



MEMORANDO

Medellín 2016-07-08 15:04:09
Rad 2016301094
Institución Universitaria
Colegio Mayor de Antioquia
directora control interno

2.2

Medellín, 08 de julio de 2016

PARA: Bernardo Arteaga Velasquez, Rector

DE: Director Control Interno

ASUNTO: Informe Seguimiento a los riesgos operativos y de corrupción de la Institución
Universitaria Colegio Mayor de Antioquia.

A continuación se hace entrega del informe del seguimiento realizado a los riesgos operativos y de corrupción de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, elaborado por la Oficina de Control Interno.

Cualquier aclaración e información adicional estaremos a su disposición.

Atentamente,

EDIT YOHANA PALACIO ESPINOSA

Anexos: Se anexa informe definitivo y soportes





INFORME DE AUDITORIA

INFORME DEFINITIVO RIESGOS OPERATIVOS Y RIESGOS CORRUPCIÓN

Dando cumplimiento a lo estipulado en la Ley 1474 en el artículo 73 de 2011, la cual, entre otros, da parámetros para la elaboración y control del "*Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano*" e indica que es obligación de "*cada entidad del orden nacional, departamental y municipal de elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano; siendo uno de sus componentes el Mapa de Riesgos de Corrupción y las medidas para mitigar estos riesgos...*"

Además de lo anterior, teniendo en cuenta que es un rol encomendado a las Oficinas de Control Interno el de hacer seguimiento a las acciones que en el sentido de reducción del nivel de exposición de la institución a posibles riesgos de corrupción se determinen, para garantizar la eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios en términos de transparencia en el manejo de los recursos, se realizó el seguimiento regular a los riesgos operativos y riesgos de corrupción identificados por los líderes de los procesos, con el fin de determinar su pertinencia y si los controles definidos para eliminar la probabilidad de ocurrencia son los adecuados para la institución.

Conjuntamente el Decreto 124 de 2016 por la cual se sustituye el título IV de la parte 1 del libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al "*Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano*"...en su artículo 2.1.4.2. Mapa de Riesgos de Corrupción: *Señálense como metodología para diseñar y hacer seguimiento al Mapa de Riesgo de Corrupción de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la establecida en el documento "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción"*.

Cabe indicar que se tomó como base para el seguimiento a los riesgos de corrupción la guía para la gestión del riesgo de corrupción 2015 y la matriz de riesgos consolidada a diciembre de 2015 publicada en la página web de la institución en el sitio de Planeación Institucional.

Para este seguimiento no aplican los numerales del 1 al 3 de este informe.

1. IDENTIFICACIÓN EN EL PLAN DE DESARROLLO: N/A

2. GESTIÓN DE LA MEJORA: N/A



3. ANÁLISIS DE IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DE LOS PRINCIPIOS MECI Y LA AUTOEVALUACIÓN MECI: N/A

AUTOCONTROL: N/A
AUTORREGULACIÓN: N/A
AUTOGESTIÓN: N/A

AUTOEVALUACIÓN MECI: N/A

4. SITUACIÓN CONTEXTUAL DEL PROCESO O ACTIVIDAD: N/A

DEBILIDADES:

- Desactualización en la guía para la gestión del riesgo de corrupción.
- Desconocimiento de los líderes y gestores de procesos acerca de la conceptualización de riesgo, control y corrupción.
- Debilidad en la percepción del nivel de importancia de la gestión de riesgos para la obtención de resultados.

OPORTUNIDADES:

- La Alta Dirección y los funcionarios de la IUCMA se muestran comprometidos con el cumplimiento a la matriz de riesgos.
- Apoyo de la alta dirección.

FORTALEZAS:

- Existencia de equipo de trabajo dedicado al tema.
- Matriz de riesgos y riesgos de corrupción identificada para la IUCMA.

AMENAZAS:

- Cambios por la rotación de personal.
- Cambios constantes en la normatividad.

5. DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS Y OBSERVACIONES DEL EJERCICIO

5.1 Matriz de hallazgos



Para este informe solo se presentará un hallazgo general en cuanto al cumplimiento del artículo **2.1.4.2 Mapa de Riesgos de Corrupción.**

N° Y MARCA DE CLASE	HALLAZGO	ACCIÓN A SEGUIR POR PARTE DEL RESPONSABLE	RESPONSABLE
1 	<u>1. Guía para la gestión del riesgo de corrupción:</u> Si bien la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia cuenta con una matriz de riesgos en la cual se tienen identificados los riesgos de cada proceso, incluyendo los riesgos de corrupción, se identificó que se está utilizando la guía para la administración del riesgo suministrada por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) en la vigencia 2011. Por lo tanto no se ha tenido en cuenta la metodología de la nueva guía para la gestión del riesgos de corrupción 2015 publicada por del DAFP, incumpliendo así el artículo 2.1.4.2 del Decreto 124 de 2016. Soporte 1. Lo anterior indica que no se está llevando a cabo la implementación y actualización de los métodos definidos para la aplicación de las políticas gubernamentales en relación al tema.	Construcción del plan de mejoramiento con las acciones correctivas a definir o en su defecto las pruebas que justifiquen el cumplimiento total del requisito referenciado, por lo que se demuestra la inaceptación del hallazgo.	Planeación Institucional

Fuente: Elaborado y adaptado por la Oficina de Control Interno e información suministrada por el proceso de Planeación Institucional y sus diferentes procesos.



MARCAS

MARCA **	EXPLICACIÓN
	Hallazgo de auditoria

5.2. Observaciones.

1. Aunque se tiene la matriz debidamente publicada, se encontraron situaciones donde los líderes de los procesos afirman que los riesgos registrados en la herramienta de evaluación no coinciden con los que ellos mismos identificaron, dificultando con ello la labor de seguimiento y la garantía de veracidad en la información entregada en el informe. (Investigación, Docencia, Gestión Documental y Gestión Financiera).
2. Es necesario que el proceso de Docencia, al ser el proceso que soporta la operación misional de la Institución, tenga identificados y controlados los riesgos de corrupción a los que por sus características se expone. Al momento podría decirse que el proceso no ha adoptado medidas para su sujeción al plan de lucha contra la corrupción, política adoptada, gestionada y controlada por el Gobierno Nacional.
3. Sería importante que se interiorice la conceptualización de riesgo, control, causa, efecto, ya que se evidencian procesos donde sus líderes y/o gestores no tienen claridad de los controles definidos, bien sea por que no son específicos o porque el control que se tiene no atiende a la causa, por lo que se puede decir que no se está haciendo una gestión para evitar que se materialice dicho riesgo o que el impacto en caso de ocurrencia no sea importante para la Institución.
4. Se hace necesario que la Institución adopte medidas para que los procesos y subprocesos analicen adecuadamente su grado de exposición a los riesgos de corrupción, toda vez que se pudo constatar que en muchos casos los riesgos registrados con esta tipología no responden a la necesidad de mantener niveles adecuados de control a los posibles eventos de malversación de recursos; es necesario además, que se registren controles reales que tiendan a la eliminación de la causa y disminuyan la probabilidad de ocurrencia.
5. Es necesario que los procesos y subprocesos realicen mediciones de la eficacia y efectividad de los controles definidos a los riesgos, toda vez que en



la evaluación se evidenció que al momento no es posible dar una opinión objetiva sobre los resultados de dichos controles; lo anterior se propone como la forma de responder a la política integral de la Institución, así como la ejecución e interiorización de la cultura del autocontrol, autorregulación y autogestión, pues éstos, además de constituirse en principios rectores del Sistema de Control Interno, juegan un papel fundamental en la garantía del cumplimiento al MECI y el desarrollo de una gestión institucional eficaz.

6. Es importante que tanto las herramientas de control como los documentos que resultan de la gestión de los procesos guarden coherencia en la información que registran, por lo que se invita a revisar las denominaciones de los procesos y subprocesos y su identificación en la matriz de riesgos, ya que se pudo evidenciar que existen casos donde el proceso tiene un nombre y en la matriz se registra con una denominación diferente.

OBSERVACIONES A NIVEL PARTICULAR

PROCESOS ESTRATEGICOS:

Mejoramiento de la gestión integral:

Gestión de la Mejora: Este proceso cuenta con ocho riesgos de los cuales tres son de corrupción, se observa que las actividades de los riesgos están relacionadas con los controles y fueron soportados, los controles se aplican adecuadamente.

Sin embargo, se propone modificar el riesgo "posibilidad de no lograr la integración de los sistemas de gestión" y su control "seguimiento al plan de trabajo para la integración de los sistemas de gestión", ya que las actividades que se registran en este plan de trabajo ya están cumplidas y el sistema de Gestión de la Mejora y Gestión Ambiental ya están integrados. **Soporte 2.**

Gestión Ambiental: Este proceso cuenta con nueve riesgos de los cuales tres son riesgos de corrupción, se observa que las actividades y los controles están relacionados fueron soportados y se aplican adecuadamente; sin embargo, por la integración de los procesos y al manejar en su mayoría los mismos riesgos, se



propone la modificación del mismo riesgo y el control asociado: "seguimiento al plan de trabajo para la integración de los sistemas de gestión". **Soporte 2.**

Direccionamiento estratégico:

Gestión de Comunicaciones: Este proceso cuenta con cuatro riesgos de los cuales dos son riesgos de corrupción, se observa que las actividades y los controles están relacionados y fue soportada su gestión.

