



160-19.82
Santiago de Cali,

Doctor
JOSE IGNACIO ARANGO BERNAL
CONTRALOR DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA
Presente

Asunto: Informe Auditoría al Sistema Integrado de Gestión – ASIG

Cordial saludo


Adjunto a la presente me permito enviarle el informe correspondiente a la Auditoría interna realizada al Sistema Integrado de Gestión de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca entre el 14 y el 21 de 2017.

El precitado informe contiene entre otras; Conformación de los equipos de Auditores para cada proceso, procesos auditados, hallazgos (Oportunidades de Mejora y No Conformidades), estadísticas sobre el comportamiento de las desviaciones al Sistema Integrado de Gestión durante los últimos cinco años (5) y matriz con los incumplimientos de norma.

Es importante resaltar la reducción del 75% en el número de No conformidades detectadas frente al mismo periodo auditado el año anterior.

Cualquier información adicional con gusto le será suministrada.

Atentamente:



ANDRES MURILLO
Jefe Oficina de Control Interno.

Anexo: lo enunciado (20 folios)

160-19.82

ANEXO 8
MODELO DE INFORME DE AUDITORIA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

1. INFORMACIÓN GENERAL

EMPRESA:	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA		
LOCALIZACIÓN:	Edificio Gobernación del Valle del Cauca, Piso 6°.		
ALCANCE:	Se efectuará un ciclo de Auditoría al Sistema Integrado de Gestión, el cual será realizado del 14 al 21 de marzo de 2017, evaluándose el período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de diciembre de 2016, a once (11) procesos de la entidad, que se encuentran ubicados en el edificio de la Gobernación del Valle (semisótano, quinto y sexto piso), en Tuluá, Cartago y Palmira, finalizando el proceso auditor entre el 24 y el 29 de julio de 2017 con el seguimiento, evaluación y cierre de las acciones correctivas, preventivas o de mejora resultantes del proceso auditor.		
CRITERIOS:	Requisitos de las normas NTCGP 1000:2009, ISO 9001:2008, MECI 2014, Manual de Calidad, Caracterización del Proceso, Procedimientos, Documentos y normas reglamentarias, Informe de la Auditoría General de la República vigencia 2016, Informe de Auditoría del Icontec, Evaluación del Sistema de Control Interno del Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP.		
TIPO DE AUDITORIA:	AUDITORIA INTERNA		
FECHA DE LA AUDITORIA:	Del 14 al 21 de marzo de 2017		
REPRESENTANTE DE LA EMPRESA/ CARGO	JOSE IGNACIO ARANGO BERNAL, CONTRALOR DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA		
REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	ROSMERI CASTRILLÓN RODRÍGUEZ		
AUDITORES LÍDERES EQUIPO AUDITOR	Nº	PROCESOS	AUDITORES
			LIDER
			EQUIPO AUDITOR
	1	Planeación y Direccionamiento Estratégico	Miguel Enrique Ramírez Saavedra
	2	Gestión Jurídica	Diego Marulanda Fernández
	3	Comunicación Pública	Juan Carlos Ramos Vásquez
	4	Participación Ciudadana	Luis Mario Molina González
	5	Control Fiscal	Luis Enrique Cancimance Calderón
	6	Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva	Consuelo Rodríguez Rendón - Liliana Millán Quintero y Rosa Liliana Ogonaga Antury
	7	Gestión Humana	Lilia Marleny Camargo Segura y Fernando Arévalo Terán
	8	Recursos Físicos y Financieros	Uriel Montoya, Edward García G, Rodrigo Adolfo Albán Jiménez
			Carlos Alberto Torres Pantoja
			Luz Nallybe Lozano Domínguez

	9	Administración de Recursos Informáticos	Jaime Hernán Vergara Castrillón	Oscar Julián Bejarano Varela
	10	Gestión Documental	Hernán Saldarriaga Enríquez	Yessica Jhoanna Banguero Velasco
	11	Evaluación y Mejora	José Oscar Merchán Medina	

2. OBJETIVOS DE LA AUDITORIA

Evidenciar el cumplimiento de los requisitos de las Normas NTCGP 1000:2009, ISO 9001:2008, MECI 2014 y las normas de carácter reglamentario que rigen la entidad, como garantía del funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión - SIG, determinándose si el SIG es adecuado, conveniente, eficiente y eficaz con el fin de mantener la renovación por parte del ICONTEC en la vigencia 2017.

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

1. Elaboración del Programa de Auditoría al Sistema Integrado de Gestión - PASIG.
2. Revisión del producto No Conforme en los procesos misionales.
3. Revisión del informe de Revisión por la Dirección de la vigencia 2016.
4. Elaboración del Plan de Auditoría Interna - PAI.
5. Revisión de la Caracterización de los Procesos.
6. Programación de las fechas de auditoria.
7. Revisión de Código de Ética.
8. Revisión de ficha técnica de evaluación de la gestión de la AGR
9. Revisión de las leyes 1474 de 2011 y 1712 de 2014.
10. Consulta documental que aplica a cada proceso.
11. Revisión del proceso de Contratación de la entidad.
12. Revisión y trazabilidad a los procedimientos de los procesos.
13. Revisión del Manual de Calidad versión 16.0.
14. Elaboración de listas de chequeo.
15. Reunión de apertura con el responsable del proceso evaluado.
16. Solicitud y evaluación de las auditorías de Acuavalle, municipio de Vijes, igualmente las modificaciones realizadas al PGA durante la vigencia 2016,
17. Trazabilidad de las auditorías cruzando la información que reposa en las carpetas versus la información cargada en el Observatorio.
18. Visita a los Cercofis de Tuluá y Palmira donde se solicitaron las auditorías de Municipio de Guadalajara de Buga, Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá, Municipio de Candelaria, Municipio de Florida, Municipio de El Cerrito.
19. Ejecución de la auditoría al Sistema Integrado de Gestión, en el periodo programado, en las instalaciones de la Entidad (semisótano, quinto y sexto piso) así como en los Cercofis que se encuentran fuera de la ciudad (Tuluá y Palmira).
20. Revisión y análisis del Informe de la auditoría anterior, realizada por ente acreditador (ICONTEC) en la vigencia 2016, con base en los requisitos de la Norma NTC-ISO 9001:2008 y NTCGP 1000:2009.
21. Revisión del resultado de la Auditoría realizada por la Auditoría General de la República en la vigencia 2016.
22. Consulta de los documentos del procedimiento Sancionatorio
23. Revisión de los resultados de auditorías internas.
24. Se auditaron los once (11) procesos en los cuales se encuentra conformada la entidad y que se encuentran definidos en el Mapa de Procesos.
25. Verificar si la entidad cuenta con metodología para identificar, actualizar y verificar los requisitos legales y reglamentarios que le aplican.
26. Verificación del uso adecuado de la página web con la información interna y externa pertinente.
27. Clasificación de los hallazgos encontrados en No Conformidades y Oportunidades de Mejora,

- relacionando en las No Conformidades, los requisitos incumplidos de las normas a las cuales les aplican.
28. Verificación del uso de las Tablas de Retención Documental por parte de los procesos.
 29. Seguimiento a los mapas de riesgos de los procesos.
 30. Verificación de la gestión realizada por los procesos de acuerdo a los procedimientos documentados.
 31. Identificación de Oportunidades de Mejora en cada uno de los procesos.
 32. Reunión de cierre de auditoría en cada proceso por parte de los equipos auditores dando cumplimiento al procedimiento de Auditorías al Sistema Integrado de Gestión versión 11.0.
 33. Conciliación de los informes de auditoría entre los auditados y los equipos auditores.
 34. Verificación de los planes de mejoramiento productos de evaluaciones realizadas a los procesos durante la vigencia 2016.
 35. Revisión de cinco expedientes sancionatorios.
 36. Verificación y análisis de los indicadores de los procesos.
 37. Revisión de expedientes del proceso de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva en las diferentes etapas: Indagación Preliminar; apertura del proceso, segunda instancia Preparación y elaboración informe de auditoría.
 38. Evaluación del producto final y de la satisfacción del cliente en el proceso de Participación Ciudadana.

