



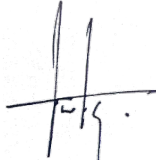



Elaboró	Revisó	Aprobó
 <b>ÁNGELO MAURIZIO DÍAZ RODRÍGUEZ</b> Profesional Especializado Oficina de Auditoría Interna	 <b>GIOVANNA CONSUELO PARDO BERNAL</b> Líder SIG  <b>LINA MARÍA JIMÉNEZ SÁNCHEZ</b> Coordinadora Administrativa y Presupuestal  <b>WILFREDO ANTONIO GÓMEZ CARRANZA</b> Coordinador de Oficina de Auditoría Interna	 <b>GERMAN MUTIS OBANDO</b> Subdirector Financiero y Administrativo


**Control de Actualizaciones**

Actualización a la versión No.	Actualización realizada	Fecha de emisión
0	Creación del Manual	Abril 14-2026

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

## CONTENIDO

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>ALCANCE</b> .....	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>MARCO NORMATIVO O DE REFERENCIA</b> .....	<b>4</b>
<b>5</b>	<b>DEFINICIONES Y CONCEPTOS CLAVE</b> .....	<b>5</b>
<b>6</b>	<b>DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA</b> .....	<b>6</b>
6.1	Definición del Universo de Auditoría y Priorización de actividades. ....	6
6.2	Definición y aprobación del Plan Anual de Auditoría –PAA. ....	9
6.3	Comunicar el Plan Anual de Auditoría.....	12
6.4	Planeación de cada auditoría (Etapa de Planeación) .....	13
6.5	Ejecución de la auditoría. (Etapa de Ejecución) .....	16
6.6	Informe de Auditoría (Etapa de Comunicación de Resultados) .....	22
6.7	Informe Final. ....	24
6.8	Finalización de la Auditoría .....	25
6.9	Seguimiento Planes de Mejora (Etapa de Seguimiento al Progreso).....	25
6.10	Evaluación del Desempeño de la Actividad de Auditoría Interna.....	29
6.11	Otros Informes y Reportes .....	31
6.12	Recursos .....	32
<b>7</b>	<b>RESPONSABILIDADES</b> .....	<b>32</b>
7.1	Audidores internos.....	32
7.2	Coordinación de la Oficina de Auditoría Interna .....	33
7.3	Comité de Auditoría Interna .....	33
<b>8</b>	<b>CRITERIOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN</b> .....	<b>34</b>
<b>9</b>	<b>RELACIÓN CON OTROS DOCUMENTOS DEL SIG</b> .....	<b>34</b>

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

## 1 INTRODUCCIÓN

La actividad de Auditoría Interna del **FENOGÉ** fundamenta su ejercicio en la calidad y la mejora continua, acogiendo integralmente las "**Normas Globales de Auditoría Interna del IIA (versión 2024)**" y la "**Guía de Auditoría Interna basada en riesgos emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)**" y el documento guía que se adapte para el FENOGÉ.

Bajo este marco, la "**Norma 9.3**" establece que: "*El Director de Auditoría Interna debe establecer metodologías para guiar a la Función de Auditoría Interna de manera sistemática y disciplinada con el objeto de implementar su Estrategia, desarrollar su Plan de Auditoría Interna y cumplir las Normas*". En cumplimiento de este mandato, el Fondo crea el presente **Manual de Auditoría Interna**, instrumento donde se formalizan las políticas y procedimientos que enmarcan el actuar de los auditores internos en sus funciones de aseguramiento y asesoría.

Asimismo, de acuerdo con el **Decreto 1083 de 2015**, modificado por el **Decreto 648 de 2017**, la labor de auditoría en el FENOGÉ se desarrolla a través de los roles de: "**liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control**". La integración de estos mandatos legales con las normas técnicas internacionales permite que la Auditoría Interna sea un motor de transparencia en la gestión de los recursos destinados a la transición energética.


## 2 OBJETIVO

Establecer y estandarizar las metodologías, directrices y criterios técnicos que rigen la **Función de Auditoría Interna en el FENOGÉ**, armonizando las "**Normas Globales de Auditoría Interna**" con el marco legal vigente, para proporcionar una evaluación independiente y objetiva que agregue valor a los procesos, gestión de riesgos y control de la organización.

## 3 ALCANCE

El presente Manual es de **aplicación** para todo el personal del FENOGÉ que realice actividades de auditoría o evaluación de tercera línea de defensa. Su cumplimiento abarca la totalidad de las fases del ciclo de auditoría:


- ✓ **Planeación:** Basada en la priorización de riesgos institucionales.
- ✓ **Ejecución:** Desarrollo de auditorías de desempeño, financieras, de cumplimiento y de gestión.
- ✓ **Comunicación de resultados:** Emisión de informes y procesos de contradicción.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

- ✓ **Seguimiento:** Verificación de la eficacia de los planes de mejoramiento.
- ✓ **Relacionamiento:** Aplicación del rol de "relación con entes externos de control" y apoyo a la Alta Dirección


#### 4 MARCO NORMATIVO O DE REFERENCIA

- ✓ **Constitución Política de Colombia:** Artículos 209 (principios de la función administrativa) y 269 (obligación de diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control interno).
- ✓ **Ley 87 de 1993:** "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado".
- ✓ **Ley 1712 de 2014:** "Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional".
- ✓ **Decreto 648 de 2017:** Que modifica el Decreto 1083 en lo relativo a los roles de las Unidades de Control Interno y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.
- ✓ **Decreto 1499 de 2017:** Que integra el Sistema de Gestión con el Sistema de Control Interno y actualiza el **Modelo Estándar de Control Interno (MECI)** a través de **MIPG**.
- ✓ **Decreto 403 de 2020:** Dicta normas para el correcto ejercicio del control fiscal y las relaciones con la Contraloría General de la República.
- ✓ **"Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)":** Dimensión de Control Interno.
- ✓ **"Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas":** Emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).
- ✓ **"Guía para el Seguimiento a los Riesgos de Gestión y de Corrupción"** (DAFP).
- ✓ **"Normas Globales de Auditoría Interna del IIA" (Versión 2024):** Marco de referencia obligatorio para la práctica profesional.
- ✓ **"Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna (MIPP)".**
- ✓ **"Marco Integrado de Control Interno COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission)":** Referente para la estructura de control.
- ✓ **Manual Operativo FENOGÉ.**
- ✓ **Manual de Contratación del FENOGÉ:** Para auditorías de cumplimiento sobre la ejecución de recursos.
- ✓ **Código de Integridad y Buen Gobierno del FENOGÉ.**
- ✓ Circulares y lineamientos de la Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la Republica.
- ✓ Lineamientos del Comité Directivo del FENOGÉ.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

## 5 DEFINICIONES Y CONCEPTOS CLAVE

- ✓ **Auditoría Interna:** Es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y asesoría 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 gobierno, gestión de riesgos y control.
- ✓ **Aseguramiento:** Examen objetivo de evidencias con el propósito de proporcionar una evaluación independiente de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.
- ✓ **Servicios de Asesoría:** Actividades de consultoría y servicios relacionados, cuya naturaleza y alcance son acordados con el cliente, destinados a añadir valor y mejorar los procesos de una organización sin que el auditor interno asuma responsabilidades de gestión.
- ✓ **Independencia:** Es la capacidad de actuar sin interferencias ni parcialidad, garantizando juicios imparciales para evaluar la gestión, riesgos y controles de la entidad. Esto se asegura reportando funcionalmente a la alta dirección o al comité de auditoría, separando la evaluación de la ejecución operativa.
- ✓ **Objetividad:** Actitud mental imparcial que permite a los auditores internos realizar sus tareas de tal manera que confíen en el producto de su trabajo y que no se comprometa su calidad.
- ✓ **Control Interno:** Sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad.
- ✓ **Evaluación Independiente:** Actividad liderada por la Oficina de Auditoría Interna para verificar la efectividad de los controles institucionales mediante un enfoque basado en riesgos.
- ✓ **Roles de la Oficina de Auditoría Interna:** De acuerdo con el Decreto 648 de 2017, son: **liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control.**
- ✓ **Líneas de Defensa:** Adaptación del modelo que distribuye las responsabilidades de gestión y control dentro del Fondo para garantizar que los riesgos de la transición energética sean mitigados en diferentes niveles.
- ✓ **Auditado:** Proceso, área o líder de equipo dentro del FENOGGE que es objeto de la actividad de auditoría.
- ✓ **Equipo auditor:** es un grupo de profesionales capacitados y especializados que, bajo la supervisión de un líder, evalúa el sistema de control interno del FENOGGE. Para cada auditoría, el equipo auditor es escogido de acuerdo con su perfil y experiencia. Su función principal es determinar si los componentes de control interno están presentes y funcionando, gestionando riesgos y asegurando la eficacia operativa.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

- ✓ **Evidencia de Auditoría:** Registro, declaración de hecho o cualquier otra información que sea pertinente para los criterios de auditoría y que sea verificable.
- ✓ **Observación:** Diferencia encontrada entre lo que es (situación encontrada) y lo que debe ser (criterio o norma). Se compone de: **Condición, Criterio, Causa y Efecto.**
- ✓ **Mapa de Riesgos Institucional:** Herramienta que identifica los eventos que podrían afectar el cumplimiento de la misión del FENOGÉ, sirviendo como insumo principal para el Plan Anual de Auditoría.
- ✓ **Plan de Mejoramiento:** Conjunto de acciones correctivas o preventivas que el auditado se compromete a implementar para subsanar las observaciones identificadas.