Se propone revisar el control relacionado con el formato GC-FR-003 solicitud servicios de comunicaciones, que fue aprobado el 04 de febrero de 2016, ya que no coincide con los tiempos estipulados en el procedimiento "solicitud servicio de comunicaciones" con código GC-PR-002 y fecha de aprobación 25 de noviembre del 2013. **Soporte 3.**

Planeación Institucional: Este proceso cuenta con seis riesgos de los cuales uno es riesgo de corrupción, se observa que las actividades y los controles están relacionados y fueron soportados.

Uno de los controles observados es: "Revisar y ajustar el instructivo PI-IT-01 de generación de políticas institucionales", instructivo que no se encuentra en el sistema de calidad Isolucion, por lo que se convierte en un documento no controlado y no dispuesto para su uso. **Soporte 4.**

En el cronograma de actividades e informes de Planeación Institucional no se observa cual es la vigencia, se recomienda ajustar este formato con el año o vigencia que se está trabajando, para identificar su uso.

El riesgo "Posibilidad de que el procedimiento para la formulación, presentación y evaluación de los proyectos de inversión en la institución presenten fallas" uno de sus controles: "Integración PLANNEA-SICOF" y la actividad a desarrollar: "Reuniones con Naonsoft y personal de gestión Administrativa y financiera", se constató que no se han desarrollado las reuniones entre Naonsoft, Planeación y Gestión Financiera, la razón que se defiende en el proceso es: hasta que el modulo administrativo no esté funcionando correctamente, lo que indica que no es un control efectivo ni en funcionamiento

En el riesgo "Posibilidad de que las pautas para la identificación, calificación y evaluación, actividades de los controles y valoración de los riesgos de corrupción presente fallas", uno de sus controles: "Campaña de cultura de riesgos" y su actividad "Cronograma de campaña institucional de cultura de riesgos", no fue

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA	INFORME AUDITORÍA		
	CI-FR-01		
	Versión: 003	Fecha: 28-01-2016	Página: 7 de 3

soportada por el proceso de planeación Institucional, lo que demuestra que es un control ineficaz para el riesgo registrado.

Subproceso Gestión Documental: Este proceso cuenta con cuatro riesgos de los cuales uno se tipifica como riesgo de corrupción, se observa que las actividades y los controles están relacionados y fueron soportados.

Pudo constatarse que la matriz de riesgos que tiene la líder en su pc no coincide con la matriz socializada en la página web, faltando el riesgo "sistema de información susceptible de manipulación y adulterio" (palabra mal utilizada para el contexto) y sobrando el riesgo "alteración y retardo de la documentación".

En cuanto al riesgo "posibilidad de deterioro de los documentos por agentes externos (microorganismos y agentes probióticos) y su control "cumplimiento del acuerdo 049 de 2000d el Archivo General de la Nación (condiciones locativas para el archivo)", es necesario aclarar que el control definido no es medible ni demostrable, por lo que es necesario que se discriminen las actividades con miras a que se facilite su seguimiento y verificación.

Además, en cuanto a la fumigación, se lleva cada dos meses y no se ha realizado en esta vigencia una limpieza en seco, lo que indica materialización del riesgo.
Soporte 5.

Aseguramiento de Calidad Académica: Este proceso cuenta con tres riesgos de los cuales uno es riesgos de corrupción, se observa que las actividades y los controles están relacionados y fueron soportados.

Sin embargo, se identificaron que algunas de las acciones y actividades relacionadas no son de gobernabilidad del líder del proceso, un ejemplo de esto son las reuniones del Comité de Autoevaluación que se hacen por facultad y el líder del proceso de Aseguramiento es un asistente.

Como ejemplo de lo anterior, se cuenta con el acta del comité de autoevaluación y acreditación de la Facultad de Ciencias de la Salud, observándose que la persona que participa por "Autoevaluación Institucional" es el señor John Andrés Serna, quien además no firma el acta.

Las demás facultades no entregaron soportes del comité para su respectivo análisis.



Se recomienda que se le dé el nombre a este proceso tal cual como aparece en el mapa de procesos es decir "Aseguramiento de la Calidad Académica", ya que en esta reunión y en la matriz de riesgo aparece como "Autoevaluación". **Soporte 6.**

PROCESOS MISIONALES

Internacionalización: Al realizar este seguimiento, el proceso no cuenta con una matriz, por lo tanto no se observa en el consolidado de riesgos de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia al 2015. Por tal motivo, no se tuvo en cuenta en el seguimiento de este primer trimestre.

Subproceso de Lenguas: Al realizar este seguimiento, no se observó en el consolidado de riesgos de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia al 2015 los riesgos de este proceso. Por tal motivo, no se tuvo en cuenta en el seguimiento de este primer cuatrimestre.

Investigación: Este proceso cuenta con cinco riesgos de los cuales uno es un riesgo de corrupción, se observa que las actividades y los controles están relacionados y fueron soportados.

Sin embargo, el riesgo "posibles deficiencias en las proyecciones de gastos e ingresos que genera fallas en la información del plan de compras", no corresponder a este proceso. **Soporte 7.**

Docencia: Este proceso cuenta con cuatro riesgos de los cuales ninguno es riesgo de corrupción, los controles fueron evidenciados en el seguimiento.

El proceso de Docencia no tiene identificado en la matriz socializada en la página de la institución los riesgos de corrupción ni las actividades a desarrollar para evitarlos.

En este caso, se sugiere definir las actividades y los riesgos de corrupción y actualizar la matriz con el proceso de Planeación Institucional. **Soporte 8.**

Subproceso de Permanencia: Este proceso cuenta con seis riesgos, de los cuales tres son riesgos de corrupción, se observa que las actividades y los controles están relacionados y fueron soportados.

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA	INFORME AUDITORÍA		
	CI-FR-01		
	Versión: 003	Fecha: 28-01-2016	Página: 9 de 3

Subproceso de virtualidad: Este proceso cuenta con tres riesgos, de los cuales dos son riesgos de corrupción, se observa que las actividades y los controles están relacionados y fueron soportados.

PROCESOS DE APOYO

Apoyos Educativos: Este proceso cuenta con seis riesgos de los cuales uno es riesgo de corrupción, se observa que las actividades y los controles están relacionados y fueron soportados.

Uno de los soportes que entrega este proceso es un acta del 3/12/2015 con título: consolas calificación de servicios, sin la firma de los asistentes. Se recuerda que este tipo de documentos debe de ir firmado para que no pierda validez. **Soporte 9.**

Graduados: Este proceso cuenta con cuatro riesgos, de los cuales dos son riesgos de corrupción, se observa que las actividades y los controles están relacionados y fueron soportados.

Gestión de Tecnología e Informática: Este proceso cuenta con siete riesgos, de los cuales uno es un riesgo de corrupción, se observa que las actividades y los controles están relacionados y fueron soportados.

No se evidenciaron riesgos para Medios Audiovisuales.

Gestión Administrativa y Financiera: Este proceso cuenta con trece riesgos, de los cuales seis son riesgos de corrupción, se observa que las actividades y los controles están relacionados y fueron soportados.

Se observa que la matriz de riesgos que tiene el Asistente Administrativo y Financiero en su pc, no coincide con la matriz socializada en la página web de la institución. Por tal motivo, este proceso dispuso la matriz actualizada para su respectivo seguimiento.

Subproceso Gestión de Bienes y Servicios: Este proceso cuenta con cinco riesgos de los cuales dos son riesgos de corrupción, se observa que las actividades y los controles están relacionados y fueron soportados.

Se indagó por medio de correo electrónico sobre los riesgos asociados al manejo de la caja menor y se dio respuesta por la líder de este proceso por este mismo

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA	INFORME AUDITORÍA		
	CI-FR-01		
	Versión: 003	Fecha: 28-01-2016	Página: 10 de 3

medio, afirmando lo siguiente: "Estarian en los de corrupción y son: Financiera - inclusión de gastos no autorizados y de información y documentación – sistema de información susceptible de manipulación o adulteración".

Al revisar estos dos riesgos en la matriz de Bienes y Servicios, no se observan, sin embargo, se revisó la matriz del proceso de Gestión Administrativa y Financiera actual y no fueron contemplados, además, se revisó la matriz publicada en la página web donde tampoco fue posible encontrarlos. **Soporte 10.**

Bienestar Institucional: Este proceso cuenta con seis riesgos, de los cuales dos son riesgos de corrupción, se observa que las actividades y los controles están relacionados y fueron soportados.

LACMA: Se programó la revisión a los riesgos de LACMA, pero no se realizó.

LACMA solicitó una charla sobre MECI y a su vez sobre los riesgos, ya que el personal es relativamente nuevo y están revisando y ajustando este tema, la charla se llevó a cabo el 17 de mayo de 2016 en la Oficina de Control Interno. Se programará para la revisión con corte al mes de agosto. **Soporte 11.**

5.3. Descripción del riesgo.

Al no contar con adecuados mecanismos en la gestión del riesgo se expone a la Institución a la posibilidad de enfrentar casos en los que se comprometa la adecuada operación y, en el peor de los casos y con relación a los riesgos de corrupción, se puede estar vulnerable frente a situaciones con incidencias de tipo legal, disciplinario y/o fiscal.

