



MEMORANDO

Medellin 2016-10-11 08:55:22
Rad 2016301679
Institución Universitaria
Colegio Mayor de Antioquia
directora control interno

2.2

Medellín, 11 de octubre de 2016

PARA: Bernardo Arteaga Velasquez, Rector

DE: Director Control Interno

ASUNTO: Informe Seguimiento a Planes de Mejoramiento Internos y Externos.

A continuación se hace entrega del informe del seguimiento realizado a los planes de mejoramiento internos y externos, elaborado por la Oficina de Control Interno con corte a septiembre 30 de 2016.

Cualquier aclaración e información adicional estaremos a su disposición.

Se anexa informe definitivo.

Atentamente,

EDIT YOHANA PALACIO ESPINOSA

Anexos: 13





**INFORME DEFINITIVO SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO
EXTERNOS E INTERNOS A SEPTIEMBRE DE 2016**

NOTA: Por tratarse de un seguimiento no se tendrán en cuenta los puntos 1, 2, y 3 en el 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 AUTOEVALUACION MECI**

AUTOCONTROL: N/A

AUTORREGULACIÓN: N/A

AUTOGESTIÓN: N/A

AUTOEVALUCION MECI: N/A

4. SITUACIÓN CONTEXTUAL DEL PROCESO O ACTIVIDAD

DEBILIDADES:

- Aún se encuentran acciones que deben ser formuladas a partir de ejercicios de evaluación a nivel Institucional y que no se incluyen en los planes de mejoramiento.
- Las acciones producto de los ejercicios de autoevaluación académica no se incluyen en el plan de mejoramiento institucional.
- No se constató existencia de acciones definidas a recomendaciones y hallazgos encontrados en las visitas de pares académicos.

OPORTUNIDADES:

- Cambio de plan de desarrollo.
- Proceso de acreditación.



FORTALEZAS:

- Existencia de un Sistema Integrado de gestión

AMENAZAS:

- Aumento en los controles a nivel de políticas públicas en cuanto al mejoramiento del sistema de control interno.

5. DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS Y OBSERVACIONES DEL EJERCICIO

5.1 Matriz de hallazgos

N° MARCA DE CLASE	Y HALLAZGO	ACCIÓN A SEGUIR POR PARTE DEL RESPONSABLE	RESPONSABLE
1 ^o	<p>No se están definiendo acciones a la totalidad de los hallazgos y observaciones registrados a partir de los ejercicios de auditoría interna, obstaculizando la dinámica de mejoramiento continuo y desconociendo el valor que tiene para la Institución contar con un proceso de evaluación independiente que actúa como asesor directo de la rectoría para evitar desviaciones en la operación.</p> <p>Lo anterior se configura en un incumplimiento a lo estipulado en el MECI 1000, el Acuerdo 014 de 2015, la Resolución 138 de 2016, con el riesgo de</p>	<p>Construcción del plan de mejoramiento con las acciones correctivas y/o de mejora a seguir.</p>	<p>Institución Universitaria Colmayor</p>



	incurrir en faltas disciplinarias contenidas en el Código Disciplinario Único, ley 734 de 2002.		
--	---	--	--

Fuente: Elaborado y adaptado por la Oficina de Control Interno e información suministrada por los proceso auditados.

MARCAS

MARCA **	EXPLICACIÓN
1	Hallazgo

5.2. Observaciones.

1. Es evidente la debilidad en la definición de acciones debido al desconocimiento, por parte de los líderes, de la diferencia existente entre corrección, acción correctiva y acción de mejoramiento. Esta situación es identificada por el hecho de que en algunos casos se encontró que las acciones no son eficaces, por lo que es necesario definir nuevas acciones que permitan eliminar las causas y con ello evitar que se materialice nuevamente el riesgo.
2. En repetidas ocasiones se encuentra que los Planes de Mejoramiento se entregan a la oficina de Control Interno de forma extemporánea, impidiendo la labor de seguimiento y control al mejoramiento continuo.
3. Se presentaron algunos procesos que no habían implementado las acciones de mejoramiento, solicitando ampliación de tiempo sin justa causa o sin mayor justificación, aunque se les aceptó la ampliación, es necesario contar con mecanismos de control a la situación para evitar dilatar la toma de decisiones frente al mejoramiento.

