

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

PLAN DE MEJORAMIENTO - HALLAZGOS Y OBSERVACIONES DE AUDITORIAS DE CONTROL INTERNO													
PROCESO:										PLAN DE MEJORAMIENTO N°:			
Radicado de la Auditoria	Fecha de la Auditoria	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 %	
2020303425	noviembre-diciembre de 2019 y primer semestre de 2020	1.	Cumplimiento a términos para dar respuesta a los peticionarios. Se evidenció en el análisis realizado a las 54 peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias — PQRSFD, seleccionadas en la muestra, que la Institución cumplió con los términos establecidos en las disposiciones legales vigentes, para dar respuesta a las mismas.	En coordinación con los diferentes procesos de la entidad, se reforzará la atención oportuna a las peticiones; siendo insumos fundamentales para ello la asignación oportuna de los radicados de recibo y el reparto inmediato al competente para dar respuesta	15/09/2020	De ejecución continua	Cumplir a cabalidad con el elemento "término oportuno para responder" consagrado en el ordenamiento jurídico colombiano	Permanente	Todas las dependencias de la Institución	Líderes y directivos de la Institución			Respuestas a PQRSF registradas oportunamente en los sistemas institucionales, con sus trámites de comunicación y notificación en debida forma
		2.	Deficiencia en atención efectiva a queja. Se evidenciaron deficiencias en el cumplimiento del procedimiento dispuesto por la Institución para la atención de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias, versión 1 1, de octubre 1 1 de 2018, con relación al derecho de petición interpuesto por la contratista Cristina Buitrago Bedoya, radicado N. 0 2019204817, del 19 de diciembre de 2019, en el que expresa: "Solicito por favor me expliquen por qué hay una cuenta de cobro usando mi nombre y número de documento con la firma falsificada, para un objeto contractual con el cual no tengo vínculo y solicitando traslado de recursos a una cuenta bancaria que no es mía." Por su parte, la Institución le ofreció la siguiente respuesta a la peticionaria: Mediante radicado N. 0 2020100132, se informó a la peticionaria que la información de la cuenta de cobro enviada por la contratista, contenía otros datos porque pertenecían a una cuenta de cobro modelo que le habían enviado como guía y por error no realizó los cambios, por tal motivo fue devuelta. Tras analizar la respuesta que se le ofreció por parte de la Institución a la peticionaria, así como la que se brindó a la Dirección de Control Interno en el desarrollo de la auditoría, con relación a este derecho de petición, se pudo determinar que la misma, no está acorde con lo dispuesto en la Ley 1755 de 2014, en el artículo 13, así como tampoco, con el objetivo del procedimiento para "Atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Denuncias", dispuesto por la Institución (...). De otro lado, y ante eventos de este tipo, que, presumen la comisión de una falta al Código de integridad, ética y buen gobierno adoptado por la Institución mediante Acuerdo No. 012 de 2018, es menester adelantar todas las actuaciones que se requieran por parte de la Entidad, para determinar la causa raíz, y proceder de conformidad, considerando que un derecho de petición que señala una posible "suplantación", es un tema delicado, que requería de una investigación exhaustiva por parte de la Institución, para llegar al fondo y establecer así cursos de acción. (...) Lo antes expuesto, lleva a la Institución a incurrir en la materialización de un	En coordinación con el proceso de Gestión Legal, se realizarán actividades de capacitación a las diferentes dependencias institucionales, sobre los alcances del deber constitucional de dar respuesta de fondo y oportuna a las diferentes peticiones. Se espera programar por lo menos entre 1 y 2 actividades de este tipo, en lo que resta del año 2020; incluyendo en el temario las rutas de acción ante posibles casos de fraude o suplantación que se evidencien en el trámite efectivo de las respuestas a las PQRSDF	15/09/2020	31/12/2020	Capacitar a los miembros de la Institución Universitaria en la atención de fondo de las PQRSDF y las rutas de acción para casos de suplantación, fraude o similares que se detecten en esta tarea	31/10/2020	Gestión de Comunicaciones - Gestión Legal	Yessika Gómez Palacio - José Luis Sánchez			Soportes de las actividades de capacitación: presentaciones si son del caso y formatos de asistencia
		3.	Deficiencia en la gestión eficaz de las PQRSDF. En el análisis realizado a la muestra seleccionada de las PQRSDF, se evidenciaron deficiencias en el cumplimiento de las responsabilidades que la primera línea de defensa tiene con relación a la gestión eficaz de las PQRSDF, considerando lo dispuesto en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación Gestión, versión 3, de diciembre de 2019; que hace parte integral del Decreto 1499 de 2017. Así mismo, se evidenció incumplimiento en lo que determina la Resolución No. 090 de abril de 2020, por medio de la cual se establece la conformación de las líneas de defensa al interior de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, y se asignan responsabilidades a las mismas, de acuerdo con el Modelo Estándar de Control Interno MECI. (...) Lo antes expuesto, llevó a la Institución a la materialización de un riesgo como el de incumplimiento normativo, el cual podría derivar en reprocesos, sobrecostos, pérdidas económicas, pérdida de credibilidad, investigaciones y/o sanciones por parte de órganos de control externo, entre otros.	Como se indicó en la acción propuesta para el hallazgo Nro. 2, los aspectos que se indican como falencias por parte del equipo auditor, se reforzarán con la colaboración de los profesionales de Gestión Legal. Para el efecto, sumado al plan de capacitación que se indicó, se propone la elaboración de un comunicado, que se remitirá a los jefes de las dependencias y al correo electrónico de la comunidad institucional, enfatizando en los deberes de cara a la identificación de situaciones con la potencialidad para derivar en el riesgo de incumplimiento normativo	15/09/2020	31/12/2020	Identificar las situaciones que, en el trámite de las PQRSDF tienen la potencialidad para derivar en un riesgo como el incumplimiento normativo y establecer acciones desde los diferentes procesos institucionales para conjurarlas.	31/10/2020	Gestión de Comunicaciones - Gestión Legal	Yessika Gómez Palacio - José Luis Sánchez			Soportes de las actividades de capacitación, comunicado conjunto con la unidad de Gestión Legal, dirigido a la comunidad institucional.