5.4 Resumen de hallazgos y observaciones

PROCESO Y/O SUBPROCESO RESPONSABLE	Nº DE HALLAZGOS	Nº DE OBSERVACIONES
Planeación institucional	1	6
TOTAL	1	6

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA	INFORME AUDITORÍA		
	CI-FR-01		
	Versión: 003	Fecha: 28-01-2016	Página: 11 de 3

6. CONCLUSIONES.

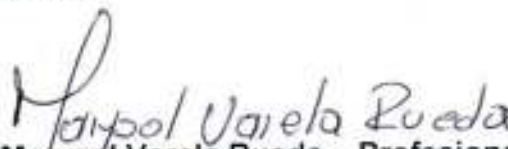
- La matriz de riesgos que se encuentra publicada en la página web, en el micro sitio de planeación, demuestra que la mayoría de los procesos y subprocesos tienen identificados los riesgos y los asumen como parte de su qué hacer en la Institución.
- Es evidente que existe debilidad en la aplicación del concepto de **"riesgo de corrupción"**, por lo que se hace necesario que la Institución adopte medidas, para que los procesos y subprocesos lo entiendan y analicen adecuadamente su grado de exposición a este tipo de eventos, con el fin de hacer una adecuada gestión con miras a evitar su ocurrencia.
- En concordancia con la cultura del autocontrol al interior de la entidad, los líderes de los procesos, junto con su equipo de trabajo, deben realizar seguimiento y evaluación permanente al mapa de riesgos de corrupción.
- Es necesario tener presente que a la oficina de Planeación Institucional le corresponde liderar el proceso de construcción del mapa de riesgos de corrupción, acompañando a los procesos en la identificación del riesgo y la definición del control, adicionalmente, este mismo proceso es el encargado de consolidar el mapa institucional de riesgos de corrupción.
- Podría mejorarse la comunicación entre el área de gestión del riesgo y los procesos, con el fin de que la información que se registra en la matriz institucional responda a los registros de gestión de la operación de cada proceso o subproceso.
- Sería muy importante generar por parte de Planeación Institucional, un ambiente de compromiso, autogestión y autocontrol que posibilite el mejoramiento en el logro de los objetivos institucionales.
- Es necesario fortalecer los mecanismos de mejoramiento continuo en los procesos con relación a la gestión del riesgo, ya que se evidenció en la actividad que no se registraron planes de mejoramiento en los procesos, subprocesos o Planeación Institucional, a partir del seguimiento, evaluación y gestión del riesgo.
- Se evidencia mejoramiento en las herramientas y registro de información de los procesos en cuanto a la información de la gestión de riesgos.

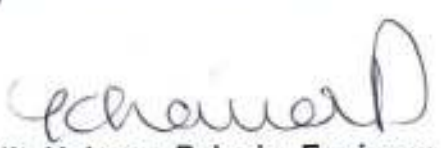


- Se propone fortalecer los mecanismos definidos para responder a la política integral de la Institución, así como la ejecución e interiorización en la cultura organizacional los principios de autocontrol, autorregulación y autogestión, pues éstos, además de constituirse en ejes rectores del Sistema de Control Interno, juegan un papel fundamental en la garantía del cumplimiento a los objetivos institucionales y el desarrollo de una gestión institucional eficaz, eficiente y efectiva.

Nota: Se tiene como soporte de esta evaluación los registros del seguimiento a los riesgos con su respectiva planilla de asistencia firmada y que reposan en la Oficina de Control Interno.

Elaboró:


Marysol Varela Rueda – Profesional de Control Interno
Fecha: Junio 17 de 2016


Revisó y Aprobó: **Edit Yohana Palacio Espinosa – Directora Operativa de Control Interno**
Fecha: Junio 28 de 2016



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

DECRETO 124 DE

26 ENE 2016

Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano".

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA,

en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las que le confiere el artículo 189 numeral 11 de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que en virtud de lo previsto en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, las entidades del orden nacional, departamental y municipal deberán elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, señalando que le corresponde al Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción establecer una metodología para diseñar y hacerle seguimiento a la citada estrategia.

Que el decreto 4637 de 2011 suprimió el Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción y creó en el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República la Secretaría de Transparencia, dependencia que asumió la competencia antes señalada.

Que el decreto 1081 de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República", compiló el decreto 2641 de 2012, reglamentario de los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011, mediante el cual se estableció como metodología para diseñar y hacer seguimiento a dicha estrategia la establecida en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano contenida en el documento "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano".

Que la citada metodología en el año 2015 fue objeto de revisión y actualización, entre otros aspectos, se le incorporaron las acciones de transparencia y acceso a la información pública y se actualizaron las directrices para diseñar y hacer seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción.

Que el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano que deben publicar las entidades a más tardar el 31 de enero de cada año se debe elaborar siguiendo la nueva

Continuación del Decreto "Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano".

metodología, por lo cual se requiere adoptarla y establecer un plazo para la elaboración de dichos planes para el presente año.

DECRETA:

Artículo 1. Sustitúyase el título 4 de la parte 1 del libro 2 del Decreto 1081 de 2015, el cual quedará así:

"Título 4 Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Artículo 2.1.4.1. Estrategias de lucha contra la corrupción y de Atención al Ciudadano. Señálense como metodología para diseñar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la establecida en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano contenida en el documento "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano- Versión 2".

Artículo 2.1.4.2. Mapa de Riesgos de Corrupción. Señálense como metodología para diseñar y hacer seguimiento al Mapa de Riesgo de Corrupción de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la establecida en el documento "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción".

Artículo 2.1.4.3 Estándares para las entidades públicas. Señálense como estándares que las entidades públicas deben seguir para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 78 de la Ley 1474 de 2011, los contenidos en el documento de "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Versión 2".

Artículo 2.1.4.4. Anexo. Los documentos "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Versión 2" y "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción," hacen parte integral del presente decreto.

Artículo 2.1.4.5. Verificación del cumplimiento. La máxima autoridad de la entidad u organismo velará de forma directa porque se implementen debidamente las disposiciones contenidas en los documentos de "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Versión 2" y "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción." La consolidación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y del Mapa de Riesgos de Corrupción, estará a cargo de la Oficina de Planeación de las entidades o quien haga sus veces, quienes además servirán de facilitadores para todo el proceso de elaboración del mismo.

Artículo 2.1.4.6. Mecanismos de seguimiento al cumplimiento y monitoreo. El mecanismo de seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas de los mencionados documentos, estará a cargo de las oficinas de control interno, para lo cual se publicará en la página web de la respectiva entidad, las actividades realizadas, de acuerdo con los parámetros establecidos.

Continuación del Decreto "Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano".

Por su parte, el monitoreo estará a cargo del Jefe de Planeación o quien haga sus veces y del responsable de cada uno de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Artículo 2.1.4.7. Publicación de los anexos. Los documentos de "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Versión 2" y de "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción" serán publicados para su consulta en las páginas web del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, del Departamento Nacional de Planeación y del Departamento Administrativo de la Función Pública".

Artículo 2.1.4.8. Publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y Mapa de riesgos de corrupción. Las entidades del orden nacional, departamental y municipal deberán elaborar y publicar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y el Mapa de Riesgos en el enlace de "Transparencia y acceso a la información" del sitio web de cada entidad a más tardar el 31 de enero de cada año.

Parágrafo Transitorio. Para el año 2016, las entidades tendrán hasta el 31 de marzo para elaborar y publicar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y el Mapa de Riesgos de Corrupción según los lineamientos contenidos en los documentos "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Versión 2" y en la "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción."

Las entidades de la Rama Ejecutiva del orden nacional deberán integrar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y el Mapa de Riesgos de Corrupción actualizados al Plan de Acción Anual de que trata el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Artículo 2.1.4.9. Actualización. La Secretaría de Transparencia del Departamento Administrativo de la Presidencia de República actualizará las metodologías y estándares de que tratan los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011, cuando a ello hubiere lugar".

Artículo 2. Vigencia. El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE, Y CÚMPLASE.

Dado en Bogotá, D. C., a

26 ENE 2016

LA DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA,

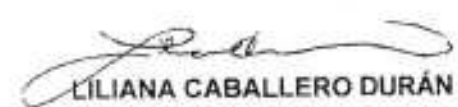
MARÍA LORENA GUTIÉRREZ BOTERO

Continuación del Decreto "Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al *"Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano"*".