5.3. Descripción del riesgo.

Se evidencia materialización de un riesgo operativo con el incumplimiento a la suscripción de planes de mejoramiento por parte de dos procesos evaluados, lo que también implica materialización de riesgo asociado a la negligencia de procesos frente a las labores de control y mejoramiento continuo.



5.4 Resumen de hallazgos y observaciones

PROCESO Y/O SUBPROCESO RESPONSABLE	Nº DE HALLAZGOS	Nº DE OBSERVACIONES
Institución Universitaria Colmayor	1	3
TOTAL	1	3

PLAN DE MEJORAMIENTO EXTERNO

PLAN DE MEJORAMIENTO INTERNOS

Plan de Mejoramiento N° 37, Auditoría a Gestión Tecnología

Análisis hallazgos y observaciones:

Hallazgo n°1; se evidenció una medida tomada para mejorar las prácticas en la supervisión de los contratos con un acta de inicio de proyecto, donde se cita parámetros en el contrato a pactarse, la acción queda cerrada.

Hallazgo n°2 y Observación 3; Se verificó aleatoriamente el control del riesgo 2, no se ha cumplido con el cronograma de mantenimiento toda vez que en infraestructura se estaba trabajando en la restauración de oficinas y techos por ende esta acción no es efectiva. Por lo anterior se verificará la acción en el próximo seguimiento.

Hallazgo n°4; se encuentra en borrador el documento, se solicita ampliar fecha 14 de diciembre de 2016.

Observación 1. Se evidenció disminución de RP y CDP con RAD. 201301163. Esta acción se cierra.

Observación 2. La acción queda cerrada, ya que se verificaron los procedimientos de reporte de Snies y gestión de las tarjetas de proximidad en el proceso, igualmente, se evidenciaron otros procedimientos que se incluyeron en Isolución.

Observación 4; se verifico el estudio previo y formato de supervisión donde aparece la cantidad de mantenimientos que se realizarán, además se evidenció la realización de chequeos trimestrales a los equipos, los cuales tiene como anexos las hojas de vida correspondientes.



Observación 5; se realizó verificación de las aulas adaptadas en: La sala de bilingüismo, donde se encontró que hacía falta una "tela" para proyectar con el video beam y ya fue instalada. En el aula A 245 se registraba que las mesas estaban en mal estado, encontrándose que estas mesas fueron cambiadas. Esta acción queda cerrada.

Observación 6; se pudo constatar que el formato GT-FR 19 se encuentra modificado en Isolucion, esta acción queda cerrada.

Observación 7; se evidenció que el procedimiento "requerimientos de servicio de TI" se cumple y en plannea se encuentra el registro. Esta acción se cerró.

Observación 8; se evidencia traslado de computador integrado HP Intel Core 2 dúo con placa 14683, valorado en \$2.060.000 esta acción se cerró.

Observación 9; se pudo constatar que se instauraron controles necesarios para articular el proceso de Gestión de TI con SST, como lo son extintores y señalización en los cuartos técnicos, esta acción se cerró.

Observaciones 10 y 11; se cerró toda vez que los bienes obsoletos se trasladaron a bienes y servicios.

Observación 13; se verificó el manual de usuarios y se encontró que éste especifica funciones del proceso, caracterización y de usuarios.

Observación 14; se cerró la acción, ya que se observó acta donde se hacen los requerimientos de las necesidades de los procesos en cuanto a TI.

Plan de Mejoramiento N° 27; Gestión Ambiental se Traslado al Proceso Gestión de Infraestructura.

Se realizó seguimiento a la acción definida a la observación N° 1, la cual pudo cerrarse por encontrarse el centro de acopio pintado con pintura epoxica, de acuerdo al requerimiento.

Plan de Mejoramiento N° 33; Auditoria realizada a Permanencia.

Se realizó seguimiento a las observaciones N° 2 y 3, las cuales contaban con dos acciones cada una que se encontraban en un 50%; la acción se cerró toda vez que los pendientes se cumplieron con respecto a videos tutoriales de apoyo a los estudiantes.