4. ASPECTOS POSITIVOS

1. Compromiso de los funcionarios de los procesos para garantizar el mantenimiento y mejoramiento del Sistema Integrado de Gestión.
2. Los procesos evalúan los indicadores de la entidad, los cuales son consolidados por el proceso de Planeación y Direccionamiento Gerencial en una matriz denominada cuadro de mando táctico, a través del cual se puede evidenciar el avance y comportamiento de los procesos para el logro de los objetivos institucionales, así como informar a la alta dirección sobre las desviaciones que pueden afectar el logro de los objetivos y del plan estratégico.
3. Utilización del Programa SYSMAN, para la liquidación de la nómina de la entidad, con sus respectivas deducciones, en especial lo concerniente a Incapacidades, la cual es liquidada de conformidad con lo ordenado por el Decreto 2388 de 2006 y en atención a la Circular MINSALUD 2016 1300 1333 551 del 21 de julio de 2016.
4. La entidad realizó la implementación de la ley 1712 de 2014 cuyo objeto es regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información.
5. Inscripción en el registro público de carrera administrativa en el año 2016 de los funcionarios que ganaron el concurso de méritos.
6. Atención tanto personalizada como a través del aplicativo rclsoportes, que permite a los usuarios internos y externos obtener solución rápida y definitiva a sus solicitudes.
7. Mejora continua en el manejo y custodia de la información, así como un efectivo control a los cambios realizados.
8. Se cuenta con el software *observatorio*, el cual le permite a la comunidad y partes interesadas conocer de primera mano y casi en tiempo real, el desarrollo de las auditorías que realiza la entidad a los entes sujetos de control de su interés, generando transparencia y buena imagen ante éstos, situación que fue verificada de manera permanente por la subcontralora de la entidad.
9. Se evidencia mejora en el cumplimiento de la línea de tiempos de las auditorías realizadas a los sujetos de control.
10. Adecuada organización de todos los documentos que conforman la auditoría.
11. Oportunidad en la entrega de la información por parte de los responsables de proceso.
12. Se cuenta con información estadística de los procesos sancionatorios por cada vigencia y su resultado.
13. Cumplimiento del derecho a la defensa por parte de la entidad, pues se nombran apoderados de oficio en aquellos casos en que el investigado no comparece.
14. Se cumplen con los términos de notificación a los presuntos, cumpliendo con lo establecido por la Ley 1437 de 2011.
15. Se cuenta con la rendición de cuentas en línea – RCL, que le permite a la entidad cruzar información y

- evidenciar la oportunidad de la rendición de la contratación de los sujetos de control.
16. Como resultado de la auditoría interna realizada en la vigencia 2016, los procesos suscribieron acciones correctivas y de mejora que tuvieron su evaluación y seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno.
 17. Diligencia del proceso de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva, al evacuar los expedientes identificados con riesgo de prescripción por la AGR, estableciéndose para ello un plan de contingencia.
 18. Autocontrol por parte de los funcionarios del proceso de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva que fueron encuestados en la auditoría, lo cual es positivo y debe ser replicado a todos los profesionales del proceso.
 19. A través de la formación y capacitación a la comunidad organizada y a la comunidad en general, se fortalece la promulgación del tema de Control Social como contribución al ejercicio del Control Fiscal, para lo cual se capacitaron en la vigencia 2016, 1.572 personas externas entre funcionarios de los sujetos de control, veedores, comunidad en general y fuerzas militares, entre otros.
 20. Se evidenció la comunicación directa con el ciudadano, mediante el envío del informe final de la queja o denuncia cuando se tienen identificados los datos del quejoso. Se publican los informes en la página web y la cartelera. Cuando es anónimo se fija en cartelera el informe final y se publica en la página web en el link de Notificaciones. (tiempos de fijación de quejas anónimas), se implementaron redes sociales que permiten una comunicación activa con el ciudadano.
 21. Suscripción de convenios con las Universidades del Valle, Santiago de Cali, Cooperativa de Colombia y San Buenaventura.
 22. Se evidencia un avance importante en la calidad de los informes finales del proceso de Participación Ciudadana; contar con profesionales para resolver quejas o denuncias ciudadanas, le ha permitido al proceso, realizar informes más coherentes y con análisis más profundos respecto a los temas denunciados.
 23. Se cuenta con un cuadro estadístico del comportamiento de los procesos jurídicos adelantados, sirviendo de control de las actividades desarrolladas por el proceso involucrado en dicha actividad.
 24. Cumplimiento de las Tic's para la modernización y expansión de la tecnología informática en la entidad en aras del acatamiento de las políticas TIC's.
 25. Fortalecimiento de las acciones preventivas y correctivas para disminuir el riesgo, mejoramiento del plan de contingencia y el tiempo de atención de las posibles contingencias en el área informática de la entidad.
 26. Atención, mantenimiento y actualización de la tecnología mejorando los resultados de respuesta clientes internos y externos.
 27. Diligencia en evacuar los expedientes identificados con riesgo de prescripción.
 28. Eficaz utilización de las tablas de retención documental (TRD) por parte de los procesos, lo cual permite contar con una buena trazabilidad en los procesos.

5. CONFIABILIDAD DE LA AUDITORÍA INTERNA.

El equipo auditor se encuentra certificado por el Icontec para realizar auditorías al Sistema Integrado de Gestión, cumple con el perfil establecido para la realización de las auditorías, conoce y maneja el procedimiento de Auditorías al Sistema Integrado de Gestión – ASIG en su versión No.11.

