



**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
COLEGIO MAYOR
DE ANTIOQUIA**

**INFORME DE GESTIÓN Y
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL
INTERNO (MECI)**

Junio 16 de 2015 – Octubre 17 de 2017

OFICINA DE CONTROL INTERNO

**EDIT YOHANA PALACIO ESPINOSA
Directora Operativa de Control Interno**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO
MAYOR DE ANTIOQUIA
MEDELLÍN – SEP/2017**



INFORME RESUMIDO

Desde la fecha en que se suscribió el acta de posesión en el cargo de Directora operativa de Control Interno, se asumió la responsabilidad de desarrollar de manera organizada todas las actividades que dieran sustento al cumplimiento normativo de la oficina. Por ello, para lo que quedaba del año 2015 se asumió el reto de continuar con la ejecución del Plan Anual de Auditoría (programa de auditoría) con el que contaba la oficina antes de del inicio de actividades como Directora; en el caso del año 2016 se realizó el Plan Anual de Auditoría, teniendo en cuenta los parámetros y retos asumidos por la Alcaldía de Medellín en sujeción a los procedimientos propuestos por el IIA con el Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna MIPPAI, así también se hizo con la programación de la actividad para el año 2017, con la diferencia de que en éste último se adicionó el diseño del Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad de la Auditoría Interna.

Cabe resaltar que los Planes Generales de Auditoría Interna de 2016 y 2017 fueron aprobados por el Consejo Directivo, en cumplimiento del Acuerdo Interno 014 de 2015, el cual aprueba y adopta el Estatuto General de Auditoría y el Código de Ética de la actividad para la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia.

Durante el tiempo de ejecución de actividades en la Institución se cumplieron a cabalidad las obligaciones de ley otorgadas a las oficinas de Control Interno, por lo que quedó demostrada la responsabilidad del equipo de trabajo y la intención de movilizar la gestión del cambio en la cultura organizacional.

Como principales dificultades se encontraron:

Resistencia por parte del personal a la actividad de auditoría y asesoría.

Sistema Operativo de la Institución diseñado de manera funcional, lo que implica falta de flexibilidad en los procesos.

Debilidad en el conocimiento de roles, responsabilidades y niveles de autoridad en el sistema.

Resistencia al cambio.



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
**COLEGIO MAYOR
DE ANTIOQUIA**

Fortalezas:

Respeto por el auditor.

Autonomía otorgada desde la alta dirección.

Disposición de recursos para el funcionamiento de la oficina.

2. Detalle pormenorizado sobre la situación de los recursos materiales, financieros y humanos así como los bienes muebles e inmuebles a su cargo, debidamente actualizados a la fecha de la entrega.

Ver acta de entrega de inventario.

3. Detalle de los presupuestos, programas, estudios y proyectos.

N/A

4. Obras públicas y proyectos en proceso.

N/A

5. Reglamentos, manuales de organización, de procedimientos, y

Estatuto General de Auditoría aprobado por Consejo Directivo.

Código de Ética de Auditoría Interna.

Documentación del proceso de Control Interno en ISOLUCION.

Manual de auditoría interna para la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia.



INFORME DE GESTIÓN 2017

Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad en la actividad de Auditoría Interna

Este programa tiene como objetivo: definir y programar la aplicación de métodos, estrategias y herramientas para aportar al mejoramiento del desempeño de la Institución, en el marco de actuación de la Oficina de Control Interno.

Como control al cumplimiento de este requisito la oficina cuenta con un “calendario 2017 de Presentación de información a entes externos y actividades de la Oficina de Control Interno”, donde se encuentran plasmadas las actividades a desarrollar en cumplimiento de los roles y responsabilidades de la oficina que se encuentran definidos en la Ley 87 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

Las actividades registradas a continuación se encuentran programadas y se han ejecutado de acuerdo a los planes internos.

1. Realizar el informe en línea de la evaluación independiente al Sistema de Control Interno:

El informe se realizó de acuerdo a las directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública; los resultados de dicho informe se encuentran contenidos en este informe.

2. Coordinar la evaluación institucional del sistema de control interno y su registro:

Se realizó la solicitud por procesos de la información requerida, se hizo verificación y valoración de evidencias y finalmente se registró la información en la plataforma.

Aunque el informe pudo rendirse a tiempo en la plataforma, se encontraron dificultades en cuanto a reporte de información por parte de algunos procesos y resistencia de algunos líderes para el suministro de información.



3. Realizar seguimiento al plan de mejoramiento de la oficina:

Producto de la auditoría interna de calidad, la autoevaluación de los planes de la oficina y la propia gestión del proceso se han definido acciones de mejoramiento que han contribuido a la gestión del área.

4. Evaluar la efectividad de las acciones del plan de mejoramiento:

La evaluación de la efectividad de las acciones se encuentra programada para diciembre del presente año.

5. Enviar a los jefes de área la solicitud de información para la evaluación de Gestión por Dependencias.

Se realizó la actividad de acuerdo a la programación; la información fue recibida en los términos requeridos por parte de todos los procesos.

6. Realizar la evaluación de Gestión por Dependencias:

Se planeó y realizó la evaluación de gestión por dependencias, encontrando varias dificultades en el proceso, lo que redundó en la necesidad de emplear más del tiempo planeado para la evaluación.

