

**PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LOS PROCESOS DE AUDITORÍA INTERNA  
REALIZADOS POR EL DEPARTAMENTO DE CONTROL INTERNO DE  
FOSCAL Y FOSUNAB.**

**AUTORES**

**SILVIA DEL PILAR OSORIO LARROTA**

**NATHALIA VARGAS OSMA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO MECÁNICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
INGENIERÍA INDUSTRIAL**

**2016**

**PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LOS PROCESOS DE AUDITORÍA INTERNA  
REALIZADOS POR EL DEPARTAMENTO DE CONTROL INTERNO DE  
FOSCAL Y FOSUNAB.**

**AUTORES**

**SILVIA DEL PILAR OSORIO LARROTA  
NATHALIA VARGAS OSMA**

**PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:  
INGENIERO INDUSTRIAL**

**DIRECTORA**

**ING. ELIDIA ESTHER GALVIZ MUÑOZ  
Magister en Ing. Industrial**

**CO-DIRECTORA**

**ING. JOHANA LEON JAIMES  
Ingeniera Industrial**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO MECÁNICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
INGENIERÍA INDUSTRIAL**

**2016**

## **DEDICATORIA**

*A mis padres porque gracias a ellos y a su esfuerzo he alcanzado este gran sueño, por sus enseñanzas y su apoyo a lo largo de mi vida.*

*A mi hermana por ser tan especial conmigo y porque quiero ser su ejemplo a seguir para que logre alcanzar sus sueños.*

*A mi familia por ser tan únicos e incondicionales conmigo.*

**NATHALIA VARGAS OSMA**

*A mi familia por ser el apoyo incondicional en mi vida, por todo su esfuerzo y dedicación durante cada momento.*

*A mis amigos por su colaboración y compañía en todo momento.*

**SILVIA DEL PILAR OSORIO LARROTA**

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios por darme la oportunidad de vivir esta experiencia y culminar exitosamente esta etapa de mi vida, iluminando mi camino y permitiéndome dar pasos seguros y certeros a lo largo de este trayecto.*

*A mis padres Alicia Osma y Arnulfo Vargas por ser mi apoyo incondicional y brindarme la oportunidad para formarme como profesional, cumpliendo con mi sueño de ser Ingeniera Industrial UIS.*

*A mi familia por estar a mi lado durante este proceso y brindarme su apoyo, consejos y cariño en todo momento.*

*A mis amigos por compartir conmigo grandes momentos, estar en las buenas y en las malas ayudándome a crecer como persona y profesional.*

*A la persona que durante gran parte de mi carrera fue mi apoyo y compañero incondicional.*

*A mi compañera de proyecto por su comprensión, enseñanzas y dedicación durante la realización del proyecto y gran parte de mi carrera.*

*A la Ingeniera Elidia Galviz por su orientación y dirección durante el desarrollo de este proyecto.*

**NATHALIA VARGAS OSMA**

*A Dios y la Virgen María por darme la vida y la oportunidad de lograr cumplir este gran sueño.*

*A mi familia por ser un apoyo incondicional y brindarme la oportunidad de ser una mejor persona y llenar mi vida de grandes momentos.*

*A mis amigos y compañeros de carrera por permitirme vivir los mejores momentos de esta etapa universitaria, y ser un apoyo incondicional para alcanzar este sueño.*

*A mi compañera de proyecto por permitirme alcanzar esta meta con su colaboración y apoyo incondicional, por la paciencia y motivación que tuvo en cada momento de esta etapa.*

*A la Ingeniera Elidia Galviz por su colaboración y apoyo en el desarrollo de este proyecto.*

**SILVIA DEL PILAR OSORIO LARROTA**

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	16
1.GENERALIDADES DE LA EMPRESA.....	18
1.1.HISTORIA E IDENTIFICACIÓN DE FOSCAL.....	18
1.1.1.Misión	21
1.1.2.Visión	21
1.1.3.Valores.....	22
1.1.4.Principios .....	22
1.1.5.Política de calidad .....	22
1.1.6.Objetivos de calidad.....	22
1.2.HISTORIA E IDENTIFICACIÓN DE FOSUNAB.....	23
1.3.MAPA DE PROCESOS.....	25
1.4.ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL .....	26
2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
3.JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	30
4.OBJETIVOS.....	33
4.1.OBJETIVO GENERAL .....	33
4.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
5.ALCANCE .....	34
6.METODOLOGÍA .....	35
6.1.ETAPA DE CONOCIMIENTO .....	35
6.1.1.Conocimiento de la organización .....	35
6.1.2.Revisión de la literatura.....	37
6.2.ETAPA DE DIAGNÓSTICO .....	37
6.2.1.Identificación del problema .....	38
6.2.2.Diagnóstico interno .....	38
6.3.ETAPA DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	39
6.4.ETAPA ESTRATÉGICA .....	40
6.5.ETAPA DE EJECUCIÓN.....	40
6.6.ETAPA DE REGISTRO DE RESULTADOS .....	41

7.MARCO TEÓRICO .....	42
7.1.COMPONENTES DEL CONTROL INTERNO .....	43
7.2.AUDITORÍA INTERNA.....	47
7.3.NORMAS INTERNACIONALES PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA AUDITORÍA INTERNA.....	49
7.4.DIAGRAMA CAUSA Y EFECTO.....	50
7.5.RIESGOS.....	51
7.5.1.Clases de riesgos .....	51
7.5.2.Administración del riesgo .....	52
7.5.3.Mapa de riesgos .....	53
7.5.4.Método Risicar .....	53
7.5.5.Norma técnica colombiana ISO 31000 “Gestión del riesgo” .....	55
7.6.LISTA DE CONTROL .....	56
7.7.MANUAL DE PROCEDIMIENTOS .....	57
7.8.MANUAL DE FUNCIONES .....	58
7.9.INDICADORES DE GESTIÓN .....	58
7.10.DIAGRAMAS DE FLUJO .....	59
8.DIAGNÓSTICO.....	61
8.1.METODOLOGÍA .....	61
8.2.DIAGNÓSTICO DEL TRABAJO EN EL DEPARTAMENTO DE CONTROL INTERNO.....	62
8.2.1.Diagrama causa y efecto .....	68
8.3.DIAGNÓSTICO DE CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS INTERNACIONALES PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA AUDITORÍA INTERNA.....	69
8.3.1.Resultados.....	71
8.4.DIAGNÓSTICO DEL MAPA DE RIESGOS, PLANEACIÓN DE AUDITORÍAS E INDICADORES DE GESTIÓN .....	76
9.PROPOSTA DE MEJORA.....	78
9.1.MAPA DE RIESGOS .....	79
9.2.PLANEACIÓN ANUAL DE AUDITORÍAS .....	85
9.3.IMPLEMENTACIÓN DE LAS NORMAS INTERNACIONALES PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA AUDITORÍA INTERNA .....	88

9.4.INDICADORES DE GESTIÓN .....	109
9.4.1.Indicadores de eficacia .....	110
9.4.2.Indicadores de eficiencia.....	112
9.4.3.Indicadores de efectividad .....	113
9.4.4.Aplicación indicadores .....	116
9.5.MANUALES ADMINISTRATIVOS .....	121
9.6.SENSIBILIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN Y DEL EQUIPO DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL INTERNO.....	124
9.7.ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL INTERNO Y PERFIL DE CARGOS .....	128
9.7.1.Estructura del departamento de control interno .....	128
9.7.2.Perfil de cargos .....	131
10.CONCLUSIONES .....	132
11.RECOMENDACIONES .....	135
BIBLIOGRAFÍA.....	136

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Mapa de Procesos FOSCAL.....	26
<b>Figura 2.</b> Metodología del Proyecto. ....	35
<b>Figura 3.</b> Estructura del conocimiento de la organización.....	36
<b>Figura 4.</b> Clases de Control.....	42
<b>Figura 5.</b> Componentes del Control Interno. ....	44
<b>Figura 6.</b> Diagrama Causa y efecto.....	51
<b>Figura 7.</b> Simbología Diagrama de Flujo.....	60
<b>Figura 8.</b> Organigrama Departamento de Control Interno.....	62
<b>Figura 9.</b> Instalaciones Departamento de Control Interno FOSCAL.....	68
<b>Figura 10.</b> Herramienta de Evaluación.....	70
<b>Figura 11.</b> Cumplimiento de las Normas de atributos. ....	73
<b>Figura 12.</b> Cumplimiento de las normas de desempeño. ....	75
<b>Figura 13.</b> Identificación de Riesgos en la Matriz.....	80
<b>Figura 14.</b> Evaluación de Riesgos en la Matriz. ....	81
<b>Figura 15.</b> Análisis de Controles en Matriz.....	84
<b>Figura 16.</b> Cumplimiento Normas de Atributos ....	107
<b>Figura 17.</b> Cumplimiento Normas de Desempeño. ....	108
<b>Figura 18.</b> Estructura Departamento de Control Interno FOSCAL .....	128
<b>Figura 19.</b> Estructura Departamento de Control Interno FOSUNAB. ....	130

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Resultados Normas de Atributos. ....	72
<b>Tabla 2.</b> Resultados Normas de Desempeño. ....	74
<b>Tabla 3.</b> Niveles de Control Organizacional. ....	78
<b>Tabla 4.</b> Probabilidad de ocurrencia del Riesgo. ....	82
<b>Tabla 5.</b> Impacto del riesgo. ....	82
<b>Tabla 6.</b> Matriz de Calificación del riesgo. ....	83

## **LISTA DE ANEXOS**

- ANEXO A.** Organigrama Institucional.
- ANEXO B.** Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna.
- ANEXO C.** Entrevista Inicial.
- ANEXO D.** Diagrama Causa y Efecto.
- ANEXO E.** Herramienta de Evaluación.
- ANEXO F.** Mapa de Riesgos 2016.
- ANEXO G.** Programa de Auditoría 2016 FOSCAL.
- ANEXO H.** Programa de Auditoría 2016 FOSUNAB.
- ANEXO I.** Programa de Auditoría 2015 FOSCAL.
- ANEXO J.** Estatuto de Auditoría Interna.
- ANEXO K.** Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad.
- ANEXO L.** Políticas Internas.
- ANEXO M.** Código de Ética del Instituto de Auditores Internos.
- ANEXO N.** Manual de Indicadores.
- ANEXO O.** Manual de Funciones.
- ANEXO P.** Manual de Procedimientos.
- ANEXO Q.** Guía Práctica de Auditorías.
- ANEXO R.** Acta de reunión con la Alta Dirección.
- ANEXO S.** Carta de sensibilización a los auditores.
- ANEXO T.** Documento resumen de sensibilización.

**NOTA:** Anexos en carpeta adjunta en cd.

## RESUMEN

**TÍTULO:** PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LOS PROCESOS DE AUDITORÍA INTERNA REALIZADOS POR EL DEPARTAMENTO DE CONTROL INTERNO DE FOSCAL Y FOSUNAB.\*

**AUTORAS:** OSORIO LARROTA, Silvia del Pilar y VARGAS OSMA, Nathalia.\*\*

**PALABRAS CLAVES:** Auditoría interna, control interno, proceso, normas internacionales, servicio, planeación, eficacia, mejoramiento, mapa de riesgos, indicadores.

**DESCRIPCIÓN:** La Fundación Oftalmológica de Santander FOSCAL y la Zona Franca Permanente Especial en Salud Fundación FOSUNAB, en la actualidad son complejos médicos reconocidos no sólo a nivel nacional sino también a nivel internacional debido a la excelencia en las especialidades médicas que conforman el servicio que brindan a la sociedad.

Por la magnitud de la organización y las operaciones que en ella se realizan, se detecta la importancia de contar con un adecuado sistema de control interno, que vele por el cumplimiento de las normas y políticas internas, promueva la efectividad de las operaciones y asegure la confiabilidad de la información financiera y administrativa. Sin embargo, el Departamento de Control Interno presentaba falencias en su trabajo, por lo cual, nace la necesidad de realizar un plan de mejoramiento para los procesos de auditoría interna de las organizaciones anteriormente mencionadas.

Inicialmente, se realiza un diagnóstico del Departamento de Control Interno frente a su trabajo y a las normas internacionales, detectando las debilidades y fortalezas del proceso de auditoría interna, para finalmente, generar e implementar propuestas de mejora que fortalezcan el trabajo realizado por del departamento. Una vez implementado dicho trabajo el Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB realizará su labor bajo los lineamientos de las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna otorgando mayor valor a la actividad de auditoría interna en la organización contando con el apoyo de la Alta Dirección.

---

\* Proyecto de Grado

\*\* Facultad de Ingenierías Físico Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales.

Director: Elidia Esther Galviz Muñoz, Codirector: Johana León Jaimes, Tutor: Mireya Cecilia Franco Rueda

## ABSTRACT

**TITLE:** IMPROVEMENT PLAN FOR THE INTERNAL AUDIT PROCESSES MADE BY THE INTERNAL CONTROL DEPARTMENT FROM FOSCAL AND FOSUNAB.\*

**AUTHORS:** OSORIO LARROTA, Silvia del Pilar y VARGAS OSMA, Nathalia.\*\*

**KEYWORDS:** Internal audit, internal control, process, international standards, service, planning, efficacy, improvement, risks map, indicators.

**DESCRIPTION:** The Ophthalmological Foundation from Santander FOSCAL and the Permanent Trade Zone Specialized in Health FOSUNAB, nowadays are medical complexes recognized, not only nationally but internationally too, because of the excellent medical specialties that conform the service given to the society.

Due to the magnitude of the organization and the operations made there, the importance of an adequate internal control system is detected, which veil for the compliance of the internal politics and standards, promote the operations effectiveness and ensure the financial and administrative information reliability. However, its Internal Control Department presented failures in its work and that's why the necessity of an improvement plan is identified for the internal audit processes for the companies named above.

First, a diagnosis from the Internal Control Department is made about its work and the international standards, finding its weaknesses and strengths to, finally, generate and implement improvement proposals that strengthen the work done by the department.

Once implemented such work the Internal Control Department of FOSCAL and FOSUNAB carry out its work under the guidelines of the International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing giving greater value to the internal audit activity in the organization with the support of the high direction.

---

\* Graduation project.

\*\* Facultad de Ingenierías Físico Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Director: Elidia Esther Galviz Muñoz, Codirector: Johana León Jaimes, Tutor: Mireya Cecilia Franco Rueda.

## INTRODUCCIÓN

En una organización es indispensable llevar un control de todas las operaciones que se desarrollan en la misma, con el fin de evitar errores y garantizar que los procedimientos que se están llevando a cabo estén alineados con sus objetivos. El Departamento de Control Interno cumple con una misión específica, en el caso de FOSCAL, su misión es velar por el cumplimiento de las normas y políticas internas trazadas por la Dirección. Así mismo, promover la efectividad de las operaciones, la confiabilidad en la información financiera y administrativa, de manera que se reduzcan los riesgos asociados con su actividad<sup>1</sup>. Para lograr este objetivo, dicho departamento tiene como principal tarea la realización de auditorías en todas las áreas de la organización, las cuales requieren personal capacitado para tener éxito en su desarrollo y así establecer controles y correcciones efectivas en el sistema organizacional.

Actualmente el auditor interno desempeña un papel muy importante en una organización, pues se ha convertido en un asesor de la dirección en materia de gestión, seguimiento de la estrategia y de la continuidad y sostenibilidad empresarial<sup>2</sup>, ya que realiza aportes significativos al mejoramiento de los procesos, a partir del análisis de la evidencia obtenida en las auditorías realizadas.

Por esta razón, el departamento de control interno de FOSCAL y FOSUNAB, tomando conciencia del impacto que puede llegar a tener su labor en la organización busca ampliar la cobertura y efectividad de las auditorías, mejorando la planeación y el desarrollo de las mismas.

El proyecto tendrá como fin la propuesta de una metodología que permita a las organizaciones anteriormente mencionadas incrementar su rendimiento a partir de

---

<sup>1</sup> FOSCAL. Código del buen gobierno. Control Interno. [En Línea]. Disponible en <<http://www.foscal.com.co/docs/CBGC-Marzo-2011.pdf>>. [Citado el 22 de Octubre de 2015]

<sup>2</sup> Conferencia Interamericana de Contabilidad. La evolución de la Auditoría Interna en el comienzo del siglo XXI. Uruguay 2013. [En línea]. Disponible en <<http://www.cpcecba.org.ar/media/img/paginas/La%20Evoluci%C3%B3n%20De%20La%20Auditor%C3%ADa%20Interna%20En%20El%20Comienzo%20Del%20Siglo%20XXI.pdf>> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

una mejora significativa en los procedimientos de auditoría interna, orientándolos adicionalmente al cumplimiento de las Normas Internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna (ISPPIA), y de esta manera estandarizar los procesos para obtener mejores resultados.

La adopción de dichas Normas dentro de organizaciones como la Fundación Oftalmológica de Santander - FOSCAL y Zona Franca Permanente Especial – FOSUNAB puede permitirles trabajos de auditoría de alta calidad, con la intención de proporcionar un marco para ejercer y promover un amplio rango de actividades de auditoría interna que agreguen valor, además establecer las bases para evaluar el desempeño de la auditoría interna y fomentar la mejora de los procesos y operaciones de la organización<sup>3</sup>. Las normas se estructuran en dos partes, normas sobre atributos y normas sobre desempeño, las primeras tratan las características de las organizaciones y las personas que prestan servicios de auditoría, y las otras normas describen la naturaleza de los servicios de auditoría interna y proporcionan criterios de calidad.

---

<sup>3</sup>Instituto de Auditores Internos de Colombia. Recursos Técnicos. Guías Obligatorias. Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna. [En Línea]. Disponible en <<http://www.iiacolombia.com/resource/ippfNormas.pdf>> [Citado el 22 de Octubre de 2015].

## **1. GENERALIDADES DE LA EMPRESA**

### **1.1. HISTORIA E IDENTIFICACIÓN DE FOSCAL**

El Complejo Médico Fundación Oftalmológica de Santander – FOSCAL es el resultado de una idea visionaria generada en 1976 por el doctor Virgilio Galvis Ramírez, cuando se crea la Fundación Oftalmológica de Santander - FOS, en el piso 11 del Hospital Ramón González Valencia hoy llamado Hospital Universitario de Santander.

Posteriormente, en 1979 la institución abre sus puertas en una vieja casona como respuesta a la necesidad prioritaria de brindar atención oftalmológica a la población de escasos recursos económicos.

Allí se obtuvieron las primeras vivencias de servicio comunitario con un grupo profesional y paramédico comprometido con la misión de “Ayudar a que otros vean”.

Fue así como en 1983 se inaugura el moderno edificio de la FOS en el sector de Cañaveral para brindar atención oftalmológica a un amplio sector de la población del área urbana y rural, a través de la Unidades Móviles y los programas de extensión a la comunidad, que se han convertido en modelo de trabajo en América Latina como un significativo aporte de la institución para la solución de los problemas de salud ocular.

La necesidad de complementar a la Fundación Oftalmológica de Santander - FOS, con especialidades médicas de apoyo, fue el punto de partida de un nuevo proyecto que ofreciera atención en todos los campos de la medicina, bajo el criterio de la calidad, en el que el paciente es el principal y único objetivo.

Es así como se consolida esta obra, con el apoyo del industrial santandereano doctor Carlos Ardila Lülle. El 14 de Mayo de 1993 se inaugura el complejo médico Fundación Oftalmológica de Santander - FOSCAL, que hoy agrupa un staff de 200 especialistas para atender la salud de todos los colombianos y mostrarle al país una de las principales obras de Santander, que se consolida como una

institución de alto nivel, amable y siempre dispuesta para atender con calidad, la salud de los colombianos.

El 1 de Noviembre de 2002 se inauguró la Torre Milton Salazar; nueva infraestructura física de 6 mil metros cuadrados, distribuidos en 9 pisos, dos subsótanos y un puente elevado para el traslado peatonal entre los edificios. El Complejo Médico FOSCAL ofrece a la comunidad amplias áreas de consulta externa general y especializada con 35 consultorios, unidad de odontología, triage, curaciones, atención de enfermería y centro autorizador de servicios. Entre otros servicios se encuentran hospitalización, ampliación y dotación tecnológica para las áreas quirúrgicas de oftalmología, la más moderna Unidad de Esterilización de Latinoamérica, área académica para clínicas de los estudiantes de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, auditorio para 60 personas y la División de Salud Pública, que representa la mayor proyección de la FOSCAL con acciones de investigación y dirección de los programas comunitarios.

Para ofrecer “Otra Vida por Vivir”, en el 2006 se inauguró el Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas Virgilio Galvis Ramírez, que ofrece a los usuarios la tecnología más avanzada instalada en Latinoamérica para el tratamiento del cáncer, que cuenta con amplias salas de espera, sala de quimioterapia, consultorios y los equipos de máximo desarrollo tecnológico en el mundo: el Simulador Varian Simatron Ximavision y el Acelerador Lineal Clínica iX Series, que garantizan tratamiento de alta confiabilidad.

En el 2007 se dio apertura al Banco de Ojos, único en el país certificado por el INVIMA, con lo que se inicia una nueva etapa en la corrección y tratamientos de trasplantes de córnea, para seguir “Ayudando a que Otros Veán”.

Para ampliar los servicios de la institución, se inauguró en Bucaramanga la sede de atención ambulatoria FOSCAL Bolarqui, la cual, junto a las dos sedes en el barrio Cabecera del Llano dan cobertura en salud a un amplio sector de la comunidad. Completamente dotada, con tres salas de cirugía, unidad de esterilización,

laboratorio clínico, unidad de terapias para el manejo del dolor, sala de yesos, consulta externa, óptica y farmacia, se convierte en la mejor opción para la atención de la salud.

Actualmente, la Fundación Oftalmológica de Santander - FOSCAL, es la institución prestadora de servicios de salud más completa e integral del nororiente colombiano y una de las más importantes del país.

En una misma infraestructura física de unos 45 mil metros cuadrados distribuidos en cuatro torres, concentra el complejo médico asistencial más grande de la región, con una capacidad de 200 camas hospitalarias y un staff médico de 200 especialistas, comprometidos con la investigación científica y el proceso de atención al paciente.

La continua renovación de la tecnología médica, el persistente adiestramiento del personal y el ejercicio ético de los profesionales, garantizan la oportunidad y la calidad del servicio en todas las áreas de la medicina, dedicación que representa la confiabilidad de los pacientes.

La capacidad hospitalaria con una completa dotación, permite ofrecer un servicio cinco estrellas con amplias y confortables habitaciones, menú especial, atención de enfermería y un excelente staff médico que cuenta con la mejor tecnología para el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, quienes aprecian en la cálida atención, una cultura organizacional orientada por el compromiso y el respeto por el ser humano.

El complejo médico FOSCAL cuenta con amplias áreas funcionales, hospitalización, salas de cirugía, servicio de urgencias, unidades de cuidado intensivo, cirugía ambulatoria, helipuerto y todos los servicios de apoyo necesarios para la excelente atención del paciente. La institución cuenta con varios centros de alta tecnología entre ellos se destacan:

- El Servicio de Oftalmología, Excimer Láser

- El Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas Virgilio Galvis Ramírez (más avanzado de Latinoamérica)
- La Unidad de Radiología e Imágenes Diagnósticas
- Medicina Nuclear
- Ortopedia y Traumatología
- Laboratorio Clínico
- El Centro Urológico
- La Unidad de Diálisis y Trasplante Renal
- Neurocirugía
- Otorrinolaringología y Audiología
- Cirugía Mínimamente Invasiva
- Cirugía Plástica y Reconstructiva

Bucaramanga cuenta con una de las instituciones médicas más importantes del país que ha equiparado su calidad, servicio y avances tecnológicos, a aquellos ofrecidos en el exterior. Estas cualidades han convertido a la Fundación Oftalmológica de Santander - FOSCAL, en un punto de referencia nacional. Incluso, cada vez más extranjeros viajan hasta Bucaramanga en búsqueda de servicios similares a los de su lugar de residencia, con gran valor agregado y excelentes costos.<sup>4</sup>

#### **1.1.1. Misión**

Brindar servicios integrales de salud de clase mundial, formación humana y académica desarrollo científico y esperanza de vida con responsabilidad social.

#### **1.1.2. Visión**

En 2020 seremos un complejo médico líder en seguridad del paciente, humanización, docencia e investigación de América Latina.

---

<sup>4</sup> Fundación Oftalmológica de Santander - FOSCAL. Institución. Empresa. Nuestra Historia. [En Línea]. Disponible en <<http://www.foscal.com.co/institucion/empresa/nuestra-historia>> [Citado el 22 de Octubre de 2015].

### **1.1.3. Valores**

- Disciplina
- Ética
- Liderazgo
- Respeto
- Sentido de Pertenencia
- Transparencia

### **1.1.4. Principios**

- Responsabilidad Social
- Estrategia
- Excelencia Médica
- Generación de Valor
- Humanización
- Innovación
- Seguridad del Paciente
- Trabajo en Equipo

### **1.1.5. Política de calidad**

La FOSCAL está comprometida con el mejoramiento continuo como base para el desarrollo de procesos médicos y asistenciales confiables, seguros, oportunos y prestados con calidez para el cuidado de la salud de nuestros usuarios.

### **1.1.6. Objetivos de calidad**

- Lograr que nuestros clientes estén “Satisfechos” con los servicios prestados.
- Lograr que nuestros clientes estén “Bien Informados” en cuanto a los servicios que proporciona la Institución.

- Entregar oportunamente los servicios prestados.
- Asegurar que los procesos utilizados para entregar el servicio sean confiables y seguros.
- Asegurar que los procesos administrativos cumplan con los requisitos definidos por la Organización.

## **1.2. HISTORIA E IDENTIFICACIÓN DE FOSUNAB**

### **Zona Franca Permanente Especial Fundación FOSUNAB**

La Fundación Oftalmológica de Santander - FOSCAL y la Universidad Autónoma de Bucaramanga -UNAB-, han concentrado su experiencia y fuerzas para crear un ente fundacional denominado FOSUNAB cuyo objeto y misión será el desarrollo de un proyecto hospitalario, educativo y de servicios accesorios y complementarios amparados bajo la Ley 1004 de 2005 y Decreto 4051 de 2007, los cuales contienen el marco normativo de las Zonas Francas Permanentes Especiales en Salud.<sup>5</sup>

Es FOSUNAB actualmente para la región la única Zona Franca Permanente Especial aprobada en todas sus instancias por la Comisión Intersectorial de Zonas Francas del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN.

Ubicada en el Municipio de Floridablanca, la Fundación FOSUNAB, conocida también como FOSCAL Internacional es un complejo de alta tecnología en salud, que integra servicios médicos y quirúrgicos, incluyendo innovación, investigación científica, desarrollo del conocimiento, hotelería y centro de convenciones.

Uno de los propósitos de este complejo es ser reconocido como una plataforma ideal para la oferta de servicios de salud en los mercados internacionales, además de fomentar alianzas con el sector turístico y fortalecer la prestación de sus servicios

---

<sup>5</sup> Zona Franca Permanente Especial Fundación FOSUNAB. Quiénes somos. Historia. [En Línea]. Disponible en < <http://www.fosunab.com/quienes-somos/historia> > [Citado el 22 de Octubre de 2015].

de salud encaminado a impulsar el desarrollo de un sector económico conocido como turismo en salud a través de la creación de paquetes turísticos de salud.

La Fundación FOSUNAB, cuenta con los siguientes centros de atención de clase mundial:

- Centro Oftalmológico
- Centro Cardiovascular
- Centro de Cirugía Estética y Reconstructiva
- Centro de Cáncer y Enfermedades Hemato Oncológicas
- Centro de Diagnóstico de Alta Especialización con 150 consultorios

Bajo conceptos de seguridad, tecnología avanzada, producción limpia y buenas prácticas empresariales, FOSCAL Internacional cuenta con los siguientes servicios de apoyo:

- Urgencia especializada
- Unidad Quirúrgica
- Unidad de Cuidados Intensivos
- Hospitalización VIP
- Patología
- Imagenología
- Medicina Nuclear
- Rehabilitación Física
- Laboratorio Clínico, Banco de Sangre y Genética

Adicionalmente, FOSCAL Internacional desarrollará las siguientes nuevas unidades tecnológicas:

- Centro de Trasplantes y Reemplazos Articulares
- Centro de Nanotecnología y Genómica
- Centro de Medicina Regenerativa y Células Madres
- Centro de Investigación y Transferencia Tecnológica para el Desarrollo del Conocimiento Científico

La organización establece de manera primordial ejercer la prestación de sus servicios bajo los estándares de calidad en la atención, avalados por la acreditación en salud que otorga el Icontec y la Joint Commission International (JCI).