## 6 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

La propuesta metodológica para ejecutar el proceso de auditoría interna basada en riesgos del FENOGÉ se establece partiendo de la planeación estratégica del FENOGÉ para, posteriormente, realizar la planeación de cada auditoría sobre la base de análisis de riesgos relevantes, la ejecución, la comunicación de resultados (informe de auditoría) y el seguimiento a las acciones de mejora.


### 6.1 Definición del Universo de Auditoría y Priorización de actividades.

El universo de auditoría del FENOGÉ está compuesto de manera general por todos los procesos que componen su Sistema Integrado de Gestión SIG, por la planeación Estratégica, el Plan de Acción de cada vigencia, los lineamientos internos y por todos los planes, programas y proyectos que se integren a través del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG-; así mismo, hará parte del universo de auditoría la normativa aplicable a las actividades propias de cada una de las áreas y procesos del FENOGÉ.

Es importante tener en cuenta que la definición del Universo de Auditoría no implica que la Oficina de Auditoría Interna deba hacer una evaluación de todo lo que allí se incluye, sino que, de acuerdo con la Guía de Auditoría basada en riesgos y lo establecido en las Normas Globales de Auditoría, se deberán evaluar aquellos aspectos más críticos para el FENOGÉ a través de una priorización basada en riesgos, tal y como se explicará en el siguiente título de este manual.

El definir el Universo, debe contemplar en primera instancia, un análisis integral del contexto estratégico de la organización desde los siguientes componentes:

1. **Planeación Estratégica del FENOGÉ:** es necesario entender el propósito fundamental del FENOGÉ y la forma en la que se materializa en términos de gestión; así mismo, se deberá tener en cuenta la forma en la que se incluyen las metas, programas y proyectos que hacen parte de los planes de acción. En este sentido, se debe tener en cuenta que la labor de los auditores internos


	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

debe estar encaminada a que el resultado de su trabajo sirva como soporte para la toma de decisiones estratégicas de la organización y genere valor en la misma, y por ello, la función de la auditoría interna debe estar alineada con esta plataforma estratégica.

2. **Gestión de riesgos:** en esta actividad se deberá tener en cuenta la política de administración del riesgo del FENOGUE, los mapas de riesgo institucional y por procesos, y los demás mapas de riesgo que hagan parte del FENOGUE (programas, planes, proyectos, políticas públicas etc.) en el caso en que existan; así mismo, se tendrá en cuenta el resultado del seguimiento a los riesgos del FENOGUE (Gestión, Seguridad de la Información, Integridad Pública y Fiscales) y el seguimiento que debe ejecutar la segunda línea. Los riesgos de los procesos contractuales podrán ser objeto del seguimiento y evaluación de la Oficina de Auditoría Interna, de acuerdo con el criterio profesional de los auditores.
3. **Sistema Integrado de Gestión SIG del FENOGUE:** los lineamientos y políticas que hacen parte del SIG y que se encuentren vigentes, deben ser incluidos dentro de los temas del universo, ya que su aplicación y puesta en marcha se verá reflejada en la gestión para el resultado del FENOGUE.
4. **Sistema de Control Interno SCI:** teniendo en cuenta que la exposición de motivos de la Ley 87 de 1993, expresa que:

*"Entre los principios rectores que deben regir la administración pública y que fueron estudiados por la Comisión Quinta de la Asamblea Nacional Constituyente se propuso la eliminación del control previo por parte de la Contraloría General de la República y a su cambio, establecer un Control Interno ejercido por las mismas entidades.*

*Los controles previo y perceptivo que venía ejerciendo la Contraloría General se trasladan en buena medida a la Administración, que asume la responsabilidad sobre el manejo diario de sus propios recursos, la custodia de activos y valores y el registro y reporte financiero y contable de sus actuaciones. (...) el proyecto de ley no se limita únicamente a establecer mecanismos de control contable, sino a señalar que dentro de cada institución se establezcan los medios idóneos necesarios para lograr los fines que la Constitución o las leyes le han asignado a las diferentes entidades de la administración pública a nivel nacional, departamental o municipal y lograr "los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de sus funciones", de acuerdo con lo contenido en el artículo 209 de la Constitución Política",*

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

Es decir, todos los elementos de este sistema, que promueve de manera razonable el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales deben ser parte del Universo, incluyendo las iniciativas de los procesos misionales.

El Sistema de Control Interno se encuentra en constante evolución, toda vez que el Gobierno Nacional reconoce que no es una materia estática, sino un pilar estratégico de la Administración Pública a nivel global. En este contexto, y dada la naturaleza jurídica del FENOGÉ como un patrimonio autónomo, el marco normativo aplicable se ajusta de manera específica a su régimen legal y operativo, garantizando que el control se ejerza en estricto cumplimiento de las normas que rigen su creación y funcionamiento.

Una vez definido el universo de auditoría con sus unidades auditables, se deberán priorizar aquellas actividades que, por su importancia, exposición al riesgo y aporte al cumplimiento de las metas estratégicas del FENOGÉ, deban ser auditadas durante la vigencia.

El enfoque general que se le dará a la priorización estará basado en riesgos (Gestión, Seguridad de la Información, Integridad Pública y Fiscales), que básicamente puede desarrollarse de dos vías, que son complementarias; la primera, es el análisis de los riesgos definidos por la administración ya sean éstos institucionales o por procesos, y la segunda, surge de los riesgos identificados los cuales no necesariamente deberán corresponder con los riesgos identificados por el FENOGÉ o líderes de proceso.

Además de los procesos y demás unidades auditables que resulten del proceso de priorización, deberán tenerse en cuenta e incluirse aquellas que sean obligatorias de acuerdo con el marco legal vigente, aquellas solicitadas por la alta dirección y las que frente al juicio profesional de los auditores así se requieran.


Para efectos de realizar un proceso objetivo de priorización, se tomará como base la matriz de análisis del Universo de Auditoría basada en Riesgos propuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública, la cual ha sido adaptada para el FENOGÉ y que podrá contener además de lo propuesto por el DAFP, los criterios adicionales que considere necesarios la Coordinación de la Oficina de Auditoría Interna de acuerdo con las buenas prácticas y su experiencia profesional.

También se tendrá en cuenta lo establecido en las Normas Globales de Auditoría frente a la Norma 9.1 **Comprender los procesos de gobierno, gestión de riesgos y control,**

*“Para el desarrollo de una Estrategia y un Plan de Auditoría Interna eficaces, el Director de Auditoría Interna debe comprender los procesos de gobierno, gestión de riesgos y control.*

*Con el fin de comprender los procesos de gobierno, el Director de Auditoría Interna debe considerar cómo la organización:*

- *Establece los objetivos estratégicos y toma decisiones estratégicas y operativas.*

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

- *Supervisa la gestión de riesgos y el control.*
  - *Promueve una cultura ética.*
  - *Asegura la eficaz gestión del desempeño y rendición de cuentas.*
  - *Estructura sus funciones de gestión y operaciones*
  - *Comunica la información de riesgos y control en toda la organización.*
  - *Coordina las actividades y comunicaciones entre el Consejo, los proveedores internos y externos de servicios de aseguramiento, y las gerencias (management).*
- ✓ *Para comprender los procesos de gestión de riesgos y de control, el Director de Auditoría Interna debe considerar la forma en la que la organización identifica y evalúa los riesgos significativos y selecciona los procesos de control apropiados. Esto incluye la comprensión de cómo identifica y gestiona las siguientes áreas clave de riesgos:*
- *Fiabilidad e integridad de la información financiera y operativa.*
  - *Eficacia y eficiencia de las operaciones y proyectos.*
  - *Salvaguarda de los activos.*
  - *Cumplimiento con las leyes y regulaciones”.*

En aras de maximizar los recursos de auditoría, para efectos de la priorización, se deberá tener en cuenta la matriz de identificación del universo de auditorías basada en riesgos del DAFP, adaptada por la Oficina de Auditoría Interna frente a las necesidades de evaluación del FENOGUE; a su vez se determinarán criterios para definir el ciclo de auditorías tales como la cantidad de observaciones en evaluaciones anteriores, cambios de procesos o procedimientos, nuevos proyectos de inversión, iniciativas, cambios de responsables y el criterio profesional y objetivo del Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna, definiendo cada cuanto se cumple el ciclo para cada proceso.