Si bien se realizó la evaluación no fue posible registrar una valoración cuantitativa de los resultados de gestión por dependencias, toda vez que la Institución cuenta con una operación por procesos con debilidades en controles, demostrando desarticulación entre los indicadores de los procesos y los de la planeación estratégica.

Producto de dicha evaluación se dejó un informe que fue enviado a la Alta Dirección.

7. Diseñar y someter a aprobación el Plan Anual de Auditoría:

Se diseñó el Plan General de Auditoría y se sometió a probación por parte del Consejo Directivo de la Institución.



8. Evidenciar en el informe de auditoría las vulnerabilidades que tienen los procesos:

En los informes de auditoría se encuentran contenidos los hallazgos producto del ejercicio, dentro de los cuales se tipifican los incumplimientos, las oportunidades de mejora, los riesgos y las conclusiones dadas por la Directora de Control Interno.

9. Realizar evaluación de los cambios presentados en los procesos a partir de los ejercicios de auditoría:

Se realizó un informe de impacto de la actividad de auditoría interna en el año 2016, informe que fue enviado al Rector para su conocimiento.

10. Evaluar el ejercicio de auditoría de los auditores y registrar plan de acción individual para la cualificación:

Se realizó evaluación individual de auditores, se concertaron los mejoramientos en la actividad y se evaluó el cumplimiento del objetivo del ejercicio auditor.

11. Participar en los Comités donde tenga asiento:

La Directora de Control Interno ha asistido a todos los comités y reuniones a los que sido invitada.

Cabe resaltar que por resistencia, desconocimiento o falta de valor dado al rol del Auditor Interno en la Institución, éste no era invitado a los diferentes comités y reuniones realizadas en el área misional.

12. Coordinar la realización de sesiones ordinarias y extraordinarias del Comité del Sistema Integrado de Gestión:

La Directora de Control Interno ha cumplido con el rol de Secretaria Técnica del Comité de Coordinación de Control Interno.

13. Participar en las reuniones donde se requiera intervención de Control Interno y que sea expresamente solicitada:



En los casos en que ha sido invitada ha asistido a las reuniones.

14. Presentar al Consejo directivo la evaluación anual realizada al Sistema de Control Interno:

Se tiene programada la actividad para el mes de diciembre, sin embargo, se presentaron los resultados obtenidos en la evaluación 2016.

15. Presentar al Consejo directivo la evaluación anual realizada a Control Interno Contable:

Se realizó la evaluación al Sistema de Control Interno Contable con la cooperación de la Vicerrectora Administrativa y Financiera y fue presentada al Consejo Directivo.

Puntaje obtenido 4.72

Interpretación: adecuada

16. Verificar que se realice la autoevaluación y que se implementen acciones a partir de ella.

En el año 2017 se acompañó al proceso de Planeación en la programación y diseño de la actividad de autoevaluación, así mismo, se verificó que ésta se llevara a cabo de acuerdo a los requerimientos.

17. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento tanto internos como externos.

A la fecha se han realizado dos seguimientos a los planes de mejoramiento internos y externos de 2017, encontrando que aún es necesario reforzar la cultura del control y autocontrol en la institución, ya que existen hallazgos y observaciones identificados por parte de la Oficina de Control Interno a los que no se les ha definido acciones, además, los planes de mejoramiento que se definen en la Vicerrectoría de Docencia no son informados ni registrados en esta oficina, por lo que no es posible hacer seguimientos a dichas acciones. Es también importante registrar que la Institución no analiza ni le genera acciones de mejoramiento a los informes pormenorizados producto de las evaluaciones del Sistema de Control



Interno, lo que impide que dicho sistema alcance el grado de madurez que reflejaría una adecuada cultura del control y autocontrol.

18. Revisar los planes de mejoramiento definidos una vez socializados los informes de auditoría.

Desde la oficina de Control Interno se orienta a los procesos auditados para que registren acciones de mejoramiento eficaces para el sistema.

19. Diseñar un programa de fomento de la cultura de control y autocontrol.

Dentro de las actividades de auditoría se sensibiliza frente a la necesidad de observar una actitud de mejoramiento en todas las actuaciones de los líderes, además, se han realizado dos capacitaciones a grupos de trabajo que se han dispuesto a recibir la orientación y se realizó una pequeña campaña de control y autocontrol donde se entregaron unos separadores de libros con información sobre la función auditora y su impacto en el sistema de control interno.

20. Acompañar a los procesos en las respuestas a los entes de control.

Actualmente se canaliza la información a ser rendida a los entes de control, igualmente, cuando los procesos solicitan orientación para dar respuestas, se les ha brindado el acompañamiento.

21. Coordinar la rendición de cuentas en línea e informar los resultados a la alta dirección.

Se entregó a la Alta Dirección el informe que contiene todos resultados de las rendiciones de cuentas en línea.



EJECUCIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS

VIGENCIA 2015

La Oficina de Control Interno en cumplimiento al rol encomendado y siguiendo las actividades contempladas en su plan de trabajo ha realizado seguimiento a los Planes de Mejoramiento producto de las auditorías realizadas por la Contraloría General de Medellín.

En la vigencia 2016 se realizaron dos auditorías a las actividades del año inmediatamente anterior (2015), estas auditorías arrojaron veintidós (22) hallazgos observándose que a la fecha se han implementado veintiún (21) acciones de las 22 definidas en el respectivo plan de mejoramiento.

