



Corporación Autónoma  
Regional del Valle del Cauca

## MEMORANDO

0120 – 816662016

PARA:	LUIS GUILLERMO PARRA – DIRECTOR TÉCNICO (C)
DE:	Jefe Oficina de Control Interno
ASUNTO:	Informe de Auditoria Direccionamiento Corporativo
FECHA:	Santiago de Cali, 28 de diciembre de 2016

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de sus funciones establecidas en el artículo 9 de la ley 87 de 1993, reglamentado parcialmente por el decreto 2145 de 1999 y actuando bajo los tópicos enmarcados en el artículo 3 del decreto 1537 de 2001, a saber: “valoración de riesgos, acompañar y asesorar, realizar evaluación y seguimiento, fomentar la cultura de control, y relación con entes externos”.

Y en cumplimiento del programa de auditoria, realizó la Auditoría Interna integral al proceso Direccionamiento Corporativo, por lo tanto me permito enviarle el Informe Final producto de dicha auditoria, a fin de que se establezcan por parte del Líder y/o responsables del proceso de manera conjunta, las acciones correctivas y/o oportunidades de mejora necesarias para atender las recomendaciones planteadas, en un plazo no mayor a diez (10) días hábiles, contados a partir del recibo de la presente comunicación. Dichas acciones deben ser enviadas a la Oficina de Control Interno para su aprobación.

Es importante tener en cuenta lo siguiente:

Se deben evaluar las acciones que garanticen la utilización de los Sistemas de Información para insumar la toma de decisiones, lo que posibilita la articulación entre el Sistema de Control Interno y el Sistema de Gestión de Calidad.

Acción correctiva: conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Acción preventiva: conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

Acción de Mejora: conjunto de acciones para aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de un proceso, producto o sistema.

*Comprometidos con la vida*



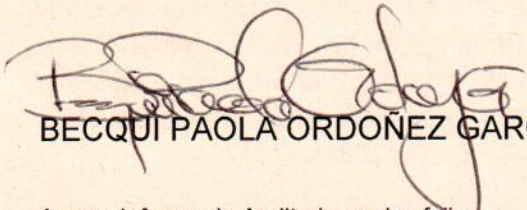
Corporación Autónoma  
Regional del Valle del Cauca

Página 2 de 2

El formato lo encuentra en el link: Calidad/Formatos comunes 2016, Acciones Correctivas y Oportunidades de Mejora FT.0540.15 V7.

Adicionalmente para cualquier inquietud al respecto usted podrá comunicarse con el Auditor Líder a la extensión 1448 del edificio principal de la CVC.

Cordialmente,



BECQUI PAOLA ORDÓÑEZ GARCÍA

Anexo: Informe de Auditoria en dos folios.

Copia digital: Alvaro Herman Roldan – Profesional Especializado.  
Jaime Alberto Escudero – Coordinador Gestión Ambiental y Calidad.

Archivese en: 0120-061-008-2016

Proyectó: Claudia Ximena Martínez Sánchez – Profesional Especializado. CX

*Comprometidos con la vida*

# INFORME FINAL DE AUDITORÍA



Fecha de Auditoría: 6 de diciembre de 2016	Auditor Líder :Claudia Ximena Martínez Sánchez.
Proceso / Servicio: Direccionamiento Corporativo	Equipo Auditor : Claudia Ximena Martinez.
Objetivo : Verificar la conformidad de la NTCGP:1000:2009 y MECI en el proceso Direccionamiento Corporativo, los requisitos legales, el cumplimiento de las obligaciones y realizar el seguimiento al cumplimiento de las acciones correctivas y preventivas de auditorías anteriores.	Alcance : Determinar, validar, documentar y verificar los riesgos asociados, la contribución a las metas del plan anticorrupción y las Gestiones en la Corporación Autónoma Regional del Valle del Cauca – CVC.