EL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO
NACIONAL DE PLANEACIÓN,


SIMÓN GAVIRIA MUÑOZ

LA DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
DE LA FUNCIÓN PÚBLICA,


LILIANA CABALLERO DURÁN

No. RIESGO POR PROCESO	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	PROCESO	RIESGO		CAUSAS	EFECTOS (CONSECUENCIAS)	CONTROLES EXISTENTES	ACTIVIDADES	566 (IMPORTE) A 4881
			DESCRIPCIÓN	TIPO					
04	Actualizado a octubre-noviembre 2015	GESTIÓN AMBIENTAL	Realización de un lagro la integración de los sistemas de Gestión.	Corrupción (U)	- Falta de recursos. - Falta de compromiso en la alta dirección con la integración de los sistemas. - Desconocimiento o falta de un mecanismo formal para integrar los sistemas en la estrategia de los diferentes sistemas de gestión. - Falta de compromiso a largo plazo por parte de los responsables de cada uno de los sistemas. - Alta rotación del personal de los procesos. - Realización al cambio por parte del personal. - Falta de Planificación para la integración de los sistemas.	- Incumplimiento al Plan de Dependencia. - Continuado deterioro de la calidad de los servicios. - Se requiere de mayor inversión al tener los sistemas de gestión sin imagen. - Deterioración del personal frente a los sistemas de Gestión.	CONTROL 1 Seguimiento al plan de trabajo para la integración de los sistemas de Gestión.	CONTROL 1: Seguimiento al plan de trabajo para la integración de los sistemas de Gestión. Informe informático del sistema de Gestión de Calidad.	Mayo 25 de 2016: se informó de la comisión de un delito de corrupción por parte de un funcionario de la entidad, lo que se investigó y se dio a conocer a la comunidad.
05	Actualizado a octubre-noviembre 2015	GESTIÓN AMBIENTAL	Realización de un lagro la integración de los sistemas de Gestión.	Corrupción	- Desconocimiento o falta de un mecanismo formal para integrar los sistemas en la estrategia de los diferentes sistemas de gestión. - Falta de compromiso a largo plazo por parte de los responsables de cada uno de los sistemas. - Alta rotación del personal de los procesos. - Realización al cambio por parte del personal. - Falta de Planificación para la integración de los sistemas.	- Incumplimiento al Plan de Dependencia. - Continuado deterioro de la calidad de los servicios. - Se requiere de mayor inversión al tener los sistemas de gestión sin imagen. - Deterioración del personal frente a los sistemas de Gestión.	CONTROL 1 Seguimiento al plan de trabajo para la integración de los sistemas de Gestión.	CONTROL 1: Seguimiento al plan de trabajo para la integración de los sistemas de Gestión. CONTROL 2: Seguimiento al plan de trabajo para la integración de los sistemas de Gestión. CONTROL 3: Seguimiento al plan de trabajo para la integración de los sistemas de Gestión.	Mayo 25 de 2016: se informó de la comisión de un delito de corrupción por parte de un funcionario de la entidad, lo que se investigó y se dio a conocer a la comunidad.
06	Actualizado a octubre-noviembre 2015	GESTIÓN AMBIENTAL	Realización de un lagro la integración de los sistemas de Gestión.	Corrupción	- Desconocimiento o falta de un mecanismo formal para integrar los sistemas en la estrategia de los diferentes sistemas de gestión. - Falta de compromiso a largo plazo por parte de los responsables de cada uno de los sistemas. - Alta rotación del personal de los procesos. - Realización al cambio por parte del personal. - Falta de Planificación para la integración de los sistemas.	- Incumplimiento al Plan de Dependencia. - Continuado deterioro de la calidad de los servicios. - Se requiere de mayor inversión al tener los sistemas de gestión sin imagen. - Deterioración del personal frente a los sistemas de Gestión.	CONTROL 1 Seguimiento al plan de trabajo para la integración de los sistemas de Gestión.	CONTROL 1: Seguimiento al plan de trabajo para la integración de los sistemas de Gestión. CONTROL 2: Seguimiento al plan de trabajo para la integración de los sistemas de Gestión. CONTROL 3: Seguimiento al plan de trabajo para la integración de los sistemas de Gestión.	Mayo 25 de 2016: se informó de la comisión de un delito de corrupción por parte de un funcionario de la entidad, lo que se investigó y se dio a conocer a la comunidad.
07	Actualizado a octubre-noviembre 2015	GESTIÓN AMBIENTAL	Realización de un lagro la integración de los sistemas de Gestión.	Corrupción	- Desconocimiento o falta de un mecanismo formal para integrar los sistemas en la estrategia de los diferentes sistemas de gestión. - Falta de compromiso a largo plazo por parte de los responsables de cada uno de los sistemas. - Alta rotación del personal de los procesos. - Realización al cambio por parte del personal. - Falta de Planificación para la integración de los sistemas.	- Incumplimiento al Plan de Dependencia. - Continuado deterioro de la calidad de los servicios. - Se requiere de mayor inversión al tener los sistemas de gestión sin imagen. - Deterioración del personal frente a los sistemas de Gestión.	CONTROL 1 Seguimiento al plan de trabajo para la integración de los sistemas de Gestión.	CONTROL 1: Seguimiento al plan de trabajo para la integración de los sistemas de Gestión. CONTROL 2: Seguimiento al plan de trabajo para la integración de los sistemas de Gestión. CONTROL 3: Seguimiento al plan de trabajo para la integración de los sistemas de Gestión.	Mayo 25 de 2016: se informó de la comisión de un delito de corrupción por parte de un funcionario de la entidad, lo que se investigó y se dio a conocer a la comunidad.

No.	No. RIESGO POR PROCESO	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	PROCESO	RIESGO		CAUSAS	EFECTOS (CONSECUENCIAS)	CONTROLES EXISTENTES	ACTIVIDADES	SEGUIMIENTO A ABRA
				DESCRIPCIÓN	TIPO					
120	06	Actualizado a octubre-noviembre 2015	GESTION DE LA MEJORA	Posibilidad de no lograr la integración de los sistemas de Gestión.	CUMPLIMIENTO	- Falta de recursos. - Falta de compromiso de la alta Dirección con la integración de los Sistemas. - Desconocimiento o falta de un conocimiento formal sobre como los cambios en la normalidad de los diferentes Sistemas de gestión. - Falta de compromisos y liderazgo por parte de los responsables de cada uno de los Sistemas. - Alta rotación del personal de los procesos. - Resistencia al cambio por parte del personal. - Falta de Planes para la integración de los sistemas.	- Incumplimiento al Plan de Desarrollo. - Continente permeable aunque no se han aprovechado los recursos humanos en la integración. - Se requiere de mayor inversión al tener los Sistemas de gestión los integran. - Desconocimiento del personal frente a los Sistemas de Gestión.	Seguimiento al plan de trabajo para la integración de los Sistemas de Gestión.	Mayo 03 de 2016: anteriormente se contaba con un plan de trabajo para la fecha de este seguimiento ya las actividades están cumplidas.	
121	05	Actualizado a octubre-noviembre 2015	GESTION DE LA MEJORA	Posibilidad de no cumplir con la normalidad aplicable al Sistema de Gestión.	CORRUPCIÓN	- Desconocimiento o falta de un conocimiento formal para conocer la normalidad de los diferentes Sistemas de gestión. - Falta de actualización del manifiesto de cada uno de los Sistemas de Gestión. - Falta de recursos para aplicar la normalidad vigente.	- Sesiones económicas, disciplinarias, legales y judiciales. - Pérdida de la imagen institucional. - Continente permeable por acciones administrativas.	- Atención a página relacionada con el Sistema de Gestión de la Institución. - Manifiesto con respecto a los cambios normativos y sus efectos. - Identificación y evaluación del cumplimiento de los requisitos. - Implementación de los requisitos legales y de otro tipo.	Mayo 05 de 2016: se cuenta con la actualización de art. 30 del Reglamento de la institución.	
124	06	Actualizado a octubre-noviembre 2015	GESTION DE LA MEJORA	Manifiesto o alteración o cumplimiento de la información que se encuentra en el Sistema de Gestión de la Calidad y Ambiental (Industria).	CORRUPCIÓN	- Ausencia de controles para el trabajo de la integración. - Falta de compromiso del personal.	- Manifiesto de información institucional. - Dirección de los resultados de los procesos.	- Software Indujoy que sirve de apoyo para cada uno de los procesos. - Uso de consulta a través de la página Web para todos los ciudadanos.	Mayo 05 de 2016: Desde el proceso de calidad se efectuaron evaluaciones por el sistema administrado la Calidad de Industrias.	
125	07	Actualizado a octubre-noviembre 2015	GESTION DE LA MEJORA	Ausencia de Planes de	CORRUPCIÓN	- Desconocimiento de la normalidad y requisitos institucionales. - Falta de compromiso del personal.	- Resumen de actividades. - Trabajo de cada uno de los sistemas de gestión de calidad y ambiental. - Apoyo de calidad en los servicios.	Elaborar cronograma de actividades de Gestión de la mejora con su respectivo seguimiento.	Mayo 05 de 2016: se efectuó el cronograma con todos los actividades para la vigencia 2016 del proceso de ambiental y gestión de la mejora y se está cumpliendo lo que se estableció.	
126	08	Actualizado a octubre-noviembre 2015	GESTION DE LA MEJORA	Posibilidad de no reportar en los informes de gestión los trabajos que se producen por mejoramiento.	CORRUPCIÓN	Desconocimiento de la normalidad y requisitos institucionales.	- Proceso de mejoramiento. - Falta de credibilidad en el sistema de gestión de calidad y ambiental.	Cumplir con el procedimiento establecido GMA-PS-001 PREPARACIÓN Y EJECUCIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS	Mayo 05 de 2016: Se llevó a cabo el seguimiento y la auditoría a la institución.	

