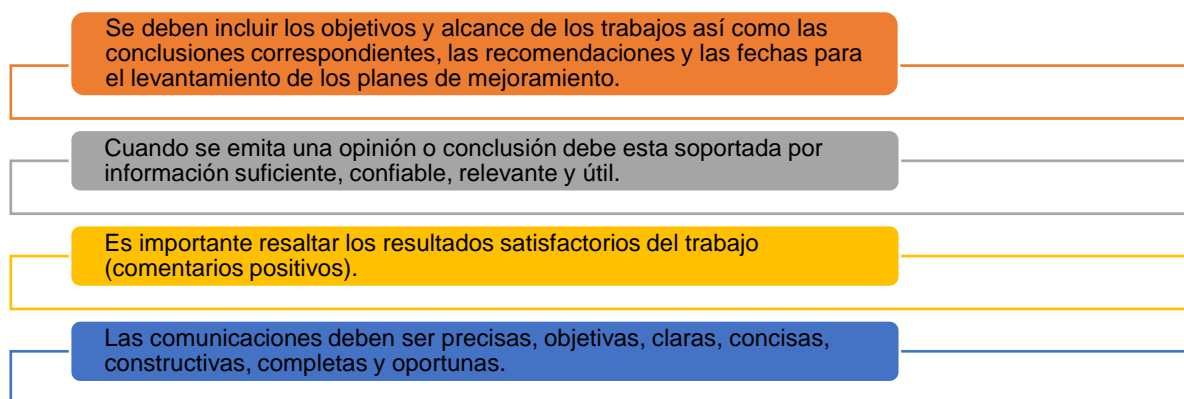
3. Tercera etapa: Informe de ley (comunicación de resultados).

En esta tercera etapa se da la actividad de presentación de los resultados del informe de ley, derivados de la ejecución de los procedimientos y pruebas de auditoría; esta presentación se realiza por medio de un informe de auditoría e igualmente, posterior a su comunicación, se suscriben los planes de mejoramiento. Como se ha expuesto a lo largo del presente trabajo de proyecto de grado, al llegar a esta etapa, ya se han desarrollado una serie de pasos previos con los auditados y responsables, que incluyeron entre otras actividades, comunicación previa del inicio del informe de ley, comunicaciones permanentes para solicitud de información; y el equipo auditor ha realizados procedimientos y pruebas de auditoría para el análisis y evaluación de datos. Adicionalmente, como se evidencia en el gráfico No. 19, posteriormente al desarrollo de las observaciones por parte del equipo auditor, se desprenden comunicaciones previas y definitivas del informe de ley.

Es importante resaltar que entre la comunicación del informe preliminar y la comunicación del informe definitivo, se deja abierto un espacio para que los auditados consideren información adicional, y realicen precisiones, claridades o aclaraciones a las observaciones contenidas en el informe preliminar. De esta manera, el equipo auditor analizará su respuesta, comprobará las evidencias adjuntas y evaluará la información para determinar la pertinencia o no de las aclaraciones, realizando posteriormente, la comunicación del informe definitivo de ley.

El Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL establece que los auditores internos al comunicar los resultados del trabajo deben tener en cuenta los aspectos que a continuación se relacionan:

Gráfico 20: Aspectos a tener en cuenta para el informe de ley



Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

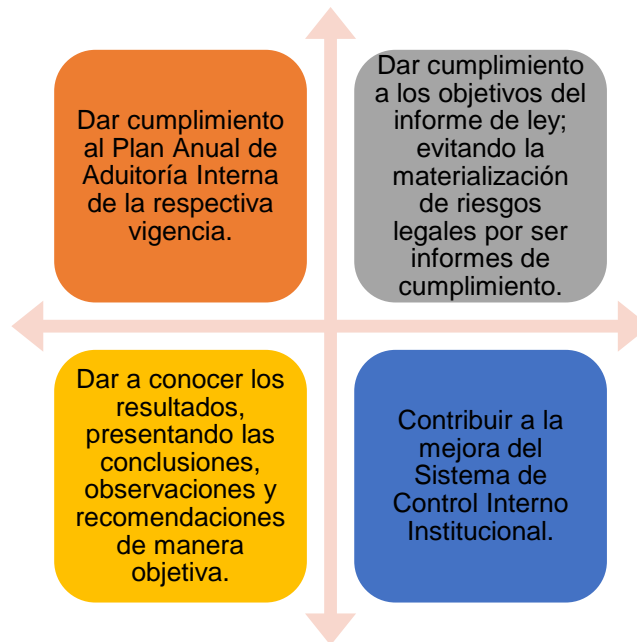
3.1. Aspectos a tener en cuenta para el informe de ley:

Los informes deben incluir un informe ejecutivo que contenga, además del título del informe de ley, el objetivo de auditoría, el alcance cumplido, el resumen con los aspectos más importantes respecto de las observaciones encontradas, las recomendaciones y las conclusiones que deben responder a los objetivos del informe de ley, cuyo destinatario será el Representante Legal del Instituto; es decir, para este caso, para el Director.