Plan de Mejoramiento N° 38; Auditoria Aseguramiento de la Calidad Académica

Se realizó seguimiento a la acción definida al hallazgo N°1; se cerró la acción de mejoramiento, toda vez que se pudo evidenciar el cumplimiento en los informes de los planes de mejoramiento.

Se realizó seguimiento al hallazgo N°3; se encontró que aunque la acción no se puede cerrar si se ha gestionado el cumplimiento al revisarse la resolución N°422, de acuerdo a lo planteado en el plan. La Institución se encuentra en un momento neurálgico, por lo que es necesario postergar el cumplimiento de la acción hasta tanto se termine el proceso de acompañamiento por parte de la universidad Eafit en el desarrollo de un Plan de Acción tendiente a la acreditación institucional, además, existe transición en cuanto a la actualización del PEI y definición del Plan de Desarrollo 2016 – 2019. Se hará verificación de avance en el próximo seguimiento que realice la oficina de control interno.

Plan de Mejoramiento N° 47; DAFP - Comunicaciones

Se realizó seguimiento al hallazgo N°1; la acción se encuentra abierta toda vez que el presupuesto para la compra e implementación del módulo de trazabilidad de las PQRSF no se ha desembolsado.

Plan de Mejoramiento N° 29; Auditoria Central de Materiales

Los hallazgos 1 y 2 se encuentran abiertos, sin embargo, hay solicitud de ampliación de fecha, quedando para el 28 de octubre de 2016.

Plan de Mejoramiento N° 56; Auditoria Central y Materiales

Se realizó seguimiento el hallazgo N°1, verificándose la implementación de la acción: "realizar cronograma para inducción y reinducción", se encuentra que la acción sigue abierta toda vez que aunque se tiene un instructivo de lineamientos de inducción y reinducción, éste se encuentra en flujo en solución, constatando la gestión realizada por la coordinadora de laboratorios de salud, sin embargo, se verificará el cumplimiento de la acción en el próximo seguimiento que realice la oficina de control interno.

Hallazgo 10: al inspeccionar en las aulas 144A y 144B, se encontró que las sillas se encontraban en orden, sin obstáculos ni ningún elemento que suponga riesgo en la operación. La acción se cierra.



Hallazgo 13: Se constató en el acta N°93 del 22 de agosto 2016, la entrega del inventario devolutivo y de consumo, por lo que se cierra la acción.

Observación 5: se cierra la acción al encontrarse que fue implementada según el registro del plan de mejoramiento.

Plan de Mejoramiento N° 33; Auditoria Permanencia

Se realizó seguimiento a las acciones de las observaciones N° 2 y 3; se encuentra que una acción se encuentra cerrada y la otra fue modificada en su fecha. Se constató en videos tutoriales el mejoramiento.

Plan de Mejoramiento N° 35; Auditoria Apoyos Educativos

Se realizó seguimiento a las acciones de los hallazgos, encontrándose:

Hallazgo N°1; se evidencio el envío del memorando al comité directivo, que cuenta con radicado N°2016301038 y registra fecha de 30 de junio de 2016, sin embargo, no se encontró respuesta. Se cierra la acción, toda vez que el proceso demostró gestión frente al tema sin ser el responsable de las decisiones.

Hallazgo N°2 y la observación 5; la acción se encuentra cerrada a la fecha, evidenciada en el documento con radicado N°2016300440 y fecha 19 de abril de 2016.

Observación 1; no se revisó la meta con planeación, toda vez que nivel interno se identificó que 2 personas no son suficientes para capacitar a los estudiantes de manera presencial. Por lo anterior en el indicador con fecha 05 de julio de 2016. en la observación se incluyen los cursos virtuales, A lo cual el indicador aumento toda vez que se presentó mayor formación de usuarios de modo virtual.

Observación 4 y 8; se evidenció que se retomó la encuesta institucional se evidencio correo donde se calificó unos puntos como agilidad del servicio y amabilidad donde se encontró calificación negativa en lo que se ha venido trabajando con un psicólogo en el grupo de la biblioteca.

Plan de Mejoramiento N° 42 Auditoria Gestión del Talento Humano

Se realizó seguimiento al hallazgo N°4 y a las observaciones 1, 4 y 5, encontrándose que las acciones se encuentran cerradas a la fecha.

