



## INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

<b>Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:</b>	<b>LUIS E. HERNÁNDEZ LEÓN</b> Asesor de Control Interno	<b>Periodo Evaluado:</b> 13 de marzo de 2013 a 12 julio de 2013
		<b>Fecha de elaboración:</b> 12 de julio de 2013

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, a continuación se presenta el informe sobre el Estado del Sistema de Control Interno del Fondo Financiero de Desarrollo de Proyectos de Desarrollo "FONADE", para lo cual se desarrolla cada uno de los subsistemas, componentes y algunos elementos del Modelo Estándar de Control Interno "MECI".

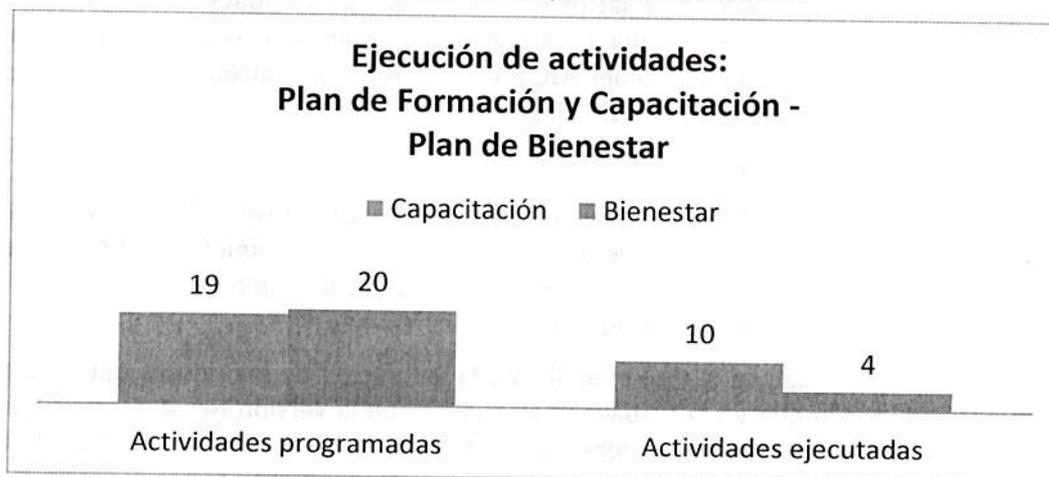
### Subsistema de Control Estratégico

#### Avance:

##### 1.1 Ambiente de control:

**Acuerdos, compromisos y protocolos éticos:** La Entidad cuenta con un Código de Ética aprobado desde la suscripción del Acuerdo No. 065 del 29 de junio de 2010. El documento ha sido socializado durante las actividades de inducción y re-inducción realizadas durante el primer semestre de 2013. En la actualidad, se están adelantando acciones para ajustar el código al marco normativo vigente.

**Desarrollo del Talento Humano:** Se adoptaron los planes de formación y capacitación, bienestar social del Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo.



**Estilo de dirección:** La Gerencia General evalúa la ejecución de los convenios de la Entidad realizando seguimiento periódico de metas relacionadas con la ejecución de proyectos, en complemento con el Plan Padrino y la Estrategia Arcoíris; para lo cual, efectúa sesiones de trabajo con el equipo de gerencia de proyectos, donde se

presentan los resultados de avance y posteriormente se informan a la Junta Directiva.

## **1.2 Direccionamiento estratégico**

**Planes y programas:** Se han determinado, en el Sistema de Gestión de la Entidad, criterios y métodos para lograr un mejor diseño de Planes y Programas. En ejecución de estos métodos, del 24 al 26 de enero 2013, como resultado de esta reunión se identificaron iniciativas de mejoramiento, dando como resultado la propuesta del plan estratégico 2013-2014, en donde se plantearon 13 proyectos; siendo aprobado por la Junta Directiva, según consta en el Acta 544 del 2013.

El área de Planeación y Gestión de Riesgos hace seguimiento a los proyectos definidos en el Plan Estratégico, a través de la revisión de soportes, evidencias y las mesas de trabajo con los líderes. A la fecha se han adelantado 3 seguimientos con cortes a marzo, abril y mayo de 2013, resultados que fueron presentados y analizados en la sesión del Comité de gerencia de junio de 2013. Así mismo, la Gerencia general ha adelantado sesiones para el seguimiento de metas de proyecto.

Por parte de la Auditoría interna se realizó la evaluación del plan estratégico y los 13 proyectos aprobados en el plan institucional, con corte a 30 de marzo de 2013.