El informe detallado desarrollará el contenido completo de las observaciones con destino al Subdirector o Jefe responsable, junto con su equipo de trabajo, líder o servidores públicos que realizan actividades propias evaluables en el informe de ley. Quienes deberán establecer los planes de mejoramiento correspondientes.

En este punto es importante resaltar la importancia de la elaboración de los informes de ley, con éstos, la Jefatura de Oficina de Control Interno cumple con los siguientes objetivos:

Gráfico 21: Objetivos del informe de ley.



Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: <https://www.auditool.org/blog/auditoria-externa/271-el-informe-de-auditoria>.

3.2. Calidad del informe de ley:

Como se ha mencionado en repetidas ocasiones, las comunicaciones realizadas por el equipo auditor, deben ser precisas, objetivas, claras, concisas, constructivas, completas y oportunas. Al respecto, la norma 2420 Calidad de la comunicación establece en su interpretación lo siguiente:

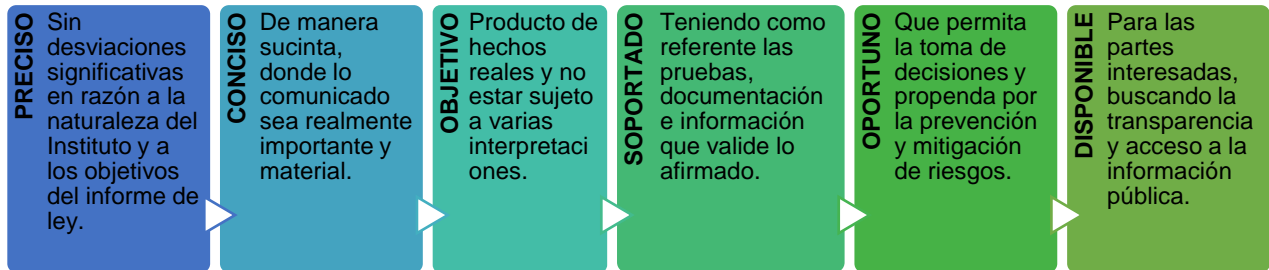
Interpretación:

Las comunicaciones precisas están libres de errores y distorsiones y son fieles a los hechos que describen. Las comunicaciones objetivas son justas,

imparciales y sin desvíos y son el resultado de una evaluación justa y equilibrada de todos los hechos y circunstancias relevantes. Las comunicaciones claras son fácilmente comprensibles y lógicas, evitando el lenguaje técnico innecesario y proporcionando toda la información significativa y relevante. Las comunicaciones concisas van a los hechos y evitan elaboraciones innecesarias, detalles superfluos, redundancia y uso excesivo en palabras. Las comunicaciones constructivas son útiles para el cliente del trabajo y la organización, y conducen a mejoras que son necesarias. A las comunicaciones completas no les falta nada que sea esencial para los receptores principales e incluyen toda la información y observaciones significativas y relevantes para apoyar a las recomendaciones y de conclusiones. Las comunicaciones oportunas son realizadas en el tiempo debido y son pertinentes, dependiendo de la significatividad del tema, permitiendo a la dirección tomar la acción correctiva apropiada. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p. 228).

Adicionalmente, los informes de ley deben ser escritos de tal manera que la información contenida sea comprendida no sólo por el Director, Subdirectores, o responsables de la unidad auditable; sino por cualquier usuario; por lo tanto, los informes de ley deberán cumplir con las siguientes características:

Gráfico 22. Características de los informes de ley.




Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: <https://www.auditool.org/blog/auditoria-externa/271-el-informe-de-auditoria>.


Teniendo un panorama de los principales atributos tratados en estos primeros ítems, el equipo de trabajo del proyecto de grado plantea como propuesta los siguientes formatos de informe ejecutivo y detallado de ley:

Formato 3: Propuesta informe ejecutivo de ley

 <p>Alcaldía de Medellín ISVIMED <small>Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín</small></p>	Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín - ISVIMED INFORME EJECUTIVO JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO		Código: Versión: Fecha:
Lugar y fecha de emisión:			
Destinatario del informe:			
Nombre del informe:			
Tipo de informe:	<input type="checkbox"/> Preliminar <input type="checkbox"/> Definitivo		
Objetivo general del informe:			
Objetivos específicos del informe:			
Alcance del informe:			
Limitación al alcance del informe:			
Equipo auditor:			
Resumen ejecutivo:			
Detalle de resultados:			
Observaciones	Efecto	Recomendaciones	
Aspectos a resaltar:			
Conclusiones:			
Elaborado por:			
Revisado por:			
Aprobado por:			

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Formato 4: Propuesta informe detallado de ley.