### **1.3. MAPA DE PROCESOS**

La Fundación Oftalmológica de Santander – FOSCAL, bajo la dirección de la Unidad de Gestión de la Calidad ha establecido el mapa de procesos institucional, el cual muestra la clasificación de los procesos realizados en la organización para cumplir con su funcionamiento y objeto social, adicionalmente refleja la relación que existe entre dichos procesos y su interacción con la atención del cliente.

Actualmente la distribución que hace FOSCAL y FOSUNAB de sus procesos se hace en tres macroprocesos; Procesos Estratégicos, Procesos Misionales y Procesos de apoyo.

Inicialmente se establecen los procesos misionales que le permiten a la organización prestar sus servicios, entre ellos se incluye la Gestión de Servicios Asistenciales Ambulatorios, Gestión de Servicios Asistenciales Hospitalarios, y Gestión de Servicios de Apoyo Asistencial. Adicionalmente se incluyen dos procesos que la organización adopta como misionales para fortalecer su función de investigación y docencia en salud, los cuales son Gestión de Docencia y Gestión de Servicios de Investigación.

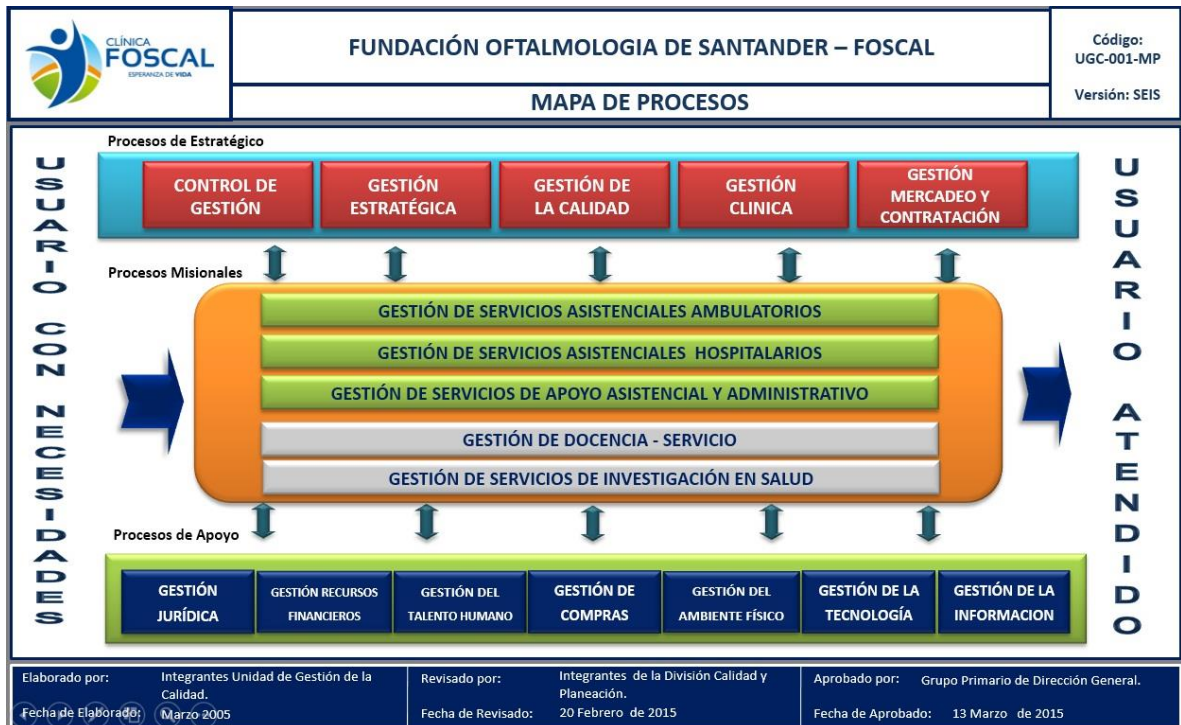
La organización establece como procesos estratégicos aquellos que le permiten direccionar su funcionamiento hacia el mejoramiento continuo, por lo que procesos como Control de Gestión, Gestión Estratégica, Gestión de la Calidad, Gestión Clínica, y Gestión de Mercadeo y Contratación hacen parte de este macroproceso.

Finalmente los procesos de apoyo que hacen parte de FOSCAL y FOSUNAB tienen la función de controlar y soportar los procesos misionales y estratégicos, dentro de ellos se incluyen Gestión Jurídica, Gestión de Recursos Financieros, Gestión del

Talento Humano, Gestión de Compras, Gestión del Ambiente Físico, Gestión de la Tecnología y Gestión de la Información.

A continuación se muestra el actual y anteriormente descrito Mapa de Procesos de FOSCAL y FOUNAB:

**Figura 1.** Mapa de Procesos FOSCAL.



#### 1.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El Organigrama institucional da cuenta de la estructura jerárquica de la Fundación Oftalmológica de Santander – FOSCAL, diseñado con base en las líneas jerárquicas funcionales. Si bien las áreas administrativas son claramente diferenciadas de las asistenciales, el diseño de la estructura permite identificar la labor integrada y de apoyo que se lleva a cabo para la adecuada prestación de los servicios.

En la estructura se encuentran representados los principales órganos de Dirección, el ápice estratégico y la línea media jerárquica así:

- Asamblea General
- Junta Directiva
- Dirección General
- Subdirección General
- Direcciones
- Divisiones
- Jefaturas
- Coordinaciones

La versión actual del organigrama agrupa algunos departamentos en divisiones, reestructura la línea jerárquica de la dirección de investigaciones, división operativa, mercadeo y comunicaciones; y da cuenta de la reciente creación de la Jefatura de Planeación y Humanización<sup>6</sup> (**ANEXO A**).

---

<sup>6</sup> Fundación Oftalmológica de Santander - FOSCAL. Institución. Empresa. Código de Buen Gobierno Corporativo. [En Línea]. Disponible en < <http://www.foscal.com.co/docs/CBGC-Julio-2015-V5.pdf> > [Citado el 1 de Marzo de 2016].

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Grandes empresas dentro de su estructura establecen la importancia de contar con un departamento organizado, cuya labor sea contribuir con el cumplimiento de sus objetivos con un enfoque sistemático, evaluando y mejorando la eficacia de sus procesos de gestión de riesgos, control y gobierno. Es así como la actividad de auditoría con la que se cuente en la organización deba ser independiente y objetiva, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones<sup>7</sup>.

En la actualidad el control interno se ha convertido en uno de los pilares de las empresas del sector privado, ya que permite observar con claridad la eficiencia y la eficacia de las operaciones, y la confiabilidad de los registros y el cumplimiento de las leyes, normas y regulaciones aplicables<sup>8</sup>, con el fin de cumplir los objetivos que se trazaron en la empresa.

El Departamento de Control Interno de las organizaciones FOSCAL y FOSUNAB a través de los últimos años se ha visto afectado por el crecimiento de las mismas, convirtiéndose en la actualidad en empresas de nivel internacional destacadas por la calidad de sus servicios, por lo que muchos de sus procesos hoy en día tienen mayor alcance y han sufrido variaciones, esto hace que la forma de realizar la actividad de auditoría interna esté en permanente cambio y el desarrollo de este trabajo se hace sin contar con parámetros definidos como normas que les permitan seguir una guía, es por eso que muchos de los trabajos no son realizados en los tiempos programados.

Adicionalmente, es necesario mencionar que la organización se puede ver afectada en gran medida si su Departamento de Control Interno no está ejerciendo de la

---

<sup>7</sup> Instituto de Auditores Internos de Colombia. Recursos Técnicos. Guías Obligatorias. Definición de Auditoría Interna. [En Línea]. Disponible en < <http://www.iiacolombia.com/rtguiaso.html> > [Citado el 23 de octubre de 2015].

<sup>8</sup> Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El control interno en las empresas privadas. [En Línea]. Disponible en <<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/quipukamayoc/2004/segundo/a08.pdf>> [Citado el 23 de octubre de 2015].

mejor y más eficiente manera su actividad de auditoría interna en los distintos procesos que lo requieren, debido a los riesgos que éstos representan para la organización.

### **3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

El Complejo Médico Fundación Oftalmológica de Santander FOSCAL, es una organización dedicada a la prestación de servicios médicos generales, especializados y medios diagnósticos, que congrega una diversa gama de alternativas en cuanto a procedimientos, consultas y avanzada tecnología, propia de cada una de las especialidades médicas.

La Fundación Oftalmológica de Santander FOSCAL y la Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB, han concentrado su experiencia y fuerzas para crear una alianza estratégica, dando origen a la denominada Zona Franca Permanente Especial en Salud FOSUNAB, cuyo objeto y misión será el desarrollo de un proyecto hospitalario, educativo y de servicios accesibles y complementarios.

El Departamento de Control Interno de una organización tiene la misión de velar por el cumplimiento de las normas y políticas internas trazadas por la Dirección. Así mismo, promover la efectividad de las operaciones, la confiabilidad en la información financiera y administrativa, de manera que se reduzcan los riesgos asociados con su actividad, la cual es considerada como un proceso retroalimentador y de mejoramiento que debe realizarse de manera permanente y oportuna. Es así como se puede mostrar la importancia que tiene el Departamento de Control Interno en entidades privadas como FOSCAL, FOSUNAB y en cualquier otra organización. Para que este departamento pueda desarrollar sus funciones con éxito, es necesaria la aceptación de dicha importancia por parte de toda la organización.

En las primeras visitas a la organización, la dirección del Departamento de Control Interno expresó que la labor de auditoría presentaba una baja cobertura dentro del universo de procesos que deben ser auditados conforme a la planeación realizada anualmente, inclusive esta cobertura no abarcaba ciertos procesos considerados con muy alto riesgo para el ejercicio de la organización, ya que ni siquiera se incluían en la planeación, generando baja eficiencia y eficacia en sus funciones.

Adicionalmente, se evidenciaron otros efectos desfavorables para el cumplimiento de los objetivos tanto del Departamento de Control Interno como los de la organización, ya que no se estaban identificando inconsistencias dentro de los procesos auditables, arriesgando diversos aspectos de la organización y generando costos por las deficiencias de esta operación.

Inicialmente se pensó que el problema se podría estar presentando por debilidades en la estimación de los tiempos de auditorías afectado por la implementación del Sistema de Información SAP, del cual no se tiene pleno conocimiento de su funcionamiento, pues no se han realizado las capacitaciones correspondientes. Adicionando el hecho de que no todos los departamentos hacían ni hacen uso de este sistema, ya que continúan en adecuaciones permanentes, lo cual hace más compleja la obtención de información, así mismo no se descartaba que la cantidad de auditores podía no ser suficiente para la carga de trabajo actual, al igual que la cantidad de herramientas disponibles para realizar la labor de auditoría.

Otra de las causas que se consideró podían estar generando el problema, es la no estandarización de las diferentes pruebas de control obtenidas del análisis hecho sobre la matriz de riesgos, siendo esta otra debilidad pues fue realizada sin un rigor metodológico y no a toda la organización, ya que en la institución no se tiene definido formalmente un enfoque de gestión de riesgos y la matriz con la que se contaba se estableció bajo el criterio único del Departamento de Control Interno. Por otra parte, se tenía la hipótesis de que la manera como se estaban realizando las auditorías podía no ser la más óptima, generando las desviaciones de la planeación e igualmente no se descartaba que el problema se estuviera generando por otras posibles causas no consideradas anteriormente.

La falta de compromiso y de comprensión de la importancia de la labor de auditoría por parte de los diferentes departamentos auditados, así como de la administración podían constituir otra de las causas del problema central, ya que no era fácil acceder a los recursos necesarios; se presentaba un bajo interés por los resultados emitidos tras las auditorías y no se estaban generando planes de mejoramiento.

Por los argumentos presentados anteriormente fue necesario desarrollar un proyecto con pertinencia práctica denominado “Plan de Mejoramiento para los Procesos de Auditoría Interna realizados por el Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB”, para garantizar mejores índices de eficacia y eficiencia dados por una mejor gestión de los procesos de auditoría, así como un mayor compromiso y mejor comunicación interna, generando una buena cultura organizacional. Igualmente, para hacer más completo este proyecto y tener una base más sólida, todo se realizará bajo los lineamientos de las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna, cuyos propósitos son:

- Definir principios básicos que representen el ejercicio de la Auditoría Interna tal como este debería ser.
- Proporcionar un marco para ejercer y promover un amplio rango de actividades de Auditoría Interna de valor añadido.
- Establecer las bases para evaluar el desempeño de la Auditoría Interna.
- Fomentar la mejora de los procesos y operaciones de la organización.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GENERAL**

Rediseñar el proceso de auditoría interna ejecutado por el Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB bajo los lineamientos de las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar un diagnóstico inicial del estado actual del Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB para identificar puntos a mejorar.
- Documentar los procesos de auditoría basado en las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna.
- Ajustar la Matriz de Riesgos para establecer las pruebas de control adecuadas para los procesos objeto de auditoría.
- Definir los perfiles y la cantidad necesaria de talento humano para conformar el equipo de auditoría.
- Proponer la planeación anual del proceso de auditoría.
- Sensibilizar al personal y a la alta dirección acerca de la importancia de la labor de Auditoría Interna como un mecanismo evaluador, verificador, retroalimentador y de monitoreo en la organización.
- Definir indicadores que permitan evaluar el desempeño de los procesos de Auditoría Interna.

## **5. ALCANCE**

Este proyecto abarca la labor de auditoría del departamento de control interno de FOSCAL y FOSUNAB involucrando todas las actividades que en él se desarrollan.

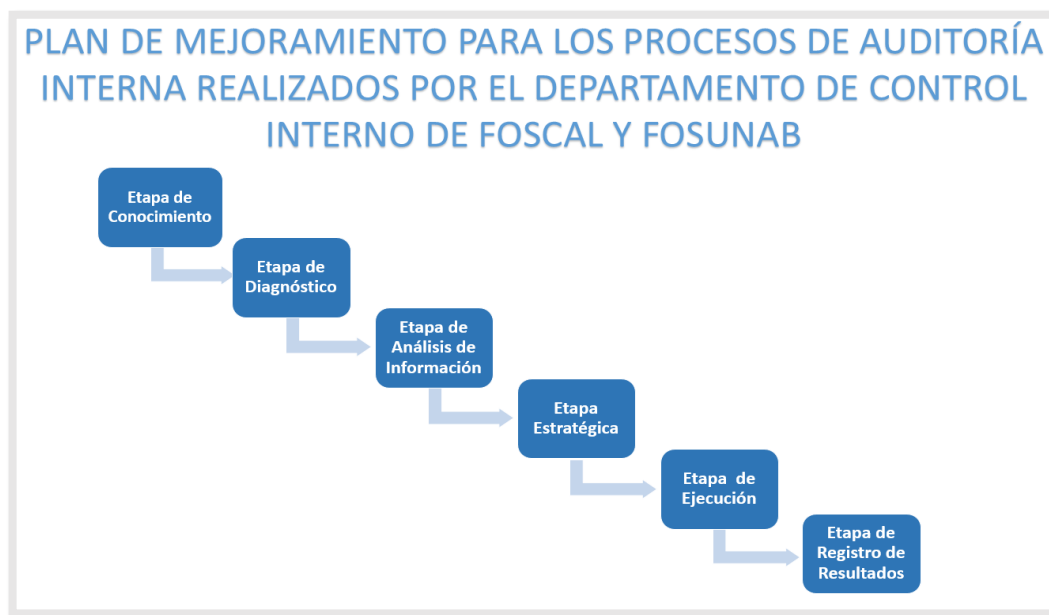
Siguiendo el proceso general de auditoría se trabajaron aspectos relacionados con la planeación, ejecución y conclusión de las auditorías y se alinearon y documentaron los procedimientos realizados en el Departamento de Control Interno con las pautas establecidas en las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna.

Finalmente se entregaron propuestas de mejora con el fin aumentar la eficiencia del Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB y llevar un control del mismo.

## 6. METODOLOGÍA

La metodología del proyecto cuenta con una serie de etapas que determinan el desarrollo del mismo, en cada una de ellas se presentan diversas actividades que contribuyen al logro de los objetivos, dicha metodología se presenta a continuación:

**Figura 2.** Metodología del Proyecto.



### 6.1. ETAPA DE CONOCIMIENTO

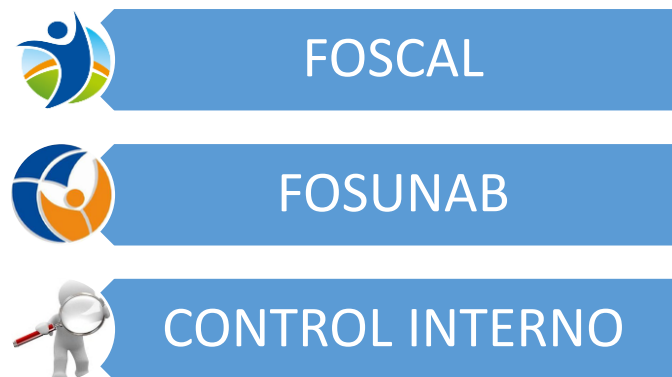
Inicialmente se pretendía conocer los aspectos más relevantes de las organizaciones FOSCAL y FOSUNAB y específicamente de su Departamento de Control Interno, siendo ésta una etapa indispensable para lograr contextualizar el tema principal del proyecto, es decir, el control interno y la actividad de auditoría interna y a su vez familiarizarse con las actividades que se desarrollan en el departamento.

#### 6.1.1. Conocimiento de la organización

Para lograr el desarrollo de esta etapa, lo principal era conocer y adquirir la mayor información de la Fundación Oftalmológica de Santander-FOSCAL y la Zona Franca

Permanente Especial FOSUNAB en cuanto a su objeto social y las actividades desarrolladas en el Departamento de Control Interno de dichas organizaciones.

**Figura 3.** Estructura del conocimiento de la organización.



- **FOSCAL**

En primera instancia el trabajo se basó en conocer el objeto social de la empresa, los servicios que brinda a la comunidad santandereana y la importancia y relevancia que tiene la organización en la región. Adicionalmente, era importante conocer su evolución y desarrollo, lo cual se logró con el recuento de su historia y el funcionamiento que tiene a nivel administrativo y operacional. Finalmente, se pretendía conocer los programas que se llevan a cabo en la actualidad y los proyectos futuros de la organización.

- **FOSUNAB**

Debido a que las mejoras formuladas con el proyecto también se implementarían en FOSUNAB, se hizo indispensable conocer esta organización y su funcionamiento, al igual que las diferencias operacionales y administrativas que tiene con FOSCAL, debido a que se encuentra ubicada en la zona franca de la ciudad y es una alianza estratégica entre esta última entidad y la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Por esta misma razón fue necesario tener conocimiento de las regulaciones y beneficios que tiene la zona franca e identificar la influencia que puede tener en las actividades del Departamento de Control Interno.

#### • **DEPARTAMENTO DE CONTROL INTERNO**

Para dar inicio al desarrollo del proyecto fue fundamental conocer la esencia del Departamento de Control Interno, tener claridad de sus funciones dentro de la organización, conocer las fortalezas y debilidades de su recurso humano, al igual que las relaciones entre auditores y entre auditor – auditado e identificar la influencia de las condiciones de las instalaciones en el desempeño del trabajo de auditoría.

#### **6.1.2. Revisión de la literatura**

Hacer consultas y revisiones de la literatura es clave en el desarrollo de cualquier proyecto, pues en este punto se busca ampliar los conocimientos teóricos de los temas que se relacionan o intervienen en el mismo y de esta manera lograr contextualizar la información que surja en el paso anterior, es decir, el conocimiento de la organización.

Para lograrlo se realiza la búsqueda de material, que en este caso, contiene información relacionada con las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna, incluyendo guías de implementación y consejos prácticos. También se consultó material sobre control interno, auditoría interna, mapas de riesgos, manuales de procedimientos, indicadores de gestión y demás temas involucrados en el proyecto.

#### **6.2. ETAPA DE DIAGNÓSTICO**

Para poder implementar una mejora en los procesos, era necesario tener claridad del problema que se pretendía atacar e identificar las causas que lo pudiesen estar generando. Para efectos de este proyecto, se buscó conocer la situación del

Departamento de Control Interno de la organización y las expectativas que tiene el director ejecutivo de auditoría con el mismo.

### **6.2.1. Identificación del problema**

Como se mencionaba anteriormente, identificar el problema central que se está presentando en el departamento es crucial para poder formular un plan de mejoramiento.

Para identificar el problema se realizaron diversas reuniones con la dirección del departamento, en las cuales se logró establecer que el problema más relevante dentro de la actividad de auditoría interna es el evidente incumplimiento de la planeación anual de auditorías. Adicionalmente, en las reuniones, la directora de auditoría manifestó el deseo de mejorar el trabajo del departamento, alineando sus procesos con las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna.

### **6.2.2. Diagnóstico interno**

Esta parte de la metodología es indispensable para lograr establecer la situación actual del Departamento de Control Interno, involucrando generalidades del mismo como su funcionamiento, la metodología de trabajo de los auditores internos y el clima laboral. Adicional a esto, se incluyeron aspectos relacionados con las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna para establecer el grado actual de cumplimiento de la misma.

Para realizar el diagnóstico se realizaron reuniones, entrevistas, revisiones de documentos y cuestionarios estilo lista de chequeo para determinar el cumplimiento de la norma.

Las entrevistas se llevaron a cabo en diferentes sesiones con cada uno de los auditores internos de FOSCAL y FOSUNAB, con el fin de identificar aspectos generales del departamento y sus actividades, al igual que detectar determinados

elementos que pueden estar contribuyendo con el problema identificado. Igualmente por medio de las entrevistas y revisión literaria se buscó realizar un diagnóstico de la matriz de riesgos e identificar las debilidades en dicho aspecto.

Es importante resaltar que se debía realizar un sondeo del estado actual de los objetivos establecidos en el proyecto, para identificar las mejoras a realizar y percibir su impacto al finalizar el mismo, es decir, determinar si se lograron cumplir dichos objetivos. Por esta razón se hizo un diagnóstico para cada uno de los objetivos planteados, identificando el punto de partida de cada uno para el trabajo a realizar y así alcanzar su cumplimiento.

Para abarcar la solicitud de alinear los procesos del departamento con las normas anteriormente mencionadas, fue necesario realizar un diagnóstico del cumplimiento de las mismas, para lo cual se diseñó una herramienta de evaluación, la cual está basada en una matriz elaborada por NATALIA JAIME GOMEZ en su informe de práctica empresarial para la Universidad Pontificia Bolivariana, el cual trata sobre el diagnóstico del departamento de control interno frente a la norma internacional para el ejercicio profesional de auditoría interna. Se tomó como modelo esta matriz debido a que no se encontró ninguna herramienta estándar para realizar este diagnóstico, ni más proyectos de referencia que implicaran dicha norma, por lo que la herramienta propuesta por Natalia junto con algunas adecuaciones resultó de gran ayuda para evaluar el cumplimiento de la norma en el Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB. Cabe resaltar que las adecuaciones realizadas a la matriz se realizaron con el acompañamiento de la directora del departamento y su contenido se modificó atendiendo a la actualización de la norma y las características propias de las organizaciones a evaluar.

Finalmente, la información recopilada se consolidó para llevar estos resultados a la siguiente etapa.

### **6.3. ETAPA DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN**

Al recopilar los resultados de los diagnósticos realizados en la etapa anterior, fue necesario realizar un análisis de dicha información y de esta manera identificar posibles relaciones entre los resultados, corroborar hipótesis y finalmente definir la situación real del departamento junto con las causas de su problemática.

El uso de herramientas como el diagrama causa-efecto fueron de gran ayuda en esta etapa, permitiendo dar mayor validez a los resultados y conclusiones generadas.

#### **6.4. ETAPA ESTRATÉGICA**

Tras realizar un análisis de la información obtenida en el diagnóstico y determinar las debilidades y fortalezas del Departamento de Control Interno que pueden influir y llegar a determinar el desarrollo sus actividades, se procedió a plantear propuestas de acción que permitieran alcanzar los objetivos planteados en el proyecto, mejorando el desempeño del departamento y alineando la actividad de auditoría interna con los objetivos de la organización.

Las propuestas formuladas fueron revisadas y evaluadas con la dirección del departamento para verificar que dichas acciones se pudieran ejecutar según el presupuesto y el compromiso de la alta dirección.

#### **6.5. ETAPA DE EJECUCIÓN**

Al finalizar la etapa estratégica se identificaron todas las acciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos al iniciar el proyecto, al igual que la secuencia de ejecución de las mismas. Con esta estrategia clara, se procedió a realizar su implementación, es decir, se pusieron en marcha las diferentes actividades buscando cumplir los objetivos e ir de la mano con el cronograma planteado. Igualmente en el transcurso de este proceso se fueron documentando los resultados y se generaron los entregables indicados al iniciar el proyecto y otros complementarios.

Adicionalmente, se hicieron verificaciones de cada entregable y así se determinó si el cumplimiento se generó según el alcance establecido en el proyecto.

## **6.6. ETAPA DE REGISTRO DE RESULTADOS**

Una vez concluidas las actividades planteadas, se verificó el cumplimiento de los objetivos y el alcance del proyecto, documentando los resultados obtenidos, procedimientos, lecciones aprendidas y recomendaciones finales, con el fin de que su implementación sirva como base para procesos de mejora continua en el departamento e igualmente queden como evidencia de la gestión y el trabajo realizado.

## 7. MARCO TEÓRICO

Para iniciar con la temática tratada en este proyecto, fue de vital importancia conocer la definición de control, como un conjunto de operaciones encaminadas a verificar y comprobar el funcionamiento y productividad de un proceso de acuerdo con directrices y planes establecidos.<sup>9</sup>

**Figura 4.** Clases de Control.

AUTOCONTROL	COMO ACTIVIDAD	COMO FUNCIÓN
<p>ES EL CONTROL QUE DEBE EJERCER CADA UNO DE LOS FUNCIONARIOS DE LA EMPRESA.</p> <p><b>PROPÓSITO:</b> EVALUARSE A SÍ MISMO EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES, SABIENDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SUS ACTIVIDADES.</li> <li>- PROCEDIMIENTOS.</li> <li>- NIVEL DE AUTORIDAD.</li> </ul>	<p>ES EL CONTROL EJERCIDO POR UN FUNCIONARIO QUE TENGA UN NIVEL DE AUTORIDAD ALTERNO.</p> <p><b>PROPÓSITO:</b> VERIFICAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE ACUERDO A PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS. PLANEAR, DIRIGIR COORDINAR Y CONTROLAR LAS ACTIVIDADES DE LOS SUBORDINADOS.</p>	<p>CONTROL QUE EJERCE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.</p> <p><b>PROPÓSITO:</b> ASESORAR Y APOYAR A LA DIRECCIÓN, INFORMANDO SOBRE EL DESARROLLO DE LAS POLÍTICAS. PRESENTAR PROPUESTAS DE RETROALIMENTACIÓN SOBRETODÓ EN LA PROTECCIÓN DE LOS RECURSOS Y EFICIENCIA EN LAS OPERACIONES.</p>

Fuente: Universidad Nacional de Colombia<sup>10</sup>.

En toda organización, sin importar su tamaño, naturaleza u objeto social, es necesario realizar un control interno de sus actividades, siendo éste un proceso realizado por la alta dirección, administradores y otro personal de la misma, diseñado para proporcionar seguridad razonable del cumplimiento de las tres siguientes categorías de objetivos:

<sup>9</sup> VARGAS QUIÑONES, Martha Elena y ALDANA DE VEGA, Luzángela. Calidad y Servicio. Conceptos y herramientas. Universidad de la Sabana. Segunda edición. Editorial Ecoe Ediciones. p.184.