En el hallazgo 4, se verifico que cumplen con los tiempos; en la observación 1 se revisaron los correos que fueron enviados a decanos con el consolidado de las



evaluaciones 2016-1, para entregar a los docentes con el fin de ser firmados y entregados en Talento Humano.

Observación 4 se constató que se ha venido trabajando en las variables más bajas, como por ejemplo liderazgo, donde se encontró que en el presente año se realizó una evaluación de competencias directivas de 360°; la próxima medición del clima se realizará en el 2017, esto con el fin de comparar si el impacto fue positivo.

En la observación 5 se encontró viable el cierre de la acción, toda vez que se evidencio el nuevo código de ética.

Plan de Mejoramiento N° 44: Evaluación DAFP – MECI realizado a Talento Humano

No se tienen acciones definidas, ya que este plan de mejoramiento era para el día 28 de marzo de 2016, se envió correos los días 29 de marzo, 04 de abril y 11 de abril de 2016 sin tener respuesta. Se amplió fecha para el 03 de junio de 2016. Se solicita ampliar fecha 29 de septiembre de 2016.

Plan de Mejoramiento N° 36: Auditoria Planeación Institucional

Se realizó seguimiento a los hallazgos y observaciones, encontrándose lo siguiente:

Hallazgo N°5; se revisará en el próximo seguimiento, toda vez que se tenía avance, pero no se cumple a cabalidad con la acción.

Hallazgo N° 8; se amplía fecha para el 12 de diciembre de 2016, toda vez que no se ha hecho rendición de cuentas a partir de la fecha de la acción.

Hallazgo N°11; se cerró la acción toda vez que se evidencio existencia de los objetivos y principios; no se incluyeron las funciones.

Hallazgo N°12; se solicita ampliar fecha para el 12 de diciembre de 2016, toda vez que se tiene un avance pero no cierre del mismo.

Observación 6; se amplía fecha para el 12 de diciembre de 2016, toda vez que no se ha hecho rendición de cuentas a partir de la fecha de la acción.

Observación 8; se amplía fecha para el 12 de diciembre de 2016.



Plan de Mejoramiento N° 39; seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano realizado a Planeación Institucional

Se realizó seguimiento al hallazgo N°8; se verifico en la página web Institucional que no se cuenta con un normograma consolidado como lo pide la ley 1712 de 2014 en el art. 9. Por consiguiente se verificará la acción en el próximo seguimiento.

Plan de Mejoramiento N° 45; DAFP – MECI realizado a Planeación Institucional

Se realizó seguimiento al hallazgo N°1; se redefinirá la acción y para la obtención de resultados se solicitó ampliación para el 12 de diciembre de 2016.

Plan de Mejoramiento N° 43; Secretaría de Evaluación y Control

Se realizó seguimiento a los hallazgos N° 1, 2 y 3 relacionados al ítem 5.4.6 información y comunicación; en el hallazgo 1 el responsable es Secretaría General y se solicita ampliar la fecha hasta el 26 de septiembre 2016, para definir si el mecanismo para la denuncia de actos de corrupción son las PQRSF, esta acción también aplica para ítem 5.4 Talento Humano, H2 responsable Secretaría General.

En cuanto a los hallazgos 2 y 3 el proceso responsable es comunicaciones y se encontró que se cerraron las acciones, toda vez que la satisfacción de los usuarios es medida a través del sistema de calificación del servicio en Isolucion; la acción definida al hallazgo N°3 se cerró, toda vez que desarrollaron campañas, piezas publicitarias, apoyo en eventos, realización de videos y demás estrategias solicitadas por los procesos para mejorar su servicio. Biblioteca: asesoría en wix, contenido, promoción de cursos, campaña de cuidado de libros. Quédate en Colmayor: campaña de permanencia, sensibilización docente, videos promocionales, brochure con orientación vocacional, material publicitario conforme a la necesidad del proceso y su relación con los públicos objeto. Con lo anterior se evidencia articulación entre los diferentes procesos para la toma de decisiones.

Se realizó seguimiento a los hallazgos N° 1, 2, 4, 5 y 6, relacionados al ítem 5.4.2 direccionamiento estratégico.