 <p>Alcaldía de Medellín ISVIMED Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín</p>	Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín - ISVIMED INFORME DETALLADO JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO		Código: Versión: Fecha:
Lugar y fecha de emisión:			
Destinatario del informe:			
Nombre del informe:			
Tipo de informe:	<input type="checkbox"/> Preliminar <input type="checkbox"/> Definitivo		
Objetivo general del informe:			
Objetivos específicos del informe (Cuando aplique):			
Alcance del informe			
Limitación al alcance del informe (Cuando aplique):			
Equipo auditor:			
Muestra de auditoría:			
Metodología y procedimientos aplicados:			
Detalle de resultados:			
Observación No. 1	Condición:		
	Criterio:		
	Causa:		
	Efecto:		
	Recomendaciones:		
Observación No. 2	Condición:		
	Criterio:		
	Causa:		
	Efecto:		
	Recomendaciones:		
Aspectos a resaltar:			
Conclusiones:			
Elaborado por:			
Revisado por:			
Aprobado por:			

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Los formatos de informes de ley constituyen un insumo primordial para la comunicación efectiva de los resultados del informe de ley; por lo tanto, se desarrollaron dos pequeños instructivos con el fin de facilitar el diligenciamiento del formato propuesto tanto para el informe ejecutivo como para el informe detallado, buscando que la información que se diligencie en el mismo sea homogénea y represente un valor agregado en el ciclo de auditoría; dichos instructivos se presentan a continuación:

3.2.1. Instructivo diligenciamiento Informe ejecutivo de ley:

- A. Lugar y fecha de emisión: Lugar y fecha en la cual se presenta y comunica el informe de ley.
- B. Destinatario: El informe ejecutivo se remitirá al Representante Legal del Instituto; es decir, para este caso, para el Director.
- C. Nombre del informe: Se indica el nombre del informe de ley a desarrollar. Definir entre los quince (15) informe de cumplimiento o ley a cargo de la Jefatura de Oficina de Control Interno.
- D. Tipo de informe: Indicar si el informe ejecutivo a presentar corresponde al informe preliminar o al informe definitivo de ley.
- E. Objetivo general del informe: Se debe indicar cuál es el objetivo del informe de ley realizado. Revisar numeral 1.2. del presente trabajo, en donde se realizó un trabajo de identificación de los objetivos generales por informe. Los objetivos se redactan comenzando por un verbo en infinitivo y deben ser evaluables permitiendo comprobar si se alcanza el resultado.

- F. Objetivos específicos del informe (Cuando aplique): En caso de que se hayan definido desde la planeación objetivos específicos, se deberán plasmar en este campo.
- G. Alcance del informe: El diligenciamiento de este campo se da en concordancia de lo estipulado en el numeral 1.3. del presente informe. Teniendo presente siempre responder los siguientes interrogantes ¿A quién se va auditar?, ¿Cuándo se desarrollará o ejecutará el informe de ley?, ¿Cuál será el corte de información para la evaluación?, ¿Dónde se ejecutará el trabajo?, y ¿Qué información o documentación se analizará?
- H. Limitación al alcance del informe: (Cuando aplique): Indicar si se presentaron durante la evaluación realizada limitaciones al alcance, las cuales disminuyeron los seguimientos y evaluaciones ejecutadas en el desarrollo del informe de ley.
- I. Equipo auditor: Se deberán indicar los auditores internos que participaron y ejecutaron las actividades en el proceso auditor. Indicar nombre, y diferenciar los roles del equipo auditor, así: Auditor supervisor (Cuándo aplique), Auditor líder, Auditor de apoyo, Auditor observador (Cuándo aplique).
- J. Resumen ejecutivo: Indicar en un párrafo corto, la evaluación realizada, los resultados más representativos y las conclusiones generales del trabajo entregado.
- K. Detalle de resultados:

- Observaciones: Es una narración explicativa y lógica de los hechos detectados en el trabajo realizado, referente a deficiencias, desviaciones, irregularidades, errores, debilidades, y/o necesidades de cambio; es decir, es toda información que a juicio del equipo auditor permite identificar hechos o circunstancias importantes que inciden en la gestión del Instituto y que merecen ser comunicadas en el informe ejecutivo de ley.

Por lo tanto, corresponderán al resultado de la comparación que se realiza entre un criterio y la situación actual encontrada, durante el examen realizado.

- Efecto: Es la incidencia, implicación, consecuencia real o potencial, cuantitativa o cualitativa de la situación actual encontrada; por lo tanto, se concluye que es la diferencia entre lo que es y debió ser.
- Recomendaciones: Las recomendaciones deben tener relación con las observaciones y los riesgos identificados en la ejecución del informe de ley. Constituyen el valor agregado que el equipo auditor le entrega al Instituto, basado en buenas prácticas, guía d auditoría, normas internacionales, COSO III, lineamientos internos; así como en el conocimiento, experticia y experiencia de los auditores; deben propender por mitigar los riesgos identificados y mejorar el Sistema de Control Interno institucional.