	VIGENCIA 2015		TOTAL HALLAZGOS	PORCENTAJE DE AVANCE
	Auditoría Especial Evaluación Fiscal y Financiera 2015	Auditoría Regular 2015		
TOTAL HALLAZGOS POR PLAN DE MEJORAMIENTO	12	10	22	95%
ACCIONES IMPLEMENTADAS	12	9	21	
ACCIONES SIN IMPLEMENTAR		1		
PORCENTAJE SIN IMPLEMENTAR		5%		

A continuación se describe la acción a implementar correspondiente a la Auditoría Regular 2015 realizada por la Contraloría General de Medellín:

“Realizar capacitación e inducción referente a la Resolución 329 de 2013 adoptada por la Institución. Reforzar mediante Flash Institucional la Resolución 329 de 2013. Para los procesos de contratación que guarden relación con adquisición de bienes y servicios de Tecnología e Informática el estudio de mercado deberá contar con el aval del Jefe del área de Tecnología de la Institución”.

El responsable de esta acción es Secretaría General; al momento se registra que solicitó ampliación de fecha para su aplicación para el mes de agosto de 2017.



VIGENCIA 2016

En la vigencia 2017, la Contraloría General de Medellín realizó la auditoría de evaluación fiscal y financiera con alcance 2016, la cual arrojó seis (6) hallazgos.

	VIGENCIA 2016	TOTAL HALLAZGOS	PORCENTAJE DE AVANCE
TOTAL HALLAZGOS POR PLAN DE MEJORAMIENTO	Auditoría Especial Evaluación Fiscal y Financiera 2016 6	6	83%
ACCIONES IMPLEMENTADAS	5	5	
ACCIONES SIN IMPLEMENTAR	1		
PORCENTAJE SIN IMPLEMENTAR	17%		

Se describe la acción a implementar correspondiente a la Auditoría fiscal y financiera 2016 realizada por la Contraloría General de Medellín:

“Firmar las notas de los estados contables básicos, por el representante legal, el Vicerrector Administrativo y Financiero y el Contador de la Institución”.

El responsable de esta acción es el proceso de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera, fecha de obtención de resultados diciembre de 2017.



EJECUCIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS

Las acciones definidas a los hallazgos encontrados en las auditorías internas realizadas por la Oficina de Control Interno durante el año 2015, 2016 y primer semestre 2017 alcanzan un total de 572, encontrándose implementadas 379 acciones correspondientes al 66% y el 34% restantes son las acciones pendientes de implementación.

Es necesario aclarar que dentro de estas acciones no se encuentran contenidas las que corresponden a las Auditorías de Calidad ni a los procesos de evaluaciones y/o autoevaluaciones desarrollados en la Vicerrectoría Académica, en cuanto que los líderes respectivos no informan a la oficina de Control Interno sobre dichas acciones, por lo que al momento no es posible conocer el dato real de total de acciones en el Plan de Mejoramiento Institucional.

Las acciones se encuentran distribuidas de la siguiente forma:

ANÁLISIS PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIAS 2015 - 2016 - 2017

VIGENCIA 2015

TOTAL PLANES DE MEJORAMIENTO	DESDE - HASTA	TOTAL ACCIONES REPORTADAS (HALLAZGOS Y OBSERVACIONES)	TOTAL ACCIONES ABIERTAS	PLANES DE MEJORAMIENTO ABIERTOS	TOTAL ACCIONES CERRADAS	% DE AVANCE
18	Desde PM 31 - hasta PM 48	183	7	PM 37-42-44-46	176	96%

VIGENCIA 2016

TOTAL PLANES DE MEJORAMIENTO	DESDE - HASTA	TOTAL ACCIONES REPORTADAS (HALLAZGOS Y OBSERVACIONES)	TOTAL ACCIONES ABIERTAS	PLANES DE MEJORAMIENTO ABIERTOS	TOTAL ACCIONES CERRADAS	% DE AVANCE
22	Desde PM 49 - hasta PM 70	298	65	PM 50-51-57-58-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70	233	78%

VIGENCIA 2017

TOTAL PLANES DE MEJORAMIENTO	DESDE - HASTA	TOTAL ACCIONES REPORTADAS (HALLAZGOS Y OBSERVACIONES)	TOTAL ACCIONES ABIERTAS	PLANES DE MEJORAMIENTO ABIERTOS	TOTAL ACCIONES CERRADAS	% DE AVANCE
6	Desde PM 71 - hasta PM 83	82	65	PM 71- 72-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83	17	21%



Se identificaron procesos que no diligenciaron los planes de mejoramiento resultante de las evaluaciones realizadas por control interno, como lo fueron:

PM resultante de la evaluación del Sistema de Control Interno MECI 2015 y 2016.
PM resultante del seguimiento de la evaluación de gestión por dependencias 2016.

Además de lo anterior, la Oficina de Control Interno envió a diferentes procesos observaciones que fueron resultantes de varios ejercicios de análisis de información, con el fin de que los procesos implementaran un plan de mejoramiento como producto de los resultados de las rendiciones anuales, los que podrían servir a la Institución para lograr un buen nivel de madurez del sistema, sin embargo, estas observaciones no fueron aceptadas por los líderes, lo que demuestra desconocimiento y aversión a la labor de control y mejoramiento a la que se encuentran obligados los miembros del Servicio Público.