<sup>10</sup> Universidad Nacional de Colombia. [En línea]. Disponible en <  
<http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/2006838/html/cap02/cont07.html>> [Consultado el 30 de Octubre de 2015].

- Efectividad y eficiencia en las operaciones.
- Confiabilidad de la información financiera.
- Cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables.

La primera categoría se orienta a los objetivos básicos de negocios de una entidad, incluyendo los objetivos de desempeño y rentabilidad y la salvaguarda de recursos. La segunda se relaciona con la preparación de estados financieros publicados, confiables, incluyendo estados financieros intermedios y datos financieros seleccionados derivados de tales estados, tales como ganancias realizadas, informadas públicamente. La tercera se refiere al cumplimiento de aquellas leyes y regulaciones a las que está sujeta la entidad. Tales categorías distintas pero interrelacionadas, orientan necesidades diferentes y permiten dirigir la atención para satisfacer necesidades separadas<sup>11</sup>.

## **7.1. COMPONENTES DEL CONTROL INTERNO**

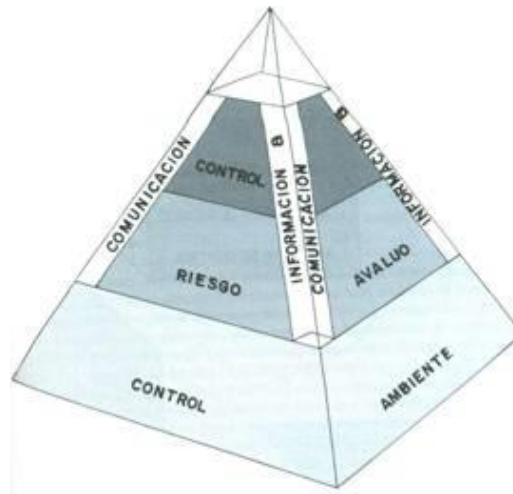
El Control Interno consta de cinco componentes interrelacionados, derivados de la manera como la administración realiza los negocios, y están integrados al proceso de administración. Aunque los componentes se aplican a todas las entidades, las compañías pequeñas y medianas pueden implementarlos de forma diferente que las grandes. Sus controles pueden ser menos formales y menos estructurados, no obstante lo cual una compañía pequeña pueda tener un Control Interno efectivo<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Committee Of Sponsoring Organizations Of The Treadway Commission. Traducido por Samuel Alberto Mantilla. Control Interno. Estructura Conceptual Integrada. Editorial Ecoe Ediciones. p.4.

<sup>12</sup> Universidad Nacional de Colombia. Estructura Conceptual Integrada 1 Comité Of Sponsoring Organizations Of The Treadway Commission - ( C. O. S. O.) [En línea]. Disponible en < <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/2006838/html/cap07/cont02.html>> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

**Figura 5.** Componentes del Control Interno.



Fuente: Committee Of Sponsoring Organizations Of The Treadway Commission.

**Ambiente de Control:** El ambiente de control da el tono de una organización, influenciando la conciencia de sus empleados. Es el fundamento de todos los demás componentes del Control Interno, proporcionando disciplina y estructura<sup>13</sup>.

La organización debe establecer un entorno que permita el estímulo y produzca influencia en la actividad del recurso humano respecto al control de sus actividades. Para que este ambiente de control se genere se requiere de otros elementos asociados al mismo los cuales son<sup>14</sup>:

- **Integridad y valores éticos:** Se deben establecer los valores éticos y de conducta que se esperan del recurso humano al servicio del Ente, durante el desempeño de sus actividades propias. Los altos ejecutivos deben comunicar y fortalecer los valores éticos y conductuales con su ejemplo.
- **Competencia:** Se refiere al conocimiento y habilidad que debe poseer toda persona que pertenezca a la organización, para desempeñar satisfactoriamente su actividad.

---

<sup>13</sup> Committee Of Sponsoring Organizations Of The Treadway Commission. Traducido por Samuel Alberto Mantilla. Control Interno. Estructura Conceptual Integrada. Editorial Ecoe Ediciones. p.5.

<sup>14</sup> Unicauca. Componentes del Control Interno. [En Línea]. Disponible en <<http://fccea.unicauca.edu.co/old/tgarf/tgarfse88.html>> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

- **Experiencia y dedicación de la Alta Administración:** Es vital que quienes determinan los criterios de control posean gran experiencia, dedicación y se comprometan en la toma de las medidas adecuadas para mantener el ambiente de control.
- **Filosofía administrativa y estilo de operación:** Este elemento afecta la manera como la empresa es manejada, incluyendo el conjunto de riesgos normales de los negocios<sup>15</sup>. En este punto tiene gran influencia la estructura organizativa, la delegación de autoridad y responsabilidades y las políticas y prácticas del recurso humano. Es importante mostrar una adecuada actitud hacia los productos de los sistemas de información que conforman la organización, al igual que la determinación de actividades para el cumplimiento de la misión de la empresa, la delegación de autoridad en la estructura jerárquica y la determinación de las responsabilidades de los funcionarios en forma coordinada para el logro de los objetivos<sup>16</sup>.

**Valoración de Riesgos:** Los factores que pueden incidir interfiriendo el cumplimiento de los objetivos propuestos por la organización, se denominan riesgos. Es posible establecer un proceso amplio que identifique y analice las interrelaciones relevantes de todas las áreas de la organización y de estas con el medio circundante, para así determinar los riesgos posibles<sup>17</sup>. Cada Entidad enfrenta una variedad de riesgos de fuentes externas e internas, los cuales deben valorarse. Una condición previa a la valoración de riesgos es el establecimiento de objetivos, enlazados en distintos niveles y consistentes internamente. La valoración de riesgos es la identificación y el análisis de los riesgos relevantes para la consecución de los objetivos, constituyendo una base para determinar cómo se deben administrar los riesgos. Dado que la economía, la industria, las regulaciones

---

<sup>15</sup> Committee Of Sponsoring Organizations Of The Treadway Commission. Traducido por Samuel Alberto Mantilla. Control Interno. Estructura Conceptual Integrada. Editorial Ecoe Ediciones. p.31.

<sup>16</sup> Unicauca. Componentes del Control Interno. [En Línea]. Disponible en <<http://fceca.unicauca.edu.co/old/tgarf/tgarfse88.html>> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

<sup>17</sup> Ibid., p.1.

y las condiciones de operación continuaran cambiando, se requieren mecanismos para identificar y tratar los riesgos especiales asociados con el cambio<sup>18</sup>.

**Actividades de Control:** Son todas aquellas actividades que se orientan hacia la identificación y análisis de los riesgos reales o potenciales que amenacen la misión y los objetivos de la organización y ayudan a la protección de los recursos propios o de terceros que se encuentren en su poder<sup>19</sup>. Las actividades de control se dan a lo largo de toda la organización, en todos los niveles y en todas las funciones<sup>20</sup>.

**Información y Comunicación:** La capacidad gerencial de una organización está dada en función de la obtención y uso de una información adecuada y oportuna, por lo cual se debe contar con sistemas de información eficientes orientados a producir informes sobre la gestión, la realidad financiera y el cumplimiento de la normatividad, para así lograr su manejo y control.

Los datos pertinentes a cada sistema de información no solamente deben ser identificados, capturados y procesados, sino que este producto debe ser comunicado al recurso humano en forma oportuna para que así pueda participar en el sistema de control. La información por lo tanto debe poseer adecuados canales de comunicación, que permitan a cada uno de los integrantes de la organización conocer sus responsabilidades sobre el control de las actividades. También son necesarios canales de comunicación externa que proporcionen información a los terceros interesados en la entidad y a los organismos estatales<sup>21</sup>.

**Monitoreo:** La Administración tiene la responsabilidad de desarrollar, instalar y supervisar un adecuado sistema de control interno, el cual una vez implementado se debe vigilar constantemente para observar los resultados obtenidos por el

---

<sup>18</sup> Committee Of Sponsoring Organizations Of The Treadway Commission. Traducido por Samuel Alberto Mantilla. Control Interno. Estructura Conceptual Integrada. Editorial Ecoe Ediciones. p.39.

<sup>19</sup> Unicauca. Componentes del Control Interno. [En Línea]. Disponible en <<http://fccea.unicauca.edu.co/old/tgarf/tgarfse88.html>> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

<sup>20</sup> Committee Of Sponsoring Organizations Of The Treadway Commission. Op. cit., p.59.

<sup>21</sup> Unicauca. Componentes del Control Interno. [En Línea]. Disponible en <<http://fccea.unicauca.edu.co/old/tgarf/tgarfse88.html>> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

mismo. Todo sistema de Control Interno por perfecto que parezca, es susceptible de deteriorarse por múltiples circunstancias y tiende con el tiempo a perder su efectividad, por esto se debe ejercer sobre el mismo una supervisión permanente para producir los ajustes que se requieran de acuerdo a las circunstancias cambiantes del entorno. Las deficiencias del Control Interno deberán reportarse a lo largo de la organización, informando a la alta gerencia y al Consejo solamente los asuntos serios<sup>22</sup>.

## **7.2. AUDITORÍA INTERNA**

Según la Norma Técnica Colombiana ISO 19011 una auditoría es un proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría. Así mismo, una auditoría interna, denominada en algunos casos como auditoría de primera parte, se realiza por, o en nombre de, la propia organización, para la revisión por la dirección y con otros fines internos, y pueden constituir la base para una autodeclaración de conformidad de una organización.<sup>23</sup>

El Instituto de Auditores Internos (The Institute of Internal Auditors - IIA) ha elaborado la siguiente definición de auditoría interna, aceptada mundialmente: Auditoría interna es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización. Ayuda a una organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno<sup>24</sup>.

---

<sup>22</sup> Ibid., p.1.

<sup>23</sup> NTC – ISO 19011; 2002. Directrices Para La Auditoria De Los Sistemas De Gestión De La Calidad y/o Ambiental. [En línea]. Disponible en <<http://intranet.bogotaturismo.gov.co/sites/intranet.bogotaturismo.gov.co/files/file/Norma.%20NTC-ISO19011.pdf>> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

<sup>24</sup> Instituto de Auditores Internos de Colombia. Recursos técnicos. Guía Profesional. Guías Obligatorias. [En línea]. Disponible en <<http://www.iiacolombia.com/rtguiaso.html>> [Consultado el 30 de Octubre del 2015]

Los auditores internos deben proporcionar recomendaciones para mejorar aquellas áreas donde se identifiquen oportunidades o deficiencias. La dirección de la organización es la responsable de los controles internos, mientras que la actividad de auditoría interna proporciona aseguramiento a la dirección y al comité de auditoría de que los controles internos son eficaces y funcionan según fueron establecidos. La actividad de auditoría interna está liderada por el director ejecutivo de auditoría (DEA), quien establece el alcance de las tareas, autoridad e independencia de la auditoría interna en un estatuto escrito que es aprobado por el comité de auditoría.

Una actividad de auditoría interna eficaz es un valioso recurso para la dirección de la organización y su comité directivo o equivalente, así como para el comité de auditoría, debido a su entendimiento de la organización y su cultura, operaciones y perfil de riesgos. La objetividad, habilidades y conocimientos de los auditores internos competentes pueden agregar valor de forma significativa a los procesos de control interno, gestión de riesgos y gobierno de la organización. De forma similar, una actividad de auditoría interna eficaz puede proporcionar aseguramiento a otras partes interesadas, tales como los entes de regulación, empleados, proveedores financieros y accionistas<sup>25</sup>. En la actualidad, la mayoría de las entidades reconocen que la función de auditoría interna, dado su campo de acción en todas las áreas y niveles de la organización, cuenta con un posicionamiento estratégico para ayudar a las mismas a enfrentarse a nuevos retos, riesgos y muy especialmente a estar alerta ante los eventuales fraudes. Asimismo, la mejora continua se aplica a todos los procesos de una organización, incluyendo al de auditoría interna y control interno, por ello, la auditoría interna tiene la responsabilidad de velar por la mejora continua en todas las áreas, procesos, productos y servicios de una compañía, entre otros aspectos para que sea competitiva en el mercado<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> Instituto de Auditores Internos del Perú. Auditoría Interna. [En línea]. Disponible en <[http://www.iaiperu.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=80:ique-es-auditoria-interna&catid=49:preguntas-frecuentes&Itemid=40](http://www.iaiperu.org/index.php?option=com_content&view=article&id=80:ique-es-auditoria-interna&catid=49:preguntas-frecuentes&Itemid=40)> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

<sup>26</sup> Conferencia Interamericana de Contabilidad. La evolución de la Auditoría Interna en el comienzo del siglo XXI. Uruguay 2015. [En línea]. Disponible en

### 7.3. NORMAS INTERNACIONALES PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA AUDITORÍA INTERNA

Las normas son requisitos enfocados a principios de cumplimiento obligatorio, que consisten en:

- Declaraciones de requisitos básicos para el ejercicio de auditoría interna y para evaluar la eficacia de su desempeño, de aplicación internacional a nivel de las personas y a nivel de las organizaciones.
- Interpretaciones que aclaran términos o conceptos dentro de las declaraciones.

El propósito de la norma es<sup>27</sup>:

- Definir principios básicos que representen el ejercicio de auditoría interna tal como este debería ser.
- Proporcionar un marco para ejercer y promover un amplio rango de actividades de auditoría interna de valor añadido.
- Establecer las bases para evaluar el desempeño de la auditoría interna.
- Fomentar la mejora de los procesos y operaciones de la organización.

Las Normas de Auditoría Interna, básicamente se clasifican en dos grupos, las relativas a atributos y las relativas a desempeño. **(ANEXO B)**.

Las que se refieren a atributos tratan las características de las personas y de las organizaciones que prestan los servicios de auditoría interna, y las de desempeño describen la naturaleza de los servicios de auditoría interna y proporcionan criterios de calidad con los cuales puede evaluarse el desempeño de los servicios.

---

<<http://www.cpcecba.org.ar/media/img/paginas/La%20Evoluci%C3%B3n%20De%20La%20Auditor%C3%ADa%20Interna%20En%20El%20Comienzo%20Del%20Siglo%20XXI.pdf>> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

<sup>27</sup> Instituto de Auditores Internos de Colombia. Recursos técnicos. Guía Profesional. Guías Obligatorias. Normas de Auditoría Interna. [En línea]. Disponible en <<http://www.iiacolombia.com/rtguiaso.html>> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

El primer grupo de normas establece el propósito, la autoridad y responsabilidad de la auditoría interna, la independencia y objetividad, la aptitud y el cuidado profesional con que se debe trabajar y un programa de aseguramiento y mejora de la calidad.

El segundo grupo de normas establece cómo debe administrarse la actividad de la auditoría interna: la naturaleza del trabajo, la planificación, el desempeño del trabajo, la comunicación de los resultados, el seguimiento de los mismos y la decisión de la aceptación de los riesgos por la dirección<sup>28</sup>.

#### **7.4. DIAGRAMA CAUSA Y EFECTO**

El diagrama causa-efecto es una forma de organizar y representar las diferentes teorías propuestas sobre las causas de un problema. Se conoce también como diagrama de Ishikawa o diagrama de espina de pescado y se utiliza en las fases de diagnóstico y solución de la causa.

El diagrama causa-efecto es un vehículo para ordenar, de forma muy concentrada, todas las causas que supuestamente pueden contribuir a un determinado efecto. Nos permite, por tanto, lograr un conocimiento común de un problema complejo, sin ser nunca sustitutivo de los datos. Es importante ser conscientes de que los diagramas de causa-efecto presentan y organizan teorías.

Sólo cuando estas teorías son contrastadas con datos, podemos probar las causas de los fenómenos observables. Errores comunes son construir el diagrama antes de analizar globalmente los síntomas; limitar las teorías propuestas, enmascarando involuntariamente la causa raíz, o cometer errores tanto en la relación causal como en el orden de las teorías, suponiendo un gasto de tiempo importante<sup>29</sup>.

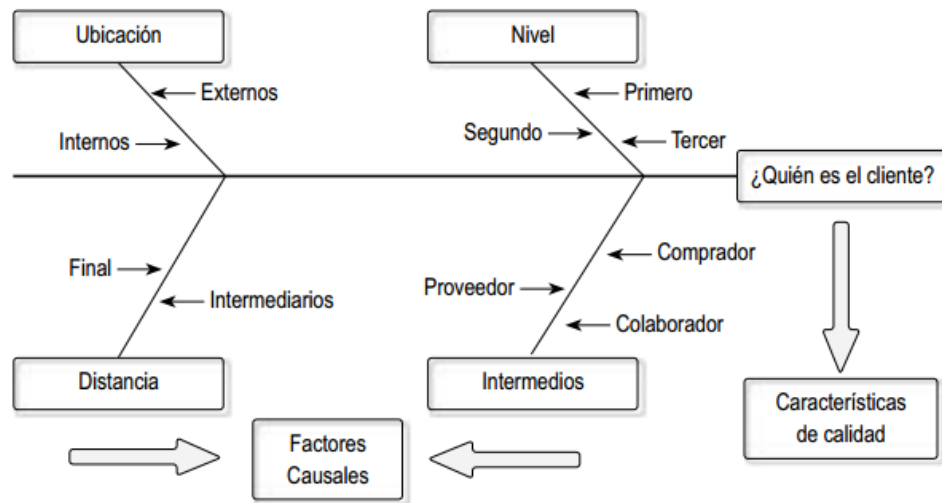
---

<sup>28</sup> Conferencia Interamericana de Contabilidad. La evolución de la Auditoría Interna en el comienzo del siglo XXI. Uruguay 2015. [En línea].

<<http://www.cpcecba.org.ar/media/img/paginas/La%20Evoluci%C3%B3n%20De%20La%20Auditor%C3%ADa%20Interna%20En%20El%20Comienzo%20Del%20Siglo%20XXI.pdf>> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

<sup>29</sup> VARGAS QUIÑONES, Martha Elena y ALDANA DE VEGA, Luzángela. Calidad y Servicio. Conceptos y herramientas. Universidad de la Sabana. Segunda edición. Editorial Ecoe Ediciones. p.125.

**Figura 6.** Diagrama Causa y efecto.



Fuente: LOBOS, Julio. *Cautivando al Cliente*. Ediciones Dolmen1995.

## 7.5. RIESGOS

Riesgo es la posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos institucionales o del proceso. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

La tendencia más común es la valoración del riesgo como una amenaza; en este sentido, los esfuerzos institucionales se dirigen a reducir, mitigar o eliminar su ocurrencia. Pero existe también la percepción del riesgo como una oportunidad, lo cual implica que su gestión está dirigida a maximizar los resultados que este genera<sup>30</sup>.

### 7.5.1. Clases de riesgos

Entre las clases de riesgos que pueden presentarse están<sup>31</sup>:

<sup>30</sup> Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Guía para la administración del riesgo. p.13-14. [En línea]. Disponible en <[http://portal.dafp.gov.co/portal/pls/portal/formularios.retrive\\_publicaciones?no=1592](http://portal.dafp.gov.co/portal/pls/portal/formularios.retrive_publicaciones?no=1592)> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

<sup>31</sup> Casals & Associates Inc. PriceWaterhouse Coopers, USAID, Documento Mapas de Riesgos, octubre 2003, págs. 6-7

**Riesgo Estratégico:** Se asocia con la forma en que se administra la Entidad. El manejo del riesgo estratégico se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la clara definición de políticas, diseño y conceptualización de la entidad por parte de la alta gerencia.

**Riesgos de Imagen:** Están relacionados con la percepción y la confianza por parte de la ciudadanía hacia la institución.

**Riesgos Operativos:** Comprenden riesgos provenientes del funcionamiento y operatividad de los sistemas de información institucional, de la definición de los procesos, de la estructura de la entidad, de la articulación entre dependencias.

**Riesgos Financieros:** Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad que incluyen: la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes.

**Riesgos de Cumplimiento:** Se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.

**Riesgos de Tecnología:** Están relacionados con la capacidad tecnológica de la Entidad para satisfacer sus necesidades actuales y futuras y el cumplimiento de la misión.

### **7.5.2. Administración del riesgo**

Un proceso efectuado por la Alta Dirección de la entidad y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos. El enfoque de riesgos no se determina solamente con el uso de la metodología, sino logrando que la evaluación de los riesgos se convierta en una parte natural del proceso de planeación<sup>32</sup>. Es aplicable a la definición de estrategias

---

<sup>32</sup> Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Guía para la administración del riesgo. p.13 [En línea]. Disponible en <[http://portal.dafp.gov.co/portal/pls/portal/formularios.retrive\\_publicaciones?no=1592](http://portal.dafp.gov.co/portal/pls/portal/formularios.retrive_publicaciones?no=1592)> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

en toda la empresa y diseñado para identificar eventos potenciales que puedan afectar a la organización, gestionar sus riesgos dentro del riesgo aceptado y proporcionar una seguridad razonable sobre el logro de los objetivos<sup>33</sup>.

### 7.5.3. Mapa de riesgos

También conocido como matriz de riesgos, es una representación final de la probabilidad e impacto de uno o más riesgos frente a un proceso, proyecto o programa<sup>34</sup>. Es una herramienta que permite organizar la información sobre los riesgos de las empresas y visualizar su magnitud, con el fin de establecer las estrategias adecuadas para su manejo. Los mapas de riesgos pueden representarse con gráficos o datos. Los gráficos corresponden a la calificación de los riesgos con sus respectivas variables y a su evaluación de acuerdo con el método utilizado en cada empresa. Los datos pueden agruparse en tablas, con información referente a los riesgos; a su calificación, evaluación, controles y los demás datos que se requieran para contextualizar la situación de la empresa y sus procesos, con respecto a los riesgos que la pueden afectar y a las medidas de tratamiento implementadas<sup>35</sup>.

### 7.5.4. Método Risicar

Método desarrollado y documentado en el libro *Administración de riesgos. Un enfoque empresarial* por la Profesora Rubi Consuelo Mejía Quijano para administrar

---

<sup>33</sup> COSO. Resumen Ejecutivo. [En línea]. Disponible en <[http://www.coso.org/documents/coso\\_erm\\_executivesummaryspanish.pdf](http://www.coso.org/documents/coso_erm_executivesummaryspanish.pdf)> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

<sup>34</sup> Administración de Riesgos Corporativos. Técnicas de Aplicación PricewaterhouseCoopers, Colombia. 2005. Pág. 53.

<sup>35</sup> EAFIT. Notas de clase. Mapas de riesgos. [En línea]. Disponible en <<http://www.eafit.edu.co/escuelas/administracion/consultorio-contable/Documents/Nota%20de%20clase%2016%20Mapa%20de%20Riesgos.pdf>> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

el riesgo, aplicado en organizaciones públicas y privadas, de pequeño y gran tamaño a nivel nacional.

Es un método que permite fácilmente identificar, calificar y evaluar todo tipo de riesgo organizacional, su implementación resulta muy práctica y efectiva siguiendo las siguientes etapas:

- Identificación de riesgos
- Calificación de riesgos
- Evaluación de riesgos
- Diseño de medidas de tratamiento
- Implementación de las medidas de tratamiento
- Monitoreo y evaluación<sup>36</sup>

Para el desarrollo de este proyecto se aplicarán únicamente las dos primeras etapas que a continuación se describen:

- Identificación de riesgos: Para efectuar este paso es necesario clasificar los procesos de la organización y a partir de ellos plantear diversas preguntas que permitan identificar los riesgos existentes. Así mismo es necesario analizar factores adicionales para detallar y definir mejor los riesgos.

Algunas de las preguntas usadas para identificar los riesgos son: ¿Qué puede ocurrir?; ¿Cómo puede suceder?; ¿Quién puede generarlo?; ¿Por qué se puede presentar?

Algunos de los factores que complementan el análisis de los riesgos son: Objetivo de los procesos, agente generador del riesgo, causas y efectos.

- Calificación de riesgos: Para el desarrollo de esta etapa es necesario usar dos variables: Probabilidad (Relación de las veces en que éste riesgo puede

---

<sup>36</sup> ACOSTA CRUZ, Christian Adolfo. Implementación del método "RISICAR" para la administración de riesgos en una empresa pequeña de la ciudad de Bogotá. Tesis de grado (Maestría en Administración – MBA). Universidad EAFIT. Escuela de Administración.

presentarse) y el Impacto (Consecuencia si el riesgo ocurre). La calificación del riesgo será el producto de estas dos variables.

El método RISICAR define que la organización estará encargada de definir la tabla de calificación de probabilidad e impacto.

#### **7.5.5. Norma técnica colombiana ISO 31000 “Gestión del riesgo”**

Todas las actividades de una organización implican riesgo, es por ello que las organizaciones gestionan el riesgo mediante su identificación y análisis, evaluando el tratamiento que dicho riesgo debe tener.

Esta norma cuenta con ciertos principios necesarios para realizar una efectiva gestión del riesgo y recomienda a las organizaciones desarrollar, implementar y mejorar continuamente la gestión de riesgos en los procesos estratégicos, de gobierno, misionales y de apoyo.

Las ventajas que tiene implementar una adecuada gestión de riesgos son:

- Aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos
- Fomentar la gestión proactiva
- Ser consciente de la necesidad de identificar y tratar los riesgos en toda la organización
- Cumplir con los requisitos legales y reglamentarios pertinentes y con las normas internacionales
- Mejorar la presentación de informes obligatorios y voluntarios
- Mejorar el gobierno
- Mejorar la confianza y honestidad de las partes involucradas
- Establecer una base confiable para la toma de decisiones y la planificación
- Mejorar los controles
- Asignar y usar eficazmente los recursos para el tratamiento del riesgo
- Mejorar la eficacia y eficiencia operativa

- Minimizar las pérdidas

Esta norma se puede aplicar en cualquier organización y de cualquier sector o industria, adicionalmente puede ser aplicada en todas las áreas y durante el funcionamiento normal de la empresa<sup>37</sup>.

## 7.6. LISTA DE CONTROL

También conocida como lista de verificación o lista de chequeo. Es una herramienta metodológica compuesta por una serie de ítems, factores, propiedades, aspectos, componentes, criterios, dimensiones o comportamientos, necesarios para realizar una tarea, controlar y evaluar detalladamente el desarrollo de un proceso, evento, actividad y/o proyecto. Dichos componentes se organizan de manera coherente para permitir que se evalúe de manera efectiva, la presencia o ausencia de elementos individuales enumerados<sup>38</sup>.

En resumen, consisten en un cuestionario que sirve para verificar el cumplimiento de determinados elementos establecidos para cumplir con algún fin.

Mancera (2008)<sup>39</sup> por su parte, considera que para elaborar una lista de chequeo se debe tener en cuenta:

Paso 1: Definir quien la elaborará y para que se quiere hacer la lista, identificando claramente el objetivo.

Paso 2: Observar el proceso, actividad, equipo o proyecto a evaluar para convertirlo en los ítems a verificar.

---

<sup>37</sup> Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000. Gestión del riesgo. Principios y Directrices. [En Línea]. Disponible en <<http://tienda.icontec.org/brief/NTC-ISO31000.pdf>> [Citado el 26 de Marzo de 2016].

<sup>38</sup> Herramientas de control. Lista de chequeo. Definición. [En Línea]. Disponible en <[http://puntosdeencuentro.weebly.com/uploads/2/2/3/6/22361874/listas\\_de\\_chequeo.pdf](http://puntosdeencuentro.weebly.com/uploads/2/2/3/6/22361874/listas_de_chequeo.pdf)> [Citado el 2 de Marzo de 2016].

<sup>39</sup> Listas de chequeo. Mancera. M. Seguridad y Salud en el trabajo LTDA. [En Línea]. Disponible en <<http://manceras.com.co/artchecklist.pdf>> [Citado el 2 de Marzo de 2016].

Paso 3: Analizar toda la información e ir creando el listado.

Paso 4: Filtrar la lista con los ítems finales, verificando que no se repitan.

Paso 5: Establecer el formato a utilizar y elaborar un manual de instrucciones.

Paso 6: Realizar una prueba piloto con el formato y el manual de instrucciones.