- L. Aspectos a resaltar: Indicar aspectos positivos, fortalezas, mejoras o gestiones realizadas en pro del mejoramiento de las actividades realizadas y evaluadas en el informe de ley.
- M. Conclusiones: Las conclusiones serán objetivas, basadas en hechos reales y adecuadamente respaldadas en los papeles de trabajo; dichas conclusiones deben responder al objetivo del informe de ley.
- N. Elaboró, Revisó, y Aprobó: Estos campos deben ir diligenciados con el nombre completo, cargo y firma de los servidores públicos responsables de dichas actividades; con el fin de evidenciar la segregación de funciones y la supervisión ejercida al equipo auditor. Adicionalmente de la firma, se deberá diligenciar la fecha en que se desempeñó cada una de las anteriores acciones.

3.2.2. Instructivo diligenciamiento Informe detallado de ley:

- A. Lugar y fecha de emisión: Lugar y fecha en la cual se presenta y comunica el informe de ley.
- B. Destinatario: El informe ejecutivo se remitirá al Representante Legal del Instituto; es decir, para este caso, para el Director.
- C. Nombre del informe: Se indica el nombre del informe de ley a desarrollar. Definir entre los quince (15) informe de cumplimiento o ley a cargo de la Jefatura de Oficina de Control Interno.
- D. Tipo de informe: Indicar si el informe ejecutivo a presentar corresponde al informe preliminar o al informe definitivo de ley.

- E. Objetivo general del informe: Se debe indicar cuál es el objetivo del informe de ley realizado. Revisar numeral 1.2. del presente trabajo, en donde se realizó un trabajo de identificación de los objetivos generales por informe. Los objetivos se redactan comenzando por un verbo en infinitivo y deben ser evaluables permitiendo comprobar si se alcanza el resultado.
- F. Objetivos específicos del informe (Cuando aplique): En caso de que se hayan definido desde la planeación objetivos específicos, se deberán plasmar en este campo.
- G. Alcance del informe: El diligenciamiento de este campo se da en concordancia de lo estipulado en el numeral 1.3. del presente informe. Teniendo presente siempre responder los siguientes interrogantes ¿A quién se va auditar?, ¿Cuándo se desarrollará o ejecutará el informe de ley?, ¿Cuál será el corte de información para la evaluación?, ¿Dónde se ejecutará el trabajo?, y ¿Qué información o documentación se analizará?
- H. Limitación al alcance del informe: (Cuando aplique): Indicar si se presentaron durante la evaluación realizada limitaciones al alcance, las cuales disminuyeron los seguimientos y evaluaciones ejecutadas en el desarrollo del informe de ley.
- I. Equipo auditor: Se deberán indicar los auditores internos que participaron y ejecutaron las actividades en el proceso auditor. Indicar nombre, y diferenciar los roles del equipo auditor, así: Auditor supervisor (Cuándo aplique), Auditor líder, Auditor de apoyo, Auditor observador (Cuándo aplique).

J. Muestra de auditoría: Indicar la muestra de auditoría que se seleccionó para desarrollar el trabajo auditor; es decir, el subconjunto de casos, trámites, procedimientos, actividades, beneficiarios, peticiones, transacciones, pagos, contratos, etc., de la población total. Es importante, resaltar que la muestra de auditoría debe ser representativa y para ello debe escogerse una técnica de muestra adecuada que produzca una muestra aleatoria adecuada. Lo anterior, se puede reforzar según lo expuesto en el numeral

2.3. Análisis y evaluación del presente trabajo

K. Metodología y procedimientos aplicados: Indicar los procedimientos o las técnicas de auditoría utilizadas para el desarrollo del trabajo, y mediante las cuales se ejecutaron las pruebas y por las cuales se obtuvo los insumos y evidencias para la formulación de los resultados, conclusiones, observaciones y recomendaciones. El equipo auditor definirá según el informe de ley a realizar, qué técnicas son las más apropiadas, éstas se detallan en el numeral 1.6. del presente trabajo.

L. Detalle de resultados:

- Condición: Descripción de la situación encontrada por el equipo auditor.
- Criterio: Detallar el estándar contra el cual se ha medido o comparado la condición. Es decir, políticas, prácticas, procedimientos o requisitos contra los cuales el equipo auditor mide la condición. Lo anterior, se puede evidenciar en el numeral 1.4. del presente trabajo.

- Causa: Detallar las razones por las cuales, a juicio del equipo auditor, ocurrió la condición observada; es decir, ¿por qué ocurrió la condición?
- Efecto: Es la incidencia, implicación, consecuencia real o potencial, cuantitativa o cualitativa de la situación actual encontrada; por lo tanto, se concluye que es la diferencia entre lo que es y debió ser.
- Recomendaciones: Las recomendaciones deben tener relación con las observaciones y los riesgos identificados en la ejecución del informe de ley. Constituyen el valor agregado que el equipo auditor le entrega al Instituto, basado en buenas prácticas, guía d auditoría, normas internacionales, COSO III, lineamientos internos; así como en el conocimiento, experticia y experiencia de los auditores; deben propender por mitigar los riesgos identificados y mejorar el Sistema de Control Interno institucional.