En abril de 2016 se realizó capacitación dictada por el Icontec en la actualización de la norma ISO 9001 2015 y MECI 2014

6. OPORTUNIDADES DE MEJORA

P1 - PROCESO DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO GERENCIAL

1. Dado que los planes de acción se están elaborando por estrategias, es importante que se revise la resolución de políticas de administración de riesgos de la entidad para garantizar la integralidad entre los planes de acción y la Resolución 06 del 30 de abril de 2015, a través de la cual se establecen las políticas de administración de riesgos de la CDVC.
2. Documentar las estrategias que permitan evidenciar la toma de conciencia en los funcionarios de manera que participen, adopten implementen, mantengan y mejoren los sistemas que se gestionen en la entidad a fin de viabilizar el cumplimiento de los objetivos institucionales y de los procesos, pues se evidencian actividades sueltas que pueden aportar a la toma de conciencia pero no necesariamente conducen a que ésta se esté interiorizando por parte de los funcionarios.
3. Es pertinente que se realice una evaluación de las series con que cuentan las dependencias que hacen parte del proceso, pues se encuentran carpetas que al parecer tienen una frecuencia de uso mínima o nula, lo cual puede permitir que algunas series puedan ser consolidadas, modificadas o eliminadas, situación que debe ser evaluada directamente por el proceso. De igual manera, es pertinente que se evalúe la creación de algunas series, pues existen informes que se realizan varias veces en una vigencia, lo cual debe quedar documentado para su control y archivo.
4. Implementar las acciones pertinentes y necesarias en la página de la entidad que le permitan al ciudadano conocer de primera mano el resultado o respuesta sobre las sugerencias realizadas.
5. Realizar un análisis más profundo de las incidencias determinadas en el anexo 2 "consolidado de reclamos CDVC", puede permitir mejorar el análisis de las acciones que deberán ser implementadas para corregir las desviaciones detectadas en los reclamos recibidos por la entidad.

P2 - PROCESO DE GESTIÓN JURÍDICA

No se plantearon oportunidades de mejora por parte del equipo auditor

P3 - PROCESO DE COMUNICACIÓN PÚBLICA

1. Actualizar los códigos de ética y de buen gobierno, le permitirá a la entidad evaluar su pertinencia con respecto al nuevo direccionamiento estratégico.

P4 - PROCESO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

1. Crear y documentar un procedimiento para la trazabilidad del producto, le permitirá al proceso estandarizar, identificar, referenciar y clasificar en orden lógico las actividades y documentos tendientes a la elaboración del informe final de la Denuncia Ciudadana.

2. Establecer o determinar y documentar intervalos o rangos de valores para la interpretación de los resultados de las calificaciones otorgadas por los clientes a las diferentes preguntas, le permitirá al proceso contar con una herramienta de análisis más objetiva para la toma de decisiones.
3. Determinar y documentar una calificación consolidada por tipo de encuesta y otra consolidada total, le permitirá al proceso de Participación Ciudadana realizar análisis comparativo, análisis de tendencias, identificar fortalezas y debilidades con respecto a clientes, grupos o partes interesadas y contar con elementos de juicio válidos para la toma de decisiones.

P5 – CONTROL FISCAL

1. Implementar un documento que registre la modificación de la muestra estipulando las razones para modificarla, le permitirá al proceso contar con información pertinente para la toma de decisiones.
2. Generar un control que le permita al proceso garantizar que la información guardada en medio magnético, exista realmente en los medios utilizados para su preservación y archivo.
3. Realizar un estudio sobre la pertinencia que al proceso sancionatorio se le genere la segunda instancia, le permitirá al proceso garantizar el derecho a la defensa de los implicados, indispensable en un Estado de Derecho.

P6 - PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL Y JURISDICCIÓN COACTIVA

1. Analizar detenidamente las oportunidades de mejora del último informe del ICONTEC y elaborar un plan de mejoramiento para éstos, permitirá corregir de manera efectiva las desviaciones detectadas al proceso.
2. Realizar un análisis de causas raízales que dan origen a los continuos planes de mejoramiento individuales que suscriben los Sustanciadores producto de las revisiones trimestrales, permitirá determinar a través de un análisis detallado, las acciones correctivas pertinentes que permitan su efectividad en el tiempo.
3. Incluir en el Sistema Integrado de Gestión los documentos “Auto Comisorio para proferir apertura o indagación preliminar y el Auto de Trámite de Reasignación”, permitirá su control y trazabilidad.
4. Suscribir planes de mejoramiento individual con los sustanciadores que presentan un alto porcentaje de expedientes con falta de impulso procesal, permitirá corregir y eliminar las causas que los originan, situación que fue evidenciada en el último informe de revisión trimestral del 19 de diciembre de 2016,
5. Levantar producto no conforme con los expedientes que no presentaron actuaciones por parte de los sustanciadores, permitirá determinar las causas raízales de las situaciones que los originaron y así suscribir planes de mejoramiento efectivos para garantizar que dichas situaciones no se vuelvan reiterativas.
6. Establecer un control que permita revisar periódicamente la información registrada en el software aplicativo para rendición de la cuenta de la subdirección operativa de Jurisdicción Coactiva, permitirá

evitar la duplicidad de los procesos allí registrados, situación evidenciada en el listado solicitado para tomar la muestra en la Subdirección Operativa de Jurisdicción Coactiva (proceso PAC-012-16).

P7 - PROCESO DE GESTIÓN HUMANA

1. Establecer acciones para mejorar los resultados del clima organizacional, a fin de que se logren las metas esperadas y dejar documentado los aportes de la comisión de personal en la medición del clima organizacional.
2. Actualizar el registro público de la carrera administrativa de los funcionarios de la entidad, lo que evitará inconvenientes para la entidad y el funcionario al momento de su retiro.
3. Rediseñar el formato de anexo No.1 de encuesta para la percepción de las necesidades en materia de bienestar social e incentivos, de tal manera que sean coherentes con el estudio de necesidades de los funcionarios y sus familias. Lo anterior con el objeto de que las actividades beneficien a todos los funcionarios y ofrezcan un verdadero impacto en la calidad de vida de los funcionarios de la entidad.
4. Aprobar y adoptar mediante acto administrativo, el Plan de Bienestar social e incentivos por parte de contralor departamental, antes de su emisión, lo cual permitirá garantizar su socialización con todos los funcionarios de la entidad.
5. Implementar mecanismos de socialización con todos los funcionarios de la entidad de los planes de capacitación y salud ocupacional, y de los ajustes realizados a estos, a fin de que todos los funcionarios los conozcan y participen en su ejecución de manera activa.
6. Establecer más mecanismos de control frente al reporte de novedades, que se hace a la subdirección de prestaciones sociales y nomina por parte de la subdirección de personal y carrera administrativa, con el fin de que no afecte la liquidación de la nómina de los funcionarios, y evitar reclamos y reajustes.
7. Planificar y disponer de los recursos necesarios para la ejecución del plan de bienestar social e incentivos, lo cual permitirá que se ejecuten y entreguen en la vigencia correspondiente.
8. Determinar los tiempos de cumplimiento de las actividades en el plan de trabajo del Sistema de Gestión y seguridad en el trabajo, e Implementar con más frecuencia las jornadas de la salud y pausas activas, jornadas de vacunación y campañas en la semana de la salud, lo cual permitirá que se logre un mayor impacto en la calidad de vida de los funcionarios.
9. Intensificar la retroalimentación de funcionarios capacitados, con el objetivo de que dichos conocimientos sean aplicados en los procesos auditores a los sujetos de control para procurar su mejoramiento continuo
10. Revisar, ajustar e implementar las actividades del procedimiento gestión ética, debido a que desde la creación de este (vigencia 2009) las actualizaciones efectuadas solo hace referencia al cambio de logo de la Institución y a la eliminación de un flujograma. Situación que sería de gran importancia para que se cumpla con el objetivo de mejorar la cultura organizacional de la entidad y generar la confianza al interior y exterior de la Contraloría.