Paso 7: Ajustar la forma o contenido de la lista, según las recomendaciones de la prueba piloto.

Paso 8: Normalizar el formato y aplicarlo según el cronograma establecido.

Paso 9: Ajustar y actualizar de manera periódica la lista.

## **7.7. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

Es un instrumento administrativo que sirve para apoyar la labor de las diferentes áreas que lo requieran en una organización, en los manuales de procedimientos son consignadas las acciones y operaciones que deben llevarse a cabo para cumplir las funciones generales de la empresa.

Las ventajas de contar con manuales de procedimientos son:

- Sirven para capacitar al personal
- Herramienta de inducción del lugar de trabajo
- Describen en forma detallada las operaciones y actividades de cada lugar de trabajo
- Indican las interrelaciones con otras áreas de la empresa
- Son guías del trabajo.

Debe contar con la revisión y aprobación del responsable del área que documento sus procesos.

Adicionalmente se debe establecer una frecuencia de revisión de y actualización del documento<sup>40</sup>.

## **7.8. MANUAL DE FUNCIONES**

Documento que indica las funciones y actividades a ser cumplidas por los miembros de la organización y la forma en que las mismas deberán ser realizadas. Se caracteriza principalmente por ser la versión detallada de la descripción de los objetos, funciones, autoridad y responsabilidad de los distintos puestos de trabajo que componen la estructura organizacional.

Este manual contiene un conjunto de normas y tareas que desarrolla cada funcionario en sus actividades cotidianas y será elaborado técnicamente basado en los respectivos procedimientos, sistemas, normas y que resumen el establecimiento de guías y orientaciones para desarrollar las rutinas o labores cotidianas, sin interferir en las capacidades intelectuales, ni en la autonomía propia e independencia profesional de cada uno de los trabajadores de la empresa.

Una de sus funciones es instruir a los miembros de la organización sobre los distintos aspectos, minimizando el desconocimiento de las obligaciones y responsabilidades que asume el trabajador en dicha función<sup>41</sup>.

## **7.9. INDICADORES DE GESTIÓN**

Cuando se habla de indicadores de gestión se debe tener en cuenta que medir, es comparar un resultado con un estándar preestablecido, con el objetivo de eliminar la incertidumbre en las organizaciones, lo cual implica tomar las variables críticas

---

<sup>40</sup> Manual de procedimientos. [En Línea]. Disponible en <<http://www.ingenieria.unam.mx/~guiaindustrial/disenoinfo/6/1.htm>> [Citado el 26 de Marzo de 2016]

<sup>41</sup> MONTES SALAZAR, Carlos Alberto, MONTILLA GALVIS, Omar de Jesús, MEJÍA SOTO, Eutimio. Control y evaluación de la gestión organizacional. Alfaomega Colombiana S.A., 2014. p. 123

para el éxito del proceso y así obtener una gestión eficaz, eficiente y efectiva, que conduzca a la competitividad y a la supervivencia institucional.

Un indicador de gestión es definido como la relación entre las variables cuantitativas o cualitativas, que lleven a observar situaciones y tendencias de cambio que se producen en el objeto o en el fenómeno observado, en los atributos del producto en proceso, en el producto o servicio en sí, respecto a las metas esperadas, son un medio no un fin. Los indicadores pueden ser valores, unidades, series estadísticas. Un indicador es ante todo información.

Los indicadores y parámetros utilizados en la evaluación de las organizaciones deben reunir los siguientes requisitos<sup>42</sup>:

- Validez: Correlación entre el indicador y las variables que se intentan medir.
- Confiabilidad: Estable y poco sensible a las imperfecciones.
- Factibilidad: Lo que implica contar con el registro de datos necesarios para elaborarlos, siendo fácil de transformar en un indicador.
- Calidad de los datos básicos: Que sea confiable en la información que representa.
- Utilidad: Que tenga un uso práctico.
- Comprensibilidad: Fácil y simple de entender.
- Normalización: Que pueda utilizarse como regla o medida.
- Sencillez en la medición: Que estén vinculados con la gran estrategia.

## **7.10. DIAGRAMAS DE FLUJO**

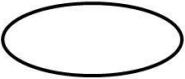
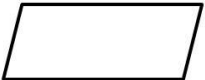
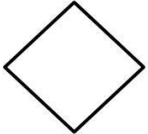

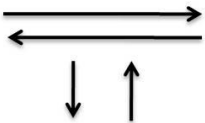
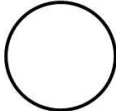
Un diagrama de flujo es una representación gráfica de la secuencia de etapas, operaciones, movimientos, esperas, decisiones y otros eventos que ocurren en un proceso. Su importancia consiste en la simplificación de un análisis preliminar del proceso y las operaciones que tienen lugar al estudiar características de calidad.

---

<sup>42</sup> VARGAS QUIÑONES, Martha Elena y ALDANA DE VEGA, Luzángela. Calidad y Servicio. Conceptos y herramientas. Universidad de la Sabana. Segunda edición. Editorial Ecoe Ediciones. p.160.

Ésta representación se efectúa a través de formas y símbolos gráficos usualmente estandarizados, y de conocimiento general<sup>43</sup>. A continuación se describe la simbología<sup>44</sup> que representa un diagrama de flujo:

**Figura 7.** Simbología Diagrama de Flujo.

SÍMBOLO	NOMBRE	ACCIÓN
	Terminal	Representa el inicio o el fin del diagrama de flujo.
	Entrada y salida	Representa los datos de entrada y los de salida.
	Decisión	Representa las comparaciones de dos o mas valores, tiene dos salidas de información falso o verdadero
	Proceso	Indica todas las acciones o cálculos que se ejecutaran con los datos de entrada u otros obtenidos.
	Líneas de flujo de información	Indican el sentido de la información obtenida y su uso posterior en algún proceso subsiguiente.
	Conector	Este símbolo permite identificar la continuación de la información si el diagrama es muy extenso.

<sup>43</sup> Las siete herramientas de la calidad. Herramienta 4: Diagramas de Flujo. [En Línea]. Disponible en < <http://www.ingenieriaindustrialonline.com/herramientas-para-el-ingeniero-industrial/gesti%C3%B3n-y-control-de-calidad/las-siete-herramientas-de-la-calidad/>> [Citado el 7 de Marzo de 2016].

<sup>44</sup> Resumen desarrollo organizacional. Tema No 3 Organigrama. Simbología. [En Línea]. Disponible en < [http://resumendeorganizacinytodos.blogspot.com.co/2012\\_03\\_01\\_archive.html](http://resumendeorganizacinytodos.blogspot.com.co/2012_03_01_archive.html)> [Citado el 7 de Marzo de 2016].

Fuente: Producciones Renacer, Resumen desarrollo organizacional, Tema Organigrama, Simbología.

## **8. DIAGNÓSTICO**

Una de las etapas fundamentales del proyecto es la elaboración de un diagnóstico del estado actual de los procesos en el Departamento de Control Interno de la organización, con el fin de identificar sus fortalezas y debilidades.

### **8.1. METODOLOGÍA**

Inicialmente fue necesario establecer las herramientas y la metodología que se utilizarían para identificar las características y condiciones propias del Departamento de Control Interno. Por lo cual fue indispensable realizar un diagnóstico general, en el cual se revisó la programación, planeación de auditorías y la forma de ejecutar las actividades. Para recolectar dicha información se hizo uso de las siguientes herramientas:

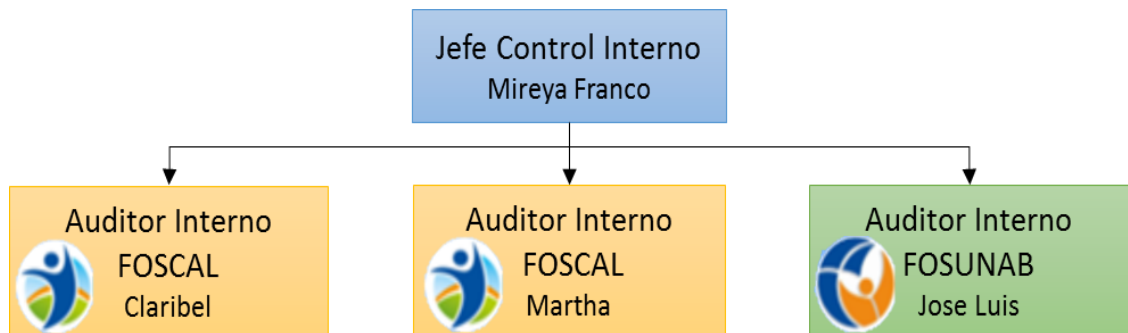
- **Entrevista:** Durante la visita a las instalaciones, se buscó recolectar información consultando a cada empleado del Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB acerca de su trabajo y el entorno laboral, igualmente mediante el uso de cuestionarios estructurados en las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna se estableció una comunicación directa con la Jefe del Departamento para realizar el diagnóstico de dicho tema.
- **Observación:** Por medio de esta herramienta se exploró la interacción y la cotidianidad interna de la ejecución de las actividades, además de obtener información relacionada con el clima organizacional y las condiciones de las instalaciones de trabajo.
- **Revisión de documentos:** Consulta y revisión de información suministrada por la dirección del departamento como documentos de planeación de auditorías, programación, matriz de riesgos, procedimientos e información principal de la organización.

## 8.2. DIAGNÓSTICO DEL TRABAJO EN EL DEPARTAMENTO DE CONTROL INTERNO

En el organigrama corporativo de FOSCAL y FOSUNAB se evidenció que el Departamento de Control Interno ubicado en el piso 4 de la Torre Milton Salazar, el cual es dirigido por la Ingeniera Mireya Cecilia Franco, depende de la Presidencia Ejecutiva y de la Gerencia General de la Organización, además, no tiene a su cargo otra área o departamento. Sin embargo, sus actividades involucran a toda la organización.

El equipo de trabajo en el Departamento de Control Interno de FOSCAL está conformado por dos (2) auditoras internas profesionales en Contaduría Pública y Economía y en FOSUNAB se cuenta con un (1) auditor interno profesional en Contaduría Pública, ambas organizaciones comparten la dirección del Departamento con una (1) Ingeniera Financiera que tiene más de 10 años de experiencia dentro de la organización.

**Figura 8.** Organigrama Departamento de Control Interno.



Para conocer e identificar los aspectos más relevantes dentro del Departamento de Control Interno, se hicieron diversas entrevistas en las cuales se realizaron preguntas abiertas a cada uno de los auditores sobre la actividad que realizan, sobre como ejecutan su trabajo, las herramientas que utilizan, percepción del trato recibido

en las auditorías, la comodidad de las instalaciones y el clima organizacional.  
**(ANEXO C).**

Finalmente, tras reunir toda la información proporcionada por cada auditor se buscó unificar respuestas y destacar las observaciones más relevantes concluyendo sobre cada aspecto evaluado. De dicho diagnóstico cualitativo según el contexto evaluado se presentaron diversas conclusiones, las cuales han sido revisadas y avaladas por la dirección del Departamento de Control Interno:

1. Metodología: Conclusiones que hacen referencia a la manera en cómo se ejecuta la actividad de auditoría.

- Todos los auditores internos estaban realizando la planeación de su trabajo y perciben su importancia, sin embargo, en algunas ocasiones no se realizaban los ajustes necesarios a las actividades y a los tiempos de auditoría.
- Para realizar las auditorías se tomaba como base la planeación anterior de la misma, así como la experiencia de los compañeros que ya hayan realizado este tipo de auditoría y se realizaban los cambios necesarios de acuerdo con los recursos actuales.
- Cuando no se tenía un conocimiento pleno del proceso a auditar, la planeación de la auditoría generalmente se hacía a la par con la ejecución de la misma, con el fin de tener registro del procedimiento y que este sirviera como guía en una próxima auditoría. Sin embargo, el Departamento de Control Interno había establecido como política realizar una planeación previa a las auditorías, sin importar que éstas sean nuevas o el procedimiento haya cambiado, pues se debía tener claridad de las diferentes actividades que se iban a realizar, y si era necesario, se debían adecuar en el transcurso de la auditoría.
- Ninguno de los auditores consideraba que estaba realizando pasos o actividades innecesarias en sus auditorías.
- Al finalizar cada auditoría, los auditores debían presentar un informe con los hallazgos, conclusiones y sugerencias. Los auditores consideraban esta labor

complicada y que demanda mucho tiempo ya que debían organizar adecuadamente las ideas e igualmente la directora realizaba la revisión y ajuste de los mismos.

- Durante el trabajo de auditoría, los auditores internos siempre pedían explicación a los auditados de las inconsistencias a medida que se encontraban.
- Los auditores realizaban revisiones previas con los auditados de los hallazgos y ellos debían justificar las inconsistencias encontradas y con esta información el auditor procedía a realizar el informe.
- Al realizar las auditorías, los auditores internos se enfocaban principalmente en las actividades que generaban mayores riesgos y posteriormente se analizaban otros hallazgos de la auditoría.
- Los auditores buscaban tener soporte de todas las actividades relacionadas con la auditoría y se archivaban junto con la planeación documentada.
- El grupo de auditores unificaban criterios pero no metodologías de auditoría.

2. Planeación: Conclusiones que hacen referencia a aspectos que intervienen y afectan la planeación del trabajo de auditoría.

- Los tiempos de auditoría no se estaban estimando en la planeación adecuadamente, ya que los auditores consideraban difícil hacerlo, pues en ocasiones debían realizar otras auditorías con mayor impacto y su planeación intervenía en el desarrollo de la auditoría que se estaba ejecutando en ese momento, por lo tanto se alargaban los tiempos de terminación de dichas actividades. Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que podían presentarse situaciones adversas difíciles de controlar, las cuales afectaban la continuidad de las auditorías. Tales situaciones correspondían a capacitaciones, reuniones de último momento, incapacidades, no encontrar rápidamente la información en el sistema de información, ausencia de los auditados, por los hallazgos y por la auto-capacitación en el sistema de información.
- No existía claridad sobre la duración aproximada que debía tener cada una de las auditorías en horas, ya que aunque se intentaba hacer una estimación en fechas,

los auditores solo establecían la fecha inicial y a medida que transcurría la auditoría acomodaban las fechas de las actividades que realizaban.

- Debido al limitado recurso humano disponible en el departamento, los auditores se habían ido adaptando a las necesidades de auditoría, es decir, en primera instancia se le delegaba a cada auditor las actividades correspondientes a sus conocimientos y experiencia para hacer más eficiente su trabajo, sin embargo, la cobertura que se debía tener de auditorías era muy amplia, por lo cual era necesario que la jefe del departamento también realizara diversas auditorías aunque éstas no sean parte de su labor, ya que esta consistía en controlar y revisar el trabajo de los auditores y desarrollar otras actividades diferentes a realizar auditorías.

En el caso de FOSUNAB como solo se contaba con un auditor, se buscó que su perfil fuera integral en conocimientos y experiencia para que pudiera desarrollar los diferentes tipos de auditorías, sin embargo, por su cargo debía realizar auditorías que no se relacionaban con sus conocimientos o experiencia.

- Se realizaban reuniones trimestrales para presentar resultados, hacer observaciones y ajustar la planeación.
- La priorización para programar las auditorias se hacía dependiendo del cambio que podía tener el proceso en el tiempo y por el impacto que tuviera en la organización.
- Mensualmente se buscaba realizar una auditoría grande y varias pequeñas, para evitar cruces de auditorías más demoradas y tener que dejar alguna sin concluir mientras se termina la otra.

3. Talento Humano: Conclusiones que hacen referencia a los aspectos más relevantes que el equipo de auditoría consideraba que influían en su trabajo.

- Todos los auditores se sentían a gusto con su equipo de trabajo, considerándolo un equipo colaborador, respetuoso y siempre dispuesto a apoyar a sus compañeros de la mejor forma.

- Por unanimidad, el equipo de auditores consideraba que la carga laboral era muy grande para el personal disponible en el departamento, atribuyéndole a este hecho la baja cobertura en las auditorías que se deberían realizar en la organización.
- Los auditores expresaron que el trato en general por parte de los auditados era bueno durante el desarrollo de la auditoría y la mayoría colaboraban en lo posible suministrando la información y documentación necesaria ya que ellos también tenían obligaciones y trabajo con el cual cumplir, sin embargo, en algunas ocasiones los auditores percibían que no son del todo bienvenidos por la labor que iban a realizar.
- Los auditores internos expresaron estar desmotivados debido a que sus recomendaciones y sugerencias no se tenían en cuenta o no eran atendidas oportunamente, por lo cual, cuando se realizaban nuevamente las auditorías se presentaban los mismos hallazgos generando un incremento en el tiempo de desarrollo de la auditoría. Esto también se daba porque no existía nada que obligara a los auditados a cumplir con las sugerencias que se les daban.

Para contrarrestar esto se intentaba realizar reuniones para comunicar los resultados con los auditados, adicionalmente en FOSUNAB el auditor levantaba un acta de compromiso con los implicados.

4. Herramientas y recursos: Conclusiones que hacen referencia a los aspectos relacionados con las herramientas y los recursos con los que los auditores contaban para realizar la actividad de auditoría.

- En general se contaba con los recursos necesarios para realizar las auditorías, sin embargo, hacían falta herramientas de verificación que facilitaran el trabajo de auditoría.
- El personal del departamento en general no tenía apropiación del sistema de información, ya que este se estaba implementando desde hace apenas un par de años y no se realizaron las capacitaciones necesarias del mismo.

Cuando se presentaba alguna necesidad de información por medio del sistema era necesario contactar al encargado del respectivo módulo atrasando la auditoría, ya

que cuando se necesitaba algún tipo de informe debían pasar la solicitud quedando como en una lista de espera para ser atendidos, debido a que en toda la organización se generaban múltiples solicitudes por desconocimiento del sistema de información.

La falta de capacitación en el sistema de información hacía que los auditores debieran autocapacitarse para obtener la información que necesitaban. Adicionalmente, los auditores no sabían si el sistema contaba con herramientas que les facilitara la auditoría.

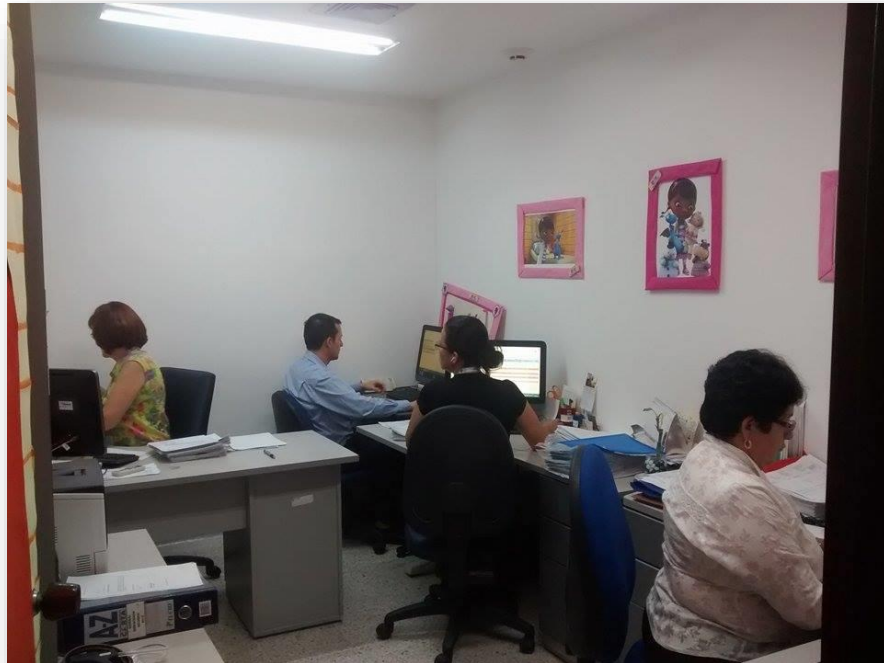
- La implementación del Sistema de Información generó cambios en algunos procedimientos de la organización, por lo cual la actividad de auditoría debió ajustarse a estos cambios, siendo un proceso muy complicado debido a que no se habían hecho las respectivas actualizaciones de los procedimientos.
- A partir de la implementación del sistema de información las tareas se habían incrementado debido a la cantidad de consultas que debían hacer para encontrar la información, aumentando el tiempo de duración de las auditorías.
- El departamento no contaba con manuales para realizar las auditorías, lo cual se pretendía realizar documentando la planeación de las diferentes auditorías.
- No existía una evaluación propia del departamento de Control Interno.
- Se contaba con un indicador de cumplimiento, el cual tenía mucha importancia para los auditores.

5. Instalaciones: Observaciones que el grupo de trabajo tenía respecto al estado físico de las instalaciones donde se encuentra ubicado el Departamento de Control Interno.

- La percepción de las instalaciones de trabajo variaba en los diferentes auditores, en el caso de FOSCAL algunos consideraban el lugar pequeño, ruidoso y en general incómodo, otros consideraban que estaba bien para el personal que se encontraba laborando en ese momento, pero no era posible incorporar a alguien más a este sitio.

En el caso de FOSUNAB, el auditor consideraba que el lugar de trabajo es el adecuado, pero era incómodo por estar junto a las áreas que deben ser auditadas, por lo que se podía perder objetividad en las auditorías debido a las relaciones que se podían generar con sus compañeros.

**Figura 9.** Instalaciones Departamento de Control Interno FOSCAL.



### 8.2.1. Diagrama causa y efecto

Como se puede ver en el diagrama causa y efecto (**ANEXO D**), existían varias causas que podían estar generando el problema del incumplimiento de la planeación anual de auditoría, entre ellas se destacaban las relacionadas con la planeación, pues este es el primer paso en la actividad de auditoría interna. Partiendo de este hecho, es válido afirmar que una mala administración de riesgos puede generar una inapropiada planeación de auditorías, ya que no se otorgará mayor importancia a las auditorías que lo ameriten y al ejecutar dichas auditorías los tiempos pueden variar drásticamente incumpliendo automáticamente la

planeación, lo cual también podría ocurrir por una estimación equivocada de tiempos.

Otras de las causas que influían en el problema se relacionan con las herramientas y recursos, principalmente por el desconocimiento del sistema de información, lo que generaba demoras para obtener la información necesaria, por otro lado no se contaba con formatos de verificación o herramientas que facilitaran la labor de auditoría. Finalmente, no se podía descartar que la carga laboral era muy elevada para el talento humano disponible.

### **8.3. DIAGNÓSTICO DE CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS INTERNACIONALES PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA AUDITORÍA INTERNA**

Teniendo en cuenta que el objetivo principal del proyecto se centra en el mejoramiento del proceso de auditoría interna basándose en las normas ISPPIA (International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing) era necesario determinar el grado de cumplimiento que se tenía de dicha norma en la actividad de auditoría interna ejercida por el Departamento de Control Interno en las organizaciones FOSCAL y FOSUNAB.

Para realizar un mejor diagnóstico se definió una herramienta en la que se relaciona cada numeral de la norma con los respectivos requisitos que garantizan su cumplimiento. Es indispensable resaltar que el diseño de esta herramienta se realizó basándonos en la matriz de evaluación de la norma elaborada por Natalia Jaime Gómez<sup>45</sup>, efectuando los respectivos ajustes a nuestro proyecto, con la actualización de la norma, organizaciones a evaluar y observaciones de la directora del Departamento de Control Interno.

---

<sup>45</sup> JAIME GÓMEZ, Natalia. Diagnóstico del Departamento de Control Interno frente a la norma internacional para el ejercicio profesional de auditoría interna. Informe de práctica empresarial. Universidad Pontificia Bolivariana. Escuela de Ingeniería y Administración. Ingeniería Industrial.

A continuación se mencionan los componentes de la herramienta de evaluación y a que hace referencia el contenido de cada uno. Estos componentes se encuentran en el formato presentado en la **Figura 10**.

**Figura 10.** Herramienta de Evaluación.

Normas Relacionadas		Consejos para la Práctica	Criterio clave de Cumplimiento	Prácticas Específicas	CUMPLE	
Numeral	Descripción				SI	NO
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL NUMERAL				Total puntaje máximo		
				Puntos Cumplidos		

Descripción de cada componente:

- Numeral: Número y nombre del numeral de la norma.
- Descripción: Descripción completa del numeral encontrada en la norma.
- Consejos para la Práctica: El Instituto de Auditores Internos ha establecido unas guías recomendadas para la implementación de las Normas Internacionales para lo cual establecen consejos prácticos de aplicación para cada requisito. En esta columna se identifican el número y nombre del consejo referente a cada numeral de la norma.

Es importante mencionar que junto con la dirección del Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB se determinó que se seguirían como guía los consejos nombrados anteriormente para evaluar el cumplimiento de esta norma e igualmente con su apoyo se creó la estructura de evaluación y su contenido.

- Criterio clave de cumplimiento: Es el requisito fundamental de cada numeral.

- Prácticas específicas: Actividades puntuales que el departamento de Control Interno, la dirección y/o el consejo administrativo deben realizar para dar cumplimiento al criterio clave.
- Cumple: En esta columna se evalúa el cumplimiento de cada práctica específica.

### **8.3.1. Resultados**

Para presentar los resultados obtenidos (**ANEXO E**) tras evaluar cada requisito de cumplimiento de los numerales que comprenden la norma se tuvieron en cuenta los siguientes componentes:

- Numeral: Numeral de la norma.
- Puntos Cumplidos: Número de prácticas específicas que el Departamento de Control Interno cumplía de cada numeral de la norma el momento de realizar la evaluación.
- Total Puntaje Máximo: Total de prácticas específicas que el Departamento de Control Interno debe realizar en cada numeral para considerar el cumplimiento de las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna.
- Porcentaje de Cumplimiento: Relación porcentual entre los puntos cumplidos y el total puntaje máximo de cada numeral de la norma.
- Nivel de Cumplimiento: Estado de cumplimiento de los requisitos de cada numeral de la norma, su clasificación está dada de la siguiente manera:
  - ✓ CT: Cumple totalmente, será el nivel de cumplimiento cuando se tenga un porcentaje de cumplimiento del 100%, es decir, cumple con todas las prácticas específicas requeridas.
  - ✓ CP: Cumple parcialmente, será el nivel de cumplimiento cuando se tenga un porcentaje de cumplimiento del numeral entre el 0,1% y el 99,9%.
  - ✓ NC, No Cumple, será el nivel de cumplimiento cuando no se cumpla ninguna práctica específica de las requeridas en cada numeral, es decir, el porcentaje de cumplimiento es 0%.

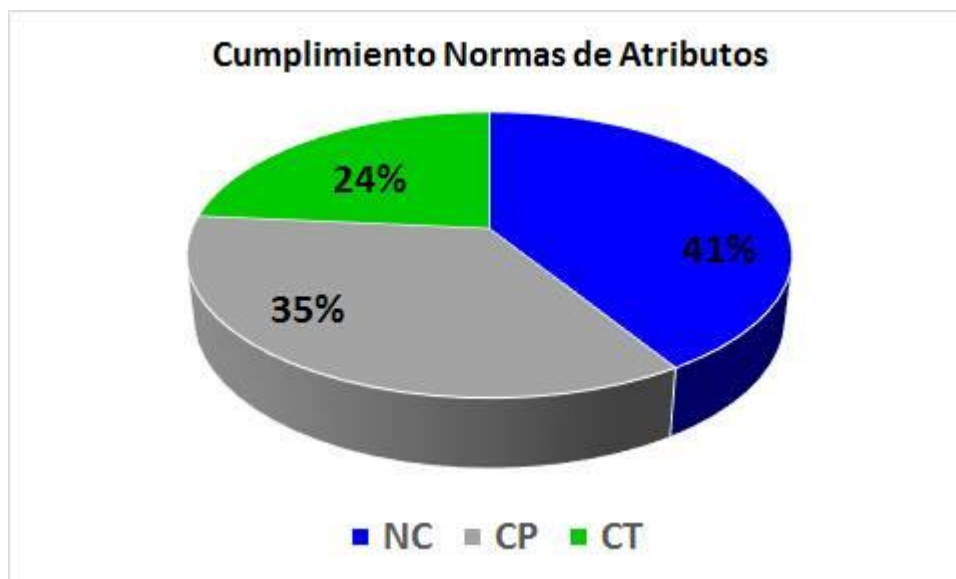
A continuación se presentan los resultados obtenidos para las normas de atributos en el Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB.