El cumplimiento del ciclo de auditoría dependerá también de que el FENOGUE suministre de manera planificada y oportuna los recursos presupuestales anuales que requiere el proceso de Evaluación, seguimiento y mejora continua.

### 6.1.1 Actividades clave

Actividad	Responsable	Fecha
Definir el Universo de Auditoría	Coordinador de Auditoría Interna	Primera semana de octubre- última semana de noviembre de cada vigencia
Priorizar las actividades	Coordinador de Auditoría Interna	Segunda semana de diciembre

### 6.2 Definición y aprobación del Plan Anual de Auditoría –PAA.

Según la guía de auditoría basada en riesgos del DAFP. *“El Plan Anual de Auditorías es el documento formulado por el equipo de trabajo de la Oficina de Auditoría Interna,*

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>


o quien haga sus veces en el FENOGGE, cuya finalidad es planificar y establecer los trabajos a cumplir anualmente para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos y control”, es decir, una vez se han priorizado aquellas actividades, procesos, proyectos y demás, que serán objeto de auditoría por parte de la Oficina de Auditoría Interna, se deberá establecer un Plan Anual de Auditoría.

Este Plan de Auditoría, según la guía y la normativa vigente deberá ser aprobado por el Comité de Auditoría Interna de FENOGGE, en lo posible durante el primer mes de la vigencia; por lo tanto, el Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna deberá contar con una propuesta de Plan de Auditoría a más tardar la última semana de diciembre de cada vigencia.

Su contenido mínimo, de acuerdo con las directrices impartidas por el DAFP en su Guía de Auditoría Basada en Riesgos para entidades públicas, y el Ambiente de Control del FENOGGE, será el siguiente:

- ✓ **Auditorías internas a los procesos.** Esta actividad se realizará de acuerdo con los criterios establecidos en el capítulo anterior. Cada una de las auditorías priorizadas deberá contar con un líder de auditoría, un equipo auditor (cuando aplique y los recursos lo permitan), una fecha de inicio y una fecha final.
- ✓ **Auditorías especiales o eventuales** sobre procesos o áreas responsables específicas y ante eventualidades presentadas que obliguen a ello. Dentro de ellas, de manera obligatoria se deberán incluir los temas de Gestión de Riesgos y Controles, Sistemas de Gestión, Sistemas de Información, Sistema de Control Interno y Sistema de Control Interno Contable, según aplique a la naturaleza del fondo.
- ✓ **Auditorías especiales solicitadas por el cliente de auditoría**, entendido este último como el director ejecutivo, entidades de Gobierno y Órganos de Control.
- ✓ **Actividades de asesoría y acompañamiento en temas puntuales**, de acuerdo con las necesidades del FENOGGE. Dentro de ellas se tendrá en cuenta la asistencia a los diferentes Comités del FENOGGE, en calidad de invitado, con voz, pero sin voto, con el fin de ejercer los roles de liderazgo estratégico y enfoque hacia la prevención.
- ✓ **Elaboración de informes y seguimientos.** Se tendrán en cuenta no sólo aquellos que han sido expresados de manera taxativa en el Decreto 648 de 2017, sino además los que sean exigidos por el Gobierno Nacional, Congreso de la República y órganos de Control. Igualmente, se atenderá lo dispuesto en el artículo 230 del Decreto Ley 19 de 2012 así:

*"los Jefes de Control Interno solo estarán obligados a presentar los informes y realizar los seguimientos previstos en la Ley, normas con fuerza de Ley y las que le asigne el Presidente de la República para los Jefes de Control Interno de la Rama Ejecutiva del Orden Nacional, y los solicitados por los organismos de control, la Contaduría General de la*

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

*Nación y el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno”.*

Así mismo, se deberán tener en cuenta todos aquellos seguimientos que hayan sido determinados en el marco legal aplicable a la Oficina de Auditoría Interna; para lo anterior se apoyara en el documento donde se listen todos los informes y seguimientos que deban realizarse; dicho documento será actualizado cuando se presenten cambios en la normatividad, con el fin de asegurar su actualización.

- ✓ **Atención a entes de control.** Dentro del Rol de Relación con entes externos de control, se debe prever la llegada y atención de auditorías externas por parte de estos entes; así mismo, deberá incluirse el seguimiento a la respuesta oportuna de los requerimientos realizados a otras áreas o procesos de la organización, siempre y cuando la Oficina de Auditoría Interna haya sido enterada, siendo claro que la responsabilidad sobre el contenido, claridad, pertinencia y veracidad de estas respuestas son responsabilidad de cada una de las áreas, procesos o responsables que las emitan.
- ✓ **Seguimiento a planes de mejoramiento.**

Cuando se presenten situaciones imprevistas, que afecten el tiempo del programa de auditoría o de otras evaluaciones, se deben realizar los análisis pertinentes para ajustar o determinar los tiempos de la evaluación correspondiente.


Las actividades de fomento a la cultura del control, que realiza el Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna, se ven reflejadas en las asesorías y contribuciones en los comités que participa, con voz, pero sin voto, en las asesorías para la mejora de los informes de auditoría y las asesorías determinadas en el plan de auditorías.

Una vez se haya realizado la priorización de actividades, el Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna, procederá a formular el Plan Anual de Auditoría.

La aprobación del plan, tal y como se mencionó anteriormente, es responsabilidad del Comité de Auditoría Interna de FENOGGE, que hará las veces del Comité de Auditoría Interna, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 648 de 2017 y lo establecido en la guía en el punto 2.1.5. El Plan deberá presentarse en lo posible por parte del coordinador de la Oficina de Auditoría Interna para el conocimiento y análisis de los miembros del comité a más tardar la tercera semana del mes de enero de cada vigencia a través de los medios de comunicación oficiales del FENOGGE, y deberá someterse a aprobación en lo posible a más tardar en la última semana del mismo mes.

El coordinador de la Oficina de Auditoría Interna realizará el acta del respectivo comité, y deberá darla a conocer por medio de los canales de comunicación oficiales del FENOGGE.

Las modificaciones solicitadas, por el nivel directivo, con respecto al Plan Anual de Auditoría deberán ser aprobadas por el Comité de Auditoría Interna, éstas deberán obedecer a razones objetivas debidamente justificadas mediante documento escrito

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

y radicado, para ello se deberá tener en cuenta el riesgo al que se expone la organización frente a los cambios solicitados, en especial los relativos al proceso auditor, teniendo en cuenta los recursos limitados de auditoría; por tal razón el Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna podrá expresar al interior del Comité su opinión frente a la viabilidad de los cambios, lo anterior teniendo en cuenta que su participación en dicho comité se ejerce con voz pero sin voto.

### 6.2.1 Actividades clave

Actividad	Responsable	Fecha
Definir el Plan Anual de Auditoría.	Coordinador de Auditoría Interna	Segunda semana de diciembre.
Presentar el Plan Anual de Auditoría al Comité de auditoría interna.	Coordinador de Auditoría Interna	A más tardar la tercera semana de enero.
Solicitar las modificaciones al Plan Anual de Auditoría.	Nivel Directivo	En cualquier momento durante la vigencia respectiva.
Aprobar el Plan Anual de Auditoría.	Comité de Auditoría Interna	Última semana de enero en lo posible de cada vigencia.

### 6.3 Comunicar el Plan Anual de Auditoría.


Para asegurar que todos los procesos, áreas y niveles del Fondo tengan conocimiento del Plan de Anual de Auditoría, la Oficina de Auditoría Interna deberá comunicar el Plan teniendo en cuenta los siguientes lineamientos:

**Nivel directivo del FENOGUE :** según el artículo 2.2.2.2.1 del Decreto 1083 de 2015 el nivel Directivo "*comprende los empleos a los cuales corresponden funciones de dirección general, de formulación de políticas institucionales y de adopción de planes, programas y proyectos*". Puntualmente, para el FENOGUE este nivel está compuesto por la Dirección Ejecutiva y los Subdirectores.

Para este nivel, la Oficina de Auditoría Interna, dará a conocer el Plan aprobado a través de los canales de comunicación oficiales del FENOGUE para este fin (Página web), indicando de manera particular las fechas de las auditorías, seguimientos y demás actividades que se llevarán a cabo en cada uno de los procesos o actividades normativas de los que hacen parte, esta actividad deberá realizarse dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la aprobación y firma del acta del Comité.

#### Todos los colaboradores del FENOGUE.

Una vez el Plan Anual de Auditoría se encuentre en firme, la Oficina de Auditoría Interna, realizará la divulgación o socialización del contenido del Plan, la cual se

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

llevará a cabo dentro de los tres (3) días siguientes a la aprobación del plan y firma del acta del comité.

### **Publicación en la página WEB del FENOGUE.**

Cuando el Plan Anual de Auditoría se encuentre en firme, la Oficina de Auditoría Interna, solicitará al área de tecnología la publicación del contenido del Plan, lo cual se llevará a cabo dentro de los cinco (5) días siguientes a la aprobación del plan y firma del acta del comité.