P8 - PROCESO DE RECURSOS FÍSICOS Y FINANCIEROS

1. Algunos bienes devolutivos presentan sticker en estado de ilegibilidad (deterioro físico de la identificación). De igual manera, los bienes devolutivos adquiridos en la vigencia 2016, han sido asignados a los funcionarios pero aún no han sido marcados con el sticker que los identifica, razón por la cual es importante y necesario que esta situación sea mejorada, pues se debe garantizar la identificación y trazabilidad de los bienes en el tiempo

P9 - PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS INFORMÁTICOS

No se plantearon oportunidades de mejora por parte del equipo auditor

P10 - PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL

1. Continuar con el seguimiento a los trabajos realizados por la gobernación del valle en el área de archivo central, ayudará a solucionar los problemas de humedad conllevando a una mejor conservación de la información y un mejor ambiente laboral.
2. Realizar un seguimiento más efectivo a los registros que se deben eliminar por parte de los funcionarios del Cacci, conlleva a tener un mejor control de los consecutivos generados por el sistema

P11 - PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORA

No se plantearon oportunidades de mejora por parte del equipo auditor

7. HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LOS PROCESOS

Requisito NTC GP , MECI 2014	Clasificación del hallazgo	PROCESO
	N.C	1. PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO GERENCIAL
Roles y responsabilidades del representante de la dirección Num. 5.1 Compromiso de la alta dirección	1	Se evidenció que durante la vigencia 2016 no se realizaron actividades por parte del equipo meci bajo la dirección y coordinación del representante de la dirección, incumpléndose con los roles y responsabilidades del equipo meci establecidas en el MECI 2014
Totales	1	

Requisito NTC GP , MECI 2014	Clasificación del hallazgo	PROCESO
	N.C	4. PARTICIPACION CIUDADANA
7.5.1 producción y prestación del servicio	1	1.- No se cumplen algunas actividades para planificar el producto Procedimiento M2P4-05 por las siguientes razones: No presentan plan de trabajo actividad 8 del procedimiento, igualmente se evidenció que hay quejas que han superado el tiempo máximo para dar respuesta final, algunas se están tardando hasta un año y más.
Totales	1	

Requisito NTC GP , MECI 2014	Clasificación del hallazgo	PROCESO
	N.C	5. CONTROL FISCAL
7.5.3 Identificación y trazabilidad	1	Incumplimiento a lo establecido en el Anexo 01 "Trazabilidad y archivo papeles de trabajo", situación observada en las auditorías practicadas a los municipios de Florida y El Cerrito, al no reposar archivados, copia de los documentos que hacen alusión a las fechas que registran el envío del informe final al ente auditado.
Totales	1	

Requisito NTCGP 1000:2009,ISO 9001:2008 MECI 2014	Clasificación del hallazgo	PROCESO
	NC	6. RESPONSABILIDAD FISCAL Y JURISDICCIÓN COACTIVA
7.5.1 producción y prestación del servicio	1	<p>Solo se presentaron tres (3) revisiones trimestrales de cuatro (4) para el periodo 2016 faltando la revisión del 4 trimestre (octubre a diciembre), se da incumplimiento a la actividad 4 del plan de acción herramienta primordial de autocontrol y evaluación.</p> <p>No se pudo evidenciar la confiabilidad del indicador del plan de acción dado que no fue posible revisar los datos de cálculo y el origen de los mismos (memorias de cálculo).</p> <p>(Enero - Abril (I Trimestre) CACCI 3328 5/05/2016 - Abril - Junio (II Trimestre) CACCI 5651 11/08/2016 - Julio Septiembre (III Trimestres) fechado el 19/12/2016 sin CACCI – y recibido el 20/12/2016 por Viviana Nieto).</p>
Total No	1	

Requisito NTC GP , MECI 1000	Clasificación del hallazgo	PROCESO
	N.C	7. GESTIÓN HUMANA
7.5.1. Control de la producción y prestación del servicio.	1	No se evidenció la verificación que debió hacer la CDVC, de la inscripción en el registro Público de carrera Administrativa de los funcionarios Jaime Hernán Vergara y José Oscar Merchán, entre otros, incumpléndose con la ley 909 de 2004
Totales	1	

Requisito NTC GP 1000 MECI 2014	Clasificación del hallazgo	PROCESO
		Recursos Físicos y Financieros
NTC GP 1000: 2009 7.5.1. Control de la producción y prestación del servicio.	1	<p>1. Se evidenció incumplimiento de las actividades 1.5, 2.1, 2.2, 2.4, 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3 del procedimiento M3P8-01, pues se evidenciaron situaciones como:</p> <ul style="list-style-type: none"> En el módulo de almacén se evidenciaron bienes muebles y equipos de oficina a cargo de los exfuncionarios Lorenzo Escobar y Phanor Arbaldo Lozano, siendo que ya se les había generado paz y salvo por su entrega. En la vigencia 2016 no se realizó el inventario físico de bienes devolutivos a fin de establecer faltantes o sobrantes, si los hubiere. En el módulo de almacén se evidenciaron compras, entre 1995 y 2016, en total 4.000 bienes muebles y equipos de oficina por un valor total de \$3.017.705.392, a costo histórico, con corte a diciembre 31 de 2016, sin que se hayan identificado los bienes devolutivos susceptibles de dar de baja, por deterioro u obsolescencia, en el módulo de almacén y en los registros de libros de contabilidad, con base en la Resolución Reglamentaria No.005 de 2001, Resolución No.012 de 2009, modificada por la Resolución No.012 de 2010, y a su vez modificada por la Resolución 241 de 2016
NTC GP 1000: 2009 7.5.1. Control de la producción y prestación del servicio	1	<p>2. Se evidenció incumplimiento de la actividad 6 del procedimiento M3P8-02, pues no se suscribió acto administrativo de modificación del plan de compras de la vigencia 2016, lo anterior obedece a que inicialmente se tenía proyectado la adquisición de bienes por valor de \$737.989.837 (Resolución No.002 de enero 28 de 2016), pero al final del período fiscal las compras ascendieron a la suma de \$1.237.485.472</p>
TOTAL	2	

8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE AUDITORÍAS AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN - ASIG

TABLA No.1

	PROCESO	N.C	TOTAL
1	Planeación y Direccionamiento Gerencial	1	1
2	Participación Ciudadana	1	1
3	Control Fiscal	1	1
4	Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva	1	1
5	Gestión Humana	1	1
6	Recursos Físicos y Financieros	2	2
	TOTAL	7	7