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
**COLEGIO MAYOR
DE ANTIOQUIA**

EJECUCIÓN DE AUDITORIAS DE LEY

La oficina de Control Interno realiza las auditorias que se encuentran estipuladas en la reglamentación del sector Función Pública y que comprenden todos aquellos trabajos de aseguramiento orientados al cumplimiento del marco normativo específico de Control Interno; como se muestra en la siguiente tabla, se han realizado 20 de las 37 requeridas, equivalente a un 54% de cumplimiento del plan general.

Las auditorias de ley pendientes son las que se realizan en diferentes épocas del año como lo son: PQRSF, seguimiento plan anticorrupción y atención al ciudadano, seguimiento a los planes de mejoramiento, informe de austeridad del gasto, informe pormenorizado de control interno, entre otras.

A continuación se relacionan las auditorías realizadas en este sentido y sus respectivas rendiciones a los entes externos como lo son: Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), Dirección Nacional de Derechos de Autor, Contraloría General de Medellín (CGM), Contaduría General de la Nación (CGN), Secretaria de Hacienda, Contraloría General de la Republica (CGR):

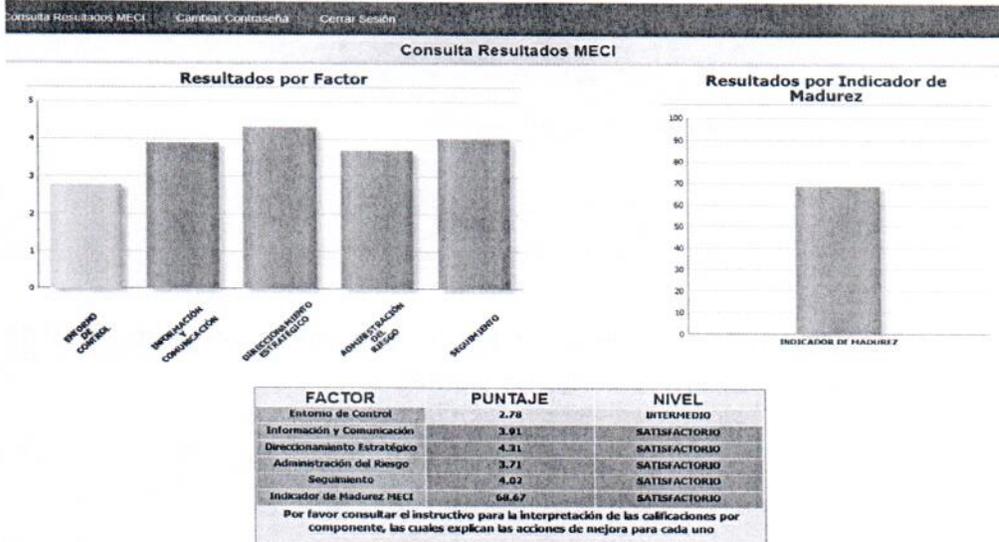


CUMPLIMIENTO AUDITORIAS DE LEY 2017					
AUDITORIA DE LEY	SOLICITADAS	EJECUTADAS	%	RADICADO / CERTIFICADO	
1	EVALUACION DE LA GESTION POR DEPENDENCIAS (LEY 909 DE 2004)	1	1	100%	RAD 2017300565
2	SEGUIMIENTO A LAS PQRSF (LEY 1474 DE 2011)	2	1	50%	RAD 2017301448 RAD
3	SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO (LEY 1474 DE 2011 Y DECRETO 2641 DE 2012)	4	3	75%	_ Publicación del plan _ Publicación de abril _ RAD 2017300723
4	SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS, EXTERNOS, INDIVIDUALES (LEY 87 DE 1993, DECRETO 943 DE 2014, CIRCULAR 100-003 DE 2010)	3	2	67%	RAD 2017300563 - MARZO RAD 2017301211 - JULIO
5	INFORME DE AUSTERIDAD DEL GASTO (DECRETO 984 DE 2012) - TRIMESTRAL	4	2	50%	RAD 2017300751
	SEGUIMIENTO DE AUSTERIDAD DEL GASTO (DECRETO 984 DE 2012) - MENSUAL	12	8	67%	N/A
6	VERIFICACION LEY DE CUOTAS (CIRCULAR CONJUNTA 003 DE 2011)	1	1	100%	PANTALLAZO DE ENVIÓ
7	Evaluación Independiente MECI (DAFP)	1	1	100%	CERTIFICADO
8	Informe pormenorizado de Control Interno MECI - DAFP	3	2	67%	PUBLICADO EL 10 DE MARZO DE 2017 PUBLICADO EL 12 DE JULIO DE 2017
9	CGN - Informe Control Interno Contable	1	1	100%	CERTIFICADO
10	Rendición de la Cuenta CGM - ANUAL	1	1	100%	CERTIFICADO
11	Secretaría de Hacienda	2	1	50%	INFORMACIÓN ENVIADA A LA VICERRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA EL 16 DE FEBRERO DE 2017
12	Contraloría General de la República Personal y Costos	1	1	100%	CERTIFICADO
13	Dirección Nacional de Derechos de Autor	1	1	100%	CERTIFICADO
TOTAL EJECUTADO		37	26	70%	



RESULTADOS DE LA ENCUESTA MECI

Formulario vigencia 2016



El indicador de madurez MECI obtuvo un nivel de 68.67 y un nivel satisfactorio, lo que indica:

Nivel satisfactorio (puntaje 66-90): La Entidad cumple de forma completa y bien estructurada con la aplicación del modelo de control interno, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos. La Política de Riesgos es conocida y aplicada por todos los procesos. Se cuenta con mapas de riesgos por proceso y el institucional, lo que facilita la gestión de sus riesgos.

