



PLAN DE MEJORAMIENTO - HALLAZGOS Y OBSERVACIONES DE AUDITORIAS DE CONTROL INTERNO

PROCESO:		Planeación Institucional - Evaluación por Dependencias										PLAN DE MEJORAMIENTO N°:	3.2
Radicado de la Auditoría	Fecha de la Auditoría	N° del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo		Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias
					Fecha de inicio	Fecha de terminación			Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %	
		2	<p>EJE 1: DOCENCIA Al verificar los soportes que dan cuenta del nivel de cumplimiento del resultado del indicador "proporción de docentes de planta con doctorado", correspondiente al eje uno (1) docencia, se estableció que la información que se registra en el seguimiento al plan indicativo 2018-2, no es consistente con los soportes con los que cuenta el proceso gestión del talento humano de la Institución. En el seguimiento al plan indicativo 2018-2, Planeación Institucional reporta cuatro (4) docentes con formación doctoral, así: (ver cuadro) No obstante, al verificar la información en los expedientes (hojas de vida) de los docentes, se evidenció que solo tres (3) de ellos cuentan con soporte de formación doctoral, a saber: Giraldo Velásquez Claudia María, Buites Jaramillo Luis Alejandro y Flórez López Carlos Alirio; el docente Bedoya Pérez Juan Carlos, no tiene en su hoja de vida soporte que le acredite su formación como doctor. Lo antes expuesto permite establecer que el resultado que se presenta en el seguimiento realizado al plan indicativo 2018 - 2, del indicador "docentes reportados con formación de doctorado" es inconsistente, dado que el área de planeación institucional reporta para el 2018-2 un 7.69% y de acuerdo a los soportes allegados el indicador arroja un resultado del 5.76%. Por su parte para el indicador de producto "No. de docentes formados en programa de doctorado", en el seguimiento efectuado por planeación institucional al plan indicativo 2018-2, establece dos (2) docentes con formación doctoral, información que es inconsistente con la que soporta el indicador "docentes reportados con formación de doctorado". Luis Alejandro Buites Jaramillo. Juan Carlos Bedoya Pérez. En formación catorce (14). Con base en lo anterior se puede determinar una inconsistencia entre el indicador de resultado "proporción de docentes de planta con doctorado" y el indicador de producto "No. de docentes formados en programa de doctorado", dado que los resultados de los mismos no guardan coherencia entre sí.</p>	<p>1. Se corregirá el archivo de Plan Indicativo, evaluación con corte a 2018-2, evidenciando el número de docentes con formación en doctorado y la proporción de docentes con formación en doctorado, de acuerdo a la información de Talento Humano. 2. Verificar que la información suministrada por los líderes de procesos sea confiable, solicitando archivos soporte y corroborando con otras fuentes.</p>	22/03/2019	01/07/2019	Corregir el logro de los indicadores en 2018-2	15/07/2019	Planeación Institucional	Jorge Toro Isabel Jiménez			
			<p>EJE 2: INVESTIGACIÓN Se evidenció inconsistencia con el resultado reportado para el indicador de producto "No. de artículos publicados en revistas indexadas", considerando que planeación institucional da cuenta de treinta (30) artículos como el logro de este indicador para el periodo 2018 - 2, y los artículos publicados fueron veintinueve (29).</p>	<p>La inconsistencia radica en un error de digitación del proceso que suministró el archivo soporte. Esto ya fue verificado con el proceso de Investigación. 1. Se modificará el logro en el Plan de Desarrollo y se publicará en la página web nuevamente. 2. Se verificará que la información sea confiable, solicitando archivos soporte y contrastando con otras fuentes.</p>	22/03/2019	01/07/2019	Corregir el logro del indicador en 2018-2	15/07/2019	Planeación Institucional	Jorge Toro Isabel Jiménez			
			<p>EJE 6: GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA Se observa que en el indicador de producto "plan de mercadeo institucional" correspondiente al eje seis (6) gestión administrativa y financiera registra un logro para 2018-2 de uno (1). No obstante, en las verificaciones realizadas en el desarrollo de la auditoría, se estableció que la Institución no contó con un plan mercadeo para la vigencia 2018, es decir, que el resultado del indicador debió ser cero (0). La antes expuesto permite determinar la materialización de un riesgo como el de "inexactitud en la información", el que a su vez puede derivar el desacierto en la toma de decisiones, afectación de la imagen institucional, reprocesos, sobrecostos e incluso investigaciones y sanciones de parte de los organismos de control.</p>	<p>Comunicaciones vía correo electrónico reportó un plan de mercadeo para la acreditación Institucional. Este Plan se adjuntó dentro de las evidencias enviadas a la Oficina de Control Interno. Consultar soporte 3. 1. Se verificará el logro del indicador con líder del proceso y se corregirá en el archivo del Plan Indicativo. 2. Se solicitarán los soportes que surjan de la verificación.</p>	22/03/2019	01/07/2019	Corregir el logro del indicador en 2018-2	15/07/2019	Planeación Institucional	Jorge Toro Isabel Jiménez			