3.18. PUBLICACION EN EL BOLETIN ELECTRONICO INTERNO: Información para ser publicada en el Boletín electrónico que se emite cada 15 días

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

ACTIVIDAD					
QUÉ SE HACE	CÓMO SE HACE	QUIÉN LO HACE	BASE LEGAL	REGISTRO	OBSERVACIONES
Diligenciar la Solicitud de Servicio de Comunicaciones	Cuando una dependencia, requiera el apoyo de la Oficina de Mercadeo y Comunicaciones, debe diligenciar el formato "GC-FR-03_Solicitud Servicio de Comunicaciones". La solicitud se debe diligenciar y enviar de acuerdo a los siguientes tiempos de respuesta: *Apoyo en eventos (maestro de ceremonias o conductor): 15 días. *Desarrollo de campaña: 8 - 30 días. Si la campaña es virtual, es decir, diseño de piezas y envío vía mail y publicación en medios (página web, redes sociales y otros medios), se realizará entre 8 y 15 días. Cuando la campaña requiere piezas impresas (pasacalles, lonas, afiches, tarjetas, entre otros), se tomará el mayor tiempo, 30 días. *Diseño de piezas para imprimir: 20 días. El diseño de las piezas toma máximo 3 días, la impresión 15 días. *Diseño de piezas para web: 3 días *Envío de Flash: 2 días *Envío de información vía mail: 2 días *Imagen Corporativa: 1 día *Material Entregable: 8 días *Organización de evento: 20 días *Publicación en El Mayor: 20 días *Publicación en Web: 2 días *Publicación en Boletín Electrónico: 5 días	Usuario			La solicitud debe ser diligenciada en su totalidad, o en su defecto será devuelta a la persona que solicitó el servicio. Cuando se requiera la prestación de un servicio de comunicaciones de carácter urgente y no se envía previamente el formato GC-FR-03_Solicitud de Servicio de Comunicaciones, se evaluará con criterio Institucional y técnico el impacto y la viabilidad del servicio solicitado. Si se decide prestar el servicio, se informará al solicitante la obligatoriedad de presentar dicho registro a la mayor brevedad, si el registro no es presentado no se hará entrega del producto o servicio solicitado.
Envío de la solicitud diligenciada a la Oficina de Mercadeo y Comunicaciones	Una vez diligenciado el formato, se envía al correo electrónico comunicaciones@colmayor.edu.co con asunto: "Solicitud de Servicio (y la dependencia que lo solicita)".	Usuario			



SOLICITUD DE SERVICIO DE COMUNICACIONES

GC-FR-03

Versión: 05

Fecha: 04-02-2016

Página: 1 de 1

Para Gestión de Comunicaciones, es muy importante que el resultado de esta solicitud sea satisfactorio para usted, es por ello que le solicitamos diligenciar todos los campos de este formato, excepto el punto 4 que se evaluará una vez se entregue el servicio solicitado.

Fecha solicitud: _____

No. de orden de servicio: _____

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Dependencia _____

Cargo _____

Nombres y Apellidos _____

Correo electrónico _____

Ext. _____

2. INFORMACIÓN DEL SERVICIO

2.1 Tipo de Servicio

Nota:

Flash No se enviará hasta que el solicitante apruebe por correo con 1 día de anticipación. Si se necesita revisión de texto se aumentará un día al tiempo de atención de la solicitud. Cada pieza que solicite rediseño tendrá un plazo de ejecución de 3 días.

Diseño de piezas para publicar en web
Tiempo: 3 días

Tipo de pizas

E-card Virtual

Flash

E-Mail

Publicación

Web(Especificar
en el punto 3)

Marca con una X

X

Diseño de piezas para imprimir:
Tiempo: 20 días

Tipo de pieza

Volantes

Escarapelas

Invitación

Afiche

(máximo 10)

Cantidad

Nota: impresión sujeta a asignación
presupuestal y a políticas institucionales de
austeridad.

Apoyo de eventos

Tiempo: 7 días

Toma de fotografía

Presentación de eventos

Guion (Enviar información con 3
días de anticipación)

Marca con una X

Elaboración de campañas

Tiempo: 20 días

Desarrollo de la idea

Boceto

Desarrollo de campaña

Marca con una X

3. Descripción u observaciones del servicio solicitado

Si su solicitud es para piezas por favor especifique:

Información completa de lo que debe contener, textos revisados, fecha, hora, lugar, estilo gráfico si se requiere algo en específico o referentes de piezas anteriores o si se tiene algo pensada una pequeña descripción de lo que se desea

Si su solicitud es un evento por favor especifique:

Objetivo: _____

Fecha: _____

Hora: _____

Lugar: _____

Participantes: *Ponentes o invitados, hojas de vida y en la medida de lo posible fotos*

Descripción en 400 caracteres con foto en buena resolución

Anexar fotos referentes

Nota:

El proceso de Gestión de Comunicaciones atenderá solo los requerimientos que lleguen a través de la solicitud de servicios, con información completa.

Comunicaciones **NO** reserva espacios **NO** pide refrigerios, ni estación de café

NO filma eventos y **NO** se hace responsable de solicitudes que no cumplan los plazos establecidos en esta.

4. Evaluación del Servicio

Para la dependencia es muy importante conocer su nivel de satisfacción para efectos de mejoramiento continuo; por eso evalúe los siguientes aspectos con (4) **Muy satisfecho**, (3) **Satisfecho**, (2) **Insatisfecho** y (1) **Muy Insatisfecho**.

1. La atención

2. El tiempo de ejecución del servicio

3. El producto entregado es acorde a la solicitud

4. Nivel de satisfacción del servicio proporcionado

SUGERENCIAS:

Firma _____

MATRIZ DE RIESGOS					
VERSIÓN: 004	FECHA: 23-11-2015	PÁGINA: 1 DE 4			
Noviembre 30 de 2015 - PLANEACIÓN INSTITUCIONAL					
RIESGO	TIPO	CAUSAS	EFECTOS (CONSECUENCIAS)	CONTROLES EXISTENTES	ACTIVIDADES
Possibilidad de que se incumpla el plan de desarrollo institucional	ESTRATEGIA CO	- Escaso apoyo de la alta dirección - Recursos financieros insuficientes - Demora en la formulación, aprobación, ejecución y seguimiento del Plan de Desarrollo - Poca cultura de planeación en la institución - Débil en las estrategias de difusión y acompañamiento de la ejecución del plan.	- Poca proyección institucional a largo plazo - Escasa visibilidad institucional en el medio - Descontextualización del Plan de Desarrollo - Incumplimiento del PEI - Incumplimiento de la Ley 152/1994 y decretos reglamentarios - Poca participación de los funcionarios de la institución frente al Plan de Desarrollo	- Metodología de formulación "Planeación estratégica situacional" con participación de los actores involucrados - Seguimiento y evaluación semestral del plan indicativo - Seguimiento y evaluación semestral del Plan de acción - Difusión del Plan de Desarrollo y su ejecución periódica - Gestión de recursos de inversión - Gestionar el 50% del plan de inversión plurianual	SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO Evidenciar la metodología de formulación "planeación estratégica situacional". Quiénes participaron y evidencia de su participación? Desde se encuentra socializada. Control 1: Evidenciar el seguimiento del plan indicativo 2015-1 y 2015-2. Control 2: Evidenciar el seguimiento del plan de acción 2015-1 y 2015-2. Control 4: donde se difunde el plan de desarrollo con su respectiva ejecución periódica.
Possibilidad de que las operativas se encuentren desarticuladas a las políticas institucionales.	ESTRATEGIA CO	- Escasa difusión de las políticas institucionales - Escaso seguimiento a la implementación y consideración de las políticas institucionales en el que hacer institucional.	- Desgaste administrativo - Incumplimiento de los objetivos misionales - Inadecuada toma de decisiones	- Revisar las políticas institucionales existentes - Definir políticas institucionales inexistentes - Articular las políticas operativas a las institucionales - Revisar y ajustar el instructivo PI-01 de generación de políticas institucionales	Evidenciar: - Como se revisa las políticas institucionales vigentes. - Cuales son las políticas institucionales. - Como se desarrollo la articulación de las políticas operativas a las institucionales con un ejemplo. - Cuando fue la última actualización del instructivo PI-01. - Evidencia de la evaluación , documentación e implementación y operación de las políticas institucionales de la vigencia 2015-1 y 2015-2.
				Revisar el procedimiento PI-PR-010 Firmado PI-FR-033 Se observo el procedimiento 10 y el formato 033, actualizados a abril 16 de 2016. Se evalúa, documenta y aprueba los siguientes documentos correspondientes a Políticas institucionales: Procedimiento PI-PR-010 Firmado PI-FR-033	

COMITÉ DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACION

Facultad de Ciencias de la Salud

ACTA 04

FECHA: Medellín, 11 de abril de 2016

HORA: De las 14:00 a las 17:00 horas

LUGAR: Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, Sala de Juntas
Vicerrectoría Académica

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO
Luz Manna Garcés Palacio	Decana Facultad de Ciencias de la Salud
Alejandro Arango C.	Representante de los egresados
Jesús María López R.	Coordinador Académico y Extensión
Luz Edith Santa G.	Docente Programa de Biotecnología
Lucinia Pérez A.	Coordinador Programa de Tecnología en Citohistología
Isabel Cristina Jiménez L.	Planeación Institucional
John Andrés Serna	Autoevaluación Institucional

AUSENTES:

NOMBRE	CARGO	MOTIVO
Juan Diego Ortiz	Representante de los estudiantes	
Mónica M. Durango Z.	Coordinador Programa de Bacteriología y Laboratorio Clínico	Compromisos de Facultad de Ciencias de la Salud
Edward Alberto García G.	Vicerrector Académico	Compromisos Institucionales

ORDEN DEL DIA:

1. Plan de Mejoramiento y Mantenimiento del Programa de Biotecnología

DESARROLLO:

1. Lectura del acta anterior



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
**COLEGIO MAYOR
DE ANTIOQUIA**

NIT. 890980134-1

2. Plan de Mejoramiento y Mantenimiento del Programa de Biotecnología

La Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud realiza la presentación del Plan de Mejoramiento y Mantenimiento del Programa de Biotecnología periodo 2015 - 2017 teniendo en cuenta cada uno de los factores y sus respectivos indicadores. Se realizan aportes de los participantes en cuanto a redacción de algunas situaciones problema, objetivos; igualmente se considera que debe ajustarse los responsables en algunos compromisos, las metas y recursos especialmente financieros.