**Modelo de operación por procesos:** FONADE cuenta con un modelo de operaciones por procesos el cual fue adoptado por la entidad el 18 de junio de 2009 y se encuentra en versión 7. Este modelo está publicado en el catálogo documental de la entidad. La documentación del SGC (caracterizaciones, procedimientos, instructivos y formatos) que soportan la operación de la entidad esta basada en el modelo de operación por procesos. Se realiza una actualización y revisión constante de los documentos, partiendo de las solicitudes de modificación de los responsables de ejecución de los mismos, cumpliendo con lo establecido en el procedimiento "Identificación y control de documentos".

**Estructura organizacional:** La estructura organizacional de la entidad se encuentra adoptada por la Resolución 243 de 2011 y modificada parcialmente mediante la Resolución 49 de 2012. Esta define las responsabilidades y autoridades para cada uno de los cargos, lo cual permite la toma de decisiones de acuerdo a las competencias de las áreas. Además, los documentos del SGC a través de su descripción determinan los responsables de ejecución de las actividades.

## **1.3 Administración de riesgos:**

FONADE cuenta con el Manual de Gestión de Riesgos Operativos, documento que describe en el ciclo de gestión de riesgo las etapas, establecimiento del contexto externo e interno, Identificación de riesgos, análisis y valoración de riesgos, y las políticas de administración de riesgo operativo.

En aplicación al manual, se realizó el análisis y la valoración de los riesgos operativos de la entidad, por lo que en la actualidad se cuenta con la versión No. 4 del Perfil de Riesgo Operativo – documento aprobado por el Comité de Riesgos de la Entidad-. Para la versión N° 5 se tiene dispuesto la actualización correspondiente según cronograma de trabajo 2013.

## Subsistema de Control de Gestión

### Avance:

#### 2.1 Actividades de control:

FONADE cuenta con políticas de operación que se incluyen en los manuales del Sistema de Gestión de Calidad y en los actos administrativos. Tiene además procedimientos asociados al modelo de operación por procesos, la elaboración de estos cumple con lo establecido en el procedimiento interno "Identificación y control de documentos".

Estos se actualizan de acuerdo a las solicitudes dirigidas al área de Organización y Métodos, donde la gestión de las solicitudes es controlada por medio de una base de datos, la cual se encuentra actualizada con corte a 30 de junio 2013.

En el Manual de Gestión de Riesgos Operativos se encuentran relacionada la metodología para la identificación de los controles. Durante las actualizaciones del perfil de riesgo de la entidad se revisa la efectividad de los controles implementados y se ajusta la calificación de acuerdo con los eventos materializados en la entidad. Así mismo, la Auditoría y Control Interno realizan observaciones sobre la calificación de la efectividad de los controles, los cuales son discutidos y aprobados por el Comité Integral de Riesgos.

La Entidad cuenta con indicadores de gestión por procesos definidos, los cuales tienen sus atributos especificados en el formato de "Hoja de vida del indicador". En lo que va corrido del año, se han realizado las mediciones del 93% de los indicadores de gestión por procesos definidos en el aplicativo de calidad.

Se cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad soportado a través de procesos, procedimientos y guías, que se encuentran documentados de acuerdo a las directrices definidas en el procedimiento "Identificación y control de documentos". Todos los procedimientos están publicados en el catálogo documental.

#### 2.2 Información:

Por medio de la Resolución No. 138 del 22 de noviembre de 2012, y el procedimiento de "Recepción, registro y solución de quejas, reclamos y sugerencias", la Entidad gestiona y da respuesta a las quejas, reclamos y sugerencias de la ciudadanía y otras partes intervinientes. Se ha establecido el "Manual de documentos y control de registros", en el cual se establecen las directrices para mantener la organización física y digital de los documentos.

Durante todo el ciclo de vida de los documentos, éstos se conservan de acuerdo a lo establecido en la versión 4 de las Tablas de retención documental, aprobadas el 15 de diciembre de 2010 por el Comité de Archivo, según Acta No 2 de la misma fecha.

Para la implementación del "Manual de Gestión y Control de Registros", la Entidad cuenta con el programa de gestión documental ORFEO en el cual se cumple con los 7 componentes: Recepción, distribución, producción, organización, trámite, consulta, disposición final. Adicionalmente, se lleva una estadística mensual de la Gestión Documental, como se puede evidenciar en el Informe del mes de Mayo de 2013.