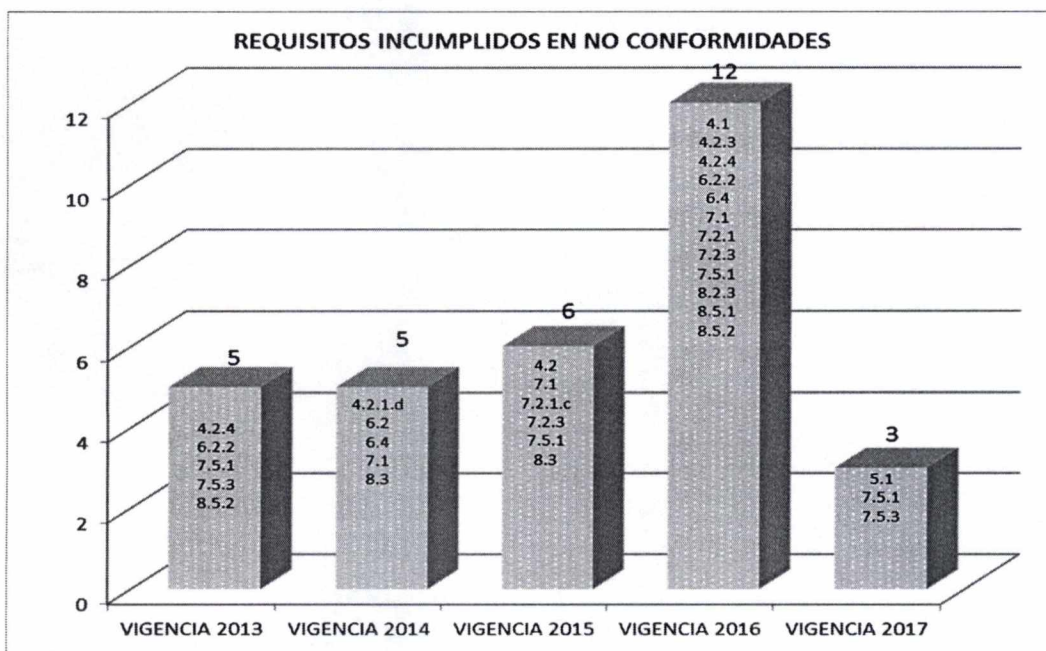
De acuerdo a la matriz anterior, en el presente ciclo de auditorías fueron levantadas siete (7) No Conformidades, entre los procesos de Planeación y Direccionamiento Gerencial (1), Participación Ciudadana (1), Control Fiscal (1), Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva (1), Gestión Humana (1) y Recursos Físicos y Financieros (2) en los cuales se referenciaron los numerales de norma y elementos del MECI incumplidos.

Con respecto a la auditoría realizada en la vigencia anterior, se presentaron diferencias en el número de hallazgos, así:

1. Se disminuyó en 9 el número de No Conformidades levantadas, lo cual representa un decrecimiento del 56,3% en los incumplimientos.
2. Se disminuyó en 14 el número de Oportunidades de Mejora, lo cual representa un decrecimiento del 32,6%.

8.1. GRÁFICAS DE HALLAZGOS

En el presente ciclo de auditoría se identificaron 7 No Conformidades que involucran incumplimientos de la norma GP1000 en los numerales: 5.1 - compromiso de la dirección, 7.5.1 - Control de la producción y de la prestación del servicio y 7.5.3 - Identificación y trazabilidad.



En la gráfica anterior se puede apreciar la evolución que ha tenido la entidad en cuanto a los numerales de norma incumplidos, los cuales generaron No Conformidades en los ciclos auditores realizados entre las vigencias 2013 y 2017, pudiéndose apreciar que en el presente ciclo se incumplieron por parte de la entidad, tres (3) numerales, nueve (9) menos que la vigencia anterior, presentándose un decrecimiento del 75,0% en los numerales de norma incumplidos por los procesos.

Entre las vigencias 2013 y 2015, los numerales de norma incumplidos fueron relativamente constantes en su cantidad más no en su connotación de la norma. En la vigencia 2016, los incumplimientos a la norma se incrementaron de manera representativa, pero en el presente ciclo el número descendió de manera importante, pudiéndose evidenciar que fueron observados dos numerales nuevos que no habían sido observados en las últimas cuatro vigencias (numerales 5.1 y 7.5.3).

La siguiente matriz ilustra el comportamiento y representatividad de los incumplimientos de norma en los últimos cinco (5) años:

NUMERAL GP 1000	DEFINICIÓN	NUMERALES DE NORMA INCUMPLIDOS PERIODO 2013 - 2017						
		2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	%
4.1.d	Requisitos Generales		X		X		2	6,5%
4.2	Gestión Documental			X			1	3,2%
4.2.3	Control de Documentos				X		1	3,2%
4.2.4	Control de Registros	X			X		2	6,5%
5.1	Compromiso de la Dirección					X	1	3,2%
6.2	Talento Humano		X				1	3,2%
6.2.2	Competencia, Toma de Conciencia y Formación	X			X		2	6,5%
6.4	Ambiente de Trabajo		X		X		2	6,5%
7.1	Planificación de la Realización del Producto o Prestación del Servicio		X	X	X		3	9,7%
7.2.1	Determinación de los Requisitos Relacionados con el Producto y/o Servicio			X	X		2	6,5%
7.2.3	Comunicación con el Cliente			X	X		2	6,5%
7.5.1	Control de la Producción y la Prestación del Servicio	X		X	X	X	4	12,9%
7.5.3	Identificación y Trazabilidad	X				X	2	6,5%
8.2.3	Seguimiento y Medición de los Procesos				X		1	3,2%
8.3	Control del Producto y/o Servicio No Conforme		X	X			2	6,5%
8.5.1	Mejora Continua				X		1	3,2%
8.5.2	Acción Correctiva	X			X		2	6,5%
TOTAL		5	5	6	12	3	31	

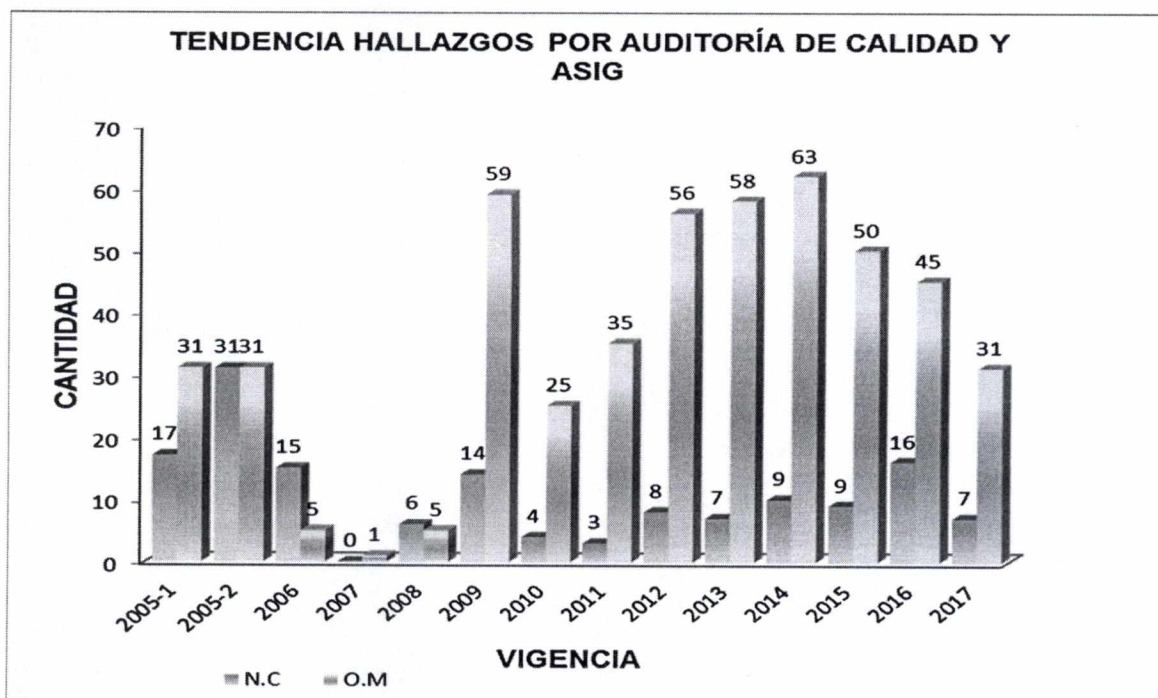
Como se aprecia en la matriz, como resultado del ciclo de auditoría realizado se presenta un decrecimiento muy importante en los requisitos de norma incumplidos por los procesos en la gestión realizada, lo cual permite evidenciar que las acciones implementadas a través de planes de mejoramiento en la vigencia 2016, permitieron la mejora continua en la gestión de la entidad con respecto a la vigencia 2015.