Hallazgo 1; el responsable es el asesor de proyectos especiales. Se verificó la acción encontrándose que cuenta con la aprobación del comité de planeación, se verificará la socialización para el próximos seguimientos, donde se publicara en la página web y se pasara una copia al decano de Facultad de Ciencias Sociales con el fin de socializar al interior de la misma facultad.



Hallazgo 2; el proceso responsable de la acción es planeación institucional; la acción queda cerrada toda vez que se definió y aprobó el procedimiento de políticas estratégicas PI-PR-010.

Hallazgo 4, Gestión del Talento Humano; la acción se cerró, toda vez que se definió el método de evaluación de los acuerdos de gestión, el cual se encuentra en Isolucion como: TH-IT 003 instructivo, TH-FR059 formato, TH-FR 058 instrumento.

Hallazgo 5, el proceso responsable es planeación institucional. Esta acción queda cerrada, toda vez que se tiene un informe que reposa en la secretaria general, producto de una consultoría externa.

Hallazgo 6, se cerró la acción, ya que al verificar el plan de trabajo de la contratista en sus objetivos de trabajo se encontró articulación con el indicador "contratar un profesional para prestar los servicios de asistente al banco de proyectos"

Se realizó seguimiento a los hallazgos 1 y 2, ítem 5.4.3 administración del riesgo que cuenta como responsable planeación institucional; se verificará en el próximo seguimiento, toda vez que la fecha de entrega de resultados está para el 30 de septiembre de 2016.

Se realizó seguimiento a los hallazgos 1, 2 y 6, ítem 5.4.4, autoevaluación institucional, responsable planeación institucional; se evidenció que se está dando cumplimiento con el "informe de revisión por la dirección 2015", se trató en la reunión por la alta dirección el día 20 de abril de 2016, sin embargo, no se pudo evidenciar seguimiento a los indicadores, toda vez que al momento del seguimiento la institución está en definición de nuevo plan de desarrollo, por lo que la acción se revisará en el próximo seguimiento.

Hallazgo 2; el informe del proceso de autoevaluación se socializó a todos los líderes y se presentó en el comité de coordinador de sistema gestión integrado, está publicado en la página web, por lo tanto esta acción se cierra.

Hallazgo 6; se verificó la implementación de los planes de mejoramiento producto del resultado de autoevaluación, observándose 4 de ellos.

Se realizó seguimiento a los hallazgos 1 y 2, ítem 5.2.1 Estrategia Auditoria Interna, responsable Control Interno.

Hallazgo 1; se evidenció que se encuentra aprobado el manual de auditoria interna para la institución por medio de la resolución n°138 del 19 de julio de 2016. Está pendiente el registro en la dirección nacional de derecho de autor.

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA	INFORME AUDITORÍA		
	CI-FR-01		
	Versión: 003	Fecha: 28-01-2016	Página: 11 de 13

Hallazgo 2; Se presentó al consejo Directivo el 29 de julio de 2016 la presentación de gestión de la oficina y la evaluación al sistema de control interno. El acta 011 de 2016 reposa en la oficina de Secretaria General.

Se realizó seguimiento a los hallazgos 1 y 2, ítem 5.2.2 Metodología, responsable Control Interno. Se realizan reuniones con el proceso de planeación donde se socializan los informes preliminares de los seguimientos a los riesgos y se asesora en el mejoramiento a partir de cada evaluación.

Hallazgo 4; La oficina de Control Interno en cumplimiento de la norma realiza seguimientos a los riesgos de la IUCMA, a esta fecha se han realizado dos seguimientos: uno con corte a abril 30, donde se realizó seguimiento a los riesgos del proceso y a los de corrupción y el segundo con corte a Agosto 30, donde se realizó seguimiento a la implementación de la guía de los riesgos de corrupción. Queda pendiente el próximo seguimiento con corte a diciembre.

Se realizó seguimiento a los hallazgos 1 y 2, ítem 5.2.3, Talento Humano, responsable Control Interno:

Hallazgo 1, se evidencia que en la ley 87 de 1993 en el artículo 11 en el párrafo 1 se establece la designación del jefe de la unidad u oficina de control interno, modificado por el artículo 8 de la ley 1474.