No obstante el resultado satisfactorio, sería importante aplicar acciones correctivas y de mejoramiento en los casos específicos en que se detectaron bajos puntajes, sin embargo, a la fecha no se ha logrado tal mejoramiento por parte de los líderes.



RESULTADOS DEL CONTROL INTERNO CONTABLE

Puntaje obtenido 4.72

Interpretación: adecuada

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE			
NÚMERO	EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE	PUNTAJE OBTENIDO	INTERPRETACIÓN
4	CONTROL INTERNO CONTABLE	4.72	ADECUADO
1.1	ETAPA DE RECONOCIMIENTO	4.88	ADECUADO
1.1.1	IDENTIFICACIÓN	4.77	ADECUADO
1.1.2	CLASIFICACIÓN	4.88	ADECUADO
1.1.3	REGISTRO Y AJUSTES	5.00	ADECUADO
1.2	ETAPA DE REVELACIÓN	4.53	ADECUADO
1.2.1	ELABORACIÓN DE ESTADOS CONTABLES Y DEMÁS INFORMES	4.50	ADECUADO
1.2.2	ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	4.57	ADECUADO
1.3	OTROS ELEMENTOS DE CONTROL	4.44	ADECUADO
1.3.1	ACCIONES IMPLEMENTADAS	4.44	ADECUADO

RANGOS DE INTERPRETACIÓN DE LAS CALIFICACIONES O RESULTADOS OBTENIDOS	
RANGO	CRITERIO
1.0 - 2.0	INSUFICIENTE
2.0 - 3.0 (no incluye 2.0)	DEFICIENTE
3.0 - 4.0 (no incluye 3.0)	SATISFACTORIO
4.0 - 5.0 (no incluye 4.0)	ADECUADO

Se realizó la evaluación en los términos de ley, encontrando un buen nivel de implementación del Sistema de Control Interno Contable.



INFORMES DE CONTROL REQUERIDOS

Las evaluaciones que los entes de control solicitan y que deben desarrollarse por Control Interno, se reportan por sus respectivos medios; al momento se demuestra cumplimiento del 80% sobre lo planeado, representado en 10 informes que se deben presentar a diciembre 31 de 2017, de los cuales se han rendido 8.

N° DE INFORMES DE GESTION Y FINANCIERA 2016 - 2017			
ENTIDADES EXTERNAS	INFORMES A PRESENTAR 1 ENERO A 31 DICIEMBRE	INFORMES PRESENTADOS	%
DAFP-MECI	4	3	75%
DERECHOS DE AUTOR	1	1	100%
CGM (plan de mejoramiento)	1	1	100%
CONTROL INTERNO CONTABLE	1	1	100%
SECRETARIA DE HACIENDA	2	1	50%
CGR	1	1	100%
TOTAL INFORMES	10	8	80%

Los informes faltantes corresponden a:

La publicación del informe pormenorizado de Control Interno con corte a octubre.

Información solicitada por Secretaria de Hacienda.



EJECUCIÓN AUDITORÍAS DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIAS

Dando cumplimiento al objetivo del plan de auditorías, el cual especifica “Realizar auditorías internas a los procesos y procedimientos de la Institución, partiendo de la valoración de riesgos y haciendo énfasis en la efectividad de los controles asociados a dichos riesgos, con el fin de garantizar la aplicación de acciones de mejoramiento, preventivas o correctivas para el mejoramiento continuo”, se han realizado o están en proceso las auditorías descritas a continuación y las que se informaron en los ítems anteriores.

Las auditorías programadas en esta vigencia, adicionales a las de requerimiento legal, se constituyen en siete (7), de las cuales se han llevado a cabo: los arquezos de caja menor y caja general de la IUCMA, se encuentran en ejecución dos (2) ejercicios de auditoría: contratación (extensión y proyección social - Secretaria General) y Tecnología e Informática y en proceso de planeación de auditoría la de Gestión de Comunicaciones, Gestión Documental y Docencia (TH).

Cabe resaltar que durante el primer semestre de cada vigencia se desarrollan la mayor parte de auditorías de Ley y es donde la Institución tiene mayor actividad de control externo, por lo que se encuentra que la ejecución de las auditorías programadas a partir del análisis de riesgos se registra en menos del 50%.

En razón a lo anterior la Oficina de Control Interno de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia se encuentra a la fecha con un avance de 54% en la ejecución del Plan Anual de Auditorías y un 69.84% de ejecución del Plan de Trabajo definido para el año 2017, lo que la ubica en un nivel óptimo de cumplimiento con relación al corte y a la programación establecida.



RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

Fortalezas:

- El proceso de comunicaciones se encuentra documentado y funciona de acuerdo a los parámetros establecidos, lo que proporciona un cierto nivel de control en la operación.
- Se han asignado recursos para que el proceso funcione, fortaleciendo los resultados de su gestión.
- El proceso funciona de manera articulada con los demás procesos de la Institución.
- La comunicación está ubicada en el Institución dentro del macro proceso de Direccionamiento estratégico.

Debilidades:

- A la fecha no se han definido acciones de mejoramiento a partir de los análisis de los informes pormenorizados de Control Interno, lo que impide que el proceso cuente con una dinámica de mejoramiento continuo.
- Los métodos de evaluación del proceso no garantizan un control a la efectividad en su gestión, toda vez que sus indicadores miden la satisfacción del servicio educativo y no la efectividad del servicio informativo y de comunicaciones, los cuales se constituyen los pilares de dicho proceso.
- Persisten las debilidades detectadas frente a la definición, monitoreo y control de políticas de atención al usuario que garanticen una comunicación asertiva con el cliente externo.
- Aún no se han adoptado métodos que permitan un mejoramiento en el manejo de la información y comunicación con el cliente interno, lo que redundará en bajos niveles de gestión y control en trámites internos.
- No se cuenta con un Plan de Comunicaciones estructurado, donde se definan actividades, cronogramas, actividades y metas de manera periódica, lo que representa una debilidad en el cumplimiento del principio de planeación en la gestión.



MÓDULO I: CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

COMPONENTE: Talento Humano

Fortalezas:

- Se tiene documentado el proceso, lo que ayuda a controlar la operación.
- El proceso gestiona mecanismos de control para mantener la toma de decisiones en línea con el cumplimiento normativo.

Debilidades:

- A la fecha no se han definido acciones de mejoramiento a partir de los análisis de los informes pormenorizados de Control Interno, lo que impide que el proceso cuente con una dinámica de mejoramiento continuo.
- Existe debilidad en cuanto al empoderamiento del área con los temas de gestión pública para una cultura enfocada en el servicio, lo que redundará en un proceso netamente operativo que no demuestra mayor aporte de valor adicional en cuanto a gestión del talento humano.
- La Institución a la fecha no cuenta con un Plan Estratégico de Talento Humano, lo que impide que se gestionen y valoren los resultados de impacto de la gestión del bienestar laboral - social de los empleados.
- Con los indicadores definidos no se mide plenamente el objetivo del proceso, ya que éstos muestran los resultados en cuanto al cumplimiento, pero no es posible, a partir de su análisis de resultados, determinar la efectividad.
- No se tiene un plan de gestión ética que incluya el control al cumplimiento de los lineamientos éticos que observan los servidores de la Institución, los niveles de responsabilidad y autoridad en ética, la ruta para la toma de decisiones, las estrategias, los indicadores y los períodos de medición de resultados, por lo que se dificulta conocer el grado de madurez de una cultura organizacional enfocada en el servicio.

Acuerdos, compromisos y protocolos éticos: Aunque se adoptó un Código de Ética y Buen Gobierno en la Institución, no se tienen definidos los mecanismos que definan un estándar de conducta de los servidores públicos y particulares que cumplen funciones públicas dentro de la entidad, lo que impide que se cree una cultura de servicio en congruencia con los principios de la gestión pública contenidos en la Ley 489 de 1998 y enfocada al cumplimiento de la Ley 734 de 2002, Código Disciplinario Único.

Desarrollo del Talento Humano: Aunque se tiene un plan anual de capacitación éste no cuenta con los elementos de control requeridos para demostrar eficacia en



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
**COLEGIO MAYOR
DE ANTIOQUIA**

sus resultados, ya que no evidencia objetivos claros, metas e indicadores que permitan medir el nivel de impacto de la capacitación otorgada en la operación de los procesos. Sería importante hacer gestión del conocimiento, en busca de que el recurso de capacitación se extienda a las demás personas involucradas en el proceso.

Adicional a lo anterior, no se tienen definidos los mecanismos de medición de resultados laborales de los funcionarios que se encuentran vinculados en condición de provisionalidad, por lo que no es posible medir el nivel de contribución de los resultados por dependencias a los resultados del plan estratégico.

COMPONENTE: Direccionamiento Estratégico

Fortalezas:

- Se realizan esfuerzos para mantener una cultura enfocada en la calidad, al contar con proyectos de certificación de la gestión en estándares internacionales.
- Se tiene un estilo de dirección que se encuentra basado en la confianza y otorga autonomía a los directivos para la toma de decisiones, lo que puede ayudar a la eficiencia en los procesos.

Debilidades:

- A la fecha no se han definido acciones de mejoramiento a partir de los análisis de los informes pormenorizados de Control Interno, lo que impide que el proceso cuente con una dinámica de mejoramiento continuo.
- El Plan de Desarrollo Institucional puede no estar siendo tomado por las áreas como documento estratégico que enmarque la ruta de operación hacia el cumplimiento de objetivos claros, ya que demuestra debilidad en la definición de elementos de medición y control que permitan hacer una valoración en el tiempo de los resultados de gestión términos de efectividad, calidad e impacto.
- El Sistema de Gestión Integrado tiene debilidades en temas de integración, ya que no incluye en la documentación ni en la gestión los elementos del Sistema de Control Interno, situación que se evidencia en el hecho de que tanto en plataforma documental como operativa no se visibiliza el Sistema de Control Interno como integrado a los demás sistemas adoptados, además, los planes de mejoramiento producto de las auditorías de Control Interno no se administran en el software de calidad.



