



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

PROCESO:		Auditoría Planes de Mejoramiento										PLAN DE MEJORAMIENTO N°:	
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 %	
2020303230	05 de agosto del 2020	1	<p>8.1.1 Deficiencias para gestionar los planes de mejoramiento</p> <p>Se observaron deficiencias en las responsabilidades que el Decreto 1499 de 2017, le confiere a la primera línea de defensa, la cual determina en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 3, de diciembre de 2019, con relación a "Los aspectos clave para el Sistema de Control Interno SCI a tener en cuenta por parte de la 1ª Línea."</p> <p>"La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados."</p> <p>Como evidencia de ello, se tiene que, a junio 30 de 2020, tal como se presenta en la tabla No. 6, aún permanecen cincuenta y una (51) acciones abiertas, que equivalen a un 35%, considerando, además, que treinta y cinco (35) de ellas, debieron ser implementadas para la vigencia 2017.</p> <p>De otro lado, ocho (8) procesos solicitaron modificar la fecha de implementación de igual número de acciones, que debieron ser implementadas por la Institución desde el 2017, como se observa en la tabla No. 6.(ver tabla en el informe)</p> <p>Lo anterior, permite evidenciar además el incumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley 87 de 1993, que determina:</p> <p>"Objetivos del sistema de Control Interno":</p> <p>"d. Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional";</p> <p>(...)</p> <p>"g. Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación";</p> <p>De otro lado, se incumple el contenido de la Resolución interna No. 090 del 29 de abril del 2020, por medio de la cual se establece la</p>	<p>Realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento en las que aún hay acciones abiertas y realizar la gestión contemplando las acciones a realizar y los plazos establecidos para el cierre de los mismos.</p>	Octubre de 2020.	Diciembre de 2020	Identificar las acciones de mejora que se encuentran abiertas en cada proceso, las actuaciones pertinentes para cerrarlas y las fechas estimadas para el efecto	Diciembre 31 de 2020.	Planeación, Jurídica, Talento Humano, Gestión Documental y Gestión de Comunicaciones.	Luz Mary Ramírez, José Luis Sánchez, Henry García y Gabriel Jaime Castañeda y Yessika Gomez.			
		2	<p>8.1.2 Deficiencias en los mecanismos de verificación y seguimiento</p> <p>Se evidenció que la Institución, no dispone de un mecanismo estandarizado y formalmente establecido, que garantice un seguimiento eficaz a los planes de mejoramiento, que se suscriben como resultado de las auditorías internas o externas.</p> <p>(ver tabla en el informe)</p> <p>Como se observa en la tabla anterior, la Institución no dispone de un procedimiento, manual, instructivo u otro, estandarizado formalmente establecido, que permita efectuar un seguimiento eficaz a las acciones propuestas en los planes de mejoramiento, que se suscriben como resultado de las auditorías internas y externas.</p> <p>En el análisis realizado a diez (10) procesos institucionales, se observó que el proceso de gestión administrativa y financiera cuenta con un procedimiento "GF-PR-022 seguimiento planes de mejoramiento", versión cero (0) del 13 de junio de 2019, que tiene como objetivo: "Realizar seguimiento a las acciones de mejora propuestas en los planes de mejoramiento de las auditorías internas y externas que apliquen a la Vicerrectoría Administrativa y Financiera."</p> <p>Por su parte, el proceso de gestión de extensión y proyección social, dispone de una base de datos en Excel, en la que registran todas las acciones que formulan en los planes de mejoramiento, para realizar el respectivo seguimiento.</p> <p>De lo anterior se concluye, que solo el 20% de los procesos evaluados disponen de un mecanismo, para realizar seguimiento a las acciones que se proponen en los planes de mejoramiento que se suscriben como resultado de las auditorías internas y externas.</p> <p>Lo antes expuesto, permite determinar el incumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2º objetivos del sistema de control interno:</p> <p>d. Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;</p>	<p>Se propone que cada líder de proceso relacionado en este plan de mejoramiento realice seguimiento cada dos (2) meses a las acciones de mejoramiento abiertas y plasmadas en el formato de planes de mejoramiento con los debidos soportes.</p>	Noviembre de 2020	Diciembre de 2020	Estandarizar la verificación del cumplimiento de las acciones de mejora y los planes de mejoramiento en la Institución Universitaria	Diciembre 31 de 2020.	Planeación, Jurídica, Talento Humano, Gestión Documental y Gestión de Comunicaciones.	Luz Mary Ramírez, José Luis Sánchez, Henry García y Gabriel Jaime Castañeda y Yessika Gomez.			
		3	<p>Evaluación puntos de control establecidos para los riesgos</p> <p>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:</p> <p>(ver tabla en el informe)</p> <p>La tabla No. 8 permite establecer que 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> <p>1. Debe tener definido el responsable de llevar a cabo la actividad de control</p> <p>2. Debe tener una periodicidad definida para su ejecución.</p> <p>3. Debe indicar cuál es el propósito del control</p>	<p>Fortalecer los mecanismos en la formulación de los controles, evitando incurrir en el incumplimiento de las acciones de mejoramiento plasmadas en los respectivos planes, dentro del formato de plan de mejoramiento en la casilla de seguimiento, se llevará control cada dos (2) meses del % de avances de las acciones por mejorar. Verificando los tiempos establecidos para el logro de los compromisos.</p>	Noviembre de 2020	Diciembre de 2020	Fortalecer los mecanismos para la formulación de controles institucionales.	Diciembre 31 de 2020.	Planeación, Jurídica, Talento Humano, Gestión Documental y Gestión de Comunicaciones.	Luz Mary Ramírez, José Luis Sánchez, Henry García y Gabriel Jaime Castañeda y Yessika Gomez.			