**Tabla 1.** Resultados Normas de Atributos.

<b>Resultados Normas de Atributos</b>				
<b>Numeral</b>	<b>Puntos Cumplidos</b>	<b>Total Puntaje Máximo</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento</b>	<b>Nivel de Cumplimiento</b>
1000	0	20	0	NC
1010	0	2	0	NC
1110	11	18	61	CP
1111	0	2	0	NC
1120	6	6	100	CT
1130	8	9	89	CP
1200	2	2	100	CT
1210	10	26	38	CP
1220	12	12	100	CT
1230	1	3	33	CP
1300	0	4	0	NC
1310	3	6	50	CP
1311	3	8	38	CP
1312	0	10	0	NC
1320	0	2	0	NC
1321	0	3	0	NC
1322	1	1	100	CT

Dada la información anterior se procedió a realizar un análisis de estos resultados con ayuda de un diagrama circular, el cual se muestra en la Figura 11.

**Figura 11.** Cumplimiento de las Normas de atributos.



Con ayuda del diagrama circular, es posible concluir que el 24% de los numerales se cumplieron totalmente, mientras que el 76% de los numerales que comprenden la estructura de las normas de atributos no cumplen con los requisitos, es necesario aclarar que para hacer esta afirmación se unieron los numerales que no cumplen NC y los numerales que cumplen parcialmente CP, pues la evaluación es para determinar el cumplimiento de la norma en su totalidad, igualmente en la gráfica se puede apreciar que el 35% cumple parcialmente y el 41% no cumple.

Según el diagnóstico realizado, el incumplimiento de requisitos en repetidas ocasiones se relacionaba con el hecho de no tener constituido un Estatuto de Auditoría Interna en del Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB. Adicionalmente, se resalta que no se había establecido una evaluación interna del funcionamiento del departamento, y hasta ese momento no se había realizado ninguna evaluación externa del mismo. Otro aspecto significativo se relacionaba con la falta de un comité de auditoría interna, la falta de un programa de aseguramiento y mejora de la calidad y el no contar con apoyo de asesores externos en la ejecución de actividades en las que los auditores internos no tenían el conocimiento adecuado para realizarlas.

A continuación se presentan los resultados obtenidos para las normas de desempeño en el Departamento de Control Interno:

**Tabla 2.** Resultados Normas de Desempeño.

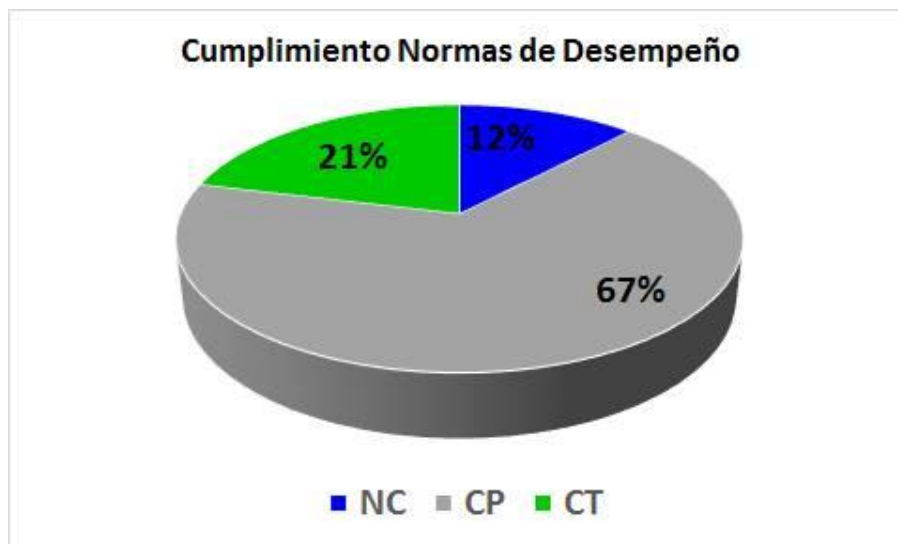
<b>Resultados Normas de Desempeño</b>				
<b>Numeral</b>	<b>Puntos Cumplidos</b>	<b>Total Puntaje Máximo</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento</b>	<b>Nivel de Cumplimiento</b>
2000	2	3	67	CP
2010	8	13	62	CP
2020	3	6	50	CP
2030	3	4	75	CP
2040	0	4	0	NC
2050	13	17	76	CP
2060	3	3	100	CT
2070	1	1	100	CT
2100	10	20	50	CP
2110	8	10	80	CP
2120	9	17	53	CP
2130	10	17	59	CP
2200	7	13	54	CP
2201	3	6	50	CP
2210	10	11	91	CP
2220	5	6	83	CP
2230	2	3	67	CP
2240	5	6	83	CP
2300	2	2	100	CT
2310	2	2	100	CT
2320	6	8	75	CP

**Tabla 2. (Continuación)**

Numeral	Puntos Cumplidos	Total Puntaje Máximo	Porcentaje de Cumplimiento	Nivel de Cumplimiento
2330	7	13	54	CP
2340	3	4	75	CP
2400	2	2	100	CT
2410	9	11	82	CP
2420	5	6	83	CP
2421	1	1	100	CT
2430	0	1	0	NC
2431	0	1	0	NC
2440	12	15	80	CP
2450	1	1	100	CT
2500	5	10	50	CP
2600	0	1	0	NC

Dada la información anterior se procedió a realizar un análisis de estos resultados con ayuda de un diagrama circular, el cual se muestra en la Figura 12.

**Figura 12.** Cumplimiento de las normas de desempeño.



Con ayuda del diagrama circular, es posible concluir que el 21% de los numerales se cumplieron totalmente, mientras que el 79% de los numerales que comprenden la estructura de las normas de desempeño no cumplen con los requisitos. En este análisis igualmente se unieron los numerales que no cumplen NC y los numerales que cumplen parcialmente CP, pues la evaluación es para determinar el cumplimiento de la norma en su totalidad, sin embargo, en la gráfica es posible detallar que el 67% de los numerales se cumplen parcialmente y el 12% no se cumplen.

Teniendo en cuenta los requisitos de los numerales de la norma de desempeño que no se cumplían, se puede concluir que algunos de los aspectos que generaban incumplimientos de las normas de atributos también afectaban el cumplimiento de las normas de desempeño, como son la falta de un estatuto de auditoría y del programa de aseguramiento de la calidad. Adicionalmente, el no contar con una gestión adecuada de riesgos y la falta de evaluación de la gestión de privacidad, generaban automáticamente el incumplimiento de varios requisitos de la norma.

#### **8.4. DIAGNÓSTICO DEL MAPA DE RIESGOS, PLANEACIÓN DE AUDITORÍAS E INDICADORES DE GESTIÓN**

Dentro de los objetivos del proyecto está definido ajustar el mapa de riesgos de la actividad de auditoría, pues junto con la dirección del Departamento de Control Interno y revisando las consideraciones a tener en cuenta para hacer una correcta administración del riesgo, se identificó que no se tenía claridad de las clases de riesgos que podían presentarse, no se contaba con un equipo interdisciplinario que realizara una gestión de riesgos efectiva, que construyera un mapa de riesgos adecuado para la organización y que pudiera capacitar a los integrantes de las diferentes áreas para fomentar una cultura y establecer políticas de identificación y prevención de riesgos.

Es importante mencionar que el mapa de riesgos con el que se contaba había sido diseñado por el Departamento de Control Interno y no incluía todos los riesgos que

se podían presentar ni sus respectivos controles. Por tal razón, era fundamental ajustar y complementar el mapa de riesgos de la organización, pues este es el punto de partida para realizar la planeación anual de las auditorías en FOSCAL y FOSUNAB.

La información suministrada por el Departamento de Control Interno, indicó que no se estaba cumpliendo con la planeación anual de las auditorías, inclusive no se estaban incluyendo todos los procesos en la planeación, ya que la programación del año 2015 se estableció para ejecutar 45 actividades de auditoría interna, sin embargo, el universo de auditoría que debió programarse para dicho año constaba de 71 actividades aproximadamente.

Trimestralmente el departamento evaluaba el cumplimiento de las actividades planeadas y se generaba un registro de las actividades que realmente se habían llevado a cabo hasta la fecha de evaluación. En esta evaluación solo se tenía en cuenta un indicador de cumplimiento respecto a las actividades planeadas, el cual no proporcionaba una medición adecuada, ya que en él, se incluían las actividades extra que realizaba el auditor y que no estaban planeadas, esto generaba que el indicador mostrara niveles altos de cumplimiento, cuando en realidad no se había cumplido con la planeación establecida.

## 9. PROPUESTA DE MEJORA

Un sistema de control de gestión es un conjunto de técnicas y procedimientos usados por la dirección de las organizaciones para controlar que la estrategia formulada está siendo realmente implementada y, en su caso, gestionar la aparición de nuevas estrategias emergentes que permitan una rápida adaptación a los inevitables cambios del entorno<sup>46</sup>.

El control de gestión empresarial puede dividirse en tres grandes campos: estratégico, táctico y operativo; el control estratégico tiene una orientación externa a la empresa, en él se establecen los controles e indicadores relacionados con el entorno, asocian sus tendencias y muestran las debilidades que se presentan. El control táctico tiene una orientación intermedia, evalúa la coherencia de los resultados, en el momento de su ejecución, con el plan anual y con la planeación estratégica. El control operacional tiene una especial orientación interna, debe asegurar que las funciones y las tareas programadas se desarrollen de acuerdo con las normas establecidas<sup>47</sup>.

Reconociendo la importancia del control de gestión descrito anteriormente, en el presente proyecto se desarrollaron actividades acorde con cada uno de los controles para garantizar que la implementación de las mismas tenga un impacto positivo en todo el departamento y en las tareas que en él se realizan.

**Tabla 3.** Niveles de Control Organizacional.

TIPO DE CONTROL	CONTROL	TIEMPO
Estratégico	Planeación Estratégica	Largo plazo
Táctico	Presupuestos, indicadores financieros y de gestión, evaluación de riesgos.	Ejercicio anual y mensual

<sup>46</sup> Universidad ESAN. Presente y futuro de los Sistemas de Control de Gestión. [En línea]. Disponible en <<http://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2013/09/26/presente-futuro-sistemas-control-gestion/>>. [Citado el 23 de Marzo de 2016].

<sup>47</sup> MONTES SALAZAR, Carlos Alberto, MONTILLA GALVIS, Omar de Jesús, MEJÍA SOTO, Eutimio. Control y evaluación de la gestión organizacional. Alfaomega Colombiana S.A., 2014. p. 56

Operativo	Normas, procesos y procedimientos.	Gestión diaria
-----------	------------------------------------	----------------

Fuente: Control y Evaluación de la Gestión Organizacional. Ed. Alfaomega. P.57.

Partiendo del diagnóstico realizado, se identificaron diferentes puntos críticos en el Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB, los cuales fueron abarcados para aumentar su eficacia y hacer más amena la labor de auditoría. Las actividades realizadas buscan enfatizar el trabajo de auditoría en aspectos que agreguen valor y contribuyan al logro de objetivos organizacionales, igualmente constituyen un apoyo para los auditores en el desarrollo de su labor y estandarizan diferentes aspectos del trabajo de auditoría resaltando la importancia del mismo en la organización.

### **9.1. MAPA DE RIESGOS**

La herramienta base para desarrollar las diferentes actividades del Departamento de Control Interno es el mapa o matriz de riesgos administrativos, ya que a partir de ella es posible identificar los procesos claves de la organización, y de esta manera establecer y priorizar las auditorías internas que deberán realizar los auditores en un periodo de tiempo.

En el diagnóstico realizado se encontró que el departamento contaba con una matriz de riesgos elaborada por la dirección del mismo, sin embargo, esta matriz no agregaba valor a la labor de auditoría, ya que no se usaba de base para realizar la planeación. El programa de trabajo o planeación anual del 2015 se elaboró antes de la matriz de riesgos, ya que la idea de crear dicha matriz para el departamento surgió a partir de un diplomado realizado por la Dirección de Control Interno y, para ese momento ya se había planeado el trabajo del año. Para elaborar la matriz, la Dirección incluyó únicamente los procesos involucrados en la planeación por lo cual se consideró necesario realizar un ajuste de la misma analizando todos los procesos

administrativos de la organización y de este modo convertir la matriz de riesgos en la base del proceso de auditoría interna.

Para realizar una adecuada gestión de riesgos fue necesario analizar todos los procesos que se llevan a cabo en la organización. Para efectos del proyecto y la respectiva elaboración del mapa de riesgos para el Departamento de Control Interno **(ANEXO F)** se tuvieron en cuenta los procesos administrativos de la organización, sin embargo, la Alta Dirección de FOSCAL y FOSUNAB en busca de realizar un trabajo más completo y detallado, designó al coordinador de calidad la tarea de realizar el mapa de riesgos de toda la organización incluyendo los procesos asistenciales que no se tuvieron en cuenta en la matriz actual de control interno. Dicha tarea ya se inició realizando reuniones con el personal involucrado en cada proceso, sin embargo, es importante aclarar que esta labor es extensa y compleja, por lo cual, terminar la matriz llevará aproximadamente dos años según las proyecciones realizadas por el coordinador de calidad, pues el trabajo requiere un análisis profundo y él, como persona encargada de la labor no tiene experiencia en gestión de riesgos.

El formato de matriz utilizado para identificar y analizar los riesgos presentes en los procesos administrativos de FOSCAL y FOSUNAB, es el siguiente:

**Figura 13.** Identificación de Riesgos en la Matriz.

PROCESO	ACTIVIDAD	IDENTIFICACIÓN				
		RIESGO	GENERADOR	CLASIFICACIÓN	CAUSAS	CONSECUENCIAS

Descripción:

- Proceso: Cada uno de los procesos administrativos que se llevan a cabo en FOSCAL.
- Actividad: Actividades en las que se dividen los procesos.
- Riesgo: Riesgo inherente a cada actividad.

- **Generador:** Área o cargo de la persona que por el desarrollo de sus actividades pueda generar el riesgo.
- **Clasificación:** Clasificación a la cual corresponde el riesgo.

En la organización se determinó que las posibles clasificaciones de los riesgos son las siguientes:

- ✓ Gestión Administrativa y Financiera.
- ✓ Gestión de la Información.
- ✓ Gestión de la tecnología.
- ✓ Gestión del Ambiente Físico.
- ✓ Gestión del Talento Humano.
- ✓ Usuario y Familia.

Para clasificar los procesos se ingresó a la plataforma de la organización “Mundo Foscal” en la cual se revisó cada uno de los procesos y se registraron en la matriz. De cada proceso se seleccionaron las actividades más importantes y se identificaron los riesgos inherentes a las mismas. Posteriormente se realizó un análisis de los posibles generadores, la clasificación, las posibles causas y las consecuencias en caso de materializarse el riesgo.

Al identificar los diferentes riesgos se procedió a realizar una calificación de los mismos, para esto se implementó el siguiente formato:

**Figura 14.** Evaluación de Riesgos en la Matriz.

EVALUACIÓN					
PROBABILIDAD		IMPACTO		NIVEL DE RIESGO (P*I)	CALIFICACIÓN DEL RIESGO
Valor	Probalidad	Valor	Impacto		

Descripción:

- **Probabilidad:** Probabilidad de ocurrencia del riesgo.

Para dar una calificación de la probabilidad de ocurrencia del riesgo, la organización estableció la siguiente tabla de evaluación:

**Tabla 4.** Probabilidad de ocurrencia del Riesgo.

PROBABILIDAD	CUANTIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
<b>Raro</b>	<b>1</b>	El evento ocurriría solamente en circunstancias excepcionales.	No se ha presentado en los últimos 2 años
		Muy baja probabilidad de ocurrencia.	
<b>Improbable</b>	<b>2</b>	El evento podría ocurrir en algún momento y se considera que es difícil que suceda.	Al menos 1 vez en el último año
		Baja probabilidad de ocurrencia.	
<b>Posible</b>	<b>3</b>	El evento puede suceder eventualmente.	Entre 1 y 5 veces en el último año
		Mediana probabilidad de ocurrencia.	
<b>Probable</b>	<b>4</b>	El evento probablemente ocurrirá.	Entre 5 y 10 veces en el último año
		Significativa probabilidad de ocurrencia.	
<b>Casi cierto</b>	<b>5</b>	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de los casos.	Más de 10 veces en el último año
		Significativa probabilidad de ocurrencia.	

- Impacto: Calificación que se le dio al impacto en caso de llegar a materializarse el riesgo.

Para dar una calificación al impacto que genera el riesgo, la organización estableció la siguiente tabla de evaluación:

**Tabla 5.** Impacto del riesgo.

IMPACTO / CONSECUENCIA	VALOR	En términos de Usuario	En términos Económicos	En términos operacionales	En términos de imagen
<b>Insignificante</b>	<b>1</b>	Sin Consecuencias.	Pérdida menor a \$5.000.000	No hay interrupción de la operación.	No hay pérdida de imagen.
<b>Bajo</b>	<b>2</b>	Molestias o Inconformidades.	Pérdida entre \$5.000.000 y \$50.000.000	Los servicios se interrumpen menos de 12 horas.	Pérdida de imagen en un área.

<b>Medio</b>	<b>3</b>	Prolongación de estancia, Requiere tratamiento adicional, Incapacidad temporal.	Pérdida entre \$50.000.000 y \$100.000.000	Los servicios se interrumpen entre 12 y 24 horas.	Pérdida de imagen en la organización.
<b>Grave</b>	<b>4</b>	Incapacidad Permanente, Victima Grave.	Pérdida entre \$100.000.000 y \$500.000.000	Los servicios se interrumpen entre 24 y 48 horas.	Pérdida de imagen a nivel regional.
<b>Muy grave</b>	<b>5</b>	Muerte	Pérdida mayor a \$500.000.000	Interrupción de los servicios por más de 48 horas.	Pérdida de imagen a nivel nacional.

- Nivel del riesgo: Corresponde a la multiplicación de la calificación de la probabilidad por la calificación del impacto o consecuencia.
- Calificación del riesgo: La calificación está determinada por el nivel del riesgo. La siguiente tabla muestra los valores correspondientes a cada calificación:

**Tabla 6.** Matriz de Calificación del riesgo.

<b>MATRIZ DE CALIFICACIÓN</b>						
<b>PROBABILIDAD</b>		<b>IMPACTO</b>				
		<b>Insignificante</b>	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Grave</b>	<b>Muy Grave</b>
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Casi Cierto</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>25</b>
<b>Probable</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>20</b>
<b>Posible</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>15</b>
<b>Improbable</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>10</b>
<b>Raro</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Una vez se calificó el riesgo, se continuó analizando los controles existentes y el efecto que generaban en la probabilidad y el impacto del mismo, por lo cual, fue necesario realizar nuevamente la evaluación del riesgo pero en dicha ocasión se debió tener en cuenta la aplicación de los controles.

Para analizar los controles existentes se agregaron las siguientes casillas a la matriz:

**Figura 15.** Análisis de Controles en Matriz.

CONTROLES EXISTENTES						
¿Existen controles?	Controles Existentes	Tipo de Control	¿El control está documentado?	¿El control se está aplicando?	¿El control es efectivo para minimizar el riesgo?	Frecuencia del Control

Descripción:

- ¿Existen controles?: (SI / NO) Existencia de controles actualmente en la organización.
- Controles Existentes: Descripción de los controles que existen actualmente.
- Tipo de control: Clasificación del control en preventivo o correctivo.
- ¿El control está documentado?: (SI / NO) Existencia de un documento con el registro del control.
- ¿El control se está aplicando?: (SI / NO) Aplicación del control existente para mitigar el riesgo.
- ¿El control es efectivo para minimizar el riesgo?: (SI / NO) Aplicar el control minimiza el riesgo o no.
- Frecuencia del control: Cada cuanto se aplica el control.

Por último se establecieron las pruebas de control que servirán de guía para los auditores internos, pues les indican algunas actividades a realizar para verificar y controlar la presencia y materialización del riesgo.

## **9.2. PLANEACIÓN ANUAL DE AUDITORÍAS**

Lograr un buen desempeño en el trabajo realizado por el Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB depende directamente de la planeación anual o programa de auditorías establecido para cada uno de los auditores que conforman el equipo de trabajo, es así como se identificó la importancia de generar un programa que lograra abarcar el mayor número de auditorías a realizar teniendo en cuenta el mapa de riesgos elaborado, y siendo eficientes con los recursos que el departamento tenía a su disposición para su funcionamiento y desarrollo de actividades.

Es importante mencionar que anteriormente la Dirección del Departamento de Control Interno establecía su programa de trabajo teniendo en cuenta las indicaciones realizadas por la Dirección General, las solicitudes de auditorías hechas por los auditores internos al considerarlas necesarias por los hallazgos generados en auditorías pasadas, así mismo la dirección priorizaba la relevancia e impacto que tenía el procedimiento dentro de la organización para realizar la planeación. Por lo anterior fue posible concluir que realizar la programación de esta manera, no le permitía al Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB desarrollar un trabajo que integrara todos los procesos de la organización y fuera más eficiente.

La programación para el año 2016 ha sido establecida teniendo en cuenta la información disponible para realizar una correcta elaboración y asignación de un programa de auditoría, la experiencia de los auditores internos y de la Dirección del Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB y, adicionalmente, se realizó benchmarking con las programaciones hechas por otras organizaciones del sector salud.

Para realizar la programación se priorizaron las diferentes auditorías generadas en el mapa de procesos, ya que se debía tener en cuenta la disponibilidad de recurso humano y se buscaba tener la mayor cobertura posible abarcando las auditorías

más importantes y necesarias para la organización. La priorización se llevó a cabo de la siguiente manera:

- En primer lugar se programaron aquellas auditorías que debían ser realizadas con determinada frecuencia (Mensual-Trimestral) y que son indispensables por tratar aspectos críticos o claves para la organización, los cuales afectan principalmente el logro de los objetivos de la misma.
- Posteriormente, se incluyeron las auditorías que la Dirección General solicitó realizar tras hacer su evaluación anual del desempeño de la organización y obligaciones legales.
- Luego, fueron programadas las auditorías correspondientes a los riesgos que obtuvieron una calificación de Muy alto y Alto tras la elaboración y análisis del mapa de riesgos, incluyendo aquellas en las que su ejecución servirá para agregar valor en la organización por apoyar el proceso de mejoramiento continuo que actualmente lleva a cabo la empresa.
- En último lugar, se programaron aquellas auditorías que obtuvieron una calificación Media y/o Baja en el mapa de riesgos pero que la Dirección del Departamento de Control Interno y sus auditores consideraron necesarias realizar por no ejecutarse anteriormente o para hacer seguimiento a aquellos riesgos.

En conclusión, la base del Programa de Auditoría del año 2016 (**ANEXO G**) es el mapa de riesgos establecido y la definición de los recursos con los que contará el Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB.

En el programa definido para el año 2016 se incluyó en la asignación de auditorías a un nuevo auditor, el Ingeniero Industrial Carlos Rene Murillo Moya, quien fue contratado e incluido en el Departamento de Control Interno de FOSCAL tras realizar la solicitud a la Dirección General al inicio del presente proyecto, argumentando la baja cobertura que la función de auditoría desarrollaba en una de las organizaciones más importantes de la región.

Sin embargo, una vez finalizada la nueva programación, se evidenció nuevamente una baja cobertura por falta de talento humano en el Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB, por lo cual se hizo una nueva solicitud de personal teniendo en cuenta la propuesta de talento humano que se documentará en este proyecto.

La programación de FOSUNAB (**ANEXO H**) se realizó teniendo como base el programa establecido para FOSCAL, sin embargo, esta programación tuvo ciertas restricciones, ya que FOSUNAB actualmente cuenta con un solo profesional de auditoría y adicionalmente, para este año se le asignaron las funciones del cargo “Empleado de Cumplimiento” por lo cual se le dio prioridad a dichas funciones correspondientes al desarrollo del proyecto destinado al cumplimiento del manual de procedimientos del Sistema Integral de Prevención y control del Lavado de Activos “SIPLA” definido por la institución, ya que esta labor es de obligatorio cumplimiento para FOSUNAB por desarrollar su operación en zona franca.

Adicionalmente, en la programación de FOSUNAB se incluyó la programación de una persona más, la cual tendrá el cargo de “Profesional de Control Interno” y cuya contratación se encuentra en proceso, dicha persona tendrá a cargo las auditorías más relevantes y se procuró planearlas de tal manera que se realicen a la par con FOSCAL para desarrollar un trabajo más completo y organizado.

Por otro lado, la estimación de tiempos de duración de ejecución de las auditorías programadas la realizaron los auditores internos basados en su experiencia y registros de dicha información, igualmente estos tiempos aproximados fueron aprobados o ajustados en su defecto por la dirección del departamento.

En la programación igualmente se incluyó el tiempo que gastan los auditores en elaborar el informe trimestral que deben presentar a la dirección para mostrar el cumplimiento y desempeño de su labor en dicho periodo, así mismo se tuvo en cuenta el tiempo que gasta el Jefe del Departamento de Control Interno en hacer el informe de resultados que presenta con la misma frecuencia a la Dirección General.

Según la planeación realizada, la cobertura que tendrá para el año 2016 la labor de auditoría interna de FOSCAL será de un 77%, ya que se planearon 69 de las 90 actividades generadas en el mapa de riesgos, las cuales involucran todos los procesos analizados en el mapa de riesgos de la organización. Así mismo, cabe resaltar que la jefe del departamento sólo estará a cargo de 5 auditorías y participará junto con algunos de los auditores en la ejecución de otras 5 auditorías. A diferencia de lo ocurrido en el año 2015, en el que sólo se alcanzó una cobertura del 44%, ejecutando sólo 32 auditorías de las 72 programadas; teniendo en cuenta que la jefe del departamento realizó y colaboró en la ejecución de 11 auditorías, por lo que la cobertura sin su ayuda fue de sólo el 29%. Los **ANEXOS I y G** contienen la información de la cobertura y las programaciones de trabajo de 2015 y 2016 respectivamente.

### **9.3. IMPLEMENTACIÓN DE LAS NORMAS INTERNACIONALES PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA AUDITORÍA INTERNA**

En busca de mejorar la labor desempeñada por el Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB, la dirección del departamento manifestó su interés por alinear sus procesos con las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna. Para cumplir con dicha solicitud, se realizó un diagnóstico del departamento frente al cumplimiento de las normas, posteriormente se efectuó una revisión de aquellos requisitos que se estaban incumpliendo y se definieron las acciones consideradas necesarias para lograr el respectivo cumplimiento según las condiciones y situación actual del departamento.

Para dar cumplimiento a diversos requisitos de la norma, se elaboró un Estatuto de Auditoría Interna (**ANEXO J**), cuyo objetivo es establecer el propósito, la autoridad y responsabilidad de la actividad de auditoría interna en FOSCAL y FOSUNAB, incluyendo en él los aspectos más relevantes que permitirán desarrollar un trabajo basado en el cumplimiento de las Normas Internacionales para el Ejercicio

Profesional de la Auditoría Interna. Este documento ha sido revisado por la dirección del departamento y, socializado y aprobado por el Comité de Auditoría Interna.

La elaboración de un Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad (**ANEXO K**) para el Departamento de Control Interno fue indispensable, ya que este programa incluye todas las actividades internas y externas que el departamento debe realizar para que los servicios de auditoría sean respaldados por evaluaciones y seguimientos que validen la calidad del trabajo, conforme con la definición de auditoría interna, el código de ética y las normas legales aplicables. Este programa se constituye principalmente para evaluar la eficiencia y eficacia de la labor de auditoría interna por medio de evaluaciones internas y externas, las cuales incluyen actividades que sirven para realizar seguimiento continuo y revisiones periódicas, que se definieron siguiendo el ciclo administrativo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) aplicado para la realización del Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad del Instituto de Auditores Internos<sup>48</sup>. Adicionalmente, la realización de evaluaciones externas que validen la calidad del trabajo de auditoría será decisión del Comité de Auditoría Interna, cumpliendo así con las responsabilidades y funciones definidas para este comité en el Estatuto de Auditoría Interna. Las políticas que deberán seguir dichas evaluaciones externas también se incluyen en este programa de aseguramiento y mejora de la calidad. Finalmente la dirección del departamento tras ejecutar un adecuado programa podrá identificar oportunidades de mejora para seguir fortaleciendo su labor. Este documento fue revisado por la Dirección del Departamento y, socializado y aprobado por el Comité de Auditoría Interna.