M. Aspectos a resaltar: Indicar aspectos positivos, fortalezas, mejoras o gestiones realizadas en pro del mejoramiento de las actividades realizadas y evaluadas en el informe de ley.

N. Conclusiones: Las conclusiones serán objetivas, basadas en hechos reales y adecuadamente respaldadas en los papeles de trabajo; dichas conclusiones deben responder al objetivo del informe de ley.

O. Elaboró, Revisó, y Aprobó: Estos campos deben ir diligenciados con el nombre completo, cargo y firma de los servidores públicos responsables de dichas actividades; con el fin de evidenciar la segregación de funciones y la

supervisión ejercida al equipo auditor. Adicionalmente de la firma, se deberá diligenciar la fecha en que se desempeñó cada una de las anteriores acciones.

3.3. Errores y omisiones (riesgo de auditoría):

Frente a este numeral, las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna establecen que:

2421 – Errores y omisiones.

Si una comunicación final contiene un error u omisión significativos, el Director Ejecutivo de Auditoría debe comunicar la información corregida a todas las partes que recibieron la comunicación original. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p. 231).

Es decir, que, si un informe de ley contiene un error u omisión significativa o material, el Jefe de la Oficina de Control Interno, o quien haga sus veces, deberá corregir la información y datos; y comunicar la información corregida a todas las partes que recibieron el informe de ley definitivo.

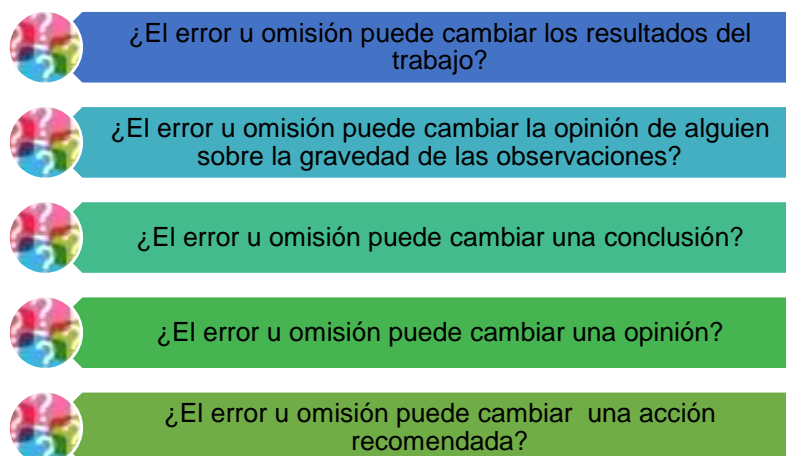
Lo anterior, se tipifica como riesgo de auditoría y está definido como la posibilidad de que la auditoría interna opine erradamente.

El Jefe de la Oficina de Control Interno debe comprender las expectativas del Consejo Directivo así como de la Alta Dirección sobre los errores y omisiones que puedan llegar a considerarse significativos o materiales. Frente a la materialidad, se define en el glosario de las Normas Internacionales para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna como “la importancia relativa de un asunto dentro del contexto

en el cual está siendo considerado, incluyendo factores cuantitativos y cualitativos, como magnitud, naturaleza, efecto, relevancia e impacto. El juicio profesional ayuda a los auditores internos cuando evalúan la materialidad de los asuntos dentro del contexto de los objetivos relevantes”.

Si el Jefe de la Oficina de Control Interno tiene conocimiento del error u omisión en el informe de ley definitivo, se podría realizar las siguientes preguntas para determinar su materialidad, y poder decidir las acciones a emprender:

Gráfico 23: Preguntas a realizarse para determinar la materialidad del error u omisión.



Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Fuente de información: Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017.

Fuente imágenes: Google.

Si la respuesta a alguna de las preguntas expuestas en el gráfico No. 23 es “sí”, el Jefe de la Oficina de Control Interno puede decidir que el error u omisión es material. Adicionalmente, a la corrección y a la comunicación de la información corregida; el Jefe de la Oficina de Control Interno debe analizar la situación, encontrar la causa del error u omisión con el fin de prevenir que se vuelva a presentar en el futuro una situación similar, y para determinar si la causa debe ser incluida en la comunicación a los auditados.

El Jefe de la Oficina de Control Interno determinará el método más apropiado de comunicación para asegurar que todas las partes que recibieron la el informe de ley definitivo, reciban la información correcta.

Realizar una comunicación eficaz sobre los errores, omisiones y sus causas, servirá para proteger la integridad y el estatus del rol de la Jefatura.