Nombre del responsable:	Luz Mary Ramirez, José Luis Sánchez, Henry García, Gabriel Jaime Castañeda y Yessika Gomez.	Correo electrónico:		Teléfono y extensión:	4445611
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; 4dígitos-2dígitos-2dígitos), 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; 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.



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

PROCESO:		GESTIÓN DOCUMENTAL										PLAN DE MEJORAMIENTO N°:	
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 %	
2020303230	5/08/2020	1	En cuanto se tenga la convalidación aprobada de las TRD por parte del Consejo Departamental de Archivos, se procederá a registrar en la página de la AGN el respectivo RUDS.	Se remitirán nuevamente las TRD ante el Consejo Territorial de Archivos - CTA para su convalidación, previa revisión y concepto del AGN. E internamente se dará la publicación de un comunicado en la página web de la institución, pestaña transparencia - Gestión Documental, que indique el proceso en el que se encuentran las TRD actualmente.	27/07/2020	30/08/2020	Cumplir con lo preceptuado en el Acuerdo 004 de 2019 Artículo 19 "Inscripción de TRD al RUSD"	dic-20	Líder Gestión documental.	Gabriel Jaime Castañeda Gutiérrez			Las TRD fueron devueltas con observaciones por el CTA, razón por la cual, se llevará a cabo este Martes 18 de agosto de 2020, una reunión de Comité de Archivo donde se dejará constancia en Acta 003 de 2020, el procedimiento a seguir que tendrá la institución de cara a resolver esta situación de inconformismo con la NO convalidación de las TRD
2020303230	5/08/2020	2	Alcance tablas de TVD No se evidencia que las TVD se elaboren y apliquen para la organización de fondos documentales Incumpliendo con el artículo 3 del título 1 del Acuerdo 004 de 2019. (Este es el acuerdo hoy actualizado Omitiendo el tiempo de permanencia, así como su disposición final	Aunque desde Gestión Documental se identificó que la institución no cuenta con fondos documentales acumulados que requieran de un proceso de organización en el marco de las TVD, si es necesario que en cumplimiento del Acuerdo 004 de 2019, se elaboren las TVD con el fin de identificar, valorar y conservar la producción documental que conformaría el Archivo Histórico de la institución. Por lo anterior, se procederá a reprogramar las fechas para la elaboración de las TVD ya que igualmente es necesario contratar un profesional de apoyo (historiador) que apoye el proceso de las TVD	1/08/2020	30/12/2020	cumplir lo preceptuado en la Ley 594 de 2000 (Ley de General de Archivos) y artículo 3 del título 1 del Acuerdo 004 de 2019	30/12/2020	Líder Gestión documental.	Gabriel Jaime Castañeda Gutiérrez			Agosto 12 del 2020: A la fecha se tiene abordado el 50% del proyecto de elaboración de las TVD, se cuenta con la metodología propuesta por el AGN, en su acuerdo 004 de 2019, donde la institución ha abarcado la elaboración del diagnóstico integral de archivos, el levantamiento de inventarios documentales, la organización del fondo acumulado y la identificación de los diferentes periodos de reestructuración a los cuales se les elaborara TVD. Se espera para continuar con el proceso de elaboración de las TVD, el apoyo de un historiador o profesional con conocimiento en historia aplicada a las TVD para el construcción de la reseña institucional y el levantamiento de líneas de tiempo, cuadro evolutivo y valoración documental. Se adjunta trabajo adelantado a la fecha.