### Programa de Trabajo

Día 1: Revisión de no conformidades.	Proceso: Direccionamiento Corporativo.
Día 2: N.A	Proceso: N.A.
Día 3: N.A	Proceso: N.A

### Principales Situaciones Detectadas:

Se realizó seguimiento a las no conformidades encontradas en la auditoria del 11 y 12 de agosto de 2015, así:

El treceavo elemento del Modelo Estándar de Control Interno es el Plan de mejoramiento y en articulación con el sistema de gestión de calidad se verificaron las cuatro acciones correctivas definidas en dicho plan; para la no conformidad 8.5.2 Acción correctiva, se identificó que en el marco de la formulación del plan de acción se dieron a conocer los resultados del contrato con la Universidad ICESI , Carpeta 0510-001-005-2015, en el acta de reunión interna del 15/06/2016 y con el apoyo del grupo de Gestión Ambiental y calidad se definieron las causas de las no conformidades y se formularon las acciones a tomar, por lo tanto se cierra la no conformidad.

Para la no conformidad 4.2.4 Control de registros, en lo referente a la actualización de las tablas de retención documental, se evidencia que se realizó el 17/11/2015. Por lo tanto se cierra la no conformidad.

**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL VALLE DEL CAUCA**  
**TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL**

OFICINA PRODUCTORA: Dirección de Planeación      Grupo de Gestión Interno: Grupo de análisis de contexto y orientación de la gestión      Hoja 1 de 1

CÓDIGO	SERIES Y SUBSERIES	RETENCIÓN		OIC	DISPOSICIÓN FINAL				PROCEDIMIENTO
		ARCHIVO GESTIÓN	ARCHIVO CENTRAL		CT	E	M	S	
0510-001	ACTAS								
0510-001-005	Comité de Coordinación de Trabajo	1 año	3 años	O		X			
0510-005-003	de Revisión de Calidad	1 año	1 año	O		X			
0510-013	CONTRATOS	3 años	19 años	O				X	
0510-013-003	Consultoría								
0510-013-008	de Prestación de Servicios								
0510-013-013	Pasapistas								
Los tipos documentales deben responder a la forma y al valor de la contratación. Para conocerlos se anexa la lista de chequeo de los requisitos de los documentos que se									
0510-014	CONVENIOS	1 años	19 años	O					
0510-014-013	Convenio de Asociación								
0510-037	PLANES								
0510-037-012	Plan Estratégico Corporativo - PEC	21 años				X			Tiene una vigencia de 21 años a partir del año 2015
	- Proyectos estratégicos								

CONVENIONES: CT : Conservación Total E Eliminación M Microfilmación S Selección O: Original C: Copia

Nombre y Firma Responsable Archivo de gestión: \_\_\_\_\_  
Firma Responsable de la gestión Documental: Felipe Eugenio Payan      Revisó: Rodrigo Torres Martínez  
dm      Fecha: Santiago de Cali, 17/11/2015

## INFORME FINAL DE AUDITORÍA

En la no conformidad 5.5.3 Comunicación interna, relacionada con la falta de comunicación entre el proceso de Direccionamiento Corporativo y Comunicación Corporativa, se evidenció la interrelación de los procesos en el evento Encuentro de Autoridades Ambientales realizado el 1 y 2 de diciembre de 2016, para las actividades relacionadas con el logo y prensa, carpeta 0510-001-005-2016 Actas, comité coordinador de trabajo, Acta de reunión interna del 12/11/2016 con el coordinador del grupo de comunicaciones. Por lo tanto se cierra la no conformidad.



El proceso cuenta con plan operativo 2016 y se evidencia en la carpeta de Actas 0510-001-005-2015 Comité coordinación de trabajo.

El Plan estratégico corporativo tiene como herramienta de medición el balanced scorecard, el cual se realizará con corte a 31/12/2016. Dicho plan se encuentra orientado conceptualmente al cumplimiento del Plan Gestión Ambiental Regional. La caracterización del proceso tiene como producto el Plan Estratégico formulado, aprobado y/o actualizado, sin embargo a la fecha de la auditoria el plan se encuentra en un documento borrador.