### **6.3.1 Actividades clave**


<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha</b>
Comunicar el Plan Anual de Auditoría al nivel directivo del FENOGUE	Coordinador de Auditoría Interna	Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la aprobación del plan.
Comunicar el Plan Anual de Auditoría a todos los contratistas del FENOGUE.	Coordinador de Auditoría Interna	Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la aprobación del plan.
Solicitar la publicación del Plan Anual de Auditoría en la página WEB del FENOGUE.	Coordinador de Auditoría Interna	Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la aprobación del plan.

### **6.4 Planeación de cada auditoría (Etapas de Planeación)**

La guía de auditoría interna basada en riesgos del DAFP y las normas Globales de Auditoría establecen que *"los auditores internos deben elaborar y documentar un plan para cada trabajo, que incluya su alcance, objetivos, tiempo y asignación de recursos"*, en tal sentido, cada uno de los equipos de auditoría deberá presentar el Programa de Auditoría Interna a más tardar quince (15) días antes del inicio de la auditoría determinado en el Plan Anual de Auditoría; el Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna llevará a cabo la respectiva revisión y aprobación si es del caso.

El programa de auditoría deberá ser enviado al líder del proceso diez (10) días hábiles antes del inicio de la auditoría.

Para ello deberán consultar la documentación del proceso objeto de auditoría que se encuentre disponible en el SIG, como único medio de consulta que contiene la información vigente del Sistema de Gestión del FENOGUE; se deberá prestar atención especial a los riesgos asociados y las actividades de control que se hayan documentado.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

Para efectos de este manual se entenderá como objetivo, de acuerdo con lo establecido en la Guía de Auditoría para entidades públicas “*los propósitos establecidos, lo que se busca lograr con la auditoría*”. Se tendrá en cuenta, que para la construcción de un objetivo su redacción debe contemplar un “qué” un “a través de qué” y un “para qué”, para ilustrar esta afirmación se expresa el ejemplo a continuación:

<b>Qué</b>	<b>A través de qué</b>	<b>Para qué</b>
Determinar el estado de la implementación del Modelo Estándar de Control Interno/COSO	Analizando la aplicación de la normativa vigente en gestión de riesgos formulada por el DAFP	Con el fin de determinar los avances del FENOGÉ frente a la vigencia anterior

Por su parte, el alcance, según la guía antes mencionada, se entiende como el “marco o límite de la auditoría, y los temas que serán objeto de esta”.

La definición del alcance determinará la profundidad de la auditoría y delimitará los temas y periodos de tiempo sobre los que se deberá recabar la información por parte del equipo auditor, por ello su formulación debe ser concordante con el objetivo de la auditoría y conducir a su cumplimiento.


Así mismo, se deberán establecer los criterios de auditoría, entendidos como aquellos marcos sobre los que se enfrentará la información recabada, éstos pueden estar contenidos en el marco normativo, políticas de operación, procedimientos, manuales, guías, entre otros.

Frente al tiempo, el equipo auditor deberá establecer un cronograma en el que se indiquen cada una de las actividades que se llevarán a cabo, especificando la duración de cada una de ellas. Para estos efectos, como mínimo se atenderán los siguientes aspectos:

- ✓ Reunión de apertura.
- ✓ Solicitud y análisis de información.
- ✓ Determinación de la muestra de auditoría.
- ✓ Diseño de papeles de trabajo.
- ✓ Aplicación de pruebas de auditoría.
- ✓ Análisis y evaluación de información.
- ✓ Informe preliminar.
- ✓ Informe Definitivo.

Teniendo en cuenta la priorización realizada para la formulación del **Plan Anual de Auditorías**, el equipo auditor deberá como mínimo, tener en cuenta la siguiente información para la planeación particular de la auditoría:

- ✓ Plan Sectorial de TIC.
- ✓ Políticas y lineamientos del MME.
- ✓ Resultados de auditorías externas
- ✓ Políticas, planes, programas y proyectos asociados a la gestión del FENOGÉ.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

- ✓ Plan estratégico del FENOGUE.
- ✓ Plan de Acción Anual.
- ✓ Políticas de Gestión y Desempeño que se aplican en el proceso, actividad, programa, etc.
- ✓ Caracterización del proceso.
- ✓ Políticas de operación asociadas al proceso.
- ✓ Procedimientos.
- ✓ Mapa de riesgos del proceso.
- ✓ Normograma del proceso.
- ✓ Indicadores del proceso.
- ✓ Información presupuestal del proceso.
- ✓ Estado de la contratación en el proceso.


El Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna revisará y aprobará si es del caso, cada uno de los planes presentados por los equipos auditores. En caso de requerir ajustes al Programa de Auditoría, solicitados por el Líder, el equipo Auditor deberá llevarlos a cabo el mismo día de su conocimiento.

Para la elaboración del programa de auditoría de gestión, para procesos o actividades normativas, se revisarán los documentos propios del proceso a auditar, los requisitos legales aplicables, informes de auditorías previas, y planes de mejoramiento, y en especial, los requisitos de la norma que sea base de la auditoría. El Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna aprobará el Programa de Auditoría por Proceso.

Cada equipo auditor cuando se requiera deberá elaborar una lista de verificación en la que se incluirán las preguntas orientadoras de la auditoría la cual tendrá como fundamento los requisitos de la norma que serán auditados. La lista de verificación será aprobada por el Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna.

#### **6.4.1 Actividades claves.**

<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha</b>
Presentar el Programa de Auditoría Interna de la auditoría programada.	Equipo Auditor	Dentro de los diez (10) días hábiles antes del inicio de la auditoría.
Modificar el Programa de acuerdo con las sugerencias del Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna.	Equipo Auditor	El día en que se reciben las observaciones.
Aprobar el Programa de Auditoría Interna de la auditoría programada.	Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna	A más tardar los dos (2) días hábiles siguientes a la entrega del Plan por parte de los auditores.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

Anunciar el inicio de la Auditoría Interna.	Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna	(15) quince días hábiles antes del día de inicio de la auditoría de acuerdo con el Plan Anual de Auditoría.
Presentar el Programa de Auditoría por unidad auditada.	Equipo Auditor	(10) diez días hábiles antes de lo programado en el plan Anual de Auditoría.
Aprobar el Programa de Auditoría de la unidad auditada.	Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna	Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo del documento.
Elaborar la lista de verificación para la auditoría interna de Gestión.	Equipo Auditor	Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la aprobación del programa de auditoría.
Aprobar la lista de verificación para la auditoría interna de gestión.	Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna	Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo del documento.


## 6.5 Ejecución de la auditoría. (Etapa de Ejecución)

### 6.5.1 Reunión de Apertura

El inicio de la auditoría se notifica al proceso auditado en oficio radicado enviado cinco días hábiles antes del inicio de la auditoría; en dicho oficio se fijará el día de la reunión de inicio e instalación de la auditoría.

El equipo auditor llevará a cabo la instalación / reunión de apertura en la cual el líder del equipo realizará las siguientes acciones:

- ✓ Presentación de los integrantes del equipo auditor (cuando aplique).
- ✓ Comunicar el Objetivo General, los Objetivos Específicos y el Alcance definido para la auditoría.
- ✓ Dar a conocer el cronograma del trabajo.
- ✓ Solicitar la Firma de la Carta de Representación por parte del líder del proceso.
- ✓ Aclarar el tiempo previsto para la entrega de la información solicitada durante la auditoría, el cual no deberá superar los cinco (5) días hábiles.
- ✓ Indicar que se pueden adelantar reuniones previas de avance de trabajo antes del informe preliminar si las circunstancias así lo requieren.
- ✓ Indicar que para la revisión del informe preliminar el auditado tendrá cinco (10) días hábiles.
- ✓ Indicar que con la entrega del informe final se cierra la auditoría.
- ✓ Coordinar la reunión de cierre.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

En el marco de las buenas prácticas en materia de auditoría interna, es importante que se incorpore la carta de representación definida en el Decreto 648 de 2017, por tratarse de uno de los instrumentos para la actividad de la auditoría interna, en tanto permite garantizar que durante el proceso de auditoría, el auditado se comprometa a entregar la información requerida previamente en los plazos señalados, con la calidad, consistencia, veracidad e integridad requeridas para que la Oficina de Auditoría Interna pueda evaluar y tener un pronunciamiento objetivo sobre la unidad auditable.


A la reunión de instalación/apertura deberán asistir el líder del proceso con los que designe de su equipo de trabajo, el Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna y el equipo auditor; de no ser posible la asistencia a la reunión, se solicitará una nueva fecha para realizarla, la cual deberá llevarse a cabo a más tardar dentro de los dos días hábiles siguientes a la fecha programada. Si no es posible realizar la reunión, el Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna enviará un correo electrónico al líder del proceso con la información mencionada en los párrafos anteriores.