2019300902

14 de marzo de 2019

3	<p>7.2.3 Modificación y creación de indicadores</p> <p>Se evidenciaron deficiencias en el procedimiento ejecutado por la Institución para revisar y ajustar indicadores del plan de desarrollo, considerando que:</p> <p>El Acuerdo 002 de 2017 por el cual se adopta el Estatuto General de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, en su artículo 13 señala. Son funciones del Consejo Directivo las siguientes:</p> <p>a) definir las políticas académicas, administrativas, financieras y la planeación institucional (...)</p> <p>Negrilla fuera del texto.</p> <p>No obstante, se observó que la Institución presentó en el seguimiento que realizó al plan indicativo 2018-2, la modificación de los indicadores que se relacionan a continuación, sin que estos hayan sido sometidos a consideración del Consejo Directivo de la Institución.</p> <p>(ver cuadro)</p> <p>Adicional a lo anterior, se observó la inclusión en el eje No 6 gestión administrativa y financiera, de los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevalencia por enfermedad laboral. - Cumplimiento de requisitos legales y de otro tipo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. - Implementación de acciones correctivas, preventivas y de mejora del SG-SST. <p>De otro lado, es importante que antes de proponer modificaciones a los indicadores se considere la forma como se desagrega el Plan Desarrollo Institucional 2016 – 2020, el cual se despliega desde los objetivos misionales hasta indicadores de producto. Al respecto precisa el plan de desarrollo:</p> <p>Los indicadores son la columna vertebral del Plan y constituyen el instrumento que relaciona y vincula las actividades de los procesos y los proyectos, con los objetivos misionales, además de definir el alcance de lo que está implícito en esos objetivos. Los indicadores que se utilizarán son de los siguientes tipos: Indicadores Estratégicos o de Impacto, Indicadores de Resultados e Indicadores de Producto.</p> <p>Los dos primeros son instrumentos de seguimiento y evaluación que conjuntamente con la EFICACIA y la EFICIENCIA, permitirán que Planeación Institucional pueda monitorear y medir el alcance de los logros de los objetivos misionales contemplados en el Plan y su relación con los indicadores de producto que son los indicadores operativos que están.</p>	<p>1. Con relación a los ajustes a estos indicadores se tiene programada la fecha para la presentación ante el Consejo Directivo (marzo 29 de 2019). Anteriormente no se presentó al Directivo por sugerencia de la Rectoría y además porque en el mes de diciembre de 2018 y enero de 2019 la agenda del Directivo estuvo muy saturada.</p> <p>2. Para el análisis de los indicadores del Eje 1 Docencia se llevó a cabo una reunión entre los Decanos, Vicerector Académico, Rector y Planeación Institucional, en la cual se determinó insertar comentarios para aclarar los atributos del indicador para su evaluación. El acta de dicha reunión (con fecha del 23 de enero de 2019) se remitió a Control Interno como parte de los soportes. Consultar soporte 4.</p> <p>3. Se corregirá el archivo del Plan Indicativo con todos los ajustes que surgieron a partir de la reunión del Consejo Directivo, en la cual se socializarán los cambios a los indicadores.</p>	22/03/2019	01/07/2019	Aprobación de modificación de indicadores por parte del Consejo Directivo	15/07/2019	Planeación Institucional	Jorge Toro Isabel Jiménez		
observación 1	<p>7.3.1 Con relación a la meta y a la unidad de medida de los indicadores</p> <p>Se observaron inconsistencias entre las metas que establece el Plan de Desarrollo Institucional 2016 – 2020, con respecto a las planteadas en el Plan Indicativo 2018-2, a saber:</p> <p>(ver cuadros)</p> <p>Lo antes expuesto, puede llevar a la materialización de un riesgo como el de "inexactitud en la información", el que a su vez podría derivar en desacierto en la toma de decisiones, afectación de la imagen institucional, pérdida de credibilidad por las partes interesadas, entre otros aspectos.</p> <p>Por tanto, es importante se revise y de ser necesario se actualicen, esto con el único propósito de que se maneje información consistente y confiable.</p>	<p>Este constituye un error de digitación en el Plan de Desarrollo publicado en la página web Institucional. En la presentación que se realizó al Consejo Directivo para la aprobación de los indicadores del Plan, las metas están conforme a como se establecieron en el Plan Indicativo. Consultar soporte 5.</p> <p>1. Se corregirán las metas y unidades de medida en el archivo del Plan de Desarrollo publicado en la página web.</p> <p>2. Revisar la información consignada en el Plan de Desarrollo publicado en la página web y generar documento con los ajustes que se realizaron con el fin de que este quede conforme al Plan Indicativo.</p>	22/03/2019	01/07/2019	Corregir metas de indicadores en el Plan de Desarrollo de la página web.	15/07/2019	Planeación Institucional	Jorge Toro Isabel Jiménez		