- No se tienen definidos objetivos claros a nivel estratégico, por lo que tampoco se cuenta con indicadores que permitan analizar los resultados de la gestión en términos de impacto en un tiempo determinado.
- Las actividades de calidad, planeación y asesoría en direccionamiento estratégico se encuentran desarticuladas, lo que representa para la Institución dificultades para la determinación de ruta de trabajo en cada una de las áreas.
- Aunque el mapa de procesos es un elemento de planeación, no demuestra en su diseño la garantía de estructura operativa, sino funcional, lo que impide garantizar la identificación de productos por cada proceso y la interacción existente entre cada uno de ellos, negando el cumplimiento del propósito de una operación sistémica. Si bien la interacción se sustenta en los documentos de caracterización, al ser un mapa funcional no queda demostrado la articulación de la información, obviando el propósito de una operación por procesos.
- En repetidas ocasiones las metas de los indicadores no son retadoras, lo que impide que el proceso opere en la dinámica del mejoramiento continuo, además, al tratarse de indicadores de cumplimiento los niveles de tolerancia no deberían ser flexibles; para garantizar que los análisis de indicadores sean un mecanismo de control para la toma de decisiones a nivel gerencial, es necesario que el sistema madure en cuanto a la definición de métodos de control y gestión, buscando plena coherencia entre objetivo, indicador, meta, riesgo y mejoramiento.

Planes, programas y proyectos: se cuenta con un Plan de Desarrollo Institucional que en ocasiones no demuestra plena aplicación como herramienta de gestión y control, pues en la operación se encuentra que no existe articulación entre la planeación sectorial, Municipal y Organizacional, además, no se observa una identificación de objetivos que puedan ser medidos con indicadores que demuestren resultados de la gestión en términos de resultado. Los planes y programas de la Institución no están alineados a las políticas de desarrollo administrativo.

Además de lo anterior, no se evidencian correctivos y mejoras a las actividades y herramientas de Direccionamiento Estratégico, a partir de las evaluaciones que realiza la Oficina de Control Interno.

Operación por procesos: Se evidencia una organización basada en procesos, la cual funciona acorde a los parámetros y herramientas estipuladas en el diseño del Sistema de Gestión Integrado, sin embargo, el mapa de procesos muestra una operación funcional y no operativa, como lo buscan las normas de referencia.

Estructura Organizacional: Aunque la Institución se encuentra en proceso de adopción de la estructura organizacional, se recomienda que se ajusten los



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
**COLEGIO MAYOR
DE ANTIOQUIA**

mecanismos de gestión y control a ésta, para que se articule la información, de manera que se facilite el proceso de toma de decisiones.

Indicadores de gestión: A la fecha no se han aplicado mejoras a las actividades de medición y control, ya que, como se ha expresado anteriormente, aunque la Institución cuenta con un sistema de indicadores en funcionamiento y su gestión se ajusta a los procedimientos definidos en gestión de la mejora, no se evidencia total articulación entre los indicadores del plan de desarrollo con los indicadores de proceso. Además, se hace necesario mejorar los análisis realizados por parte de los líderes de los procesos, ya que éstos no contienen datos explicativos que den cuenta de un resultado claro para el control, redundando en la dificultad para la revisión de los cumplimientos y la determinación de datos tendientes a medir los resultados en términos de efectividad en la gestión. Los procesos en general, no cuentan con indicadores de efectividad que midan el nivel de cumplimiento del objetivo del proceso y su impacto en la gestión; vale la pena revisar si hay desviaciones en la formulación del objetivo o en la identificación de los indicadores que lo miden.

Políticas de operación: Aunque el Sistema de Gestión Integrado proporciona métodos de administración de las políticas operativas, podría mejorarse en cuanto a la articulación y comunicación entre procesos en la administración de la información requerida para la toma de decisiones, también se encuentra débil la definición y socialización de las políticas de gobierno corporativo.

Sería importante tener claramente diferenciado el concepto manuales, procedimientos e instructivos, con el fin de identificar los métodos o modos de tramitar o ejecutar las actividades y con ello lograr que estas herramientas cumplan su propósito.

COMPONENTE: Administración del riesgo

Políticas de administración del riesgo: las políticas de administración de los riesgos en la Institución ha sido sometidas a revisión y ajuste, lo que ha generado mejoramiento en la gestión y control de los riesgos operativos institucionales.

Identificación del riesgo: Se evidencia mejoramiento en la identificación del riesgo operativo, sin embargo, es necesario fortalecer los mecanismos para la diferenciación y análisis de los demás riesgos a los cuales se encuentra expuesta la entidad (estratégicos, de mercado, entre otros).



Análisis y valoración del riesgo: Se han definido acciones para el fortalecimiento de la gestión de los riesgos por proceso, lo que ha redundado en un mejoramiento en su gestión.

MÓDULO II: CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

COMPONENTE: Autoevaluación Institucional

Fortalezas:

- Se tienen definidos los mecanismos de autoevaluación, tanto de gestión como de operación misional.
- Se realizan periódicamente los procesos de autoevaluación.
- Se le han realizado mejoras a las herramientas de autoevaluación, en la búsqueda de articulación de los procesos y participación en aras del mejoramiento continuo.