### **6.5.2 Desarrollo del trabajo.**

El equipo auditor solicitará a los servidores autorizados previamente por el líder del proceso o unidad auditable, la información necesaria para el desarrollo de la auditoría de acuerdo con los objetivos y alcance definidos y socializados en la reunión de inicio; lo anterior, podrá llevarse a cabo en cualquier momento, teniendo en cuenta las necesidades del equipo auditor. Esta solicitud deberá realizarse por escrito a través de cualquiera de los medios de comunicación oficiales del FENOGÉ.

Para ello, se deberá previamente determinar la muestra de auditoría, teniendo en cuenta que es una buena práctica para maximizar los recursos de auditoría; esa muestra se selecciona o aplicando la herramienta dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública para tal fin o utilizando las herramientas, método lógico o técnicas estadísticas que considere el auditor.

<b>Determinación de la Muestra</b>	<p><b>¿En qué consiste?</b></p> <p>Cuando no es posible llevar a cabo una verificación total de las transacciones o hechos ocurridos en un proceso, se selecciona una muestra la cual debe ser representativa de acuerdo con la complejidad del proceso. "El muestreo de auditoría es la aplicación de un procedimiento de auditoría a menos del 100% de los elementos de una población con el objetivo de sacar conclusiones acerca de toda la población" (Fuente: IIA Global).</p>
	<p><b>Muestreo estadístico</b></p> <p>Se basa en la teoría de la distribución normal, requiere de fórmulas para su cálculo.</p>

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>


<b>Métodos de Muestreo</b>	<p><b>Muestreo no estadístico</b></p> <p>Dentro de éstos se encuentran el muestreo “indiscriminado”, donde auditor selecciona la muestra sin emplear una técnica estructurada, pero evitando cualquier desvío consciente o predecible.</p> <p>Es posible aplicar el muestreo “de juicio o discrecional”, donde el auditor coloca un desvío en la selección de la muestra, por ejemplo: todas las unidades superiores a determinado valor, todas las que cumplan una característica específica, todas las negativas, todos los nuevos usuarios, entre otros que puedan tenerse en cuenta a juicio del auditor y a partir de los cuales se selecciona la muestra.</p>
----------------------------	---

*Adaptado de Guía de Auditoría basado en riesgos para entidades Públicas DAFP*

En el caso de optar por un procedimiento de muestreo no estadístico, se deberá indicar previamente, dejando claro cuales son las razones objetivas del equipo auditor para la determinación de la muestra; en todo caso se debe contar con la aprobación del Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna para su aplicación.

Una vez se haya determinado la muestra se deberán determinar los procedimientos de auditoría a utilizar para el desarrollo de la auditoría, éstos se describen en la tabla que se encuentra a continuación:

<b>Procedimiento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Consulta.</b>	Se realizan preguntas al personal del proceso auditado o a terceros y obtener sus respuestas ya sean orales o escritas. Los tipos de consulta más formales incluyen entrevistas, encuestas y cuestionarios.
<b>Observación.</b>	Se observan las personas, los procedimientos o los procesos. Una limitación importante de la observación es que proporciona información en un momento determinado, por lo que el auditor no puede concluir que lo observado es representativo de lo que sucede de forma general.
<b>Inspección.</b>	Se estudian documentos y registros, y se examinan físicamente los recursos tangibles. Los auditores internos deben reconocer y considerar su nivel de competencia (en otras palabras, su capacidad para comprender lo que leen y lo que ven).
<b>Revisión de Comprobantes</b>	Se realiza específicamente para probar la validez de la información documentada o registrada.
<b>Rastreo.</b>	Se realiza específicamente para probar la integridad de la información documentada o registrada.
<b>Procedimientos Analíticos.</b>	Se utilizan para identificar anomalías en la información tales como fluctuaciones, diferencias o correlaciones inesperadas.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

Procedimiento	Descripción
	Dichas anomalías pueden ser indicadoras de transacciones o eventos inusuales, de errores o de actividades fraudulentas que requieren una mayor atención o profundidad en el análisis.
<b>Confirmación.</b>	Consiste en la obtención de verificación directa por escrito de la exactitud de la información proveniente de terceros independientes.

*Adaptado de Guía de Auditoría basado en riesgos para entidades Públicas del DAFP.*

Con respecto a la información, se debe tener en cuenta también que las Normas Globales de Auditoría Interna señalan que, "**Norma 14.1 Recopilación de información para el análisis y evaluación.**

*Para realizar los análisis y evaluaciones, los auditores internos deben recopilar información que sea:*

- ✓ **Relevante** – *es coherente con los objetivos del trabajo, se encuentra dentro de su alcance y contribuye al desarrollo las conclusiones del trabajo.*
- ✓ **Fiable** – *está basada en hechos y está actualizada. Los auditores internos aplican su escepticismo profesional para evaluar si la información es fidedigna. Aumenta la fiabilidad cuando la información:*
  - *Se obtiene directamente por el auditor interno o de una fuente independiente.*
  - *Se corrobora.*
  - *Se recopila de un sistema que cuenta con procesos eficaces de gobierno, gestión de riesgos y control.*
- ✓ **Suficiente** – *cuando permite a los auditores internos llevar a cabo sus análisis y permite a una persona prudente, informada y competente repetir el programa de trabajo y llegar a las mismas conclusiones que el auditor interno"<sup>1</sup>*

Surtido el paso anterior, se deberán diseñar y aplicar las pruebas de auditoría que permitan obtener evidencia suficiente (representativa), competente (razonablemente libre de error) y relevante (relacionada con el objetivo). A través de estas pruebas será posible contar con conclusiones frente a los criterios propuestos para el desarrollo de la auditoría.

Para su diseño, puede tenerse en cuenta lo dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública en la Guía de Auditoría para entidades públicas, tal y como se describe a continuación:

---

<sup>1</sup> Normas Globales de Auditoría Interna (2024). Pág. 100

<b>Tipos de prueba</b>	
Las pruebas de auditoría son las técnicas que utiliza el auditor interno para la obtención de la evidencia.	
<b>Pruebas de control.</b>	<p>Están relacionadas con el grado de efectividad del Control Interno del proceso, en tal sentido el auditor debe considerar el impacto de los controles para todo el FENOGE, teniendo en cuenta su diseño y su operatividad. El auditor debe preguntarse ¿Cuáles de estas actividades de control, si no se ejecutan como se diseñaron, probablemente ocasionen la incapacidad para lograr el objetivo del proceso?</p> <p>Actividades de control claves:</p> <p><b>Aprobar:</b> autorización para ejecutar una transacción otorgada por una persona que tiene facultades para hacerlo.</p> <p><b>Documentar:</b> preservar información original o documentar la base lógica de las opiniones emitidas para referencia futura.</p> <p><b>Examinar/Comparar:</b> Verificar frente a un atributo.</p> <p><b>Segregar:</b> Separar las responsabilidades incompatibles que puedan crear la posibilidad para una acción no adecuada.</p> <p>Evaluación de la idoneidad de los controles</p> <p>Una vez identificadas las actividades de control clave, el siguiente paso será vincularlas con los riesgos a nivel de proceso, esto teniendo en cuenta que el logro de los objetivos está sujeto a distintos escenarios de riesgo y ciertas actividades de control solo pueden mitigar ciertos riesgos, cuando se determina que un control es ineficaz, éste puede tener impacto en uno o varios riesgos, se pretende entonces determinar si las actividades de control clave reducen o gestionan los riesgos del proceso.</p>
<b>Pruebas Sustantivas.</b>	<p>Son diseñadas para verificar la integridad, exactitud y validez de la información financiera auditada. En el caso del FENOGE, aunque su naturaleza jurídica es la de un Patrimonio Autónomo, este constituye una unidad contable independiente. Por lo tanto, la FIDUPREVISORA tiene la obligación legal de preparar y presentar estados financieros específicos para el fondo.</p> <p>El trabajo de auditoría consiste en la obtención y evaluación de evidencia sobre las "aseveraciones" o declaraciones de la administración (representada por la fiduciaria) reflejadas en los estados financieros del FENOGE:</p> <p><b>Aseveraciones de Auditoría aplicables:</b></p>

**Tipos de prueba**

Las pruebas de auditoría son las técnicas que utiliza el auditor interno para la obtención de la evidencia.

**Integridad:** Evaluar si todas las transacciones (aportes de la Nación, rendimientos, pagos) y cuentas que debieron ser representadas en los estados financieros del fondo están efectivamente incluidas.

**Derechos y obligaciones:** Confirmar si, a una fecha de corte, los activos y recursos destinados a la gestión energética son derechos del FENOGE y si todas las obligaciones y pasivos registrados corresponden a compromisos reales adquiridos por el patrimonio.

**Valuación o Asignación:** Verificar que los bienes, inversiones, ingresos y gastos del fondo han sido valorados y registrados siguiendo los marcos técnicos contables vigentes y por los montos apropiados.