A la fecha se está adelantando el proceso de actualización de las T.R.D de la Entidad. Con base en los informes presentados, se tomó la decisión de digitalizar folios y planos pendientes para lo cual se abrieron los procesos OPC-076 y OPC-080 de 2013, adicionalmente, se vio la necesidad de contratar personal adicional dado el alto volumen de documentos a digitalizar.

### **2.3 Comunicación pública:**

A partir del 2 de julio de 2013, se cuenta con la versión 4 del "Manual de Comunicaciones", documento con el que se ajustan los lineamientos al respecto de la gestión de las comunicaciones en la Entidad.

### **Dificultades:**

- Durante 2013 disminuyó el porcentaje de respuestas atendidas dentro del término, dado al volumen de requerimientos. El 11 de junio se fortaleció el Centro de Atención al Ciudadano, donde se consolidaron los procesos de correspondencia, legalización de contratos y revisión de desembolsos para radicación.

## **Subsistema de Control de Evaluación**

### **Avance:**

#### **3.1 Autoevaluación:**

Los procedimientos tienen identificados puntos de control en las actividades donde este aplique.

La entidad cuenta con indicadores de gestión por procesos, los cuales tienen sus atributos especificados en el formato de "Hoja de vida del indicador". En 2013 se han realizado las mediciones del 93% los indicadores definidos en el aplicativo de calidad.

#### **3.2 Evaluación independiente:**

El Plan Anual de Auditoría 2013, en su versión 3.0, fue aprobado el lunes 8 de julio del presente, por el Comité de Auditoría y Coordinación del Sistema de Control Interno de la Entidad. En esta versión, se destaca la inclusión del Título "Auditorías Extraordinarias", para hacer referencia a los informes que no están contemplados dentro del plan y sean solicitados por las áreas.

Conforme a lo establecido en el Plan Anual de Auditoría, se han finalizado cuatro auditorías y otras cuatro se encuentran en la etapa de elaboración del informe preliminar, para un total de ocho auditorías ejecutadas.

Por otra parte, en desarrollo de las actividades de seguimiento contenidas en el plan; durante el mes de abril se verificó la implementación de las acciones establecidas como resultado de las auditorías realizadas a las áreas. Adicionalmente, con el propósito de realizar un trabajo integral, también se verificó el grado de cumplimiento de: Planes de tratamiento a riesgos, Acuerdos de gestión y los planes de acción resultado de las auditorías al Sistema de Gestión de Calidad.

### 3.3 Planes de mejoramiento:

**Planes de mejoramiento Institucional:** La entidad realiza seguimiento trimestral del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República, el cual es reportado en el Comité de Auditoría y Coordinación de Control Interno. En Marzo 6 de 2013, se presentó con corte a 31 diciembre de 2012 y el 30 abril de 2013, se presentó la evaluación con corte a 30 de marzo de 2013.

**Planes de mejoramiento Procesos:** Se tienen definidos planes de mejoramiento por proceso cuyas fuentes utilizadas son: auditoría interna, auditoría externa y los indicadores de desempeño por procesos. Los planes de acción se definen con los responsables de los procesos, los cuales son sujetos de seguimiento a través de la auditoría interna de calidad.

**Planes de mejoramiento Individuales:** Luego de analizar los resultados de los acuerdos de gestión suscritos entre los subgerentes y la Gerente General de FONADE, se evidenció que no ha sido necesario elaborar planes de mejoramiento individual pues estos han sido cumplidos en un 100% para cada parámetro de evaluación.

#### Dificultades:

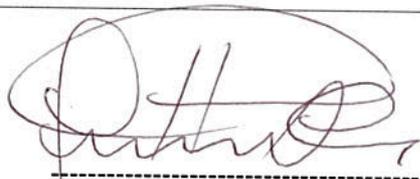
- A partir de los resultados de la auditoría interna, se han generado acciones correctivas, que están relacionadas con la medición y seguimiento de los procesos. De estas acciones, se han definido planes de acción, los cuales se encuentran en proceso de ejecución.

#### Estado General del Sistema

El Sistema de Control Interno del Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo – FONADE, se considera adecuado, continua presentando un desarrollo óptimo, con una estructura organizacional flexible, generando actividades que aseguran su sostenimiento a largo plazo.

#### Recomendaciones

Resultado del seguimiento a la implementación del MECI, se recomienda fortalecer el autocontrol en las distintas áreas, con el propósito de asegurar el cumplimiento de los planes de acción resultado de las auditorías internas.



**LUIS E. HERNANDEZ LEON**  
Asesor de control Interno  
Revisó y Aprobó

Elaboró: MJPQ, JERM.