Adicionalmente, se crearon las Políticas Internas (**ANEXO L**) con las que contará el Departamento de Control Interno con el fin de garantizar un adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB, dichas

---

<sup>48</sup> INSTITUTO DE AUDITORES INTERNOS DE COLOMBIA. Estableciendo un Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad del IIA (capítulo 2). Manual de evaluación de calidad para la actividad de auditoría interna. Bogotá, 2013.

políticas fueron establecidas bajo el marco del cumplimiento del Estatuto de Auditoría Interna, el Código de Ética del Instituto de Auditores Internos (**ANEXO M**) y las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna.

A continuación se indican las actividades que se llevaron a cabo para dar cumplimiento a los requisitos de las normas de atributos y normas de desempeño de las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna:

#### 1. Normas de Atributos:

- 1000 – Propósito, Autoridad y Responsabilidad:

Para el cumplimiento de este requisito se creó el Estatuto de Auditoría Interna, que es un documento formal que guiará el trabajo de auditoría para cumplir con las metas establecidas, agregando valor a las actividades y contribuyendo al logro de los objetivos de la empresa.

Adicionalmente, se cumple el requisito 1000 – A1, contenido en la norma 1000, al definir en el Estatuto la naturaleza de las actividades de aseguramiento.

Finalmente, se cumplen todos los requisitos que conforman la norma 1000 - C1, referente a los servicios de consultoría tras haber realizado las siguientes actividades:

- Creación de una política de servicios de consultoría en la que se incluyen los principios que guiarán el desempeño de estas actividades, la normatividad y reglas, incluyendo las guías para el trabajo de consultorías formales y auditorías de gobierno.
- Definiendo la responsabilidad que tiene el Comité de Auditoría Interna de aceptar la realización de este tipo de servicios, siempre y cuando permitan generar valor en la organización.
- En el Estatuto de Auditoría Interna se definió la naturaleza de las actividades de consultoría.

- 1010 - Reconocimiento de la definición de Auditoría Interna, el Código de Ética y las Normas:

El Estatuto de Auditoría Interna contiene la definición de Auditoría Interna y el Código de Ética, además, en las responsabilidades del director ejecutivo de auditoría (DEA) se incluyó la socialización de dichas definiciones con la Alta Dirección.

- 1110 – Independencia dentro de la Organización:

Respecto a la comunicación que debe existir entre el DEA y el Comité de Auditoría, se definió en el estatuto el deber de realizar reuniones frecuentes para ratificar y velar por la independencia del Departamento de Control Interno, también se definieron las líneas de comunicación entre estos directivos.

Dentro de las actividades que realiza el DEA se incluyó la solicitud del presupuesto anual necesario para el buen funcionamiento del departamento. También se incluyeron los informes que se deben presentar a la Dirección General respecto al uso adecuado y en el tiempo estipulado de los recursos asignados al departamento, al igual que los informes que se presentan al Comité acerca de la administración de las políticas y los procedimientos de la actividad de auditoría interna.

Sin embargo, el cumplimiento del requisito que hace alusión a mantener reuniones entre el DEA y el Comité de Auditoría Interna sin la presencia de la Dirección General, no se puede aplicar debido a que éste último hace parte del Comité de Auditoría. Adicionalmente, dentro de las responsabilidades del Comité de Auditoría no se incluyó la toma de decisiones respecto al nombramiento o cese del cargo del DEA y sus ajustes salariales, pues este funcionario igualmente hace parte del comité, esta decisión le es ajena según normatividad institucional y por ende el requisito no es aplicable.

- 1130 – Impedimentos a la Independencia u Objetividad:

El requisito correspondiente a este numeral de la norma, en el que se especifica que se deben supervisar los trabajos de aseguramiento para funciones en las que el DEA tenga responsabilidad no será aplicable, ya que el Comité de Auditoría será quien evalúe la posibilidad de asignar a una persona que no pertenezca al Departamento de Control Interno para realizar esta evaluación.

- 1210 – Aptitud:

Teniendo en cuenta que los auditores internos deben reunir ciertos conocimientos específicos y ser prácticos a la hora de realizar su labor, se definieron las siguientes acciones, las cuales conducen a cumplir los requisitos de este numeral de la norma:

- Diseñar y desarrollar herramientas que permitan agilizar y facilitar la ejecución de los trabajos de auditoría, para esto se tendrá en cuenta el uso y aplicación de la Guía Práctica de Auditorías, en la que se especifica la información clave y las herramientas para desarrollar de manera más eficiente la labor de auditoría.
- Dentro de las Políticas del Departamento de Control Interno, se estableció que el Comité de Auditoría Interna deberá revisar la propuesta de realizar capacitaciones al personal de control interno sobre temáticas particulares como el fraude y tecnología informática, para lograr aumentar las competencias de los auditores internos al desarrollar la labor de auditoría, sin embargo, estos requisitos no se cumplen ya que actualmente los auditores no cuentan con el conocimiento necesario en estos temas.
- Dentro de las Políticas del Departamento de Control Interno, se estableció que se efectuarán análisis anuales para revisar los conocimientos, habilidades y competencias del departamento.
- Los auditores internos según la Política del Departamento, pasarán solicitud para obtener capacitaciones en áreas de oportunidad que contribuyan a

mejorar la función que desempeñan, sin embargo, por no contar actualmente con dichas capacitaciones el requisito no se cumple.

- La contratación de servicios externos para el apoyo o asesoramiento de la actividad de auditoría tiene unas políticas específicas que se enuncian en la Política del Departamento. Es necesario aclarar que con la implementación de las actividades y el trabajo realizado no se da cumplimiento a los requerimientos que contengan esta norma respecto a estos servicios, ya que serán temas considerados por el Comité de Auditoría Interna.
- Dentro de las Políticas del Departamento de Control Interno se estableció que las acciones prohibidas o fraudes serán castigados según consideraciones del Comité de Auditoría Interna.
- Mediante el cumplimiento del Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad, se efectuará seguimiento para asegurar que las responsabilidades de la auditoría interna se cumplan.
- La planeación de las auditorías evidenciará el uso de herramientas de tecnologías de información que sean requeridas en el desarrollo de las auditorías.

- 1230 – Desarrollo profesional continuo:

En busca de mejorar y aumentar los conocimientos, aptitudes y demás competencias que los auditores internos deben tener, se propuso al Comité de Auditoría mediante la política de funcionamiento del departamento la posibilidad de realizar capacitaciones, por esta razón el requerimiento de tener una política de capacitación no se cumple.

Adicionalmente, entre las responsabilidades del DEA se incluyó motivar e incentivar a los auditores internos a obtener certificaciones profesionales relevantes.

- 1300 – Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad (PAMC):

Para el cumplimiento de este requisito, el Departamento de Control Interno estableció un Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad, el cual abarca los aspectos de operación y gestión de la auditoría interna, revisado y aprobado por el DEA.

- 1310 – Requisitos del Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad:

El PAMC del Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB, evaluará el cumplimiento de la definición de auditoría interna, el código de ética y las normas aplicables. Es responsabilidad del DEA comunicar los resultados de dichas evaluaciones internas y externas a quien corresponda (incluyendo al Comité de Auditoría Interna) y por lo menos una vez al año reportará estos resultados a la alta dirección.

- 1311 – Evaluaciones Internas:

El PAMC del Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB incluye en las evaluaciones internas realizar seguimientos y revisiones periódicas al trabajo de auditoría. En el documento se especifican las acciones a realizar, basados en el manual de evaluación de calidad para la actividad de auditoría interna del Instituto de Auditores Internos.

- 1312 – Evaluaciones Externas:

El PAMC del Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB define que la realización de evaluaciones externas será decisión del Comité de Auditoría Interna, y será éste quien determine las políticas de ejecución de este tipo de evaluaciones, sin embargo, como actualmente no se cuenta con el interés de realizar evaluaciones externas no se da cumplimiento a los requisitos de este numeral.

- 1320 – Informe sobre el Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad:

En el PAMC del Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB se definió que debe hacerse un reporte de los resultados obtenidos tras la realización de evaluaciones internas y externas, sin embargo, por la ausencia de evaluaciones externas en la actualidad no se da cumplimiento al presente numeral.

- 1321 – Utilización del “Cumple con las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna”:

Este requerimiento no puede cumplirse debido a que la organización no tiene planeado realizar una evaluación externa que certifique la aprobación de este requisito.

Debido a que algunos requisitos no son aplicables a la labor de auditoría del Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB, se realiza un ajuste de los puntajes máximos de cumplimiento, eliminando aquellas prácticas específicas que no aplicarán, por lo cual el número de puntaje máximo disminuirá hasta el número que prácticas que sí deberán ser cumplidas.

De acuerdo con las acciones planteadas por el Departamento de Control Interno se concluyen los siguientes resultados:

Los numerales 1000; 1010; 1111; 1120; 1200; 1220; 1300; 1310; 1311 y 1322, serán cumplidos en su totalidad sin ninguna restricción.

Los numerales 1110 y 1130, contienen requerimientos que no aplican, sin embargo se cumplirán dichos requerimientos al eliminar las prácticas específicas que no aplican.

Los numerales 1210; 1230; 1312; 1320 Y 1321 contienen prácticas específicas que no se podrán cumplir debido a falta de interés de la organización en promover capacitaciones y realizar evaluaciones externas al Departamento de Control Interno.

## 2. Normas de Desempeño:

- 2000 – Administración de la Actividad de Auditoría Interna:

Teniendo como guía el Estatuto de Auditoría Interna, los trabajos de auditoría se diseñan con el fin de cumplir los propósitos generales y las responsabilidades de la actividad de auditoría interna.

- 2010 – Planificación:

El programa de trabajo para elaborar el mapa de riesgos se realizó basado en la Norma Técnica Colombiana ISO 31000 de Gestión de Riesgos, teniendo en cuenta todos los procesos administrativos de la organización incluyendo los componentes del plan estratégico. Adicionalmente, se establecieron las pruebas de control pertinentes a cada riesgo. En el presente documento quedará registrada la metodología utilizada para realizar el programa.

Es necesario aclarar que los trabajos de consultoría no fueron programados debido a que éstos deben contar con la autorización del Comité de Auditoría Interna para ser ejecutados, por esta razón sólo se programaron trabajos de aseguramiento. Sin embargo, en el momento en el que se acepte un trabajo de consultoría, el comité deberá analizar la planeación y determinar según el impacto y los tiempos de las auditorías cuál de estas no se realizará en el periodo correspondiente y se reemplazará por el trabajo de consultoría aceptado, igualmente, deberá evaluar la necesidad de reprogramar la auditoría que estaba planeada. Por esta razón el requisito que hace alusión a trabajos de consultoría del presente numeral no aplica, ya que el departamento en su programación nunca tendrá en cuenta tiempos para realizar actividades de consultoría pues no se presentan con frecuencia y en caso de presentarse se realizará el proceso anteriormente descrito.

- 2020 – Comunicación y Aprobación:

Dentro de las funciones y responsabilidades del DEA descritas en el Estatuto, se ha establecido que debe enviar a la Alta Dirección, una solicitud de los recursos necesarios para desarrollar su trabajo, incluyendo el talento humano y presupuesto requerido. Adicionalmente, en la política de funcionamiento del departamento se estableció como deber del DEA mantener informada a la Alta Dirección y al Comité de Auditoría Interna de cambios significativos en el trabajo de auditoría.

- 2030 – Administración de Recursos:

El DEA estará encargado de revisar en conjunto con el área de Gestión Humana la selección de personal de auditoría interna, teniendo en cuenta los análisis de competencias que se realizarán anualmente.

- 2040 – Políticas y Procedimientos:

Las políticas y los procedimientos de auditoría para el Departamento de Control Interno fueron elaborados teniendo en cuenta la estructura y complejidad del trabajo, así mismo fueron documentados y socializados con el personal del departamento.

- 2050 – Coordinación:

2050 -1: Coordinación:

Las políticas de funcionamiento del departamento establecen claramente la responsabilidad que tiene el DEA en la coordinación de actividades con el fin de minimizar la duplicidad de esfuerzos. Ante la realización de evaluaciones externas el DEA seguirá las políticas que la norma establece.

2050 -2: Mapas de aseguramiento:

El mapa de riesgos que el Departamento de Control Interno ha definido para realizar su labor abarca y aplica para toda la organización.

2050 -3: Confiar en el trabajo de otros proveedores de servicios de aseguramiento:

En el estatuto y las políticas establecidas, el Departamento de Control Interno establece que podrá contratar servicios externos bajo la aprobación del Comité de Auditoría Interna.

- 2100 – Naturaleza del trabajo:

La labor de auditoría debe tener un enfoque sistemático y disciplinado, contribuyendo a la mejora de los procesos. A continuación se enuncian las acciones necesarias para cumplir este requisito:

- En las políticas de la función de auditoría se estableció que la dirección deberá revisar periódicamente los objetivos y metas del departamento.
- El alcance del trabajo de auditoría proporciona una seguridad razonable de que el sistema de gestión de riesgos del departamento es eficaz, ya que la base del programa de trabajo a realizar es dicha gestión de riesgos y abarca los procesos críticos de la organización.
- Para determinar si el sistema de control interno de la dirección es adecuado, eficaz y eficiente, se deben analizar los resultados que se obtienen de la evaluación trimestral y el cumplimiento de las metas establecidas para los indicadores que miden la eficacia, eficiencia y efectividad del trabajo. Actualmente, el requisito que establece que se debe proporcionar una seguridad razonable de la efectividad del sistema de control interno no se cumple debido a que los resultados obtenidos en el primer trimestre del año 2016 no alcanzan las metas establecidas. Este hecho se atribuye al desempeño de los auditores, por lo cual el cumplimiento de este numeral depende de las decisiones y la posición que tome el Comité de Auditoría Interna en esta situación.
- Las políticas de la función de auditoría establecen que debe existir comunicación directa entre la dirección del departamento y el comité de auditoría por medio de reportes e informes de resultados.

- La documentación de las responsabilidades en el proceso de gestión de riesgos está a cargo del área de calidad, pues hace parte de sus funciones en la organización, por tal razón, este requisito no aplica para el Departamento de Control Interno.
- El manual de funciones del Departamento de Control Interno es un documento que contiene los roles de cada uno de los auditores y en la programación se evidencia la asignación de trabajos a cada auditor para cumplir con el proceso de auditoría interna de la organización.
- Para planear su trabajo, la Dirección del Departamento de Control Interno en conjunto con los auditores internos, deberán tener en cuenta los cambios en los negocios y sistemas de información que puedan afectar el funcionamiento de la organización identificados al realizar la revisión de objetivos y metas organizacionales.
- Los resultados de las evaluaciones trimestrales realizadas por el Departamento de Control Interno, evidencian falencias en el proceso de gobierno de la dirección, ya que nunca se cumplen con las metas establecidas y no existen acciones correctivas para cambiar esta situación en el siguiente periodo. Por esta razón no se da cumplimiento al requisito del presente numeral que hace referencia a garantizar una seguridad razonable de la eficacia del proceso de gobierno de la dirección.
- Los riesgos medioambientales serán revisados para el procedimiento de “Manejo de desechos de medicamentos y sustancias químicas” de la Central de Mezclas. Este requisito no es aplicado en toda la organización debido a que este es el único proceso que hace parte del alcance del Departamento de Control Interno que puede incluir este tipo de riesgos.
- Mediante la aplicación del PAMC se establecen revisiones periódicas con el fin de evaluar la calidad de las auditorías incluyendo la auditoría medioambiental que hace parte del programa.

- 2110 – Gobierno:

La actividad de auditoría según su definición y políticas busca contribuir al mejoramiento de los procesos de gobierno, promoviendo el cumplimiento del código de ética y los valores organizacionales, contribuyendo a hacer más eficaces los procesos.

- 2120 – Gestión de Riesgos:

La actividad de auditoría interna en aras de contribuir a la mejora de los procesos de gestión de riesgos, realizó las siguientes acciones:

- El Departamento de Control Interno cuenta con un proceso de gestión de riesgos sólido, el cual está alineado con la Norma Técnica Colombiana ISO 31000 y constituye la base de su trabajo y programación del mismo.
- El mapa de riesgos realizado por el Departamento de Control Interno incluye los riesgos más significativos para la organización y según la actividad relacionada se establecen pruebas de control para hacer la revisión de estos procesos.
- La actividad de auditoría interna según sus funciones no es responsable de establecer respuestas apropiadas para el tratamiento de los riesgos organizacionales, esta labor es propia de cada área y su documentación está a cargo de la coordinación de calidad. Este requerimiento no aplica para el Departamento de Control Interno.
- Los auditores internos incorporan los conocimientos del riesgo que han obtenido en los trabajos de aseguramiento y consultoría realizados anteriormente. Los servicios de consultoría que sean aceptados definirán en su alcance cubrir las actividades de riesgo más significativo.

- 2130 – Control:

Este requisito se cumple con el apoyo que proporciona la actividad de auditoría interna al desarrollo del plan de mejoramiento de la organización, en el que se

incluye la implementación de un proceso de gestión de riesgos basado en la NTC – ISO 31000.

Sin embargo, el requisito que hace referencia al plan de auditoría no se podrá cumplir ya que la programación no se realizó teniendo en cuenta trabajos de auditores externos, debido a que no se tiene planeado realizar evaluaciones externas. Adicionalmente, los auditores no cuentan con competencias para realizar controles en cuanto a privacidad de información, por lo cual este requisito tampoco se cumple.

La organización no tiene implementado un programa eficiente de privacidad de la información, por lo cual no se cumplirán los requerimientos de la norma que se relacionen con este programa.

- 2200 – Planificación del trabajo:

El auditor interno planea su trabajo para hacer más eficiente su ejecución, para ello se definieron las siguientes acciones que contribuirán a este objetivo:

- El auditor interno cumpliendo con el procedimiento establecido para la labor de auditoría interna, de ser necesario realizará reuniones con el responsable del proceso auditado y guardará la información que se obtenga de esta reunión.
- La organización en busca de mejorar su proceso de gestión de riesgos, le permite al Departamento de Control Interno tener un enfoque en el que el alcance incluya los riesgos más significativos.
- El auditor interno debe revisar el mapa de riesgos antes de iniciar cada auditoría para evaluar si los riesgos del procedimiento a auditar siguen existiendo y si sus respectivas pruebas de control continúan siendo adecuadas.

- 2201 – Consideraciones sobre planificación:

Cumplir el procedimiento de auditoría realizando una planeación eficiente de la misma es fundamental para obtener resultados significativos. Es por esta razón que los auditores internos han sido capacitados acerca de la importancia de realizar una adecuada planeación, considerando los objetivos y controles del procedimiento a auditar, así mismo, de ser posible, implementar buenas prácticas y utilizar herramientas que faciliten su trabajo y ayuden a cumplir con una gestión de riesgos más eficiente.

- 2210 – Objetivos del trabajo:

El Plan de Mejoramiento que la organización lleva a cabo en la actualidad incluye la gestión de riesgos como un proceso importante, lo cual conduce a que los auditores internos tomen la gestión de riesgos como punto de partida para llevar a cabo una adecuada ejecución de la labor de auditoría.

- 2220 – Alcance del trabajo:

En el estatuto de auditoría y en las políticas se definió el alcance de los servicios de aseguramiento y de consultoría.

- 2230 – Asignación de recursos para el trabajo:

Los auditores internos se encargan de determinar los recursos necesarios para lograr los objetivos de su trabajo, sin embargo, la organización no ejerce un apoyo fuerte que respalde la formación y educación que complementa las competencias de los auditores internos, dichas capacitaciones le permitirían al auditor interno ser más efectivo en su trabajo, por lo cual se presentó la propuesta al comité de capacitar al personal de control interno.

- 2240 – Programa de trabajo:

Los auditores internos en busca de cumplir la programación establecida y siguiendo a cabalidad el procedimiento de auditoría, desarrollan un plan de trabajo, incluyendo actividades y herramientas aprobadas antes de iniciar la auditoría.

- 2320 – Análisis y Evaluación:

Los auditores internos reconocen que deben presentar los resultados y conclusiones de las auditorías de acuerdo con las evaluaciones y los análisis que soportan dicha información. Adicionalmente, en caso de ser necesario los auditores junto con la dirección del departamento deberán explicar y demostrar las funciones y capacidades de la actividad de auditoría, esto lo pueden realizar con la documentación correspondiente a los manuales de funciones y procedimientos, el estatuto de auditoría interna y el programa de aseguramiento y mejora de la calidad.

El trabajo de auditoría no considera factores medioambientales en el análisis de causas, ya que la mayoría de las auditorías corresponden a temas administrativos y los factores ambientales no influyen en los riesgos que se analizan. Estos factores solo se tienen en cuenta en las auditorías relacionadas con desechos de medicamentos y sustancias químicas. Por esta razón este requisito no aplica a la labor de auditoría desarrollada por departamento.

- 2330 – Documentación de la información:

Las políticas internas de la labor de auditoría del Departamento de Control Interno incluyen políticas de seguridad de los registros e información, contemplando aspectos como la responsabilidad, el tiempo de conservación, el manejo, la retención y la custodia de estos documentos e información.

- 2340 – Supervisión del trabajo:

Todos los trabajos de auditoría que realice el Departamento de Control Interno contarán con la supervisión de la dirección del mismo, esta función se definió en las

responsabilidades del DEA, en busca de supervisar el cumplimiento de los objetivos y la calidad de la labor de auditoría.

- 2410 – Criterios para la comunicación:

Las políticas internas del departamento y el estatuto establecen las medidas de comunicación necesarias para informar los resultados y las observaciones que se generan en la labor de auditoría.

- 2420 – Calidad de la comunicación:

Teniendo en cuenta la importancia de establecer comunicaciones precisas, objetivas, completas, constructivas y oportunas en la labor de auditoría, en el PAMC se estableció que los auditores internos deben efectuar una comunicación de este tipo con los auditados a lo largo del desarrollo de la labor de auditoría y concluir con la presentación de los resultados de la revisión.

- 2430 – Uso de “Realizado de conformidad con las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría”:

El cumplimiento del PAMC le permitirá al Departamento de Control Interno ejecutar su labor de acuerdo a las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría, sin embargo, este requerimiento no puede cumplirse, pues la calidad del trabajo del departamento no tiene una validación externa.

- 2431 – Declaración de incumplimiento de las Normas:

Las políticas internas de la labor de auditoría del Departamento de Control Interno incluyen la comunicación inmediata al Comité de Auditoría sobre los eventos en los cuales se incumpla la definición de auditoría interna, el Código de Ética y las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna. Adicionalmente,

se estableció que el comité deberá evaluar las acciones a seguir tras este incumplimiento.

- 2440 – Difusión de resultados:

El procedimiento de auditoría interna incluye la comunicación de los resultados del trabajo realizado, es así como los auditores internos difunden los resultados con los responsables de los procesos auditados, incluyendo conclusiones y recomendaciones.

Adicionalmente, se ha definido en las políticas de trabajo la comunicación al Comité de Auditoría de las acciones y situaciones que el DEA considere exponen a un riesgo inaceptable el funcionamiento de la organización.

La comunicación de información fuera de la organización está restringida por las políticas organizacionales de seguridad de información.

- 2500 – Seguimiento del proceso:

El seguimiento del trabajo de auditoría está definido en el estatuto y se ha establecido como una operación indispensable para que el procedimiento agregue valor en la organización, de esta manera se exige a los auditados mantener informados a los auditores de las acciones tomadas tras las recomendaciones y conclusiones realizadas. Los seguimientos son programados y permiten determinar si se han tomado las medidas necesarias ante los hallazgos de las auditorías realizadas.

- 2600 – Comunicación de la aceptación de riesgos:

Dentro de las responsabilidades que el DEA tiene se estableció que debe mantener informado al Comité de Auditoría Interna de aquellos riesgos que sean aceptados

pero que su materialización afecte directamente el funcionamiento de la organización.

Debido a que algunos requisitos de las Normas de Desempeño no son aplicables a la labor de auditoría del Departamento de Control Interno, se realiza un ajuste de los puntajes máximos de cumplimiento, eliminando aquellas prácticas específicas que no aplicarán, por lo cual el número de puntaje máximo disminuirá hasta el número que prácticas que sí deberán ser cumplidas.

De acuerdo con las acciones planeadas por el Departamento de Control Interno se concluyen los siguientes resultados:

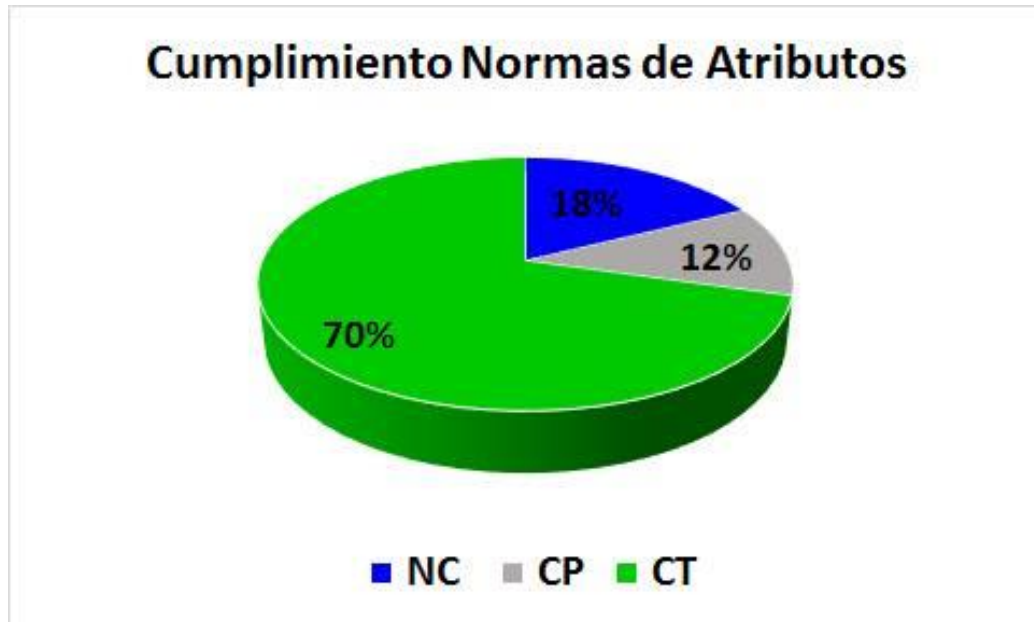
Los numerales 2000; 2020; 2030; 2040; 2050; 2060; 2070; 2110; 2200; 2201; 2210; 2220; 2230; 2240; 2300; 2310; 2330; 2340; 2400; 2410; 2420; 2421; 2431; 2440; 2450; 2500; 2600, serán cumplidos en su totalidad sin ninguna restricción.

Los numerales 2010; 2120; 2320; contienen requerimientos que no aplican al departamento, sin embargo, se cumplirán dichos numerales al eliminar las prácticas específicas que no aplican.

Los numerales 2100; 2130; y 2430 contienen prácticas específicas que no se podrán cumplir debido a que no pueden incluirse en el alcance del trabajo del Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB, adicionalmente, el numeral 2100 contiene una práctica específica que no aplica.

Dada la información anterior se procede a realizar un análisis de estos resultados con ayuda de un diagrama circular, la **figura 16** muestra el cumplimiento de las Normas de Atributos en la actualidad.