Los requisitos que mayor incidencia han tenido en los últimos cinco años en las No Conformidades detectadas por los equipos auditores, han sido en su orden:

- 7.5.1 - Control de la producción y la prestación del servicio.
- 7.1 - Planificación de la Realización del Producto o Prestación del Servicio.
- 4.1. d - Requisitos generales.
- 4.2.4 - Control de registros.
- 6.2.2 - Competencia, Toma de Conciencia y Formación.
- 6.4 - Ambiente de trabajo
- 7.2.1 - Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio.
- 7.2.3 - Comunicación con el Cliente.
- 7.5.3 - Identificación y Trazabilidad.
- 8.3 - Control del Producto y/o Servicio No Conforme.
- 8.5.2 - Acción Correctiva.
- 4.2 - Gestión Documental.
- 4.2.3 - Control de documentos.
- 5.1 - Compromiso de la dirección.
- 6.2 - Talento humano.
- 8.2.3 - Seguimiento y Medición de los Procesos.
- 8.5.1 - Mejora Continua

Dado que los requisitos incumplidos en los últimos cinco años abarcan los numerales 4, 5, 6, 7 y 8 de la norma, es importante que la entidad tome acciones para garantizar que el Sistema Integrado de Gestión se mantenga y mejore de manera continua, haciendo énfasis en los numerales 4.1.d, 4.2.4, 6.2.2, 6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.3, 8.3 y 8.5.2 que representan el 80.6% de los incumplimientos detectados en los últimos cinco años.

En la siguiente gráfica se puede observar la tendencia en el número de No Conformidades y Oportunidades de Mejora desde el año 2005, cuando se implementó el Sistema de Gestión de la Calidad en la Contraloría Departamental del Valle. Se presenta un balance positivo en los catorce ciclos de auditoría realizados, pues ha permitido una evolución en el Sistema Integrado de Gestión – SIG de la entidad, dado que el número de No Conformidades detectadas además de no ser representativo, ha permitido corregir desviaciones detectadas en los procesos, de igual manera el número de oportunidades de mejora ha sido importante, permitiendo que con las acciones de mejora implementadas, se mejore la gestión en los procesos.



Como se puede apreciar en la gráfica anterior, el promedio de No Conformidades en los últimos cinco años no ha sobrepasado las 16, manteniéndose por debajo de las 10 en cuatro vigencias, con lo cual se puede apreciar que se viene realizando un gran esfuerzo por parte de la entidad para garantizar una gestión acorde con la ley y con lo documentado en el Sistema Integrado de Gestión, permitiendo de esta manera un mejoramiento continuo al interior de los procesos. De igual manera, en el mismo periodo, se puede observar un número importante de Oportunidades de Mejora determinadas por los equipos auditores, las cuales al ser asumidas por los procesos, permiten mejorar de manera continua su gestión.

HALLAZGOS DETECTADOS EN EL PRESENTE CICLO DE AUDITORÍA



Tal como se observa, en el presente ciclo de auditoría el 81,6% de los hallazgos corresponden a 31 Oportunidades de Mejora y el 18,4% corresponde a 7 No Conformidades.

HALLAZGOS POR PROCESO

De acuerdo con el resultado obtenido en la auditoria, se evidenció que a seis procesos se les levantaron siete (7) No Conformidades y a ocho procesos se les identificaron 31 Oportunidades de Mejora.

Las siete (7) No Conformidades fueron detectadas en los procesos de Planeación y Direccionamiento Gerencial, Participación Ciudadana, Control Fiscal, Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva y Gestión Humana, a los cuales se les levantó una (1) No Conformidad que representa para cada uno el 14,3%, y el proceso de Recursos Físicos y Financieros dos (2) No Conformidades que representan el 28,5%.

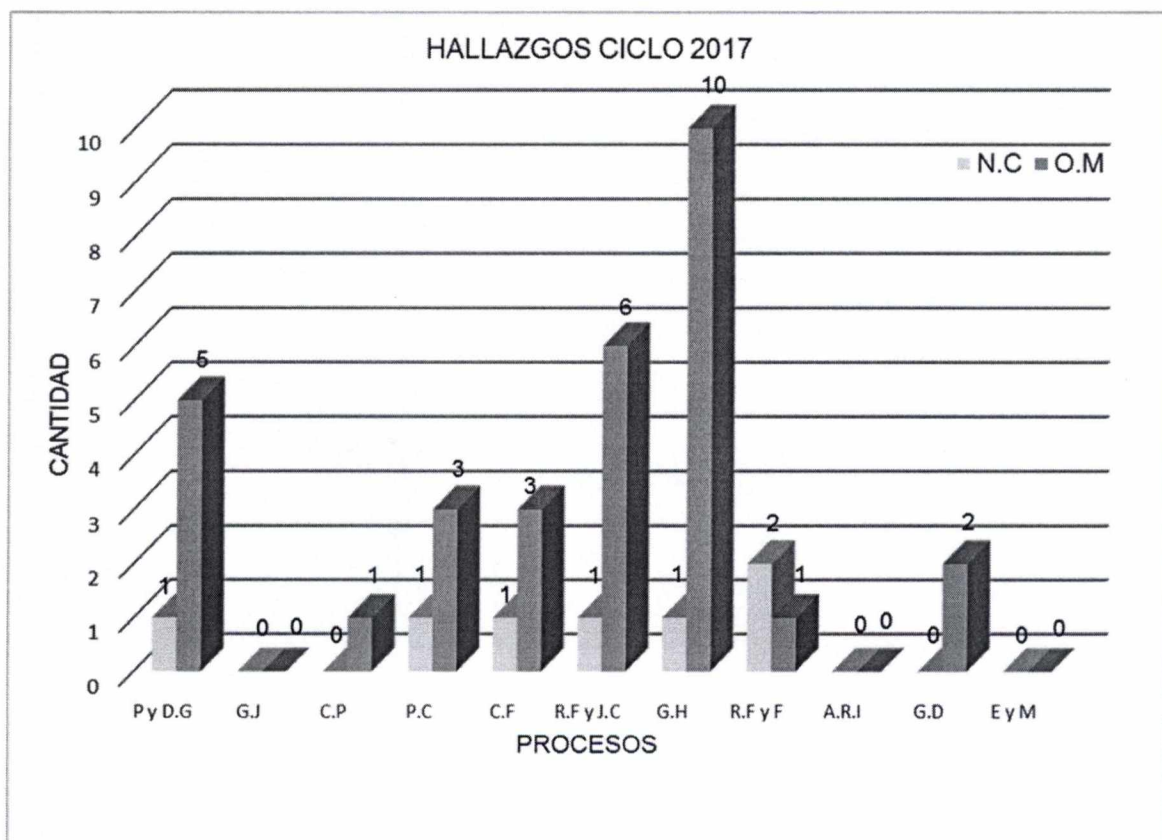
Las 31 Oportunidades de Mejora, fueron identificadas a los procesos de:

- Planeación y Direccionamiento Gerencial (5).
- Comunicación Pública (1).
- Participación Ciudadana (3).
- Control Fiscal (3).
- Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva (6).
- Gestión Humana (10).
- Recursos Físicos y Financieros (1).
- Gestión Documental (2).