observación 2	<p>7.3.2 Seguimiento Planes de mejoramiento</p> <p>Considerando lo que determina el Manual operativo del sistema de gestión - MIPG, versión 2, de agosto de 2018, expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP):</p> <p>(...) La evaluación continua o autoevaluación lleva a cabo el monitoreo a la operación de la entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros.</p> <p>Negrilla fuera del texto.</p> <p>En ese orden de ideas se busca que cada líder de proceso, con su equipo de trabajo, verifique el desarrollo y cumplimiento de sus acciones, que contribuirán al cumplimiento de los objetivos institucionales. Se conviene, entonces, la autoevaluación en el mecanismo de verificación y evaluación, que le permite a la entidad medirse a sí misma, al proveer información necesaria para establecer si ésta funciona efectivamente o si existen desviaciones en su operación, que afecten su propósito fundamental.</p> <p>En el seguimiento realizado a los planes de mejoramiento formulados por la Institución como resultado a las auditorías, evaluación a la gestión por dependencias vigencia 2017 y el proceso planeación institucional, se observó:</p> <p>(ver cuadros)</p> <p>Se evidencian deficiencias en la segunda línea de defensa en lo inherente a la responsabilidad con relación al monitoreo de las acciones propuestas:</p> <p>"verificar que las acciones de mejora o ajuste a las desviaciones o incumplimientos identificados, se hayan ejecutado y contribuido al logro de los resultados."</p> <p>Esta situación podría generar para la Institución la materialización de un riesgo como el de incumplimiento, el que, a su vez, podría derivar en la afectación de la imagen institucional, reprocesos, sobrecostos e incluso posibles investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control, entre otros aspectos.</p>	<p>1. Se incluirán estos indicadores en la presentación que se realizará ante el Consejo Directivo.</p> <p>2. Se enviará correo a los líderes de procesos recalando la importancia de la calidad de la información que se reporta como logro de los indicadores.</p> <p>3. Realizar seguimiento periódico a las acciones establecidas en los planes de mejoramiento resultado de las auditorías.</p>	22/03/2019	29/03/2019	Aprobación de modificación de indicadores por parte del Consejo Directivo	15/04/2019	Informar a los procesos sobre la calidad de información que deben reportar.	Planeación Institucional	Jorge Toro Isabel Jiménez	tarea continua
Observación 3	<p>7.3.3. Insuficiencia en soportes</p> <p>Se observó que los indicadores que se relacionan a continuación no cuentan con los soportes necesarios para respaldar su respectiva medición:</p> <p>(Ver cuadro)</p> <p>Con lo anterior, se puede materializar un riesgo como el de "inexactitud en la información", lo que a su vez puede conllevar a pérdida de imagen Institucional, desacierto en la toma de decisiones, reprocesos, sobrecostos, pérdida de credibilidad, sobrecostos, reprocesos, en incluso investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control, entre otros aspectos.</p>	<p>1. En la próxima evaluación al Plan Indicativo se solicitarán los soportes más detallados de los logros de los indicadores.</p> <p>2. Verificar con la fuente que suministra los soportes que estos sean confiables y confrontar con otras fuentes complementarias.</p>	22/03/2019	01/07/2019	Solicitar soportes que den cuenta del logro de los indicadores	15/07/2019	Planeación Institucional	Isabel Jiménez		
Observación 4	<p>7.3.4 Indicadores con metas no claras</p> <p>Se estableció que los indicadores de producto que se relacionan a continuación no especifican de forma clara, precisa y concreta cuál o cuáles deberían ser los logros a alcanzar en el cuatrimestre 2016 – 2020, ni los atributos que deben considerarse para su medición.</p> <p>(ver cuadro)</p> <p>Lo anterior, puede exponer a la Institución a la materialización de riesgos como el de "incumplimiento" e "inexactitud de la información", situación que a su vez podría derivar en desacierto en la toma de decisiones, pérdida de credibilidad, sobrecostos, reprocesos, en incluso investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control, entre otros aspectos.</p>	<p>1. En el archivo del Plan Indicativo se pondrán los comentarios explicativos de las metas, contemplando cuáles deben ser los logros y los atributos de los mismos.</p>	22/03/2019	01/07/2019	Especificar cuáles deberían ser los logros a alcanzar en cada meta de los indicadores señalados.	15/07/2019	Planeación Institucional	Isabel Jiménez		