3.4. Difusión del informe de ley:

Una vez se cuente con el informe de ley terminado, consolidado, revisado y aprobado se procede a la comunicación o difusión de los resultados, por medio de memorando interno o como se establezca en el ISVIMED. Según lo estipulado en la norma 2440 Jefe de la Oficina de Control Interno debe comunicar los resultados a las partes apropiadas y agrega en la interpretación lo siguiente:

Interpretación:

El director ejecutivo de auditoría es responsable de revisar y aprobar la comunicación final del trabajo antes de su emisión y decidir a quiénes y cómo será distribuida dicha comunicación. Cuando el director ejecutivo de auditoría delega estos deberes, retiene la responsabilidad general. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p. 238).

El Jefe de la Oficina de Control Interno debe conocer los protocolos de comunicación y el organigrama del Instituto; con el fin de definir todos aquellos usuarios finales del informe definitivo de ley. Adicionalmente, debe tener en cuenta las expectativas del Consejo Directivo y de la Alta Dirección en relación con la comunicación y difusión de los informes de ley.


Dado lo anterior, es importante que desde el Estatuto de la Actividad de la Auditoría del ISVIMED y los protocolos de comunicación institucionales, planteen, definan y ayuden a decidir el proceso para enviar los informes tanto internamente como externamente. Las consideraciones que se realicen en torno a estas comunicaciones deben incluir aspectos tales como a que partes interesadas se deben enviar informes, a quiénes se les debe enviar copia, o comunicar resultados puntuales, con el objetivo de que entes reguladores, por ejemplo, realicen supervisión y monitoreo al Instituto.

Por lo tanto, el Jefe de la Oficina de Control Interno debe asegurarse de que los informes de auditoría interna lleguen a los usuarios y partes interesadas requeridas; así mismo, de que se tomen las medidas correspondientes para subsanar las causas de las observaciones encontradas a través de un Plan de Mejoramiento.

Por lo tanto, el Plan de Mejoramiento es considerado como el instrumento que conlleva a un conjunto de acciones consolidadas, producto de las observaciones derivadas de los informes de ley realizados por la Jefatura de Oficina de Control Interno, en el ejercicio de aseguramiento al Instituto.


El objetivo del Plan de Mejoramiento es de definir un programa que mejore el Sistema de Control Interno del ISVIMED, determinando acciones concretas, la asignación de los recursos necesarios para la realización del plan, la definición del nivel responsable, el seguimiento a las acciones trazadas, la fijación de las fechas límites de implementación, contribuyendo al desarrollo de medidas y estrategias que aplicadas permitan contribuir al mejoramiento continuo del Instituto en pro del debido cumplimiento de su quehacer misional.

Formato 5: Propuesta Plan de Mejoramiento.

 Alcaldía de Medellín ISVIMED <small>Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín</small>		Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín - ISVIMED PLAN DE MEJORAMIENTO JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO						Código: Versión: Fecha:	
Informe de ley:									
Fecha informe definitivo de ley:									
Ítem	Observación	Riesgo materializado	Causas raíz	Acción correctiva a implementar	Fecha de inicio implementación	Fecha final de implementación	Soporte que sustentará la implementación	Responsable	
1									
2									
Elaborado por:					Fecha de elaboración:				
Revisado por:					Fecha de aprobación:				
Aprobado por:					Fecha de presentación a la JOCI:				

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

Formato 6: Propuesta Seguimiento al Plan de Mejoramiento.

 Alcaldía de Medellín ISVIMED <small>Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín</small>		Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín - ISVIMED PLAN DE MEJORAMIENTO JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO						Código: Versión: Fecha:						
Informe de ley:														
Fecha informe definitivo de ley:														
Ítem	Observación	Riesgo materializado	Causa raíz	Acción correctiva a implementar	Fecha de inicio implementación		Fecha final de implementación		Soporte que sustentará la implementación		Responsable	Estado acción	Fecha seguimiento JOCI	Notas JOCI
					Programada	Real	Programada	Real	Programado	Real				
1														
2														
Elaborado por:														
Revisado por:														
Aprobado por:														

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

3.5. Opiniones globales:

Una vez se comuniquen los resultados a las partes interesadas, el Jefe de Oficina de Control Interno, debe plantearse y analizar la necesidad de emitir una opinión global respecto a los informes de ley realizados en un período de tiempo establecido, con el fin de dar a conocer en qué estado se encuentra el ISVIMED; es decir, emitir una opinión global sobre el nivel de madurez, conclusión y/u otras descripciones de resultados; lo anterior, se constituirá en un insumo importante para la toma de decisiones que permitan cumplir con los objetivos estratégicos, optimizar los resultados del Sistema de Control Interno institucional y contribuir con el mejoramiento del gobierno gestión de riesgos y controles de las actividades evaluadas por medio de los informes de ley.

Frente a este numeral, las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna establecen que:

Norma 2450- Opiniones globales

Cuando se emite una opinión global se deben considerar las estrategias, los objetivos y los riesgos de la organización; y considerar las expectativas de la Alta Dirección, el consejo, y otras partes interesadas. La opinión global debe ser soportada por información suficiente, confiable, relevante y útil. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p. 241).