**Existencia u ocurrencia:** Validar que los activos y recursos del patrimonio realmente existen a la fecha dada y que las operaciones registradas (como desembolsos en el desarrollo de iniciativas) efectivamente ocurrieron durante el periodo.


**Presentación y revelación de Estados Financieros:** Asegurar que los componentes de los estados financieros del FENOGE han sido clasificados, descritos y revelados de forma transparente, permitiendo que los usuarios de la información comprendan el origen y uso de los recursos públicos.

**Nota:** Dado que el FENOGE es un patrimonio autónomo, la auditoría debe validar la conciliación entre la información reportada por la fiduciaria y la ejecución real de los proyectos gestionados por el fondo, garantizando que la separación patrimonial sea estricta.

*Adaptado de Guía de Auditoría Basada en riesgos para entidades Públicas DAFP*

Para la obtención de resultados, se tendrá en cuenta que el equipo auditor en desarrollo de la auditoría deberá contar con evidencia suficiente, competente y relevante para emitir conclusiones de acuerdo con lo establecido en la Guía de Auditoría para entidades Públicas.

Es importante que las conclusiones a las que se llegue a través de la evidencia sean producto de un análisis lógico y consiente, que permita que no pueda ser puesta en duda de manera racional.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

### 6.5.3 Actividades claves.

<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha</b>
Reunión de Apertura de la Auditoría.	Equipo auditor	Según la programación acordada con el proceso auditado.
Envío de la información de la reunión de apertura en caso de no realizarse.	Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna	Finalizado el término para su realización.
Determinación de la muestra de auditoría	Equipo Auditor	El día siguiente a la realización de la reunión de inicio.
Solicitud de información por escrito mediante correo electrónico o radicado.	Equipo Auditor	En cualquier momento de la auditoría según las necesidades del equipo auditor.
Diseñar y aplicar las pruebas de auditoría.	Equipo Auditor	En cualquier momento de la auditoría según las necesidades del equipo auditor.


## 6.6 Informe de Auditoría (Etapa de Comunicación de Resultados)

### 6.6.1 Informe Preliminar.

Teniendo como base el análisis de la información aportada por el auditado y las evidencias que éste haya brindado al equipo auditor, se procederá a realizar el Informe Preliminar de Auditoría, para lo cual se tendrán (15) días calendario una vez finalizada la etapa de campo de la auditoría.

Se deberá tener en cuenta que, como una buena práctica, los auditores internos deberán realizar balances parciales sobre los resultados de la ejecución de la auditoría; con el fin de que el proceso auditado sepa cuáles serán las posibles desviaciones y observaciones que serán incluidos en el informe preliminar.

Para la producción del informe se deberá tener en cuenta que de manera obligatoria se incluirán las fortalezas que se encuentren en el proceso auditor, éstas se deberán redactar de manera general, haciendo énfasis en las razones por las cuales se incluyen en este capítulo del informe. Se deberá tener en cuenta que en ningún acápite del informe será permitido incluir nombres propios o cargos, teniendo en cuenta que los resultados de la auditoría reflejan el estado del proceso y no de un individuo en particular.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

Las observaciones se determinarán teniendo en cuenta alguno o algunos de los siguientes criterios:

- ✓ Las veces que se ha repetido la situación de acuerdo con lo encontrado en la auditoría permiten asegurar razonablemente que no es un hecho recurrente.
- ✓ La ocurrencia de la situación tiene un impacto mínimo de la situación frente al cumplimiento del objetivo del proceso.
- ✓ La situación no viola ninguna disposición o reglamento, pero sus resultados podrían poner en riesgo el cumplimiento del objetivo del proceso.
- ✓ La situación no ha ocurrido; sin embargo, existe alta probabilidad de que ocurra en el corto plazo.
- ✓ La evidencia que se encuentra sobre la situación no es suficiente para concluir que se trata de una situación crítica, pero si permite inferir que hay alguna anomalía. Este tipo de situaciones no derivan necesariamente en un Plan de Mejoramiento; sin embargo, deberán tomarse las medidas necesarias dentro de la gestión del proceso para evitar su ocurrencia.

Las desviaciones encontradas se entenderán como aquellas en las que la condición difiere del criterio establecido en el Programa de Auditoría, y se redactarán de la siguiente manera:


### **Criterio + Condición + Conclusión + Recomendación**

Para efectos de que los auditados tengan claridad sobre la desviación, y de esta manera poder realizar las acciones de mejora correspondientes, cada una de estas situaciones deberán ser descritas con un lenguaje claro, dando a entender de manera concreta cual es la divergencia entre el criterio y la condición.

El informe deberá ser aprobado por el Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna, quien podrá realizar cambios en la redacción de estas situaciones, en caso de considerarlo necesario.

Antes de tener una versión aprobada del Informe Preliminar se llevará a cabo la reunión de cierre en la que se explicarán las observaciones y desviaciones que harán parte del informe.

Dentro de las Auditorías de Gestión, una vez realizada la reunión de cierre, y dentro de los siete (7) días hábiles siguientes, el Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna enviará el Informe Preliminar a través de oficio radicado no sólo al (los) responsable (s) del proceso, sino, si es del caso, a cada uno de los responsables de las observaciones o desviaciones, con el fin de asegurar que los responsables conocen el informe generado, independientemente del tipo de auditoría que genere el informe.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

A partir del envío del informe preliminar, los auditados tendrán diez (10) días hábiles para comunicar sus observaciones sobre el mismo; este término podrá ser prorrogado a solicitud del auditado por un término máximo de otros cinco (5) días hábiles, con el fin de brindar un tiempo prudente para el análisis del informe. Estas observaciones deben ser soportadas de manera clara, concreta, integral y evidente, y contar con las evidencias correspondientes.

Dentro de los términos antes mencionados, el auditado, de considerarlo necesario, podrá convocar una mesa de trabajo que permita presentar aclaraciones al informe, o presentar evidencias no presentadas anteriormente.

Una vez recibida la respuesta por parte del auditado, el equipo auditor tendrá diez (10) días hábiles para revisar las observaciones.


Si dentro de los diez (10) días hábiles no se recibe respuesta por parte del auditado, se entenderá que se ha desistido de enviar observaciones.

### Actividades claves.

<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha</b>
Producir el informe preliminar de auditoría de gestión.	Equipo Auditor	Quince (15) días después de terminada la etapa de campo de la auditoría.
Aprobar y ajustar el informe preliminar.	Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna	Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la entrega del informe por parte del equipo auditor.
Realizar la reunión de cierre.	Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna	Una vez aprobado el informe preliminar.
Enviar el informe preliminar a los auditados.	Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna	El día siguiente a la aprobación
Contestar el informe preliminar.	Auditado	Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción del informe, prorrogables por hasta cinco (5) días más a solicitud del auditado.
Análisis de la contestación del auditado.	Equipo auditor	Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta del auditado.

### 6.7 Informe Final.

El informe final de auditoría deberá ser enviado no sólo al líder del proceso evaluado, sino que se acompañará con un informe ejecutivo del mismo, que será enviado a la dirección ejecutiva del FENOGE para que conozca los principales resultados del

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

ejercicio de auditoría, acompañado del cuerpo del informe, teniendo en cuenta que la Ley 87 de 1993 en su artículo 6 ha indicado que:

*"Responsabilidad del Control Interno. El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente".*

### 6.7.1 Actividades claves.

Actividad	Responsable	Fecha
Producir el informe final de auditoría.	Equipo Auditor	Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la reunión de cierre.
Enviar el informe final a los auditados.	Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna	El día siguiente a la aprobación.

### 6.8 Finalización de la Auditoría


Una vez remitido el informe final detallado al líder auditado como el informe ejecutivo al Director Ejecutivo del FENOGUE, donde se incluyen las observaciones, las recomendaciones, la opinión sobre la razonabilidad, la asesoría para la mejora y demás temas relativos a la evaluación, se da por finalizado el proceso de la auditoría basada en riesgos.

### 6.9 Seguimiento Planes de Mejora (Etapa de Seguimiento al Progreso)

Una vez finalizado el proceso de auditoría y frente a los planes de mejoramiento se contemplarán dos momentos diferentes; uno de ellos frente a la formulación y el otro frente a su seguimiento, en este orden de ideas, la Oficina de Auditoría Interna será la encargada de revisar la pertinencia, coherencia e integralidad del Plan de Mejoramiento, desde el rol asesor sin ser su función aprobarlo a no.

De esta manera una vez se reciba el Plan de Mejoramiento formulado por el respectivo proceso, el auditor interno evaluará que estén todas las observaciones indicadas en el informe de auditoría y que la o las acciones formuladas apunten a eliminar su causa raíz, y que éstas sean formuladas guardando un orden lógico, que permita de manera preliminar prever que con su ejecución se podrá eliminar dicha causa.