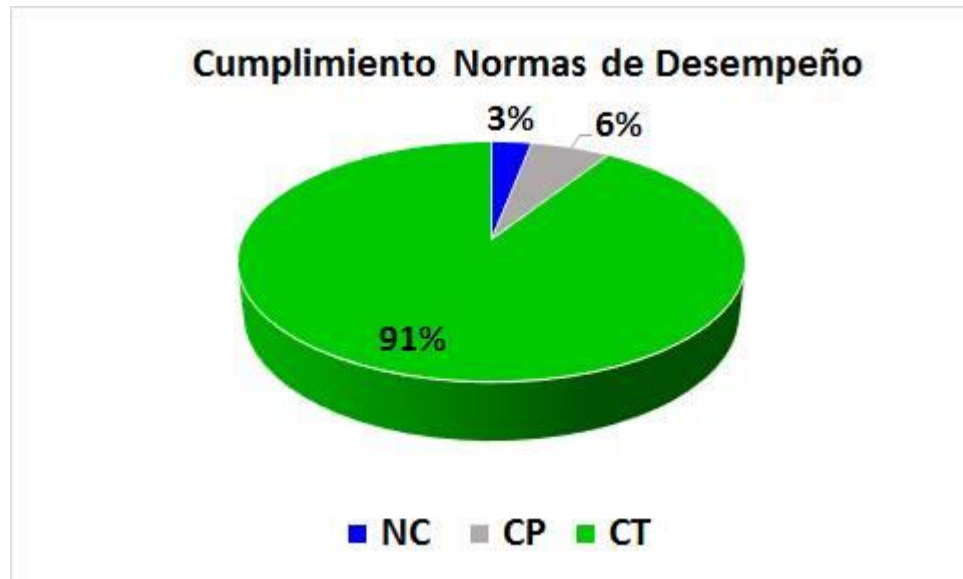
**Figura 16.** Cumplimiento Normas de Atributos



Con ayuda del diagrama circular, es posible concluir que el 70% de los numerales cumplen los requisitos de las Normas de Atributos, mientras que el 30% de los numerales no pueden ser cumplidos por restricciones de la organización y falta de compromiso de la Alta Dirección, sin embargo, estos numerales si aplican para el cumplimiento de la norma. Cabe resaltar que del 30% de los numerales que no se cumplen, el 12% corresponden a numerales que se cumplen parcialmente ya que actualmente no se pueden ejecutar algunas de sus prácticas específicas y el 18% no cumplen totalmente, pues su cumplimiento depende específicamente de decisiones y acciones de la alta dirección.

Respecto a la información encontrada en el diagnóstico y tras ejecutar las acciones necesarias para cumplir con esta norma, el porcentaje de cumplimiento aumentó del 24% al 70%, por lo que puede concluirse que actualmente el Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB tiene en cuenta los principios, requisitos y características básicas para desarrollar un trabajo adecuado. La **figura 17** muestra el cumplimiento de las Normas de Desempeño:

**Figura 17.** Cumplimiento Normas de Desempeño.



Con ayuda del diagrama circular, es posible concluir que el 91% de los numerales cumplen los requisitos de las Normas de Desempeño, mientras que el 9% de los numerales no pueden ser cumplidos por restricciones de la organización y falta de compromiso de la Alta Dirección, sin embargo, estos numerales si aplican para el cumplimiento de la norma. Cabe resaltar que del 9% de los numerales que no se cumplen, el 6% corresponden a numerales que se cumplen parcialmente ya que actualmente no se pueden ejecutar algunas de sus prácticas específicas y el 3% no cumplen totalmente, pues su cumplimiento depende específicamente de decisiones y acciones de la alta dirección.

Respecto a la información encontrada en el diagnóstico y tras ejecutar las acciones necesarias para cumplir con esta norma, el porcentaje de cumplimiento aumentó del 21% al 91%, por lo que puede concluirse que los servicios de auditoría interna ahora definen mejor los criterios de su naturaleza de trabajo y de calidad, evaluando su desempeño.

#### 9.4. INDICADORES DE GESTIÓN

La evaluación de gestión es un proceso mediante el cual los directivos de la organización pueden medir la oportunidad y consistencia de la planificación, la obtención de los recursos, la ejecución de los planes, programas y proyectos. Y establecer si se están desarrollando de manera eficiente, eficaz y efectiva, conforme a la misión y objetivos institucionales, con el propósito de adecuar y mejorar los resultados en forma permanente.<sup>49</sup>

Dicha evaluación se puede realizar con ayuda de la implementación de indicadores de gestión. Para efectos del proyecto se creó un manual de indicadores (**ANEXO N**) que tiene como objetivo verificar el impacto, la eficacia y eficiencia de la labor de auditoría, y de esta manera tener información de peso para analizar la situación del departamento y determinar las causas de los resultados generados en la aplicación de los indicadores. Cada indicador propuesto cuenta con un objetivo claro, preciso y cuantificable, pues lo que se busca es mostrar con datos específicos el estado y funcionamiento del departamento.

Inicialmente se tuvieron en cuenta aquellos aspectos que determinan el éxito de la labor de auditoría como son el cumplimiento del programa anual, el impacto de las sugerencias realizadas tras las auditorías, la respuesta a quejas, reclamos y sugerencias por parte del departamento, el cumplimiento en la entrega de informes de auditoría y el número de consultorías o auditorías extraordinarias que el departamento realiza, y se procedió a formular indicadores que permitieran medir dichos aspectos y de esta manera poder ejercer un control sobre ellos. Estos indicadores son claves para realizar una evaluación y verificar el cumplimiento de cada parte del procedimiento general de auditoría, determinando la calidad del trabajo y el valor agregado a la organización al cumplir con la definición de auditoría, las metas propuestas y los lineamientos de las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna. Así mismo, se definieron las metas, la

---

<sup>49</sup> Ibid., p.161

frecuencia de medición, el responsable de la recolección de la información necesaria para calcular los indicadores y las fuentes de la misma. Finalmente, los resultados de estos indicadores serán evaluados por el Comité de Auditoría Interna, el cual, según su responsabilidad deberá tomar las acciones necesarias en caso de no obtener los resultados esperados o fortalecer la labor de auditoría mediante oportunidades de mejora si se obtienen buenos resultados, y de esta manera demostrar el apoyo al buen funcionamiento del departamento e incentivar a los auditores para que continúen realizando un trabajo de calidad.

#### **9.4.1. Indicadores de eficacia**

Cuando se habla de eficacia, se busca establecer el cumplimiento de planes y programas de la entidad, previamente determinados, de modo tal que se pueda evaluar la oportunidad (cumplimiento de la meta en el plazo estipulado), al igual que la cantidad (volumen de bienes y servicios generados en el tiempo).<sup>50</sup>

Los indicadores de eficacia establecidos para realizar las evaluaciones en el Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB son:

- CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE AUDITORÍAS:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Actividades Realizadas}}{N^{\circ} \text{ de Actividades Planeadas dentro del Programa hasta la fecha}} * 100$$

Este indicador busca medir el desempeño del Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB en cuanto al cumplimiento del programa de auditoría. El indicador se puede aplicar al departamento para medir el desempeño general del mismo y, de igual manera se puede aplicar a los auditores internos con la información de las actividades realizadas por cada uno, para medir su desempeño y cumplimiento de la programación.

---

<sup>50</sup> Guía para la Construcción de Indicadores de Gestión. Indicadores de Eficacia. p.13. [En Línea]. Disponible en: <[http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrieve\\_publicaciones?no=1445](http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrieve_publicaciones?no=1445)>. [Citado el 27 de Marzo de 2016].

La información necesaria para aplicar el indicador se obtiene de la siguiente manera:

El número de actividades realizadas se toma al contabilizar el número de informes entregados por el auditor en el periodo que correspondan a las actividades planeadas y el número de actividades planeadas en el periodo se encontrará en la programación anual del departamento.

Con el análisis realizado a los resultados del indicador, es posible identificar los inconvenientes que se puedan estar generando en el departamento que no permiten que se cumpla con el programa de auditorías, y de esta manera determinar si son factores externos los que están influyendo en el desarrollo de actividades de la labor de auditoría o son retrasos causados directamente por el auditor.

Para analizar el indicador se ha establecido una meta del 90%, es decir, si el resultado de la operación matemática es menor al 90% quiere decir que se están presentando inconvenientes significativos para cumplir la programación, por lo cual será necesario tomar acciones que contribuyan a solucionar o eliminar dichos inconvenientes y contribuir a alcanzar la meta.

Este indicador se aplicará mensualmente y, anualmente se realizará una revisión o evaluación del mismo para determinar si continua siendo útil para la autoevaluación del departamento o si se requiere realizar algún ajuste.

- INFORMES DE AUDITORÍAS

$$\frac{N^{\circ} \text{ de informes entregados}}{N^{\circ} \text{ de auditorías realizadas}} * 100$$

Este indicador busca medir el cumplimiento del procedimiento de auditoría, ya que dicho proceso finaliza con la entrega del informe al auditado correspondiente.

La información necesaria para aplicar el indicador se obtiene de la siguiente manera:

El número de informes entregados se obtiene del registro que lleva cada auditor de los informes que ha avalado la dirección del departamento y que han sido entregados a los auditados y el número de auditorías realizadas se obtiene del reporte realizado por los auditores al jefe del departamento en el seguimiento que este último hace al trabajo ejecutado.

La meta establecida para este indicador es del 100%, ya que es de gran importancia concluir las auditorías presentando el informe de resultados y sugerencias a los auditados, para que estas sean acatadas y se realicen los respectivos planes de mejoramiento, de no presentar el informe correspondiente, el tiempo invertido en la ejecución de la auditoría se perderá, pues no se concluirán los resultados ni se realizarán las mejoras necesarias.

#### **9.4.2. Indicadores de eficiencia**

Los indicadores de eficiencia, se enfocan en el control de los recursos o las entradas del proceso, evalúan la relación entre los recursos y su grado de aprovechamiento por parte de los mismos.<sup>51</sup>

Los indicadores de eficiencia establecidos para realizar las evaluaciones en el Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB son:

- **APROVECHAMIENTO RECURSO TIEMPO**

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Revisiones}}{\text{Horas Gastadas}}$$

Este indicador busca medir el aprovechamiento del recurso tiempo en el desarrollo de auditorías que requieran varias revisiones.

La información necesaria para aplicar el indicador se obtiene de la siguiente manera:

---

<sup>51</sup> Ibid., p.15.

El número de revisiones se obtiene del registro realizado por los auditores en el informe de auditoría en el cual indican la muestra utilizada y, las horas gastadas se obtienen del registro realizado en la planeación de la auditoría.

El análisis de este indicador permite hacer comparaciones entre el aprovechamiento del tiempo entre el auditor de FOSCAL y el de FOSUNAB que estén encargados de realizar la misma auditoría, así mismo permite hacer comparaciones entre el mismo auditor realizando la misma auditoría en dos periodos diferentes. Si los resultados del indicador son muy diferentes, será necesario realizar un análisis de posibles causas y tomar acciones para no gastar más tiempo del necesario en la labor.

Este indicador se aplicará cada vez que sea adecuado, es decir, cada vez que se realicen auditorías que impliquen varias revisiones y existan los datos completos para realizar las comparaciones. Adicionalmente, anualmente se realizará una revisión o evaluación del indicador para determinar si continua siendo útil para la autoevaluación del departamento o si se requiere realizar algún ajuste.

#### **9.4.3. Indicadores de efectividad**

Este indicador correlaciona los dos anteriores y mide el impacto en el logro de los resultados, se mide por el grado de cumplimiento de los objetivos.<sup>52</sup>

Se relaciona con la medición del nivel de satisfacción del usuario, que aspira a recibir un producto o servicio en condiciones favorables de costo y oportunidad, y con el establecimiento de la cobertura del servicio prestado.<sup>53</sup>

Los indicadores de efectividad establecidos para realizar las evaluaciones en el Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB son:

- **QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS RESUELTAS:**

---

<sup>52</sup> Universidad Santo Tomas. Indicadores de gestión. Indicador de Efectividad. [En Línea]. Disponible en < [http://soda.ustadistancia.edu.co/enlinea/momento3%20blancarestreporenfasis%20I%20economia%20solidaria%20I/indicador\\_de\\_efectividad.html](http://soda.ustadistancia.edu.co/enlinea/momento3%20blancarestreporenfasis%20I%20economia%20solidaria%20I/indicador_de_efectividad.html) >. [Citado el 28 de Marzo de 2016].

<sup>53</sup> Guía para la Construcción de Indicadores de Gestión, Op cit., p.16.

$$\frac{N^{\circ} \text{ de quejas, reclamos y sugerencias resueltas}}{N^{\circ} \text{ de quejas, reclamos y sugerencias interpuestas}} * 100$$

Este indicador busca medir la capacidad de respuesta del Departamento de Control Interno a las quejas, reclamos o sugerencias realizadas por los auditados. Así mismo, el número de quejas, reclamos y sugerencias, y la respuesta y/o solución oportuna a las mismas permite hacer un análisis de la satisfacción de los auditados frente a la labor de auditoría interna desarrollada en la organización.

La información necesaria para aplicar el indicador se obtiene de la siguiente manera:

El número de quejas, reclamos y sugerencias resueltas se obtiene al contabilizar los correos electrónicos de las respuestas que la dirección del Departamento de Control Interno realice a las quejas, reclamos o sugerencias realizadas por los auditados y el número de quejas, reclamos o sugerencias interpuestas se obtiene al contabilizar los correos electrónicos que contengan dicha información.

Para analizar este indicador se estableció una meta del 90%, es decir, si al aplicar el indicador, el resultado es menor a la meta, significa que el departamento está siendo ineficiente para resolver las quejas, reclamos y/o sugerencias, por lo cual se genera un alto nivel de insatisfacción por parte de los auditados, lo cual afecta la aceptación del Departamento de Control Interno y su labor dentro de la organización.

Este indicador se aplicará trimestralmente y, anualmente se realizará una revisión o evaluación del mismo para determinar si continua siendo útil para la autoevaluación del departamento o si se requiere realizar algún ajuste.

- IMPACTO DE LAS SUGERENCIAS REALIZADAS

$$\frac{Sugerencias Acatadas}{Sugerencias Realizadas} * 100$$

Este indicador sirve para medir la capacidad de los procesos auditados para tener una cultura de control y mejora.

La información necesaria para aplicar el indicador se obtiene de la siguiente manera:

El número de sugerencias acatadas se establece al realizar el conteo del número de respuestas de los auditados con su respectivo plan de mejoramiento y el número de sugerencias realizadas se obtiene al realizar el conteo de informes entregados a los auditados.

Para analizar este indicador se estableció una meta del 70%, ya que se debe buscar la manera en que los auditados acaten las sugerencias realizadas por los auditores internos y realicen sus planes de mejoramiento.

Si al aplicar el indicador el resultado es menor al 70%, quiere decir que de alguna manera el trabajo realizado por el Departamento de Control Interno se está perdiendo, ya que no se están corrigiendo los errores o debilidades encontradas en las auditorías, por lo cual es necesario realizar un seguimiento a la gestión que están realizando los auditados con la información que se les entrega en los informes de auditoría y buscar los medios para lograr que realicen los planes de mejoramiento contribuyendo al proceso de mejora continua de la organización.

- AUDITORÍAS EXTRAORDINARIAS:

*Nº de Auditorías Extraordinarias Realizadas*

El objetivo de este indicador es cuantificar las auditorías extraordinarias que se pueden presentar en un periodo y de esta manera justificar incumplimientos de la programación.

Este indicador no tiene meta, ya que las auditorías extraordinarias dependen de las solicitudes realizadas por la dirección o por un área en específico, sin embargo, se busca que el valor resultante de la cuantificación de este indicador se mantenga en los diferentes periodos, con el fin de tener un promedio de las posibles auditorías extraordinarias y estimar un tiempo aproximado necesario para ejecutarlas y de esta

manera lograr establecer una mejor planeación y no incumplir con la programación por solicitud de muchas auditorías extraordinarias.

#### **9.4.4. Aplicación indicadores**

El día 6 de abril del presente año desde las 7:00 a.m hasta las 11:00 a.m se realizó en el Departamento de Control Interno de FOSCAL la reunión del grupo primario, la cual tenía como objetivo realizar la evaluación trimestral de desempeño de la labor de auditoría interna, en dicha reunión se contó con la asistencia de todo el personal del departamento tanto de FOSCAL como de FOSUNAB, y de las autoras de este proyecto. Dicha reunión sirvió para obtener la información necesaria para aplicar los indicadores propuestos para el departamento, los cuales permitirán evidenciar el desempeño de los auditores.

Teniendo en cuenta que toda la información corresponde a los resultados de los meses de Enero, Febrero y Marzo del presente año, a continuación se presentan los resultados obtenidos para cada auditor en FOSCAL:

- Profesional Martha Yamile Suárez:

En primer lugar se calculó el indicador de cumplimiento, para ello se tomó el número de las auditorías programadas que fueron siete (7) y las auditorías realizadas que fueron seis (6), por lo que se concluye que la auditora alcanzó el 85,7142% de cumplimiento. Es necesario mencionar que no cumplió con la meta del indicador del 90%, sin embargo se debe reconocer que la auditora realizó un servicio de consultoría con una duración de 10 días en el mes de marzo, por lo que la auditoría que estaba programada para el mes de marzo no alcanzó a terminarse en su totalidad hasta el día en que se realizó la reunión de grupo primario. Teniendo en cuenta la información anterior se puede concluir que el indicador de auditorías extraordinarias resulta ser de uno (1), por lo que se sugirió a la dirección del departamento llevar el historial de resultados de este indicador para tener en cuenta

este servicio dentro de la programación para el año 2017 y de ser necesario incluir la actividad al mapa de riesgos.

En cuanto al indicador de impacto de las sugerencias realizadas por la auditora, se debe mencionar que la auditoría de honorarios fue la única que generó un plan de mejoramiento, debido a que es un proceso más complejo para la organización, adicionalmente, la auditora mediante el seguimiento que realiza, encontró que dos áreas auditadas formularon acciones correctivas para las sugerencias realizadas en los informes. Se concluye que de las seis (6) auditorías realizadas tres (3) tuvieron en cuenta las sugerencias hechas por la auditora, por lo que el resultado del indicador es del 50%. Teniendo en cuenta que la meta es del 70%, tras realizar la reunión de grupo primario se deja como compromiso informar al Comité de Auditoría Interna sobre la ausencia de planes de mejoramiento o acciones correctivas frente a las sugerencias entregadas por parte de algunas áreas y de esta manera se proceda a generar acciones que lleven a cambiar dichos resultados.

Igualmente, se aplicó el indicador de informes teniendo como resultado un 100% alcanzando la meta establecida, por lo que se puede concluir que la auditora ejecutó adecuadamente el procedimiento para las siete (7) auditorías que realizó en el trimestre.

- Profesional Carlos René Murillo Mora:

Inicialmente se calculó el indicador de cumplimiento, para ello se tomó el número de las auditorías programadas que fueron once (11) y las auditorías realizadas que fueron nueve (9), por lo que se concluye que el auditor alcanzó el 81,8181% de cumplimiento. Es necesario mencionar que no cumplió con la meta del 90% del indicador, sin embargo, se debe reconocer que la auditoría realizada de copias de seguridad que tenía un alcance establecido para FOSCAL debió ampliarse a FOSUNAB, ya que el procedimiento actual involucra las dos organizaciones, por lo que interpretar y comprender el procedimiento fue más complejo de lo que se esperaba invirtiendo más tiempo del planeado, pues al realizar la programación no

se tenía conocimiento de la cobertura de la auditoría, debido a que era la primera vez que se realizaba, teniendo como consecuencia no realizar la auditoría de inventarios en el mes de marzo y no finalizar a tiempo la auditoría de mantenimiento. Respecto al indicador de auditorías extraordinarias el resultado fue de cero (0), debido a que no se le asignó al auditor un servicio de consultoría durante los primeros tres meses del presente año.

En cuanto al indicador de impacto de las sugerencias presentadas por el auditor, se concluye que tras revisar los seguimientos realizados a las nueve (9) auditorías ejecutadas, las nueve (9) tuvieron en cuenta las sugerencias hechas por el auditor, por lo que el resultado del indicador es del 100%. Teniendo en cuenta que la meta fue superada por el auditor, durante la reunión se examinan los factores que pudieron influir para que todas las áreas auditadas dieran respuesta a las sugerencias y se encontró que el auditor se reunía personalmente con los auditados para presentar los resultados y establecían plazos para presentar los respectivos planes de mejoramiento, por lo cual se tomó este como un ejemplo de buenas prácticas que los demás auditores deben empezar a aplicar.

El resultado del indicador de informes fue del 100% ya que el auditor presentó informe de todas las auditorías realizadas, es decir, cumplió con la totalidad del procedimiento.

Al analizar los resultados de la evaluación del auditor, se concluyó junto a la dirección del departamento que fue una buena decisión la contratación de un ingeniero industrial, propuesta hecha por las autoras del proyecto, pues para desarrollar su labor resultó ser más eficiente que los demás auditores, por implementar nuevas estrategias y aplicar técnicas que facilitan y complementan su trabajo, adicionalmente, cabe resaltar que por ser un funcionario nuevo en la organización, se apoyó en los documentos y manuales elaborados en el desarrollo del presente proyecto para establecer su metodología de trabajo, por lo cual se concluye que el trabajo realizado y la documentación que ha sido proporcionada a los auditores es de gran apoyo generando mejores resultados en la labor realizada.

- Profesional Claribel Romero Ramos:

En primer lugar se calculó el indicador de cumplimiento, para ello se tomó el número de auditorías programadas que fueron doce (12) y las auditorías realizadas que fueron ocho (8), obteniendo como resultado un 66,6667% de cumplimiento del programa establecido para la auditora. Al observar este resultado se evidencia que no se cumplió con la meta del indicador que es del 90%. Sin embargo, se presentó una justificación válida para el incumplimiento, ya que la auditora se incapacitó desde el día 24 de febrero hasta el 16 de marzo del presente año por cuestiones de salud, sin embargo, este hecho no justificó la no culminación del procedimiento en una auditoría, en la cual no se envió el respectivo informe de resultados. Al observar este resultado se tomó como acción inmediata ajustar la programación de la auditora, priorizando las auditorías que quedaron sin ejecutar y las que estaban programadas para los siguientes meses con el fin de programar las que generan mayor impacto para la organización sin alterar en gran medida la planeación original. Con el fin de no correr tanto las auditorías e intentar incluirlas todas nuevamente, al realizar los ajustes se tiene en cuenta que el tiempo de una auditoría está determinado en gran medida por su alcance, por lo cual se programan las auditorías y se les establece un alcance menor para ajustar los tiempos de la planeación.

Adicionalmente, tras observar que la auditora no culminó satisfactoriamente la auditoría, se sugirió a la dirección del departamento informar la situación al comité para que generen medidas que eviten la repetición de estos resultados, pues la planeación y ejecución de la auditoría se llevaron a cabo pero no se realizó el envío del informe de resultados, lo que hace que la auditoría no tenga validez por no cumplir debidamente el procedimiento, pues realizar el trabajo de campo y no presentar oportunamente los resultados a los auditados no genera valor a la actividad cuyo fin es detectar falencias o errores y así poder realizar acciones para corregirlos.

Respecto al indicador de auditorías extraordinarias el resultado fue de cero (0), debido a que no se le asignó al auditor un servicio de consultoría durante los primeros tres meses del presente año.

Debido a que la auditora no estuvo laborando por tres semanas, la dirección del departamento recibió los correos electrónicos con la respuesta de algunas áreas a las sugerencias realizadas en los informes de resultados entregados por la auditora antes de su incapacidad, contabilizando siete (7) respuestas a las ocho (8) auditorías realizadas, por lo que el indicador de impacto de sugerencias para la auditora es del 87,5%, sin embargo, el departamento tiene establecida una política interna que define que el tiempo máximo para dar respuesta a los informes de resultados por parte de los auditados es de 15 días, por lo cual el área de facturación aún tiene algunos días para enviar respuesta al informe presentado tras la realización de la auditoría de anulación de facturas, por lo cual, la jefe quedó pendiente de realizar su inclusión en caso de recibirla en el tiempo establecido y de esta manera recalcular el indicador pues esta auditoría hace parte del trimestre evaluado.

A continuación se presentan los resultados obtenidos para José Luis Prada Salazar en FOSUNAB:

Inicialmente, se calculó el indicador de cumplimiento, para ello se tomó el número de auditorías programadas, que en este caso fueron diecisiete (17) y las auditorías realizadas que fueron diez (10), observando que el auditor alcanzó el 58,8235% de cumplimiento del programa. Con el resultado del indicador se evidencia que el auditor no cumplió con la meta del 90%, sin embargo, esto se debió a que el auditor tiene como prioridad realizar las actividades para el cumplimiento del programa SIPLA, de los cuales realizó las diez (10) actividades programadas para ese tiempo, resaltando que estas actividades son nuevas y el auditor se está adaptando a la realización de las mismas. Este resultado dio peso a la solicitud realizada a la dirección de la organización de contratar una persona para el cargo de auxiliar

interno pues se tiene una cobertura de auditorías muy baja para FOSUNAB y se busca que la labor de auditoría en la organización no se debilite.

Respecto al indicador de auditorías extraordinarias el resultado fue de cero (0), debido a que no se le asignó al auditor un servicio de consultoría durante los primeros tres meses del presente año.

En cuanto al indicador de impacto de las sugerencias realizadas por el auditor, se resalta el hecho de que el auditor realiza una reunión para socializar el informe de resultados y los responsables del área auditada firman un acta de compromiso para acatar las sugerencias realizadas por el auditor, por lo que de las diez (10) auditorías realizadas, diez (10) tuvieron en cuenta las sugerencias hechas por el auditor, por lo que el resultado del indicador es del 100%. Teniendo en cuenta que la meta fue superada por el auditor, durante la reunión se determina que la realización de una reunión en la que se socialicen los resultados y se determinen las acciones a realizar con los auditados firmando un acta, genera mayor compromiso por parte de los mismos y se garantiza hasta cierto punto la ejecución de dichas acciones.

Finalmente, el indicador sobre quejas, reclamos y sugerencias resueltas no se pudo aplicar, pues la dirección del departamento no recibió ningún tipo de información respecto a la labor que realizaron los auditores, por lo que se asumió que no se presentaron inconvenientes en la ejecución de las auditorías y que los auditores desarrollaron su labor adecuadamente. Igualmente, el indicador de aprovechamiento del recurso tiempo no se pudo aplicar, ya que en el periodo evaluado no se realizaron auditorías con las características necesarias para calcular este indicador.

## **9.5. MANUALES ADMINISTRATIVOS**

En toda organización es importante contar con manuales administrativos, ya que estos constituyen una guía para los trabajadores al momento de desarrollar sus actividades. Teniendo en cuenta este argumento se elaboraron los manuales de

funciones, procedimientos e indicadores para el Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB.

El manual de funciones (**ANEXO O**) establece las funciones correspondientes a cada cargo del Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB. Dicho manual tiene como finalidad contribuir al alcance de los objetivos institucionales, sirviendo de guía a los empleados y personal en inducción del Departamento de Control Interno, orientándolos en la realización su trabajo generando un mayor cumplimiento de sus funciones de acuerdo con la misión de la Clínica. Igualmente servirá como mecanismo de información para toda la organización, ya que por medio de éste podrán conocer las funciones específicas del departamento y el alcance del mismo.

Tener conocimiento de esta información por parte del personal del departamento es fundamental, pues toman conciencia de la actividad que van a desarrollar y del alcance de su trabajo, así mismo conocen sus responsabilidades y tienen claridad del nivel jerárquico en que se encuentran dentro de la organización, dicha información está contenida en la identificación del cargo en el cual se definió el jefe inmediato de cada cargo y a quien se deben presentar los reportes del trabajo realizado. Adicionalmente, se estableció el objetivo principal de los diferentes cargos y los requisitos mínimos necesarios para que la persona pueda desempeñar adecuadamente su trabajo, entre los que se incluye, el nivel de educación, la formación en temas adicionales para desarrollar el cargo, habilidades, competencias y la experiencia necesaria adquirida al desempeñar el mismo cargo en otra organización o alguno directamente relacionado. Toda la información que se establece en el manual fue consultada y aprobada por el Departamento de Gestión Humana de la organización en conjunto con la Dirección del Departamento de Control Interno, teniendo en cuenta las responsabilidades ya establecidas para los funcionarios de auditoría interna y actualizando dicha información con las necesidades de cada cargo, estos requisitos se complementaron teniendo en

cuenta una revisión realizada a la estructura que otras organizaciones establecen para el Departamento de Auditoría Interna.