Al evaluar el Plan se encuentra que hay avances en los diferentes indicadores, especialmente en los que son de gobernabilidad de la Facultad. Hay compromisos institucionales que se han cumplido de manera parcial y que se aspira que para final de este año estén cumplidos en su totalidad. (Anexo: Plan de mejoramiento y Mantenimiento Programa de Biotecnología)

Algunos avances en aspectos específicos del programa son:

Inicia construcción Centro de Biotecnología. Actualmente se encuentra terminado todo lo relacionado con infraestructura.

Sala para docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud

Participación en las mesas de Sinergia: Agrobiointustrial, salud, investigación y transferencia tecnológica y en la mesa de "Biotropia 2032"

Docentes con asignación de tiempo para investigación

Estudios de impacto de graduados

Mejora en las pruebas Saber Pro

Incremento de las matrículas en idioma inglés

Participación en redes y Movilidad académica

Avances en aspectos específicos de la Institución

Reglamento Estudiantil y Académico

Plan de Mejoramiento y Mantenimiento Institucional (Convenio 830 MEN-IUCMA)

Proyecto Educativo Institucional

Política de estímulos

Se considera que este documento queda como ejercicio de evaluación del Plan de mejoramiento y mantenimiento del Programa de Biotecnología y sirve como documento base para la formulación del nuevo plan de mejoramiento y mantenimiento del Programa, el cual debe ser planteado con base en el documento de Autoevaluación que se encuentra actualmente en construcción.

COMPROMISOS:

COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA
------------	-------------	-------





INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
**COLEGIO MAYOR
DE ANTIOQUIA**

NIT. 890980134-1

Ajustar el documento Plan de Mejoramiento y Mantenimiento del Programa de Biotecnología de acuerdo a las sugerencias	Luz Edith Santa G. John Andrés Serna	Abril 18 de 2016
--	---	------------------

CONVOCATORIA. Mes de mayo de 2016

Luz Marina Garces P.
Decana
Facultad de Ciencias de la Salud

Luz Edith Santa G.
Docente
Facultad de Ciencias de la Salud





CONSOLAS DE CALIFICACIÓN DE SERVICIO

005

FECHA: Medellín, 3/12/2015

HORA: De las 10:05 a.m. a las 11:00 a.m.

LUGAR: Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, Aula 210
Bloque Académico

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO
Gloria Mustafá Yepes	Jefe de Admisiones Registro y Control
Claudia Arredondo	Jefe de Biblioteca
Juan Pablo Jones	Jefe de Tecnología e Informática
Norela Orozco	Secretaria Facultad de Arquitectura e Ingeniería
Johana Granados	Secretaria Gestión Documental
Aminta Cárdenas	Secretaria Facultad de Ciencias Sociales
Neyla López Lopera	Psicóloga Salud y Desarrollo Humano
Samuel Torres	Técnico Sistemas Sentry
Jhara Alejandra Bedoya	Practicante de Comunicaciones
Liliana Amaya Gutiérrez	Secretaria Atención al Ciudadano
Ángel Pérez	Auxiliar Comunicaciones
Ana María Garzón Sepúlveda	Gestión de Comunicaciones

ORDEN DEL DIA:

1. Presentación socialización informe de Consolas de 01/12/2015 a 02/12/2015.
2. Sugerencias participantes



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
**COLEGIO MAYOR
DE ANTIOQUIA**

NIT. 890980134-1

DESARROLLO:

1. Presentación informe de consolas de Calificación del Servicio

La líder de Gestión de Comunicaciones socializa el informe de consolas del primero de enero del presente año al dos de diciembre de 2015, con el fin de presentar resultados e inquietudes respecto al uso del sistema y los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas mediante el software Vision Quality.

INFORME CONSOLAS

DICIEMBRE 3 DE 2015

REPORTE 1 DE ENERO A 2 DE DICIEMBRE DE 2015



El informe de satisfacción muestra que estamos por encima de la meta planteada de tener un 86% de favorabilidad en la satisfacción y tener por el total de encuestas un porcentaje de cumplimiento del 110%. Y un resultado numérico de 4,7.

Sin embargo el uso del sistema no ha sido el más juicioso por parte de los procesos, puesto que en repetidas ocasiones se ha verificado en tiempo real cuáles consolas están en funcionamiento y nunca se ha tenido un uso de todas al tiempo, como se les manifestó en dos flash de recordación del uso de las mismas y en el informe del tercer semestre.

OL-60-FR-04
Fecha de Publicación:
Octubre 21 de 2013
Codigo Postal: 050034
Version: 2

Medellín
todos por la vida

Carrera 78 # 65 - 46 Robledo - Medellín - Colombia PBX: 444 56 11
www.colmayor.edu.co



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
**COLEGIO MAYOR
DE ANTIOQUIA**

NIT. 890980134-1

El sistema nos permite ver en línea quiénes están logueados
Hoy a las 8:14 a.m. y a las 9:28 a.m.



En otros 15 o 20 pantallazos anteriores adjuntos en el informe
nunca están conectados en su totalidad. El servicio es diario.

Las imágenes anteriores son evidencias de conectividad del día 03 de diciembre a las 8:14 a.m. y a las 9:28 a.m. solo para ejemplificar, que el uso de las mismas es mínimo, si bien es cierto que en éste momento la Institución no tiene un flujo de transeúntes amplio, en otros pantallazos enviados con antelación, en los que la Institución estaba en semestre académico, se nota la misma situación, incluso cuando se realizan los recorridos de consolas.

GL-GD-FR-04
Fecha de Publicación:
Octubre 21 de 2013
Codigo Postal: 050034
Version: 2



Carrera 78 # 65 - 46 Robledo - Medellín - Colombia PBX: 444 56 11
www.colmayor.edu.co



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA

NIT. 890980134-1

Reporte 01 de enero – 02 de diciembre

Sentry		Taquilla Detalle		Fecha Inicial Fecha Final Sale	Informe: 01 de enero de 2013 0:00 Informe: 02 de diciembre de 2013 0:00 Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia
Taquilla	Encuestas Realizadas	Encuestas Abandonadas	Mal Calificados		
Guía de Colemayer	161	4	0		
Presentar Institucional	261	0	3		
Admisiones	522	15	39		
Locales	30	3	3		
Medios Audiovisuales	51	3	4		
Secretaría General	171	15	6		
Facultad de	907	0	4		
Facultad de Ciencias de	850	0	7		
Facultad de Ciencias	231	9	10		
Facultad de Arquitectura	474	12	3		
Biblioteca	1030	84	32		
Cursos Virtuales	6	0	0		
Tesorería	129	0	1		
Centros Documental	237	0	9		
Talento Humano	80	0	6		
Atención al Ciudadano	255	9	20		
Total	6392	154	163		

En la anterior imagen se evidencia que la muestra es amplia y que el porcentaje de malas calificaciones es mínimo, sin embargo se considera por el seguimiento que se viene realizando que el uso no es el más juicioso, incluso algunos funcionarios reconocen que en ocasiones es negligencia y apatía con el sistema.

Para incentivarlo se realiza campaña de sensibilización a través de envío de correos, no solo a personal que tiene a cargo Consolas, sino también a todo el personal administrativo y docente, con el ánimo de concientizar que el servicio es compromiso de todos:

GL-GD-FR-04
Fecha de Publicación:
Octubre 21 de 2013
Codigo Postal: 050034
Version: 2


Medellín
todos por la vida

Carrera 78 # 65 - 46 Robledo - Medellín - Colombia PBX: 444 56 11
www.colmayor.edu.co



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
**COLEGIO MAYOR
DE ANTIOQUIA**

NIT. 890980134-1



Se presentan las acciones de mejora que se han realizado para que el sistema funcione a cabalidad y se hace la claridad que la socialización es con el objetivo más que cumplir con el procedimiento de Comunicaciones y presentar resultados, con el propósito de interacción y evaluación del sistema, para que se manifiesten inquietudes, necesidades, sugerencias y demás asuntos relacionados.

GL-00-FR-04
Fecha de Publicación:
Octubre 21 de 2013
Codigo Postal: 050034
Version: 2



Carrera 78 # 65 - 46 Robledo - Medellín - Colombia PBX: 444 56 11
www.colmayor.edu.co



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
**COLEGIO MAYOR
DE ANTIOQUIA**

NIT. 890980134-1

ACCIONES DE MEJORA

- Personalización de preguntas para Quédate en Colmayor y Biblioteca para el 4to trimestre
- Cambio de preguntas conforme a solicitud de líderes
- Campaña de uso
- Envío de flash recordando el uso
- Organización del sistema

- **SUGERENCIAS**

- Que el reporte de malas calificaciones

Llegue directamente a los líderes y funcionarios que tienen a su cargo Consolas Institucionales.