En el SIGEC se diligencian las actividades adscritas al Director General, este avance se realiza acorde con la apertura del aplicativo y con el apoyo de la Dirección financiera.

En el Acta de reunión interna del 30/03/2016 del Comité Coordinador Corporativo, el Director General solicita informar detalladamente los Comité existentes en la Corporación, durante la auditoria se presentó una relación de los comités internos y externos que existen en la Corporación.

El mapa de riesgos de corrupción presenta tres acciones, la primera: Incorporación de los componentes de las líneas estratégicas del PEC (acciones, indicadores) en la formulación del Plan de Acción, el cual se resume en la tabla 26 Relación línea estratégica PEC y PGAR, página 106 del Plan de acción cuatrienal 2016-2019. La segunda acción se relaciona con la capacitación permanente en normas y funciones de la entidad, se presentó la participación en Consulta previa. Y la tercera acción Cumplimiento del procedimiento PT.0730.02 Consulta y/o suministro de documentos o información: los documentos se encuentran en gestión.

El tercer elemento del Modelo Estándar de Control Interno es Planes y programas, el Plan de acción 2016-2019 tiene definidas metas por programas para cada año, página 112.

### No Conformidades

N.A

# INFORME FINAL DE AUDITORÍA



## Conclusiones

Se ha presentado una madurez en el proceso, por lo cual se cierran las no conformidades de vigencia anterior, sin embargo se requiere dar cumplimiento a la fecha de cierre de las acciones, acorde con los principios éticos de la Corporación.

El Modelo Estándar de Control Interno 2014 en el décimo elemento Análisis y Valoración del riesgo, involucra todos los procesos corporativos; en el proceso Dirección Corporativa se cumplen cuatro productos: Análisis del riesgo, Valoración del Riesgo, Controles y Mapa de riesgos del proceso.

ELEMENTO	PRODUCTOS MÍNIMOS	OBSERVACIONES
Análisis y Valoración de Riesgo	Análisis del riesgo	Documento de análisis del riesgo teniendo en cuenta su probabilidad y factibilidad de ocurrencia y el posible impacto en caso de materialización.
	Evaluación de controles existentes	Documento donde se evalúe si los controles para valorar los riesgos son adecuados o no.
	Valoración del riesgo	Documento en el cual se analizan los riesgos frente a los controles existentes para mitigar su impacto o su probabilidad de ocurrencia.
	Controles	Se deben identificar controles correctivos y preventivos definidos para cada proceso o actividad para mitigar la probabilidad e impacto de los riesgos.
	Mapa de riesgos de proceso	La entidad debe establecer un mapa de riesgos que contenga toda la información establecida anteriormente.
	Mapa de riesgos institucionales	La entidad consensará un Mapa de Riesgos Institucional, en el cual se eleven todos los riesgos que afectan a la entidad en su conjunto y los riesgos identificados de los procesos Misionales y se incluyan los Riesgos de Corrupción de los que trata la ley 1474 de 2011.

## Información Adicional

Se recomienda la revisión de la caracterización del proceso porque algunas actividades mencionan aprobación de documentos que a la fecha no se han cumplido, ni se ha identificado la pertinencia de su aprobación.

Se recomienda solicitar divulgación de los riesgos del proceso, riesgos de corrupción y acciones correctivas y oportunidades de mejora con el fin de apropiar la documentación del sistema de gestión de la calidad.

Se recomienda socializar la metodología para realizar el seguimiento a los riesgos identificados, durante el proyecto de modernización institucional.

## Lista de distribución del informe

Luis Guillermo Parra ( C ). - Director Técnico. – Dirección de Planeación.  
 Alvaro Hernán Roldan – Profesional Especializado.  
 Jaime Alberto Escudero – Coordinador de Gestión Ambiental y de Calidad.

**Firma auditor Líder**

*Claudia X. Martínez S*  
**Claudia Ximena Martínez Sánchez**

**Firma del líder del proceso auditado**

**Luis Guillermo Parra Suarez**