Se observará que en la formulación del plan se encuentre la corrección, si hay lugar a ella y que se cuente con una acción correctiva - preventiva que elimine la causa raíz. Este ejercicio no implica que la Oficina de Auditoría Interna o quién haga sus veces coadministre o apruebe la gestión de la administración, sino que se realiza en desarrollo de su rol de Asesoría y Acompañamiento y Enfoque hacia la prevención.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

El Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna realizará las observaciones que considere pertinentes y las enviará a través de correo electrónico al líder del proceso para que se revisen y evalúen los cambios y/o mejoras necesarias.

De no tener observaciones remitirá correo electrónico manifestando que según el criterio auditor las actividades son coherentes con la observación encontrada, frente a los criterios evaluados (pertinencia, coherencia, integralidad), sin comprometer su juicio para la evaluación posterior.

La Oficina de Auditoría Interna, realizará un seguimiento periódico sobre el estado de ejecución de los planes de mejoramiento; para ello, solicitará a los líderes de proceso que sean publicadas en el repositorio dispuesto para tal fin, las evidencias que respalden la gestión realizada dentro del período de revisión indicado, en la implementación de las acciones de mejora contenidas en los planes de mejoramiento; así mismo se llevarán a cabo, si son requeridas, reuniones con los líderes de los planes de mejora que las soliciten, para acordar temas relativos a dichos planes durante el tiempo de revisión del avance y cumplimiento de los mismos.

Una vez se cuente con la información se revisará la gestión realizada eficacia, el cumplimiento de las metas, plazos y objetivos programados, la coherencia entre lo reportado y la meta definida (que los soportes sean pertinentes y evidencien avance o cumplimiento efectivo de la meta y que respalden el objetivo de la mejora, así como la denominación y la unidad de medida de la meta).


Cuando las metas contemplen la elaboración o mejora de documentos para los procesos, la acción se da por implementada si los documentos se encuentran publicados en el sitio del SIG. Si son documentos que requieren publicación en el sitio web, la acción se entenderá implementada si se encuentra el archivo en la URL reportado.

Las metas y actividades que hacen parte de los planes sólo serán cerradas definitivamente cuando la Oficina de Auditoría Interna pueda evidenciar no sólo la implementación de la acción de mejora o cumplimiento de la meta (Eficacia) sino que la meta cumplida elimine la causa de la observación en el tiempo futuro.

Provisionalmente la Oficina de Auditoría Interna puede dar por cumplida o implementada una acción de mejora, pero puede aplazar la validación de su efectividad si considera que esta debe ser verificada personalmente o requiere de plazo para medir.

Se deja claro que el concepto de eficacia se divide en dos partes, uno donde está relacionado el desarrollo de la meta propuesta de manera integral, coherente y articulada y el otro con la oportunidad de cumplimiento de la meta según lo estipulado en el plan; si no se cumple uno de los dos la eficacia es parcial.

La efectividad se relaciona con la capacidad de la acción de mejora y meta propuesta para impedir que la causa que origino la observación no se repita en el tiempo, y además se ve el resultado por los terceros involucrados, el Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna, el ciudadano (cuando aplique) y demás partes interesadas; no por que se haga la acción de mejora prontamente se genera efectividad inmediata.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

Se debe tener presente que la efectividad en los planes de mejoramiento solo la puede medir la Oficina de Auditoría Interna y que esta no se da inmediatamente, sino en el transcurso del tiempo, por lo que, en la gran mayoría de las veces, la Oficina de Asesoría Interna da el tiempo pertinente para poder evidenciar que la acción de mejora propuesta fue realmente efectiva para eliminar la causa de la observación.

El informe deberá conceptuar sobre el estado de las acciones de mejoramiento de acuerdo con la siguiente tabla:

<b>Estado de la acción</b>	<b>Concepto de la Oficina de Auditoría Interna</b>
No se ha dado cumplimiento la ejecución de la acción según el Plan aprobado	Incumplida
Se ha cumplido con la ejecución de la acción, pero se encuentra que esta no eliminó la causa	Inefectiva
Se ha cumplido con la ejecución de la acción de acuerdo con lo planeado	Cumplida
Se ha cumplido con la ejecución de la acción de acuerdo con lo planeado y se ha logrado establecer en evaluación posterior que se ha eliminado la causa raíz de la observación	Efectiva


*Adaptado de Guía de Auditoría Basada en Riesgos para Entidades Públicas (DAFP)*

En caso de que una acción sea declarada inefectiva por parte de la Oficina de Auditoría Interna, el líder del proceso deberá formular una nueva acción de mejora o replantear la inicialmente formulada, soportado en un nuevo análisis de causa raíz que garantice su eliminación y posteriormente su envío para revisión de la Oficina de Auditoría Interna.

Si la acción no es cumplida en el tiempo previsto inicialmente, se deberá solicitar el ajuste de esta, soportada en una razón de fuerza mayor que pueda respaldar su incumplimiento; posteriormente, solicitar a la Asesoría Control Interno el cambio de fecha de cumplimiento, la cual, no puede ser mayor al 50% del plazo inicialmente previsto.

Por otro lado, si se requiere modificar las acciones de mejora o el plazo inicial establecido, el líder del proceso deberá proyectar y remitir oficio con la solicitud al Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna, en este caso, se debe tener en cuenta las siguientes condiciones:


- ✓ En caso de que el Líder de Proceso requiera solicitar la modificación del plazo inicial de cumplimiento de la acción de mejora, se debe tener en cuenta las siguientes condiciones:
  - Se deben solicitar como mínimo con menos del 70% del tiempo inicial transcurrido antes del vencimiento de la meta.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

- La justificación se debe sustentar en casos fortuitos y acciones, situaciones imprevistas o cuando se evidencie que la acción no fue efectiva
- El plazo de modificación debe ser inferior al 50% del inicialmente definido.
- ✓ En caso de que el Líder de Proceso requiera solicitar la modificación de las acciones de mejora, se debe tener en cuenta las siguientes condiciones:
  - Se deben solicitar como mínimo con menos del 40% del tiempo inicial transcurrido antes del vencimiento de la meta.
  - La justificación se debe sustentar en casos de que la meta no sea efectiva, es decir, no mitigue la causa raíz de la observación, no se tenga mando o gobierno integral sobre la misma, se identifique una más económica, cambio en la legislación o situaciones imprevistas.
  - Las acciones de mejora modificadas deben apuntar a eliminar la(s) causa(s) de la No Conformidad o situación detectada y a corregir la no efectividad de las originales.

### 6.9.1 Actividades claves.

<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha</b>
Revisar el Plan de mejoramiento formulado y realizar las observaciones pertinentes.	Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna	Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción del plan de mejoramiento.
Realizar los cambios necesarios de acuerdo con el concepto de la Oficina de Auditoría Interna.	Líder del proceso	Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la recepción del correo enviado por el Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna.
Solicitar las evidencias de ejecución de las acciones contenidas en los planes de mejoramiento.	Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna	Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la terminación del periodo de seguimiento establecido.
Publicar las evidencias de ejecución de los planes de mejoramiento.	Líder del proceso	Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción del correo enviado por el Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna.
Emitir concepto sobre el estado de las acciones de mejoramiento y realizar el informe sobre las mismas.	Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna	Dentro de los veinte (20) días hábiles posteriores a la solicitud de cargue de las evidencias de avance y cumplimiento en las

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

Actividad	Responsable	Fecha
		acciones de mejora formuladas.
Solicitar al Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna la modificación de las fechas del plan.	Líder del proceso	Como mínimo con menos del 60% del tiempo inicial transcurrido antes del vencimiento de la meta.
Solicitar al Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna la modificación de las acciones del plan.	Líder del proceso	Como mínimo con menos del 40% del tiempo inicial transcurrido antes del vencimiento de la meta.


## 6.10 Evaluación del Desempeño de la Actividad de Auditoría Interna

La evaluación del desempeño de la auditoría se llevará a cabo a través de los formatos Evaluación de Auditores Internos y Formulario de Evaluación de la Calidad del Servicio de Auditoría Interna. Estos formatos serán revisados periódicamente por el Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna con el fin de introducir los ajustes o cambios que se consideren necesarios, los cuales serán validados y aprobados por el SIG.

Los resultados serán analizados previamente por el Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna con el fin de realizar una revisión de la objetividad de la evaluación y descartar aquellas evaluaciones que estén por fuera de la media o que evidencien sesgos o calificaciones no objetivas.