Tal como se ilustra en la matriz y gráfica siguientes, a ocho de los once procesos que conforman la entidad, se les levantaron No Conformidades o propusieron Oportunidades de Mejora, por otro lado, a los procesos de Gestión Jurídica, Administración de Recursos Informáticos y Evaluación y Mejora, no se les levantaron No Conformidades ni se les identificaron Oportunidades de Mejora por parte de los equipos auditores.

Aunque no es representativo, el mayor número de No Conformidades se levantaron al proceso de Recursos Físicos y Financieros (2) y al proceso que se le planteó el mayor número de Oportunidades de Mejora fue Gestión Humana, situaciones que se pueden apreciar en la matriz y gráfica siguientes:

No	PROCESO	No Conformidades		Oportunidades de Mejora		Totales	
		N.C	%	O.M	%	N.C + O.M	%
1	Planeación y Direccionamiento Gerencial	1	14,3	5	16,1	6	15,8%
2	Gestión Jurídica	0	--	0	--	0	--
3	Comunicación Pública	0	--	1	3,2	1	2,6%
4	Participación Ciudadana	1	14,3	3	9,7	4	10,5%
5	Control Fiscal	1	14,3	3	9,7	4	10,5%
6	Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva	1	14,3	6	19,4	7	18,4%
7	Gestión Humana	1	14,3	10	32,3	11	28,9%
8	Recursos Físicos y Financieros	2	28,5	1	3,2	3	7,9%
9	Administración de Recursos Informáticos	0	--	0	--	0	--
10	Gestión Documental	0	--	2	6,5	2	5,3%
11	Evaluación y Mejora	0	--	0	--	0	--
TOTAL		7	100,0	31	100,0	38	100,0%



CONVENCIONES UTILIZADAS			
PROCESO		PROCESO	
P y D.G	Planeación Y Direccionamiento Gerencial	G.H	Gestión Humana
G.J	Gestión Jurídica	R.F y F	Recursos Físicos y Financieros
C.P	Comunicación Pública	A.R.I	Administración de Recursos Informáticos
P.C	Participación Ciudadana	G.D	Gestión Documental
C.F	Control Fiscal	E y M	Evaluación Y Mejora
R.F y J.C	Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva		

8.2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA.

8.2.1 ANÁLISIS DE TABLAS

En el presente ciclo de auditoría fueron levantadas 7 No Conformidades con las que se incumplieron 3 numerales de la norma, así:

- El numeral 5.1 fue incumplido por el proceso de Planeación y Direccionamiento Gerencial que representa el 14,3%.
- El numeral 7.5.1 fue incumplido el 71.4% por los procesos de Participación Ciudadana, una vez que representa el 14,3%; Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva, una vez que representa el 14,3%; Gestión Humana una vez que representa el 14,3% y Recursos Físicos y Financieros, dos veces que representa el 28,5%.
- El numeral 7.5.3 fue incumplido por el proceso de Control Fiscal, una vez que representa el 14,3%.

Las anteriores afirmaciones se ilustran en las siguientes matrices:

REQUISITOS			FRECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTOS DE LOS REQUISITOS POR PROCESO														
No.	MECI	GP 1000	P1	P 2	P 3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	TOTAL	% PART		
1	Estilo de dirección	5.1	1											1	14.3%	14.3%	100.0%
2		7.5.1				1		1	1	2				5	71.4%	71.4%	
3		7.5.3					1							1	14.3%	14.3%	
TOTAL FRECUENCIA POR PROCESO			1			1	1	1	1	2				7	100.0 %		
% PARTICIPACIÓN EN INCUMPLIMIENTO PROCESO X			14.3%			14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	28.5%				100.0 %			
TOTAL REQUISITOS INCUMPLIDOS POR PROCESO			1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0				
ELEMENTOS DE MECI INCUMPLIDOS			Estilo de dirección						TOTAL ELEMENTOS DE MECI INCUMPLIDOS				1				

En la matriz anterior se puede observar que se presentó incumplimiento al elemento *Estilo de Dirección* del MECI, el cual tiene relación directa con el numeral 5.1 de la norma, no obstante, los numerales 7.5.1 y 7.5.3 de la norma, no tienen relación directa con ningún elemento del MECI, razón por la cual no se referencian incumplimientos en el MECI con respecto a estos dos numerales de la norma.

TOTAL DE NO CONFORMIDADES DETECTADAS POR PROCESO												
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	TOTAL
No Conformidades	1	0	0	1	1	1	1	2	0	0	0	7
Total por proceso	1	0	0	1	1	1	1	2	0	0	0	7
% participación	14.3%	0	0	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	28.5%	0	0	0	
Número de requisitos a cumplir en la NTCGP1000:2009												51
Requisitos (numerales) incumplidos por cada proceso en las No Conformidades detectadas	5.1			7.5.1	7.5.3	7.5.1	7.5.1	7.5.1				
Número (cantidad) de requisitos incumplidos en las No Conformidades	1			1	1	1	1	1				6
Requisitos incumplidos por la entidad en general (sin repetir numeral en la entidad)	1			1	1							3
% Requisitos de norma incumplidos en las No Conformidades detectadas a los procesos												5.9%
% Requisitos de norma cumplidos												94.1%

CONVENCIONES UTILIZADAS			
PROCESO		PROCESO	
P1	Planeación Y Direccionamiento Gerencial	P8	Recursos Físicos y Financieros
P2	Gestión Jurídica	P9	Administración de Recursos Informáticos
P3	Comunicación Pública	P10	Gestión Documental
P4	Participación Ciudadana	P11	Evaluación Y Mejora
P5	Control Fiscal	GP	Gestión Pública
P6	Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva	% PART	Porcentaje de Participación
P7	Gestión Humana		

En resumen y como se observa en la matriz anterior, de los 51 requisitos de la norma, en la entidad se incumplieron los requisitos 5.1, 7.5.1 y 7.5.3 que representan un incumplimiento general del 5,9%, en otras palabras, el porcentaje de cumplimiento de la norma a nivel institucional fue del 94,1%.