Debilidades:

- Persiste la división existente entre la autoevaluación académica y la autoevaluación Institucional, lo que mantiene niveles de desarticulación en la toma de decisiones para el mejoramiento.
- Las actividades de autoevaluación se realizan de manera individual (indicadores, riesgos, academia y percepción), situación que podría estar suponiendo una debilidad en cuanto a optimización de recursos.
- A partir de las autoevaluaciones no se evidencian planes de mejoramiento por procesos con acciones de mejora, preventivas y/o correctivas, que garanticen una dinámica de gestión enfocada en el mejoramiento continuo. Si bien se definen planes de mejoramiento para los procesos que tienen puntajes con niveles aceptables, los demás procesos no evidencian análisis de resultados para definir acciones preventivas y de mejora a partir de la autoevaluación, lo que demuestra que el mecanismo de medición no cumple plenamente con el propósito.

Autoevaluación del control y de gestión: La Institución realiza periódicamente la autoevaluación respectiva al sistema de control y al de gestión, sin embargo, sería importante mejorar los mecanismos de articulación de los resultados para lograr la medición del impacto en la evaluación a nivel Institucional; además, es importante articular los procesos de autoevaluación académica con los de autoevaluación a la gestión, para determinar los impactos en la prestación del servicio.



COMPONENTE: Auditoría Interna.

Fortalezas:

- El nivel de implementación de las herramientas definidas por el MIPPAI se encuentran en un 100%, lo que demuestra estructura clara y coherente, redundando en el mejoramiento continuo en las actividades de auditoría.
- Se tienen mecanismos de control para el cumplimiento de planes y programas del área de Control Interno, lo que permite consolidar un proceso en maduración.
- Se tienen mecanismos de medición de la efectividad y el impacto del trabajo del área en el mejoramiento de los procesos, lo que demuestra la responsabilidad con el mejoramiento en la prestación del servicio.

Debilidades:

- Las comunicaciones que se establecen en el marco de las actividades de auditoría no han sido efectivas, lo que se ve evidenciado en el nivel de aceptación de los procesos con los productos de Control Interno.
- Se constituye en debilidad el hecho de que la labor de auditoría interna, para los funcionarios de la Institución, no se identifica como herramienta de mejoramiento en los procesos, lo que impide la consolidación de una cultura basada en la transparencia, la legalidad y el servicio.

Auditoría Interna: Aunque los métodos y herramientas de auditoría se encuentran ajustados al Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna, se encuentra en ocasiones, resistencia de algunos de los líderes a las evaluaciones independientes, además, se tienen dificultades en algunos procesos para la suscripción de planes de mejoramiento a partir de las auditorías, ocasionando dificultades para desarrollar actividades efectivas de asesoramiento con enfoque en el mejoramiento continuo.

COMPONENTE: Planes de Mejoramiento

Fortalezas:

- Se tienen planes de mejoramiento Institucionales y por procesos que son evaluados periódicamente para determinar su cumplimiento.



- Se ha logrado avanzar en el reconocimiento que hacen los funcionarios del propósito de los planes de mejoramiento, lo que facilita su gestión.

Debilidades:

- A la fecha no se han definido acciones de mejoramiento a partir de los análisis de los informes pormenorizados de Control Interno, lo que impide que el proceso cuente con una dinámica de mejoramiento continuo.
- Al momento los planes de mejoramiento producto de las auditorías de calidad, de los ejercicios de autoevaluación académica y los de auditoría interna, se encuentran separados, lo que impide tener un control pleno de su cumplimiento.

Plan de mejoramiento:

Es necesario que se incluyan en el plan de mejoramiento institucional, los planes de mejoramiento suscritos en el área de Docencia como producto de los seguimientos de entes externos de control, con el fin de garantizar disponibilidad y control de la información del mejoramiento continuo.

Persiste debilidad en el registro de acciones, las cuales son definidas sin hacer el debido análisis de causas; en la suscripción de planes de mejoramiento se encuentra también que aún no se conoce por todos los líderes la diferencia entre corrección, acción correctiva y acción de mejoramiento.

CONCLUSIÓN GENERAL DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Aunque el Sistema de Control Interno se encuentra totalmente implementado y demuestra madurez en cuanto al conocimiento, gestión y documentación, es necesario identificar puntos de mejoramiento, para incentivar su sostenimiento y progreso, con miras a que responda a las dinámicas institucionales, legales, municipales y las propias del sector.

Adicional a lo anterior, se requiere que las personas estratégicas de la Institución comprendan la importancia de las labores de auditoría y respondan a las necesidades de mejoramiento evidenciadas en los trabajos de evaluación, por lo que se invita a que estos informes sean analizados, revisados y sean suscritos los respectivos planes de mejoramiento, con el fin de demostrar una operación sistémica con enfoque en servicio público.



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
**COLEGIO MAYOR
DE ANTIOQUIA**

Es necesario que en toda la documentación del Sistema de gestión Integral de la Institución se visibilice el Sistema de Control Interno como uno de sus sistemas integrados, ya que esto promueve el enfoque de la cultura organizacional orientada a procesos y permite la obtención de resultados bajo condiciones controladas.

Edit Yohana Palacio Espinosa
Directora Operativa de Control Interno

Octubre 20 de 2017.