En cuanto a los profesionales de apoyo, su perfil es de profesional como se indica en el programa de aseguramiento y mejora de la calidad en la auditoría interna elaborado por la oficina, sin embargo, se puede tomar como base la norma internacional 1210 aptitud y su interpretación. Esta acción queda cerrada.

Hallazgo 2; En el plan de formación para los auditores se tiene que: La capacitación para los auditores internos (profesionales de apoyo), incluida la Directora de la oficina, está dada en las actividades programadas por los entes externos como lo son: Alcaldía de Medellín, Secretaria de Evaluación y Control, Comité de Enlace, CICIA y otros. Además, las actividades de capacitación y formación de la Directora de Control Interno se encuentran incluidas en el plan de capacitación institucional.

Los siguientes procesos **no han implementado plan de mejoramiento en los tiempos establecidos**, incumpliendo el procedimiento auditorías de control interno ci-pr-002:

Admisiones Registro y Control - Plan de Mejoramiento 50: si bien presentó (de manera extemporánea) el plan de mejoramiento correspondiente a los resultados de auditoría, a la fecha no ha presentado los ajustes respectivos que fueron



solicitados desde Control Interno, por lo que a la fecha no se tiene plan de mejoramiento de ese proceso. Este incumplimiento fue dado desde el día 20 de junio de 2016, fecha en la que debía ajustar las acciones y diligenciar las casillas requeridas en su totalidad y que responden a 6 hallazgos y 10 observaciones. Una vez verificada la información se constató que la información inicial fue enviada extemporáneamente a un correo que no estaba habilitado para la oficina de Control Interno, por lo que se solicitó ajustes el día 12 de agosto de 2016, con solicitud de entrega el 25 de agosto del mismo año, pero a la fecha del seguimiento (23 de septiembre de 2016) no se había recibido información de parte del proceso.

Asesoría en proyectos especiales – Plan de mejoramiento 49: el informe que contiene los datos para la construcción del plan fue el derivado de la evaluación de gestión por dependencias - ley 909 de 2004, tarea que se realizó en los meses de marzo y abril, pero a la fecha no se tiene definición de acciones. La fecha en la que el asesor de proyectos especiales debía enviar la información requerida era para el día 20 de abril de 2016. Este proceso junto a la persona encargada de diligenciarlo solo envió una observación de doce observaciones el día 18 de mayo de 2016, observación que tampoco obedece al requisito evaluado.

Informes pormenorizados del sistema de control interno – Plan de mejoramiento 55: El plan de mejoramiento producto de los seguimientos y evaluación al sistema de control interno está por definir responsables de las acciones tendientes al mejoramiento de los elementos de control planes, programas y proyectos e indicadores de gestión, enlazados a la evaluación por resultados.

6. CONCLUSIONES.

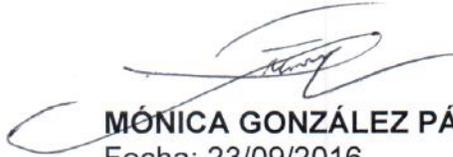
- Existen debilidades en la definición de acciones de mejoramiento, ya que a menudo hay confusión entre acción correctiva, corrección y acción de mejoramiento, además, no se hacen análisis de causas de los hallazgos y observaciones, por lo que con frecuencia las acciones definidas no atinan a la necesidad expresada lo que redundará en el riesgo de que las acciones definidas sean ineficaces.
- Existen observaciones y hallazgos de auditoría interna que a la fecha no cuentan con acciones de mejoramiento definidas, lo que representa un riesgo para la Institución al contar con líderes que se niegan al mejoramiento continuo, mostrando una negación frente al enfoque de la actividad de auditoría interna.



- No se han emprendido acciones a partir del informe anterior de seguimiento a planes de mejoramiento.

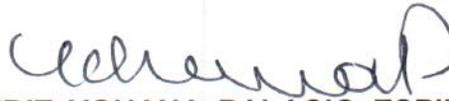
7. GLOSARIO (EN CASO DE SER NECESARIO). N/A

Elaboró:



MÓNICA GONZÁLEZ PÁEZ - Profesional de Control Interno
Fecha: 23/09/2016.

Revisó y Aprobó:
Control Interno
Fecha: 07/10/2016.



EDIT YOHANA PALACIO ESPINOSA - Directora Operativa