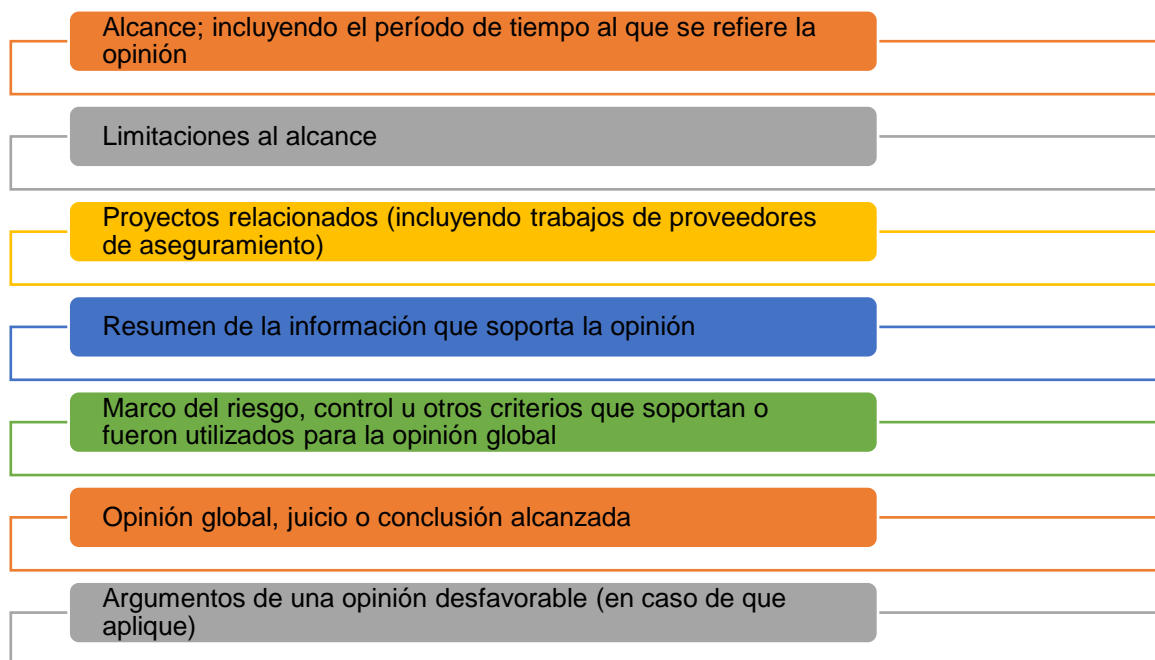
Dado lo anterior y teniendo en cuenta los aspectos desarrollados en el presente trabajo, las comunicaciones realizadas por el equipo auditor desde el inicio del informe, ejecución del mismo, comunicación de resultados y opiniones globales;

deben dar cumplimiento a los términos de suficiencia. Fiabilidad, relevancia y utilidad.

En este punto es importante diferenciar que el Jefe de Oficina de Control Interno podrá emitir opiniones globales, las cuales ya se diferenciaron; y opiniones generales; las cuales son diferentes de las conclusiones, ya que una conclusión se deduce de un trabajo, y una opinión general se obtiene de múltiples trabajos. Adicionalmente, una conclusión forma parte integral de un informe de ley; mientras que en cambio, una opinión general es comunicada de forma separada de las comunicaciones de los informes de ley, una socialización independiente.

Por lo tanto, la comunicación de la opinión global; la cual está integrada por opiniones generales, se elaborará teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

Gráfico 24: Aspectos que debe incluir una comunicación.



Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.


Fuente de información: Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, versión 4 de julio de 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Es así como las opiniones globales se refieren, al análisis de una serie de informes de ley realizados en un periodo de tiempo, de tal forma que se emita opinión o conclusión global sobre el estado actual del Instituto o de parte de él; estas opiniones tienen como destinatario a la Alta Dirección, suministrando información clave y de valor agregado para la toma informada de decisiones, y para que éstas se realicen de forma oportuna y adecuada en busca del logro de los objetivos y metas institucionales.

Adicionalmente, el Jefe de Oficina de Control Interno, deberá analizar si las opiniones globales resolverán un problema, añadirá valor y/o dará confianza al Director o a otras partes interesadas sobre una condición o tendencia sobre el Instituto.

Teniendo un panorama de los principales aspectos que debe contener la comunicación, a importancia de las mismas para el cumplimiento de la estrategia, los objetivos y la minimización de ocurrencia de los riesgos identificados en el Instituto; el equipo de trabajo del proyecto de grado plantea como propuesta el siguiente formato de opiniones globales:

Formato 7: Propuesta comunicado de opiniones globales.