		<p>En la evaluación que se llevó a cabo para establecer si las actividades de control diseñadas por la Institución cumplen con todas las características que deben tener las mismas, de acuerdo con la Guía para la "Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en Entidades Públicas", versión 4, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, en octubre de 2018, se tiene:</p> <p>El proceso "Planeación institucional", cuenta con una actividad de control para el riesgo de gestión identificado como: "Posibilidad de que se incumpla el plan de desarrollo institucional", por su parte el "Manual plan indicativo" PI-MA-005, versión 001, del 15 de febrero de 2017, en su numeral 10, señala las actividades de seguimiento y evaluación de los indicadores del plan indicativo descritas.</p> <p>Según la guía antes referenciada un punto de control debe considerar los siguientes aspectos:</p> <p>(ver cuadro)</p> <p>A continuación, se presenta la actividad de control definida en el proceso planeación institucional, para el riesgo "Posibilidad de que se incumpla el plan de desarrollo institucional", con la respectiva evaluación.</p> <p>(ver cuadros)</p> <p>Una vez aplicada la metodología dispuesta por el DAFP, en la guía referenciada en el primer párrafo de esta observación, se tiene como resultado que las actividades de control evaluadas, cumplen de forma moderada, es decir, en un rango de calificación moderado que oscila entre (86 y 95), que da cuenta de que el control se ejecuta algunas veces por parte del responsable.</p> <p>Lo antes expuesto puede llevar a la Institución a la materialización de un riesgo como el de "incumplimiento" dado que, al no contar con todas las características que debe tener una actividad de control, puede dar lugar a reprocesos, sobrecostos, desaciertos en la toma de decisiones, entre otros aspectos.</p>	1. Se revisarán las actividades de Control del Plan indicativo y se realizarán los ajustes que sean pertinentes, de acuerdo a la guía para la "Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en Entidades Públicas", versión 4, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, teniendo en cuenta los puntos de control y sus características.	22/03/2019	01/07/2019	Redefinir las actividades de control	15/07/2019	Planeación Institucional	Jorge Toro		
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	------------	--------------------------------------	------------	--------------------------	------------	--	--

Nombre del responsable:	Luz Mary Ramirez Montoya	Correo electrónico:	gplaneacion@colmagor.edu.co	Teléfono y extensión:	444 56 11 ext 164
INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO					

Radicado de la auditoría: escriba la referencia (número de radicado) con que se envió a la Alta Dirección, este número es arrojado por el Document Web.

Fecha de la Auditoría: corresponde a la fecha en que se radico el informe definitivo de auditoría. El formato a utilizar corresponde a año-mes-día (aaaa-mm-dd; 4 dígitos-2 dígitos-2 dígitos), separados por guion (-).

Descripción del hallazgo y observación: corresponde al hallazgo y la observación identificados en la auditoría realizada por la Oficina de Control Interno.

Acción de Mejoramiento: es la medida que propone adoptar el proceso o subproceso responsable con el fin de corregir algún desvío o variación del hallazgo o riesgos identificados y eliminar la causa que se haya presentado para que no vuelva a suceder.

Plazo: fecha de iniciación y de terminación que se requieren para alcanzar la ejecución de la acción.

Objetivo que se Busca Lograr: corresponde a la descripción del logro que se busca alcanzar con la realización de las acciones de mejoramiento. El objetivo que se defina debe estar en función de los efectos identificados en el hallazgo y debe ser medible.

Fecha Obtención de Resultados: indique la fecha a partir de la cual se estima se empezaran a obtener resultados de las acciones de mejoramiento propuestas. El formato a utilizar corresponde a año-mes-día (aaaa-mm-dd; 4 dígitos-2 dígitos-2 dígitos), separados por guion (-).

Responsables (Dependencia – Funcionario): corresponde al nombre del proceso y/o subproceso y del nombre del responsable de implementar la acción de mejora.

SEGUIMIENTO

Cumplimiento de la Acción: corresponde al porcentaje de cumplimiento de las acciones de mejoramiento. Se diligencia en el seguimiento al plan de mejoramiento realizado por la oficina de Control Interno.

Efectividad: corresponde al porcentaje de cumplimiento de los logros alcanzados con las acciones de mejoramiento realizadas, se mide en función del objetivo propuesto.

Evidencias: se lleva el seguimiento de la Oficina de Control Interno al plan de mejoramiento.

Nombre del Responsable Correo Electrónico y Teléfono: corresponde al nombre, correo electrónico y teléfono del funcionario responsable de actualizar el formato.