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

PLAN DE MEJORAMIENTO N°:													
PROCESO:													
Radicado de la Auditoria	Fecha de la Auditoria	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 %	
		4.	<p>Deficiencias en la pertinencia de las respuestas brindadas a las PQRSDF. Se observaron deficiencias en la respuesta que la Institución le ofreció a diez (10) peticiones, quejas y reclamos — PQR, lo cual equivale al 18.5% de la muestra evaluada, dado que al efectuar en análisis de las mismas se determinó que no son pertinentes. Lo antes expuesto permitió establecer el incumplimiento a lo que determina el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación Gestión, versión 3, de diciembre de 2019, con respecto a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias (...) Como posibles causas se identificaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento del modelo integrado de planeación y gestión — MIPG. Deficiencias para identificar la causa raíz, al efectuar el análisis de una PQRSDF. - Desconocimiento de los procedimientos internos para dar trámite adecuado a una petición, queja, reclamo, solicitud, denuncia o felicitación. - Deficiencias en la aplicación de los principios del Modelo Estándar de Control Interno, autocontrol y autogestión. <p>Lo antes expuesto, llevó a la Institución a la materialización de un riesgo de incumplimiento normativo y de inexactitud de la información, situación que podría derivar en reprocesos, sobrecostos, pérdidas económicas, pérdida de credibilidad, investigaciones y/o sanciones por parte de órganos de control, entre otros.</p>	Desde el proceso de PQRSDF se espera contar con la colaboración del equipo de control interno institucional, para socializar con la comunidad de la entidad el Modelo Integrado de Gestión y Planeación (MIPG), toda vez que, como parte de las estrategias para solucionar esta situación, desde el proceso de Comunicaciones se desarrollarán diferentes piezas contando a los diferentes colaboradores en qué consiste y cuál es el alcance de MIPG, pues lo correspondiente a los procedimientos internos para la atención pertinente de las PQRSDF será trabajado con Gestión Legal	15/09/2020	31/12/2020	Comunicar a la comunidad institucional el contenido de MIPG, de tal manera que todos los actores conozcan sus responsabilidades de cara al mismo.	30/11/2020	Gestión de Comunicaciones - Gestión Legal	Yessika Gómez Palacio - José Luis Sánchez			Elaboración de piezas comunicacionales, para la página web institucional, para remitir por correo electrónico y para ubicar en sitios visibles de la institución
		5.	<p>Materialización de riesgos. Se evidenciaron deficiencias en las responsabilidades que tiene a cargo la línea de defensa de la Institución, considerando que, tanto para la vigencia actual como para la vigencia anterior, se materializaron riesgos de incumplimiento e inexactitud de la información.</p>	Se debe tener en cuenta que las acciones para evitar eventos de materialización de riesgos son de responsabilidad interdisciplinaria, por eso, las acciones que se proponen en este plan de mejora	15/09/2020	31/12/2020	Reforzar las medidas para evitar la materialización de riesgos asociados al incumplimiento	15/11/2020	Gestión de Comunicaciones - Gestión Legal	Yessika Gómez Palacio - José Luis Sánchez			Visto bueno de la oficina de Gestión Legal, como garantía de cumplimiento del deber de responder de fondo a las PQRSDF
		6.	<p>Efectividad de las acciones propuestas en el plan de mejoramiento. Se evidenció realizada a los planes de mejoramiento suscritos por la Institución, como resultado a las auditorías realizadas a esta unidad auditable durante la vigencia 2019 (semestres 1 y 2), que:</p> <p>De las nueve (9) acciones formuladas por el proceso, se estableció que una (1) acción fue efectiva, lo que corresponde al 12%, cuatro (4) acciones no efectivas, equivalente al 44% y las cuatro (4) restantes, es decir, el 44% están pendientes por determinar su efectividad, por tanto, esta últimas, deberán ser evaluadas en la auditoría que se lleve a cabo para el segundo semestre de 2020.