Y se culmina con la presentación informando que en días anteriores se sostuvo una reunión con la Jefe de Admisiones en la que manifestó no estar de acuerdo con el sistema desde el inicio por éste no ser un sistema objetivo que permita saber por qué califican mal una atención o servicio y que se pensaría con el proveedor en una solución para que cuando se tenga una mala calificación quien evalúa esté en la obligación de justificarla y así poder generar planes de mejora para procesos, funcionarios y para la entidad.

Compartiendo la sugerencia anterior con los asistentes se da pie al segundo punto de la reunión

2. Sugerencias participantes

Desde el inicio del uso de consolas se han notado ciertas inconformidades con el sistema, entre las que están:

1. El sistema no es objetivo, si no permite saber qué es lo que se está haciendo mal, no hay posibilidad de mejorar, muchas veces los usuarios califican mal por situaciones que no son de servicio sino de

GL-00-FR-04
Fecha de Publicación:
Octubre 21 de 2013
Codigo Postal: 050034
Version: 2





descuido, entregas y solicitudes extemporáneas o porque lo que solicita no es posible entregarlo (ejemplo: cancelación de semestre en la fecha posterior designada en calendario académico, se les brindó toda la información y se les asesoró pero la calificación es mala por no obtener la cancelación), además, en ocasiones solicitudes como la anterior son motivo de inconformidad y más cuando directivos aprueban procedimientos extemporáneos, porque los usuarios asimilan la situación como una mala atención por parte de quienes los orientan en inicio, es decir, los funcionarios que tienen a su cargo la consola de calificación del servicio.

2. Manifiestan que los procesos institucionales tienen demasiada carga laboral y que conectar, abrir la consola e invitar a los usuarios a evaluar es significado de dejar de hacer las cosas que su labor conlleva. Por lo que proponen que la consola sea totalmente independiente de los equipos de ellos y que el usuario califique por su cuenta y además deje el comentario. Lo anterior implicaría implementar un sistema de calificación afuera de cada punto de servicio con una Tablet o pantalla de pc. El líder de Tecnología sugiere que la evaluación sea netamente virtual, pero no permitiría evaluar en tiempo real.
3. Preguntan que cuál es el número obligatorio de encuestas a realizar día a día, a lo que la líder de comunicaciones les recuerda que al inicio se había propuesto que 5 diarias, pero hace la claridad de que la institución es una entidad prestadora de servicios que debería evaluar en su totalidad los usuarios atendidos, a lo que manifiestan que es perder mucho tiempo, que no todos los usuarios califican y que así los inviten muchas veces no tienen la disposición, no leen las preguntas del hablador y por lo anterior sugieren que sea una sola pregunta para que sea más rápido.
4. Consideran que las preguntas son muy generales y no alcanzan a evaluar los procesos como tal, por lo que sugieren que se evalúen funcionarios, a lo que se les recuerda que las personas son cambiantes y la Institución no, por lo que no sería eficiente.
5. Un funcionario reconoce que se le olvida conectar la consola y opina que es más cuestión de disposición.
6. Reconocen que el condicionamiento de la consola con un funcionario llevaría a que inviten a evaluar solo aquellas personas que atendieron bien.

Según el informe de satisfacción, la Institución está por encima de la meta planteada en cuanto a satisfacción y los asistentes manifiestan que los procesos "cumplen" según éste. Sin embargo, la líder de Gestión de



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
**COLEGIO MAYOR
DE ANTIOQUIA**

NIT. 890980134-1

Comunicaciones explica que es preocupante que tengamos un nivel de satisfacción tan alto con 138 entradas en el canal de PQRSF, por lo que los funcionarios insisten que el sistema a través de consolas de calificación del servicio es ineficiente, aún así, se aclara que la solicitud de medición de la satisfacción va ligada a la norma de ICONTEC – NTCGP 1000 de 2009 en el requisito N°821 referente a la medición de la satisfacción y que las PQRSF son otro requerimiento, que si bien se puede analizar y cruzar para verificar la satisfacción, no son el mecanismo para cumplir con la norma.

2. Se les recuerda a los asistentes que en años anteriores se implementó el sistema de consolas con el ánimo de evaluar la satisfacción en tiempo real y especialmente con los procesos que tienen constante interacción con público, por lo que se resalta que la propuesta de generar encuestas por procesos sería retroceder y no se cumpliría con la normatividad sugerida por el ICONTEC.

3. Calificar a través de una sola pregunta la satisfacción con el servicio prestado: las preguntas de los calificadores se ajustaron después de un estudio de servicio y de las sugerencias a través de memorando de varios líderes de proceso. Por ello simplificar la satisfacción en una sola pregunta sería retroceder y volver al punto de no saber el porqué de una mala calificación, sin embargo quedó al análisis colectivo, a lo que los funcionarios respondieron que no era decisión de ellos tener una sola pregunta o solucionar los inconvenientes planteados durante la reunión.

4. Modificar las preguntas de modo que se evalúe el servicio prestado, más no una solicitud en específico.

Se les recuerda que la socialización de informes como el anterior es de total incumbencia de líderes de proceso y la ausencia fue notoria, por lo que se invita a que participen activamente de los procesos que son requerimiento institucional y que sirven para establecer acciones de mejora y sinergia en los procesos, pues la satisfacción es un asunto Institucional.

Además puntualidad

COMPROMISOS:

COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA
------------	-------------	-------

GL-GD-FR-04
Fecha de Publicación:
Octubre 21 de 2013
Codigo Postal: 050034
Version: 2



**Carrera 78 # 65 - 46 Robledo - Medellín - Colombia PBX: 444 56 11
www.colmayor.edu.co**



Sentry analizará y enviará propuesta para que la calificación a través de consolas sea totalmente independiente de los funcionarios y que se pueda establecer el porqué de una mala calificación y plantear alternativas de mejoras. (pantallas y teclado)	Sentry	
--	---------------	--

CLAUDIA ARREDONDO

Dirección Biblioteca

AMINTA CÁRDENAS

Sec Fac. de Arquitectura e Ingeniería

JUAN PAULO JONES

Líder de Tecnología

NORELA OROZCO

Sec Fac. de Arquitectura e Ingeniería

ANA MARÍA GARZÓN SEPÚLVEDA

Coordinadora Gestión de Comunicaciones

GLORIA MUSTAFÁ

Jefe de Admisiones, Registro y Control

LILIANA AMAYA GUTIÉRREZ

Secretaría Atención al Ciudadano

ÁNGEL PÉREZ

Auxiliar de comunicaciones

SAMUEL TORRES

Técnico Sistemas Sentry

Soporte 10



Marysol Varela Rueda <profesional2.controlinterno@colmayor.edu.co>

Riesgos caja menor

2 mensajes

Marysol Varela Rueda <profesional2.controlinterno@colmayor.edu.co>
Para: Jefe de Almacén y Compras <almacen@colmayor.edu.co>

10 de mayo de 2016, 15:26

Buenas tardes,

Beatriz, al revisar la matriz de riesgos del proceso que lidera, no observo riesgos que tienen que ver con el manejo de la caja menor.

Cordialmente,

Marysol Varela Rueda
Profesional de Control Interno
Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia
Teléfono +57 (4) 444 56 11 extensión 200
Carrera 78 N° 65-46 Roldo
www.colmayor.edu.co
Medellín - Colombia



Beatriz Elena Milán Murillo <almacen@colmayor.edu.co>
Para: Marysol Varela Rueda <profesional2.controlinterno@colmayor.edu.co>

10 de mayo de 2016, 17:20

Hola,

Estaban en los de corrupción.

Bitmap

IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS PI-FR-018					
VERSIÓN: 002			FECHA: 27-08-2014		PÁGINA: 4 DE 4
EVALUACIÓN RIESGOS DE CORRUPCIÓN					
CONTROLES			CRITERIOS	CUMPLIMIENTO	
DESCRIPCIÓN	PREVENTIVO	CORRECTIVO	CRITERIO DE MEDICIÓN	SI	NO
Financiera: Ingresos de gastos no autorizados.	SI		Existe(n) herramienta(s) de control	X	
			Existe(n) Manual (es) y/o procedimientos que expliquen el manejo de la herramienta	X	
			En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva	X	
De información y documentación: Sistemas de información susceptibles de manipulación o adulteración.	SI		Existe(n) herramienta(s) de control	X	
			Existe(n) Manual (es) y/o procedimientos que expliquen el manejo de la herramienta	X	
			En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva	X	

Beatriz Elena Milán Murillo
Jefe de Bienes y Servicios
Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia
Teléfono + 57 (4) 444 56 11, extensión: 228
Carrera 78 N° 65-46 Roldo
www.colmayor.edu.co
Medellín-Colombia

Correo de Institución Universitaria Colegio Mayor de Ant - Riesgos ca... <https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=0a06ba0503&view=pt&c...>



[El texto sigue en la multi]