9. CONCLUSIONES GENERALES

Finalizada la auditoria al Sistema Integrado de gestión de la Contraloría Departamental del Valle, se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

- El presente ciclo de auditoría dio como resultado 31 Oportunidades de Mejora, 15 menos que la vigencia anterior representando un decrecimiento del 32,6%; y 7 No Conformidades, 9 menos que las levantadas en la vigencia anterior, lo que representa un decrecimiento del 75,0% en los incumplimientos detectados a la entidad.
- Dado que los requisitos incumplidos en los últimos cinco años abarcan los numerales 4, 5, 6, 7 y 8 de la norma, es importante que la entidad con respecto al personal que labora en los procesos, tome acciones pertinentes y necesarias para garantizar que el Sistema Integrado de Gestión se mantenga y mejore de manera continua, haciendo énfasis en el numeral 7º de la norma pues corresponde al numeral más incumplido en el presente ciclo.
- La tendencia de los hallazgos representados en No Conformidades y Oportunidades de Mejora desde el año 2005, cuando se implementó el Sistema de

Gestión de la Calidad en la Contraloría Departamental del Valle, presenta un balance positivo en los catorce ciclos de auditoría realizados, pues ha permitido una evolución en el Sistema Integrado de Gestión – SIG, dado que el número de No Conformidades detectadas además de no ser representativo, ha permitido corregir desviaciones detectadas en los procesos, de igual manera, dado que el número de oportunidades de mejora ha sido importante, ha permitido que con las acciones de mejora implementadas, se vaya mejorando de manera continua la gestión en los procesos.

- Es necesario e importante que se establezcan acciones para que se continúen realizando los círculos de mejoramiento al interior de los procesos, buscando a través de ellos, garantizar que los funcionarios evolucionen en su conocimiento y compromiso con la calidad.
- Aunque el equipo MECI de la entidad se encuentra conformado por funcionarios de cada uno de los procesos, se evidencia la necesidad de que este grupo de funcionarios cumpla con su rol a fin de que repliquen en sus procesos todo lo correspondiente al Sistema Integrado de Gestión de la entidad.
- En el presente ciclo de auditoría, se evidenció que la entidad incumplió los requisitos 5.1, 7.5.1 y 7.5.3 de la norma, que representan el 5,9%, los cuales comparados con la vigencia anterior fueron inferiores en cantidad, pues en dicha vigencia se incumplieron 12 numerales que representaban el 23,5%.
- Dado que las certificaciones bajo la norma NTC ISO 9001:2008 son válidas hasta el 23 de septiembre de 2018, momento en que entra en vigencia la norma NTC ISO 9001:2015, es necesario que la entidad implemente las acciones pertinentes y necesarias que le permitan adaptar el SIG a dicha norma antes de la fecha determinada anteriormente.
- Es necesario y pertinente que por parte de la alta dirección así como de todos los funcionarios de la entidad, se generen acciones que permitan lograr un mayor compromiso, a fin de eliminar a través de análisis, las causas raíz de las No Conformidades detectadas por los equipos auditores, así como también, asumir las oportunidades de mejora que le permitirán garantizar a la entidad un mejoramiento continuo.
- A nivel general, en los ciclos de auditorías realizados por la entidad, se puede observar que las Oportunidades de Mejora han sido más representativas que las No Conformidades, lo cual implica que existe un interés generalizado por parte de los equipos auditores para garantizar que con su actuar en los ciclos de auditoría, se busque corregir las desviaciones detectadas así como también generar valor agregado a los procesos planteándoles oportunidades de mejora que le permitirán a la entidad garantizar un mejoramiento continuo en su gestión.
- Los procesos vienen realizando ajustes a sus procedimientos, lo cual ha permitido generar un mejoramiento continuo al interior de los procesos, a través de lo cual se genera mayor oportunidad y mayor calidad en los productos entregados a clientes y que a su vez servirán a las partes interesadas.

- Los procesos de la entidad cumplen de manera permanente con el ciclo PHVA, pues se cuenta con una planeación estratégica (plan estratégico 2016-2019), el cual es aterrizado por los procesos a través de diferentes planes, planes que se ejecutan de manera permanente en cumplimiento de procedimientos documentados, siendo evaluados y medidos de manera periódica, permitiendo realizar los ajustes pertinentes y necesarios para el logro de los objetivos estratégicos.
- El proceso de Participación Ciudadana ha fortalecido la comunicación con la comunidad en general, estableciendo medios como las redes sociales, página web, correos electrónicos, así como mediante capacitaciones, ha fortalecido el conocimiento del control social en los veedores y comunidad en general. Igualmente los contenidos de los informes han mejorado sustancialmente, tanto en la estructura como en la coherencia y contenido, lo anterior se interpreta como mejoramiento continuo del proceso, a pesar de tener en el resultado final de la auditoria, un incumplimiento de la norma técnica NTCGP 1000, identificada como no conformidad sobre la planificación del producto o prestación del servicio, incumplimiento inferior en el 66% respecto a las identificadas en la auditoria anterior.
- A través del proceso de Planeación y Direccionamiento Gerencial se viene desarrollando la evaluación a la planeación estratégica de la entidad, pudiéndose informar o advertir de manera oportuna a la alta dirección, para que se tomen e implementen los correctivos necesarios y pertinentes para garantizar el logro de los objetivos institucionales.
- Los procesos que presentaron No Conformidades y Oportunidades de Mejora, deberán suscribir los respectivos planes de mejoramiento con su respectivo análisis de causas raizales, de manera que les permitan establecer acciones eficaces que les permitan evitar que las situaciones detectadas por los equipos auditores vuelvan a presentarse. De igual manera, es importante que de manera posterior al cierre de las acciones correctivas, producto de No Conformidades levantadas a los procesos, se continúe realizando verificación a éstas por parte de los responsables de proceso para garantizar su efectividad en el tiempo.
- Es importante que para el próximo ciclo de auditoría, se replantee la asignación del equipo auditor al proceso de Control Fiscal, en el sentido que éste sea fortalecido en el número de auditores; toda vez, que es un proceso misional con un número representativo de procedimientos, además de tratarse del proceso misional que representa la razón de ser de la Entidad.

En síntesis se concluye que el Sistema Integrado de Gestión es:

1. **Conveniente** puesto que se tiene alineación entre los objetivos de los procesos y los temas o pilares del Plan Estratégico 2016 - 2019 y con la cultura organizacional bajo un enfoque sistémico.
2. **Adecuado** para la entidad, porque los procesos y procedimientos están ajustados y enfocados a la razón de ser de la entidad.

3. **Eficiente** porque a través de una óptima utilización de los recursos se realiza una evaluación a la totalidad de los sujetos de control, pues mientras en la vigencia 2015 se realizaron 262 auditorías, en la vigencia 2016 se realizaron 282 auditorías, representando un incremento del 7,6%, cumpliéndose de esta manera con las expectativas tanto de clientes como de partes interesadas.
4. **Eficaz** porque está permitiendo el cumplimiento de los objetivos estratégicos, lo cual se evidencia en las mediciones que periódicamente se vienen realizando por parte de los procesos y la entidad a nivel general.
5. **Efectivo** por el impacto positivo generado a través de la gestión, lo cual se evidencia en los resultados de la Rendición de Cuentas que el contralor presenta a la comunidad vallecaucana, además de las mejoras que se implementan en los sujetos de control como resultado de las evaluaciones realizadas, lo cual se evidencia en el seguimiento que se realiza a los planes de mejoramiento que ellos suscriben así como en las posteriores auditorías que a ellos se realizan.

Atentamente,



ANDRÉS MURILLO
Jefe Oficina de Control Interno