Como producto de esta evaluación se tomarán las siguientes medidas:


Resultado de la evaluación.	Medida a tomar
Entre 4.5 y 5.0	Se conminará al auditor interno a continuar ejerciendo su labor con el profesionalismo y calidad con el que ha desempeñado la auditoría y se entenderá como una evaluación excelente; se indicará que, si bien es un resultado óptimo, deberá seguir fortaleciendo sus capacidades como auditor.
Entre 4.0 y 4.4	Esta es una evaluación satisfactoria, se revisarán los puntos de la evaluación que obtuvieron un menor resultado y se aconsejarán acciones encaminadas a mejorar en estos aspectos. Se invitará al auditor a continuar fortaleciendo sus competencias.
Entre 3.1 y 3.9	Se entenderá que el desempeño del auditor fue aceptable, se revisarán los puntos de la evaluación que obtuvieron un menor

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

<b>Resultado de la evaluación.</b>	<b>Medida a tomar</b>
	resultado y se tomarán acciones encaminadas a mejorar en estos aspectos. Se invitará al auditor a continuar fortaleciendo sus competencias y los puntos deficientes serán tenidos en cuenta para la formulación del plan de capacitación de la Oficina.
Menor de 3	Es una calificación deficiente; el auditor deberá realizar un plan de mejoramiento personal para lograr subsanar las fallas que dieron origen a la evaluación y los puntos deficientes serán tenidos en cuenta para la formulación del plan de capacitación de la Oficina.

Resultado de la evaluación:

Resultado	Nivel
Entre 4.5 y 5.0	Excelente
Entre 4.0 y 4.4	Satisfactorio
Entre 3.1 y 3.9	Aceptable
Menor de 3	Deficiente

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

### 6.10.1 Actividades claves.

Actividad	Responsable	Fecha
Diligenciar el formato Evaluación de Auditores Internos.	Líder del proceso	Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la reunión de cierre.
Diligenciar el formato Formulario de Evaluación de la Calidad del Servicio de Auditoría Interna.	Líder del proceso	Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la reunión de cierre.
Analizar la información recibida y tomar las acciones correspondientes.	Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna Auditor Interno.	Dentro de los quince (15) días hábiles al envío del informe final.

### 6.11 Otros Informes y Reportes

Adicional a los informes de auditoría de la Oficina de Auditoría Interna, se realizan los siguientes informes:


#### 6.11.1 Informes de Requerimientos de Ley del FENOGUE

Se realizan de acuerdo con lo establecido por las normas que aplican a el FENOGUE y que son emitidas por el Congreso de la República, la Contraloría General de la República, Contaduría General de la Nación, Departamento Administrativo de la Función Pública, Entidad Nacional de Defensa Jurídica del Estado, entre otros entes de control; estos informes se definen con diferentes periodicidades durante la vigencia anual y hacen parte del plan de auditorías presentado al Comité de Auditoría Interna.

Para el desarrollo de estas actividades se estableció el procedimiento de seguimientos de la Oficina de Auditoría Interna.

#### 6.11.2 Informes al Comité de Auditoría Interna

El Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna presenta al Comité de Auditoría Interna un informe de las actividades realizadas y de los resultados obtenidos, con base en las acciones de mejoramiento resultantes de los trabajos de auditoría. Así mismo, son entregados los anexos de la información detallada, como parte de la documentación del Comité.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

### **6.11.3 Asesorías**

El Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna, previa concertación y siempre y cuando dentro del equipo de auditoría se cuenten con las competencias necesarias, se adelantaran trabajos de asesoría definidos con la alta dirección, a su vez, en cumplimiento del rol de liderazgo estratégico se dispone la participación del Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna en los diferentes comités institucionales con voz, pero sin voto y en calidad de invitado.

## **6.12 Recursos**

### **6.12.1 Talento Humano**

La selección y el desarrollo del talento humano de Oficina de Auditoría Interna están enmarcados en los procedimientos establecidos en el FENOGÉ. El Coordinador de la Oficina de Auditoría Interna participa durante el proceso de selección de sus auditores mediante la definición específica de los perfiles requeridos a partir de los requisitos establecidos.

### **6.12.2 Comisiones y Visitas**


En desarrollo de las actividades definidas en las cuatro fases del proceso de auditoría (Planeación, Ejecución, Comunicación de Resultados y Seguimiento al Progreso), se pueden requerir visitas in situ para efectuar las respectivas pruebas de recorrido y recolección de información suficiente, útil, clara y pertinente, como lo estipula la guía de auditoría interna basada en riesgos del DAFP y las Normas Globales de Auditoría del IIA, por lo cual es necesario, cuando así lo requiera el Líder de la Oficina de Auditoría Interna, que el FENOGÉ disponga de los recursos para la ejecución de estas actividades, todo dentro del marco normativo del Presupuesto General de la Nación (PGN).

## **7 RESPONSABILIDADES**

De conformidad con los roles de liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación y seguimiento, las principales responsabilidades asignadas a los actores del proceso auditor son:

### **7.1 Auditores internos**

- ✓ **Ejecución del Plan de Auditoría:** Planificar y ejecutar las auditorías asignadas cumpliendo con el cronograma establecido, aplicando las pruebas de recorrido y sustantivas necesarias para obtener evidencia suficiente y adecuada.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>


- ✓ **Documentación y Observaciones:** Documentar los papeles de trabajo y estructurar las observaciones de auditoría identificados (condición, criterio, causa y efecto), asegurando que cada observación esté debidamente soportada.
- ✓ **Cumplimiento Ético:** Ejercer sus funciones bajo los principios de integridad, objetividad, confidencialidad y competencia, manteniendo independencia frente a las actividades o áreas auditadas.
- ✓ **Identificación de Riesgos:** Evaluar la eficacia de los controles implementados por la administración y reportar alertas sobre riesgos no mitigados o emergentes durante el desarrollo de sus asignaciones.

## 7.2 Coordinación de la Oficina de Auditoría Interna

- ✓ **Liderazgo y Planeación Estratégica:** Elaborar el Universo de Auditoría y formular el Plan Anual de Auditoría (PAA) basado en riesgos, presentándolo ante el Comité de Auditoría Interna para su aprobación.
- ✓ **Asesoría y Acompañamiento:** Participar en los diferentes comités institucionales con voz, pero sin voto, proporcionando asesoría para la toma de decisiones y el fortalecimiento del control interno sin asumir responsabilidades de gestión.
- ✓ **Relación con Entes Externos:** Actuar como puente con los organismos de control (Contraloría, Procuraduría), facilitando la atención de requerimientos y el seguimiento a las respuestas institucionales.
- ✓ **Comunicación de Resultados:** Asegurar la comunicación oportuna del Plan Anual de Auditoría y de los informes resultantes a las partes interesadas (Dirección Ejecutiva, Subdirecciones y líderes de proceso).
- ✓ **Seguimiento:** Monitorear el cumplimiento de los Planes de Mejoramiento suscritos por los líderes de proceso para subsanar las observaciones identificados.

## 7.3 Comité de Auditoría Interna

- ✓ **Aprobación del Plan:** Revisar y aprobar el Plan Anual de Auditoría (PAA) presentado por la Oficina de Auditoría Interna, asegurando que esté alineado con los objetivos estratégicos y riesgos críticos del FENOGUE.
- ✓ **Autorización de Modificaciones:** Analizar y aprobar las solicitudes de modificación al PAA que realice el nivel directivo, verificando que existan razones objetivas y debidamente justificadas para dichos cambios.
- ✓ **Supervisión de Independencia:** Velar por la independencia y objetividad de la función de auditoría interna, garantizando que cuente con los recursos necesarios para cumplir su labor.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	
	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA</b>	
	<b>Manual de Auditoría Interna</b>	
	<b>Código: PEV01-M01</b>	<b>Versión: 0</b>

## 8 CRITERIOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

La actividad de Auditoría Interna será monitoreada para asegurar su calidad y valor agregado mediante los siguientes mecanismos:

- ✓ **Indicadores de Gestión:** Se medirán aspectos como el porcentaje de ejecución del Plan Anual de Auditoría (PAA).
- ✓ **Encuestas de Satisfacción:** Al finalizar cada auditoría, se evaluará la percepción de los auditados respecto al valor aportado, la objetividad y el profesionalismo del equipo auditor.
- ✓ **Seguimiento al PAA:** El Coordinador presentará reportes periódicos al Comité de Auditoría Interna sobre el avance del plan, restricciones de recursos o limitaciones al alcance que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos.

## 9 RELACIÓN CON OTROS DOCUMENTOS DEL SIG

Este manual se articula de manera directa con los siguientes instrumentos del Sistema Integrado de Gestión (SIG) del FENOGUE:

- ✓ **Mapa de Riesgos Institucional:** Es el insumo primario para la planeación de auditoría, permitiendo enfocar los esfuerzos en los procesos con mayor exposición al riesgo (De acuerdo con la política de administración de riesgos del FENOGUE).
- ✓ **Planes de Mejoramiento:** Los resultados de las auditorías (hallazgos) alimentan los planes de mejoramiento que gestionan los líderes de proceso, cerrando el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar).
- ✓ **Manual de Contratación y Reglamento Operativo y Financiero del FENOGUE:** Sirven como criterios de auditoría (norma contra la cual se compara) para las evaluaciones de cumplimiento y desempeño de la gestión del Fondo.
- ✓ **Código de Integridad y Buen Gobierno:** Establece los lineamientos éticos que rigen tanto la conducta del auditor como el ambiente de control que es objeto de evaluación.