VALORACION RIESGOS DE CORRUPCIÓN

CONTROLES		CRITERIOS		CUMPLIMIENTO
RIESGO	PREVENTIVO	CORRECTIVO	CRITERIO DE MEDICIÓN	INDIQUE ¿Cuál?
Prolongación de la vigencia fiscal en la ejecución presupuestal	CONTROL 1 Efectuar el cierre mensual y anual del presupuesto de ingresos y gastos.		Existe(n) herramienta(s) de control?	Sistema financiero SICOOF. Actos administrativos de constitución de reservas y cuentas por pagar, así como el de incorporación de recursos de balance vigencia anterior.
	CONTROL 2 Elaborar acto administrativo para reservas presupuestales y cuentas por pagar de fin de año.		Existen manuales y/o procedimientos que expliquen el manejo de la herramienta?	Manual de cierre de módulos financieros. N/A
	CONTROL 3 Gestionar la incorporación de recursos del balance, con el Municipio de Medellín.		En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva?	Si
Exceder la apropiación presupuestal disponible	CONTROL 1 Reportar oportunamente al proveedor del software financiero, cualquier anomalía del sistema y llevar a cabo el seguimiento respectivo, hasta obtener la solución.		Existe(n) herramienta(s) de control?	Mesa de ayuda ADA. Seguimiento presupuestal. Conciliaciones mensuales de convenios.
	CONTROL 2 Monitorear periódicamente la		Existen manuales y/o procedimientos que expliquen el manejo de la herramienta?	N/A

Matriz Actualizada
Gestión Financiera

RIESGO	PREVENTIVO	CORRECTIVO	CRITERIO DE MEDICIÓN	INDIQUE ¿Cuál?
	ejecución presupuestal. CONTROL 3 Conciliar periódicamente cada convenio, una vez comience su ejecución presupuestal.		En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva?	Si
Disponer de recursos no incorporados en el presupuesto	CONTROL 1 Revisión de ejecuciones presupuestales frente a decretos del Municipio de Medellín.		Existe(n) herramienta(s) de control?	Seguimiento a ejecución presupuestal. Sistema financiero SICOF
	CONTROL 2 Software financiero para los procesos de presupuestales, contables y de tesorería.		Existen manuales y/o procedimientos que expliquen el manejo de la herramienta?	N/A
	CONTROL 3 Llevar consecutivos únicos para todos los momentos presupuestales.		En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva?	Si
Presentación de la información contable con diferentes cifras a los diferentes usuarios	CONTROL 1 Elaborar estados contables una vez ejecutado el cierre contable.		Existe(n) herramienta(s) de control?	Estados financieros firmados y archivados en Vicerrectoría Administrativa y Financiera.
	CONTROL 2 Archivo único de estados contables firmados en original en Vicerrectoría Administrativa y Financiera.		Existen manuales y/o procedimientos que expliquen el manejo de la herramienta?	N/A
			En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva?	Si

RIESGO	PREVENTIVO	CORRECTIVO	CRITERIO DE MEDICIÓN	INDIQUE ¿Cuál?
Jineteo de fondos	CONTROL 1 Dar cumplimiento a las políticas del manual de tesorería.		Existe(n) herramienta(s) de control?	Manual de tesorería. Procedimiento de conciliaciones bancarias.
	CONTROL 2 Efectuar mensualmente conciliaciones bancarias.			Formato de conciliaciones bancarias.
	CONTROL 3 Llevar a cabo arqueos periódicos desde control interno.		Existen manuales y/o procedimientos que expliquen el manejo de la herramienta?	Programa general de auditorías de Control Interno. Formato CI-FR-019 Traslado caja bancos
	CONTROL 4 Efectuar el cierre diario de caja, desde tesorería.			Manual de tesorería. Procedimiento de conciliaciones bancarias. Programa general de auditorías de Control Interno. Software financiero SICOF
Pagos dobles	CONTROL 1 Efectuar mensualmente conciliaciones bancarias. CONTROL 2 Procedimiento de pago a proveedores. CONTROL 3 Efectuar los pagos, con los soportes correspondientes y el respectivo comprobante de egreso para cada obligación.		En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva?	Si
			Existe(n) herramienta(s) de control?	Procedimiento de pago a proveedores. Procedimiento de conciliaciones bancarias.
			Existen manuales y/o procedimientos que expliquen el manejo de la herramienta?	Procedimiento de pago a proveedores. Procedimiento de conciliaciones bancarias.
			En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva?	Si

No.	No. RIESGO POR PROCESO	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	PROCESO	RIESGO		CAUSAS	EFECTOS (CONSECUENCIAS)	CONTROLES EXISTENTES
				DESCRIPCIÓN	TIPO			
104	05	Actualizado a octubre- diciembre 2015	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Disponer de recursos no autorizados en el presupuesto	<u>CONTABILIDAD</u>	Desaprovechamiento de la compra. Desde COP y RP mal usadas. Evitar pagar en efectivo, ni causados contables.	Sección legal por los actos de control	Control con personal idóneo en el área de presupuesto. Aclarar las direcciones imputables por el Ministerio de Hacienda. Controlar toda la información de hecho económica presupuestal, contable y de tesorería en un único software financiero. Usar computadores desde el sistema para COP, RP, CP y CE.
105	06	Actualizado a octubre- noviembre 2015	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Dependencia económica de fuentes financieras limitadas y no sólidas	FINANCIEROS	Los recursos propios no a la altura a transferir la totalidad de los gastos de la institución	Justificación económica	Elaborar el presupuesto de ingresos y gastos conforme a las orientaciones municipales y nacionales asignadas para dicho vigencia y a la programación de los recursos propios.
106	07	Actualizado a octubre- noviembre 2015	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Desviamientos errados de los hechos económicos	FINANCIEROS	Falta de idoneidad en el documento fuente. Descripción inadecuada del hecho en el documento fuente. Falta de información en el documento soporte. Desconocimiento de la norma. Interpretación errada del hecho real, conforme al régimen de contabilidad pública. Inadecuación de acceso al hecho económico realizado con los señalamientos en el POCF.	Cuentas contables con errores errados. Informes financieros con inconsistencias, para toma de decisiones.	Control con personal idóneo en el área de contabilidad. Cumplir los procedimientos existentes. T. pagar a proveedores. Consultar a la Contraloría General de la Nación las aclaraciones que ponga en juicio el abogado. Proceso interno y reparación de los hechos mal hechos. Consultar permanentemente la página web de la Contraloría General de la Nación, para actualizar sobre novedades y cambios previstos en la norma.
107	08	Actualizado a octubre- noviembre 2015	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Hechos económicos ocurridos, no registrados en contabilidad.	FINANCIEROS	Falta de conciliación entre contabilidad e los sistemas en que generan información contable.	Informes financieros inconsistentes, para toma de decisiones.	Conciliación periódica de cuentas corrientes. Revisión de conciliados sobre la consistencia de la información contable. Cumplimiento al manual de políticas contables. Ejecutar periódicamente conciliaciones. Procesos.
108	09	Actualizado a octubre- noviembre 2015	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Información de los estados financieros que no concuerda con los libros de contabilidad	FINANCIEROS	Elaboración de estados contables, antes de afectar el cierre contable. Acceso al módulo contable, de control de permisos, por los y roles. Elaboración de estados contables, sin cumplir los libros contables.	Estados financieros errados, para toma de decisiones.	Defectar el cierre contable, para volver estados contables. Revisión del software financiero, para el acceso a los diversos módulos, con controles de permisos, perfiles y roles. Actualizar el módulo contable, la información para los estados contables y conciliar con los libros de contabilidad.
109	10	Actualizado a octubre- noviembre 2015	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Transmisión de la información contable con diferentes perfiles a los usuarios.	<u>CONTABILIDAD</u>	Distintos perfiles manipulando la información contable. Perfiles inconsistentes.	Estados financieros errados. Incongruencia de totales, hasta la totalidad de las acciones legales por los actos de control.	Defectar el cierre contable, para volver estados contables. El Visor Administrativo y Financiero actualiza los estados contables firmados en original. El Visor Administrativo y Financiero entrega los informes contables, solicitados por terceros.

No.	No. RIESGO POR PROCESO	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	PROCESO	RIESGO		CAUSAS	EFECTOS (CONSECUENCIAS)	CONTROLES EXISTENTES
				DESCRIPCIÓN	TIPO			
111	12	Actualizado a octubre-noviembre 2015	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	<u>Indice de fondos</u>	<u>CORUPCIÓN</u>	Los dólares recibidos no se registran, se entregan oportunos	Asignación indebida de dinero pública.	Cumplir las políticas del manual de tenencia. Efectuar oportunamente conciliaciones bancarias. Llevar a cabo arrollos periódicos desde control interno. Efectuar el cierre diario de caja, desde posterior.
112	13	Actualizado a octubre-noviembre 2015	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	<u>Pagadores</u>	<u>CORUPCIÓN</u>	Acordos en el flujo de la documentación para trámite de pago. Destinación patrimonial, en caso de no pagar un cumplimiento de pago.	Defalcación del recurso. Destinación patrimonial, en caso de no pagar el recurso.	Efectuar manualmente conciliaciones bancarias. Recibir, cruzar y pagar en el orden que llega la documentación para trámite de pago, sin separar los depósitos de cada relación de entrega de cuantía por pago. Efectuar los pagos, con los oportunos correspondientes y el respectivo comprobante de pago para cada obligación.