 <p>Alcaldía de Medellín ISVIMED <small>Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín</small></p>	<p>Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín - ISVIMED</p> <p>OPINIONES GLOBALES</p> <p>JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>Código: Versión: Fecha:</p>
<p>Comunicado de opiniones globales</p> <p>Medellín, XX de XXXX de 20XX.</p> <p>Señor: XXXXXX Director</p> <p>Cordial saludo,</p> <p>Mediante el presente comunicado la Jefatura de Oficina de Control Interno presenta una opinión global sobre el estado del cumplimiento de las actividades, directrices, y lineamientos del Informe de ley XXXXXX, producto de los análisis realizados entre el XX de XXXX de 20XX y el XX de XXXX de 20XX; en donde se evidenció que:</p> <p>La gestión del riesgo frente al mencionado informe de ley se encuentra en un nivel de criticidad extremo.</p> <p>Lo anterior, se soporta en las observaciones, falencias y debilidades comunes encontradas en los informes de ley comunicados por medio de Memorandos No. XX, XX, XX y XX.</p> <p>Tal situación deja en alto grado de vulnerabilidad al Instituto por cuanto se pueden presentar incumplimientos normativos, hallazgos por partes de entes de control, averiguaciones e investigaciones, posibles sanciones, posibles procesos disciplinarios internos, pérdida de imagen institucional, desaciertos no solo a nivel de actividades enmarcadas en los informes de ley ante el incumplimiento de los objetivos y metas estipuladas.</p> <p>Se recomienda adelantar las gestiones a que haya lugar para brindar capacitación y asesoría a dueños, responsables y ejecutores a cargo de los temas tratados en los citados informes de ley, en temas como administración del riesgo y control interno, lo cual facilite y permita que el ISVIMED lleve sus riesgos a niveles aceptables y se asegure razonablemente el logro de los objetivos institucionales.</p> <p>Cordialmente,</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE Y FIRMA JEFE DE OFICINA DE CONTROL INTERNO</p>		

Elaborado por: Equipo de trabajo proyecto de grado.

En este punto, se da por finalizada la tercera etapa, “Informe de ley (comunicación de resultados)”, y se procederá a dar inicio a la cuarta y última etapa, la cual corresponde al “Seguimiento del progreso”.

4. Cuarta etapa: Seguimiento del progreso.

Respecto al seguimiento del progreso, es importante basarnos principalmente en lo establecido en la Norma Internacional 2500, la cual define lo siguiente:

Norma 2500 – Seguimiento del progreso.

El director ejecutivo de auditoría debe establecer y mantener un sistema para monitorear la disposición de los resultados comunicados a la dirección. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p. 245).

El Jefe de Oficina de Control Interno debe tener claridad sobre la supervisión de la materialización de los resultados de los informes de ley presentados; los resultados habitualmente, se refieren a las observaciones derivadas de los seguimientos realizados en los trabajos de aseguramiento, para nuestro caso, informes de ley.

Por lo tanto, es vital una adecuada comunicación entre los líderes o responsables de los planes de mejoramiento; ya que serán éstos quienes periódicamente envíen información sobre los avances de las acciones correctivas.

Los procesos de supervisión dependerán del tamaño y la complejidad de la Jefatura de Oficina de Control Interno, así como, de la disponibilidad de recursos. No obstante, independientemente de lo anterior; es importante que el Jefe de

Oficina de Control Interno recopile las observaciones relevantes, las acciones correctivas acordadas y la situación en la que se encuentran. Para el caso de observaciones pendientes de implementación, la información que se deberá tener en cuenta y sobre la cual se realizará el seguimiento, normalmente incluye:

- Las observaciones comunicadas a las Dirección, Subdirectores, Jefes y servidores públicos responsables.
- La naturaleza de las acciones correctivas acordadas.
- El plazo en el que tendrán que estar implementadas las acciones correctivas y los cambios acordados, con las fechas fijadas como objetivo.
- El responsable de implementar la acción correctiva.
- El estado actual de las acciones correctivas.

Según lo anterior, el Jefe de Oficina de Control Interno generará acciones para la mejora a partir de sus informes de ley (aseguramiento). Estas acciones denominadas correctivas se deben asociar a los planes de mejoramiento, y para este caso, no solo aplica a los planes de mejoramiento institucional; sino también, frente a aquellos que resultan de las auditorías realizadas por los organismos o entes de control, ya que se trata de un seguimiento integral.

Acá se da por finalizada las diferentes etapas que enmarcan la realización de los informes de ley bajo la metodología basada en riesgos; la cual potencializará los resultados del equipo auditor del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín – ISVIMED, y permitirá maximizar los recursos que propendan por el mejoramiento continuo del gobierno, riesgos y controles institucionales.

BIBLIOGRAFÍA

Contraloría de Bogotá (2016). Presentación Hallazgos de Auditoría, Encuentro Nacional de Contralores. Bogotá D.C., Colombia. Tomado de https://www.contraloriabga.gov.co/files/HALLAZGOS_LEMT.pdf.

Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP (2020). Guía de auditoría para entidades públicas, versión 4. Bogotá D.C., Colombia.

Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL (2017). Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna.

Marco Hernando Bonilla Martínez. El Informe de Auditoría. Tomado de <https://www.auditool.org/blog/auditoria-externa/271-el-informe-de-auditoria>.