Por otro lado el manual de procedimientos (**ANEXO P**) tiene como finalidad servir de guía para el personal de control interno de FOSCAL y FOSUNAB en cuanto al desarrollo de sus actividades. Dicho documento contiene parámetros claros que ayudarán a los auditores a realizar la planeación, ejecución y conclusión de las auditorías sin olvidar los aspectos y puntos clave de las mismas. La estructura del manual está definida según los procedimientos que constituyen la labor de auditoría. En primera instancia en el manual se describe el procedimiento general de auditoría interna y se incluye su respectivo diagrama de flujo, el cual ha sido actualizado según la forma en que en realidad se estaba realizando el trabajo y se adecuó con un benchmarking de procedimientos de la actividad de auditoría de grandes empresas como la Caja Santandereana de Subsidio Familiar – Cajasan, la Empresa de Energía de Bogotá S.A. E.S.P., Prosegur y el Banco Interamericano de Desarrollo, así mismo se adecuó con la aplicación de los lineamientos de las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna.

La planeación, ejecución y elaboración del informe final de auditoría, son los procedimientos necesarios para realizar un trabajo de auditoría completo y adecuado, por esta razón dichos procedimientos se incluyeron en el manual y se realizó una descripción detallada de los mismos, relacionándolos con su respectivo diagrama de flujo, además, se incluyeron formatos guías para realizar la planeación y el informe de resultados, los cuales se elaboraron siguiendo las pautas establecidas en las normas, con el fin de estandarizar la ejecución de dichos procedimientos, haciendo más eficiente la labor de auditoría y así lograr disminuir las revisiones y seguimientos que debe realizar la jefe del departamento al trabajo de los auditores, sin embargo, cabe resaltar que es una guía de los procedimientos en general por lo cual, los auditores mantienen su independencia en el método empleado para desarrollar su trabajo. Así mismo, este documento servirá de instructivo al personal nuevo para que realicen con mayor seguridad las auditorías

y no se requiera la constante compañía de un auditor antiguo para poder realizar el trabajo.

Por otro lado, en aras de hacer más eficiente la labor de auditoría, se realizó un documento llamado Guía Práctica de Auditorías (**ANEXO Q**). El documento contiene información clave de cada proceso y ayudará a los auditores en la elaboración de la planeación, pues contiene “tips” que deben tener en cuenta para la ejecución de su trabajo.

La guía se creó por la imposibilidad de estandarizar el procedimiento de cada auditoría, ya que los auditores conservando su independencia son libres de ejecutar su trabajo con el método que consideren adecuado, sin embargo, deben seguir el procedimiento general de auditoría definido en el manual de procedimientos. Este documento se realizó revisando los procedimientos que se encuentran documentados en la plataforma institucional “Mundo Foscál”, teniendo en cuenta la programación realizada para el año 2016, se revisaron los procesos misionales, procesos estratégicos y procesos de apoyo incluidos en esta programación, así como sus respectivos formatos e instructivos, siendo ésta la información básica para la elaboración de la Guía Práctica de Auditorías, adicionalmente, se incluyeron tips usados en auditorías realizadas por otras empresas, y así brindar al auditor más opciones para ejecutar su labor.

La actualización de los manuales y la guía práctica está a cargo de la Jefe del Departamento de Control Interno de FOSCÁL y FOSUNAB y deberá contar con la aprobación del Comité de Auditoría.

## **9.6. SENSIBILIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN Y DEL EQUIPO DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL INTERNO**

En el diagnóstico realizado al inicio del proyecto se encontró que la actividad de auditoría interna en FOSCÁL y FOSUNAB no era aceptada del todo por el personal de la organización, así mismo, las diferentes áreas se resistían a acatar las

solicitudes hechas por los auditores, por lo cual el trabajo de auditoría se estaba perdiendo al no implementarse planes de mejoramiento.

Tras analizar las posibles causas que generaban esta situación, se identificó que en la organización no se tiene percepción de la importancia del Departamento de Control Interno y la actividad de auditoría interna desempeñada por el mismo, siendo esta la principal razón por la cual los auditados no le prestan atención a los informes de resultados de las auditorías.

Para cambiar dicha situación, era necesario sensibilizar inicialmente a la Dirección General de la organización, pues al concientizarse ésta de la importancia de la auditoría interna, se impulsarán más políticas internas que apoyen esta labor y así los auditados prestarán mayor atención a las sugerencias y realizarán los respectivos planes de mejoramiento.

Para realizar esta sensibilización, se llevó a cabo una reunión (**ANEXO R**) en la cual participó el Dr. Jorge Ricardo León Franco (Director General), la Dra. Carolina Galvis (Subdirectora general), Mireya Cecilia Franco Rueda (Jefe Control Interno), Silvia del Pilar Osorio Larrota (Practicante Ing. Industrial) y Nathalia Vargas Osma (Practicante Ing. Industrial). En dicha reunión se dio a conocer a los directivos el trabajo realizado en el Departamento de Control Interno, resaltando los resultados y las mejoras obtenidas, se presentó la diferente documentación que se elaboró para dar cumplimiento de la norma y estructurar el trabajo que debe realizar el departamento. Entre los documentos expuestos se encuentran: los manuales de funciones y procedimientos, la matriz de riesgos, la programación para el año 2016, el estatuto de auditoría interna, el programa de aseguramiento y mejora de la calidad, las políticas internas del departamento, el manual de indicadores y la guía práctica de auditorías; en la explicación de esta documentación se hizo énfasis en la importancia y el efecto que genera su implementación en la labor de auditoría.

De igual manera, se realizaron una serie de solicitudes entre las que se incluyen la realización de capacitaciones en temas como fraude, seguridad de la información y

herramientas informáticas, así mismo, se solicitó contratar auditores externos para realizar aquellas auditorías que requieren conocimientos técnicos que no poseen los auditores de la institución, o personal capacitado que apoye este tipo de auditorías. Igualmente, se resaltó la importancia de realizar evaluaciones externas para dar validez a la calidad del trabajo realizado por el Departamento de Control Interno.

Para realizar una mejor gestión de la labor de auditoría interna y proporcionar mayor apoyo a su trabajo, se aprovechó la reunión para crear el Comité de Auditoría Interna, el cual quedó conformado por el Director General, la Subdirectora General y la Jefe de Control Interno, se socializaron las funciones que tendrá dicho comité, las cuales se encuentran documentadas en el Estatuto de Auditoría Interna y se pactó realizar reuniones trimestrales para dar a conocer los resultados del Departamento de Control Interno en dicho periodo y hacer efectivas sus funciones.

Al finalizar la reunión el Director General intervino reconociendo el valor del trabajo realizado y expresó su compromiso de brindar apoyo al departamento y dar mayor peso a la labor de auditoría interna, realizando un seguimiento con ayuda del comité de auditoría y de esta manera tomar las medidas necesarias para que las demás áreas de la organización comprendan el impacto y la importancia que tiene el trabajo realizado por el Departamento de Control Interno y el efecto positivo que tiene acatar las sugerencias realizadas por el mismo, elaborando y ejecutando los planes de mejoramiento.

Posteriormente, se sensibilizó al personal del Departamento de Control Interno, ya que ellos al desempeñar la labor de auditoría, deben estar convencidos de la importancia y el impacto que tiene su trabajo en la organización. Al comprender los auditores dicha importancia pueden transmitirla a los auditados y hacer más efectiva la labor de auditoría interna. Por la magnitud de la organización es difícil sensibilizar a todo el personal en el tema, por lo cual se buscó sensibilizar personal clave involucrado en la actividad de auditoría, el cual pueda por medio de su labor

compartir el mensaje y lograr que las áreas que realizan los demás procesos perciban la importancia de la auditoría interna.

Para realizar esta sensibilización se realizaron reuniones con cada auditor (**ANEXO S**), en las cuales se enfatizó acerca de la importancia que tiene su trabajo para la organización explicando los beneficios que trae para la misma y las consecuencias negativas que se pueden generar por no realizar la labor de auditoría o por no desarrollarla con calidad. Así mismo, se proporcionaron ayudas o bases teóricas para realizar entrevistas, listas de verificación y para redactar los hallazgos de auditoría, siendo técnicas que sirven para realizar la planeación y ejecución de su trabajo, así como la elaboración de los informes de resultados.

Adicionalmente, en la reunión se socializó con los auditores el trabajo realizado y se dieron a conocer los cambios y mejoras que se implementaron con la aprobación de la dirección, igualmente se dio a conocer la documentación con la que cuenta el departamento y se explicó su contenido, pues en ellos se encuentran registradas sus funciones, responsabilidades, autoridad, políticas que deben cumplir y demás información que orientará su trabajo. Así mismo, se realizó una explicación general de las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna y cómo estas fortalecen la labor de auditoría. Para garantizar que los auditores tuvieran la información suministrada a la mano para consultarla cuando lo necesitaran, se les entregó un documento (**ANEXO T**) con un resumen de los temas tratados y al finalizar la reunión se hizo una retroalimentación en la cual los auditores expusieron su conformidad con la información proporcionada y dieron a conocer su punto de vista complementando la actividad con algunas sugerencias, las cuales se analizaron con la dirección y se adecuaron al trabajo.

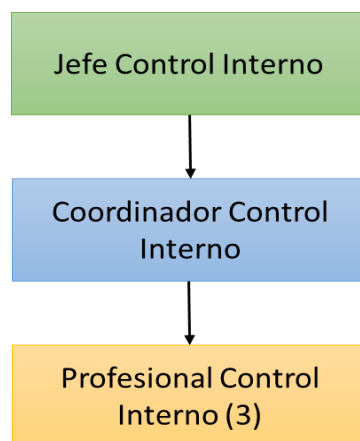
## 9.7. ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL INTERNO Y PERFIL DE CARGOS

### 9.7.1. Estructura del departamento de control interno

En busca de hacer más eficaz el trabajo del Departamento de Control Interno, es necesario hacer una propuesta para adecuar la estructura del departamento y que ésta sea más flexible y multidisciplinaria, teniendo en cuenta que el trabajo de control interno debe tener cobertura para todas las áreas administrativas de la organización, y se debe poder adaptar con facilidad a todos los cambios internos o externos que pueda afrontar la organización.

Debido a las problemáticas que tiene el departamento en cuanto a la cobertura de su trabajo y la restringida programación que asumen los auditores internos, se realiza la siguiente propuesta de estructura para el departamento en FOSCAL:

**Figura 18.** Estructura Departamento de Control Interno FOSCAL



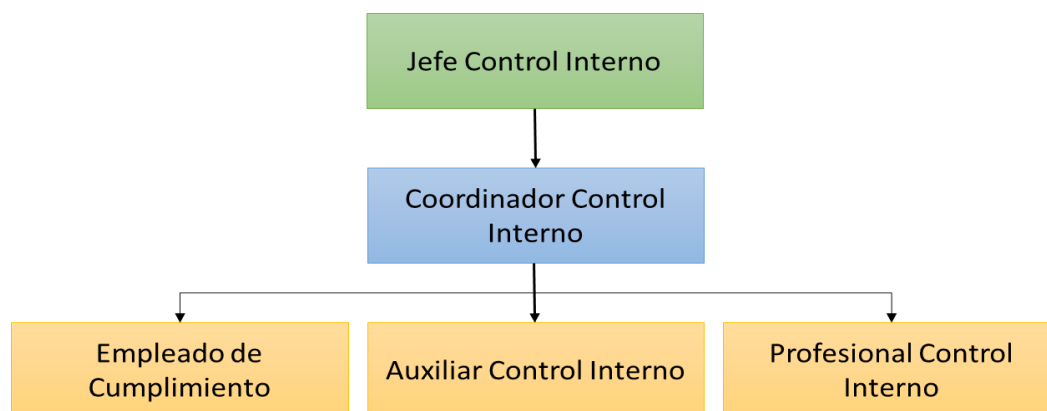
La anterior estructura se elaboró después de revisar la programación que la Jefe del Departamento de Control Interno debe cumplir, detectando en ella el exceso de actividades que debe realizar por tener la responsabilidad de cumplir con la dirección del Departamento de Control Interno en FOSCAL y FOSUNAB.

En la estructura se evidencia la inclusión de un Coordinador de Control Interno, el cual se encargaría de la subdirección del departamento, asumiendo la

responsabilidad de coordinar el equipo de trabajo y realizar seguimiento a la labor del mismo, con lo cual la Jefe del departamento no gastará tanto tiempo revisando y ajustando informes pues esta actividad pasará a manos del coordinador. Así mismo, el coordinador ejecutará algunas auditorías aumentando la cobertura del departamento. Para ese cargo se propone al Departamento de Gestión Humana y a la Dirección del Departamento de Control Interno que el perfil de la persona en FOSCAL sea de un Ingeniero Industrial, debido a que las auditorías que se deben realizar corresponden a diversos procesos administrativos y una persona con esta profesión tiene el conocimiento necesario para desempeñar de manera adecuada el cargo, adicionalmente la formación requerida abarcaría tener amplio conocimiento en informática básica, normatividad del sector salud y haber realizado cursos básicos de auditoría, así mismo, este auditor deberá contar con habilidades en comunicación, trabajo en equipo, ser buen observador, sensato, creativo y analítico, teniendo en cuenta que debe manejar en todo momento los dos principios de la auditoría que son la independencia basado en la criticidad que tenga y la objetividad para desarrollar su trabajo, igualmente debe ser eficiente y ágil en el desarrollo de su trabajo pues se esperan resultados rápidamente. Finalmente, deberá contar con experiencia mínima de 1 año en trabajos de auditoría, teniendo en cuenta que su responsabilidad en el departamento es mayor que la de los profesionales de control interno o auditores internos.

A continuación se presentará la estructura propuesta para el departamento en FOSUNAB:

**Figura 19.** Estructura Departamento de Control Interno FOSUNAB.



La formulación de una nueva estructura organizacional para FOSUNAB está justificada por la baja cobertura del programa de auditorías, pues en la actualidad el departamento debe asumir la responsabilidad de cumplir el proyecto SIPLA, que está a cargo del Empleado de Cumplimiento. Por esto, se incluye una persona con el cargo de Auxiliar en Control Interno, cuyo perfil ya se encuentra definido en el manual de funciones y ya se realizó la solicitud para realizar su contratación en el menor tiempo posible, ya que dentro de la programación se incluyó el trabajo de este auxiliar para que el Departamento de Control Interno en FOSUNAB alcance a realizar las auditorías más importantes según su calificación, lo cual no se podría realizar con el personal actual, pues el único auditor interno de FOSUNAB debe llevar a cabo el proyecto SIPLA. En general, el auxiliar será un apoyo para el empleado de cumplimiento y realizará determinadas auditorías. Para aumentar la cobertura de las auditorías y teniendo en cuenta el crecimiento de FOSUNAB se recomienda contratar igualmente un profesional de control interno adicional.

De la misma manera en que se sugiere contratar una persona y asignarle el cargo de Coordinador del Departamento de Control Interno en FOSCAL, se propone contratar una para FOSUNAB, teniendo el mismo perfil descrito anteriormente, pues su justificación está dada con las mismas razones, además, el crecimiento continuo de FOSUNAB y la proyección que se tiene del mismo da razones de peso para fortalecer la estructura del Departamento de Control Interno de esta organización.

### **9.7.2. Perfil de cargos**

Los perfiles de cada uno de los cargos se presentan en el manual de funciones **(ANEXO O)**, estos perfiles se establecieron en compañía de la dirección del departamento teniendo en cuenta las necesidades del mismo e igualmente, se realizó una revisión de los perfiles de auditores en otras organizaciones y las recomendaciones de expertos en el tema, presentadas en diferentes plataformas de entidades reconocidas como el Instituto de Auditores Internos de Colombia, Red de Conocimientos Especializada en Auditoría y Control Interno (Auditool) e investigaciones realizadas por diversas universidades.

## 10. CONCLUSIONES

El crecimiento acelerado que ha tenido FOSCAL a través de los últimos años ha generado mayor volumen de información, haciendo más complejo el desarrollo de sus procesos administrativos, por lo cual fue necesario implementar un plan de mejoramiento al sistema de control interno para fortalecer la labor de auditoría interna de acuerdo con los cambios que ha tenido la organización. Al culminar dicho trabajo se han generado las siguientes conclusiones:

- Las acciones realizadas y las propuestas de mejora generadas permitieron cumplir en mayor medida las normas de atributos, pasando del 24% de cumplimiento al 70%. Por este cumplimiento es posible concluir que el trabajo realizado actualmente en el Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB, tiene en cuenta los principios, requisitos y características básicas para desarrollar su trabajo según las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna.
- La implementación de las propuestas de mejora realizadas en este proyecto contribuyeron a lograr un aumento en el cumplimiento de las normas de desempeño del 21% al 91%, por lo que se concluye que los servicios de auditoría interna actualmente tienen definidos adecuadamente los criterios de su naturaleza de trabajo y calidad, permitiendo evaluar favorablemente el desempeño de la labor de auditoría en FOSCAL y FOSUNAB.
- El cumplimiento total de las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría no se alcanzó ya que algunos requisitos y prácticas específicas dependían de decisiones directas de la Alta Dirección y ésta actualmente no las realizará por considerar innecesario asumir los costos que implica su ejecución, justificando tener otras prioridades en la organización.

- La creación y el cumplimiento del estatuto de auditoría interna, los manuales administrativos, las políticas internas y el programa de aseguramiento y mejora de la calidad, validan que el Departamento de Control Interno realiza su trabajo con la independencia y objetividad requerida, evaluando y mejorando las operaciones de la organización.
- La elaboración de los manuales administrativos y la guía práctica de auditorías son un apoyo para los auditores internos y constituyen la base para realizar su trabajo, pues estandarizan hasta cierto punto la labor de auditoría permitiendo conservar a los auditores su independencia en la ejecución de las actividades.
- Al incluir todos los procesos administrativos de la organización al mapa de riesgos y al basar su estructura en los principios de la norma ISO 31000, se logró hacer un ajuste del mismo, fortaleciendo el proceso de gestión de riesgos del Departamento de Control Interno, estableciendo las pruebas de control adecuadas para llevar a cabo las auditorías.
- La estructura propuesta para el Departamento de Control Interno incluye un coordinador tanto para FOSCAL como para FOSUNAB, con el fin de fortalecer y hacer más oportuna la revisión del trabajo de los auditores, así mismo se propuso la contratación de un nuevo auditor en FOSUNAB para tener mayor cobertura de auditorías.
- La metodología utilizada para elaborar la programación para el año 2016, permitió identificar y planear las auditorías que generan mayor impacto para la organización, pues se basó en la gestión y priorización de riesgos administrativos.
- Al realizar la sensibilización de la importancia de la labor de auditoría en la organización, los auditores internos comprendieron el valor de su trabajo y se comprometieron a cumplir con los lineamientos establecidos para el funcionamiento

del departamento y aplicar las técnicas socializadas para facilitar la ejecución de las auditorías.

- La Alta Dirección de la organización ha reconocido la importancia de contar con un adecuado sistema de control interno, estableciendo su compromiso al integrar el Comité de Auditoría Interna, creado para respaldar y evaluar la labor de auditoría.
- La formulación y aplicación de los indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad propuestos, permitieron a la dirección del departamento evaluar el trabajo realizado por los auditores al cumplimiento del programa, la realización de servicios de consultoría, la ejecución adecuada del procedimiento de auditoría, el impacto de las sugerencias realizadas y la satisfacción del servicio recibido por parte de los auditados.

## 11.RECOMENDACIONES

- Para hacer más eficiente la labor de auditoría se propone a la Alta Dirección acelerar la ejecución del proyecto de gestión de riesgos a nivel organizacional.
- Solicitar a la Alta Dirección una evaluación externa que valide el funcionamiento adecuado del Departamento de Control Interno de FOSCAL y FOSUNAB.
- Solicitar al Comité de Auditoría Interna capacitaciones en fraude, manejo de auditorías, seguridad de la información y demás temas que el personal del departamento requiera para mejorar su trabajo.
- En el transcurso de la ejecución del proyecto la dirección del departamento manifestó inconformismo con el desempeño de un auditor, ya que este ha venido decayendo con el paso del tiempo, por lo cual se recomienda tomar las medidas necesarias para cambiar la situación, ya que el rendimiento general del departamento se está viendo afectado perjudicando la organización.

## BIBLIOGRAFÍA

ACOSTA CRUZ, Christian Adolfo. Implementación del método “RISICAR” para la administración de riesgos en una empresa pequeña de la ciudad de Bogotá. Tesis de grado (Maestría en Administración – MBA). Universidad EAFIT. Escuela de Administración.

Administración de Riesgos Corporativos. Técnicas de Aplicación PricewaterhouseCoopers, Colombia. 2005.

Casals & Associates Inc. PriceWaterhouse Coopers, USAID, Documento Mapas de Riesgos, octubre 2003.

Committee Of Sponsoring Organizations Of The Treadway Commission. Traducido por Samuel Alberto Mantilla. Control Interno. Estructura Conceptual Integrada. Editorial Ecoe Ediciones.

Conferencia Interamericana de Contabilidad. La evolución de la Auditoría Interna en el comienzo del siglo XXI. Uruguay 2015. [En línea]. Disponible en <<http://www.cpcecba.org.ar/media/img/paginas/La%20Evoluci%C3%B3n%20De%20La%20Auditor%C3%ADa%20Interna%20En%20El%20Comienzo%20Del%20Siglo%20XXI.pdf>> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

COSO. Resumen Ejecutivo. [En línea]. Disponible en <[http://www.coso.org/documents/coso\\_erm\\_executivesummaryspanish.pdf](http://www.coso.org/documents/coso_erm_executivesummaryspanish.pdf)> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Guía para la administración del riesgo. [En línea]. Disponible en <[http://portal.dafp.gov.co/portal/pls/portal/formularios.retrive\\_publicaciones?no=1592](http://portal.dafp.gov.co/portal/pls/portal/formularios.retrive_publicaciones?no=1592)> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

EAFIT. Notas de clase. Mapas de riesgos. [En línea]. Disponible en <<http://www.eafit.edu.co/escuelas/administracion/consultorio-contable/Documents/Nota%20de%20clase%2016%20Mapa%20de%20Riesgos.pdf>> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

Fundación Oftalmológica de Santander – FOSCAL. Empresa. Nuestra Historia. [En línea]. Disponible en <<http://www.foscal.com.co/institucion/empresa/nuestra-historia>> [Citado el 22 de Octubre de 2015].

Fundación Oftalmológica de Santander - FOSCAL. Institución. Empresa. Código de Buen Gobierno Corporativo. [En Línea]. Disponible en <<http://www.foscal.com.co/docs/CBGC-Julio-2015-V5.pdf>> [Citado el 1 de Marzo de 2016].

Guía para la Construcción de Indicadores de Gestión. Indicadores de Eficacia. [En Línea]. Disponible en: <[http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrieve\\_publicaciones?no=1445](http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrieve_publicaciones?no=1445)>. [Citado el 27 de Marzo de 2016].

Herramientas de control. Lista de chequeo. Definición. [En Línea]. Disponible en <[http://puntosdeencuentro.weebly.com/uploads/2/2/3/6/22361874/listas\\_de\\_chequeo.pdf](http://puntosdeencuentro.weebly.com/uploads/2/2/3/6/22361874/listas_de_chequeo.pdf)> [Citado el 2 de Marzo de 2016].

Instituto de Auditores Internos de Colombia. Recursos Técnicos. Guías Obligatorias. [En Línea]. Disponible en <<http://www.iiacolombia.com/resource/ippfNormas.pdf>> [Citado el 22 de Octubre de 2015].

Instituto de Auditores Internos de Colombia. Recursos Técnicos. Guías Obligatorias. Definición de Auditoría Interna. [En Línea]. Disponible en <<http://www.iiacolombia.com/rtguiaso.html>> [Citado el 23 de octubre de 2015].

Instituto de Auditores Internos de Colombia. Estableciendo un Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad del IIA (capítulo 2). Manual de evaluación de calidad para la actividad de auditoría interna. Bogotá, 2013.

Instituto de Auditores Internos del Perú. Auditoría Interna. [En línea]. Disponible en <[http://www.iaiperu.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=80:que-es-auditoria-interna&catid=49:preguntas-frecuentes&Itemid=40](http://www.iaiperu.org/index.php?option=com_content&view=article&id=80:que-es-auditoria-interna&catid=49:preguntas-frecuentes&Itemid=40)> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

JAIME GÓMEZ, Natalia. Diagnóstico del Departamento de Control Interno frente a la norma internacional para el ejercicio profesional de auditoría interna. Informe de práctica empresarial. Universidad Pontificia Bolivariana. Escuela de Ingeniería y Administración. Ingeniería Industrial.

Las siete herramientas de la calidad. Herramienta 4: Diagramas de Flujo. [En Línea]. Disponible en <<http://www.ingenieriaindustrialonline.com/herramientas-para-el-ingeniero-industrial/gesti%C3%B3n-y-control-de-calidad/las-siete-herramientas-de-la-calidad/>> [Citado el 7 de Marzo de 2016].

Listas de chequeo. Mancera. M. Seguridad y Salud en el trabajo LTDA. [En Línea]. Disponible en <<http://manceras.com.co/artchecklist.pdf>> [Citado el 2 de Marzo de 2016].

Manual de procedimientos. [En Línea]. Disponible en <<http://www.ingenieria.unam.mx/~guiaindustrial/disenio/info/6/1.htm>> [Citado el 26 de Marzo de 2016].

MONTES SALAZAR, Carlos Alberto, MONTILLA GALVIS, Omar de Jesús, MEJÍA SOTO, Eutimio. Control y evaluación de la gestión organizacional. Alfaomega Colombiana S.A., 2014.

Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000. Gestión del riesgo. Principios y Directrices. [En Línea]. Disponible en <<http://tienda.icontec.org/brief/NTC-ISO31000.pdf>> [Citado el 26 de Marzo de 2016].

Resumen desarrollo organizacional. Tema No 3 Organigrama. Simbología. [En Línea]. Disponible en < [http://resumendeorganizacinytodos.blogspot.com.co/2012\\_03\\_01\\_archive.html](http://resumendeorganizacinytodos.blogspot.com.co/2012_03_01_archive.html)> [Citado el 7 de Marzo de 2016].

Unicauca. Componentes del Control Interno. [En Línea]. Disponible en < <http://fccea.unicauca.edu.co/old/tgarf/tgarfse88.html>> [Consultado el 30 de Octubre del 2015].

Universidad ESAN. Presente y futuro de los Sistemas de Control de Gestión. [En línea]. Disponible en <<http://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2013/09/26/presente-futuro-sistemas-mas-control-gestion/>>. [Citado el 23 de Marzo de 2016].

Universidad Nacional de Colombia. [En línea]. Disponible en <<http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/2006838/html/cap02/cont07.html>> [Consultado el 30 de Octubre de 2015].

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El control interno en las empresas privadas. [En línea]. Disponible en <<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/quipukamayoc/2004/segundo/a08.pdf>> [Citado el 23 de octubre de 2015].

Universidad Santo Tomas. Indicadores de gestión. Indicador de Efectividad. [En Línea]. Disponible en < [http://soda.ustadistancia.edu.co/enlinea/momento3%20blancarestrepenfasis%20%20economia%20solidaria%20/indicador\\_de\\_efectividad.html](http://soda.ustadistancia.edu.co/enlinea/momento3%20blancarestrepenfasis%20%20economia%20solidaria%20/indicador_de_efectividad.html) >. [Citado el 28 de Marzo de 2016].

VARGAS QUIÑONES, Martha Elena y ALDANA DE VEGA, Luzángela. Calidad y Servicio. Conceptos y herramientas. Universidad de la Sabana. Segunda edición. Editorial Ecoe Ediciones.

Zona Franca Permanente Especial Fundación FOSUNAB. Quiénes somos. Historia. [En línea]. Disponible en <<http://www.fosunab.com/quienes-somos/historia>> [Citado el 22 de Octubre de 2015].