</p> <p>Se precisa además que, en el análisis efectuado por parte de la Dirección de Control Interno, a las acciones propuestas en los planes de mejoramiento antes referenciados, se le manifestó a la Institución, la importancia de revisar las acciones formuladas, porque las mismas no conducían a subsanar el hallazgo identificado en la auditoría, sin que se hubiese efectuado ajuste alguno a las mismas. (...)</p>	Se reforzarán las acciones de mejora propuestas en los planes de mejoramiento previos, añadiendo, al compromiso de expedir un documento contenido de los lineamientos en materia de atención oportuna y de fondo a las PQRSDF, las actividades de capacitación, como se ha expuesto, y la divulgación de la información, como también se señaló	15/09/2020	31/12/2020	Reforzar las medidas para evitar la materialización de riesgos asociados al incumplimiento normativo y a la inexactitud de la información	15/11/2020	Gestión de Comunicaciones - Gestión Legal	Yessika Gómez Palacio - José Luis Sánchez			Comunicado con los lineamientos legales e institucionales para dar respuesta oportuna y de fondo a las PQRSDF
		7.	<p>Evaluación de los puntos de control establecidos para los riesgos. Se llevó a cabo la evaluación de los puntos de control establecidos para los riesgos identificados para esta auditoría, y como resultado de la evaluación, se tiene: (ver anexo en la pestaña Anexo 1)</p> <p>El resultado de la evaluación que se llevó a cabo, ubica a la Institución en un rango de calificación débil, es decir, que, de acuerdo a la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, el control no se ejecuta por parte del responsable.</p> <p>Precisa la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas — riesgo de gestión, corrupción y seguridad digital, versión 4, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), en octubre de 2018:</p> <p>"Al momento de definir si un control o los controles mitigan de manera adecuada el riesgo se deben considerar, desde la redacción del mismo, las siguientes variables:</p> <p>Pasos para diseñar un control</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Debe tener definido el responsable de llevar a cabo la actividad de control. 2. Debe tener una periodicidad definida para su ejecución. 3. Debe indicar cuál es el propósito del control. 4. Debe establecer el cómo se realiza la actividad de control. 5. Debe indicar que pasa con las observaciones resultantes de ejecutar el control. 6. Debe dejar evidencia de la ejecución del control". <p>Como posibles causas se tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deficiencias en la gestión de riesgos institucionales. - Desconocimiento del modelo integrado de planeación y gestión — MIPG. <p>Lo antes expuesto, permite establecer la materialización de un riesgo como el de "incumplimiento normativo", dado que al no tener riesgos identificados y no contar con actividades de control diseñadas de conformidad con lo que determina la guía antes referenciada, podría dar origen a otro tipo de eventos adversos para la Institución como reprocesos, sobrecostos, desiertos en la toma de decisiones, e incluso investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control externos.</p>	Consolidar una mesa de trabajo con los diferentes actores institucionales, a fin de establecer entre todos los mecanismos de control de los diferentes riesgos citados por el equipo auditor	15/09/2020	31/12/2020	Fortalecer el esquema de protección contra la materialización de los riesgos identificados por el equipo auditor	15/11/2020	Todas las dependencias de la Institución	Todos los líderes de la Institución			Papeles de trabajo con la identificación de actividades a ejecutar y responsables de las mismas

Nombre del responsable:	Correo electrónico:	Teléfono y extensión:
-------------------------	---------------------	-----------------------

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

PROCESO:										PLAN DE MEJORAMIENTO N°:			
Radicado de la Auditoria	Fecha de la Auditoria	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 %	

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

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

Descripción del hallazgo y observación: corresponde al hallazgo y la observación identificados en la auditoria 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 le 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; 4dígitos-2dígitos-2dígitos), 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.