2020303230	5/08/2020	3	Publicación No se cumple con el art 19 del Acuerdo 004 de 2019, el cual indica la "...inscripción de las TRD y TVD en el registro único de series documentales del archivo general de la nación, siguiendo el procedimiento indicado para tal fin" Lo que induce al no cumplimiento en el procedimiento de presentación, revisión y ajustes de las TRD y las TVD	Se remitirán nuevamente las TRD ante el Consejo Territorial de Archivos - CTA para su convalidación, previa revisión y concepto del AGN. En cuanto a las TVD, se procederá a reprogramar la fecha de su elaboración por motivos de la cuarentena	19/02/2018	30/08/2020	Cumplir con lo preceptuado en el Acuerdo 004 de 2019 Artículo 19 "Inscripción de TRD al RUSD"	30/12/2020	Líder Gestión documental.	Gabriel Jaime Castañeda Gutiérrez			Las TRD fueron devueltas con observaciones por el CTA, razón por la cual, se llevará a cabo este Martes 18 de agosto de 2020, una reunión de Comité de Archivo donde se dejará constancia en Acta 003 de 2020, el procedimiento a seguir que tendrá la institución de cara a resolver esta situación de inconformismo con la NO convalidación de las TRD
2020303230	5/08/2020	4	Instrumentos archivísticos para la gestión documental No se cuenta con los siguientes instrumentos: - Un modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos. - Tablas de Control de Acceso para el establecimiento de categorías adecuadas de derechos y restricciones de acceso y seguridad aplicables a los documentos. Incumpliendo con el artículo 2,8,2,5,8 del Decreto 1080 de 2015, lo que conlleva a que la Gestión Documental de la Entidad no se desarrolla basada en estos instrumentos que tienen un propósito específico y que a su vez apoyan el adecuado desarrollo e implementación de la gestión documental y la función archivística. Además, el Plan Institucional de Archivos de la Entidad –PINAR, en proceso de aprobación, actividad de la caracterización del proceso.	Realizar las Tablas de Control de Acceso como documento que permita identificar los distintos permisos de usuarios a la información que produce la institución.	1/07/2020	30/09/2020	Cumplir con la normatividad legal vigente, especialmente en este caso el artículo 2,8,2,5,8 del Decreto 1080 de 2015	30/12/2020	Líder Gestión documental.	Gabriel Jaime Castañeda Gutiérrez			Agosto 12 del 2020: A la fecha se cuenta con el Modelo de Requisitos para la Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo y la caracterización del proceso de Gestión Documental que se puede consultar en el Sistema de Gestión Integral Isolación. Adjunto Modelo de Requisitos funcionales y no funcionales ..\Desktop\SOPORTES PLAN DE ACCION\MODELO DE REQUISITOS FUNCIONALES COLMAYOR.xlsx ..\Desktop\SOPORTES PLAN DE ACCION\caracterización gestión documental.pdf

2020303230	5/08/2020	5	1. El subproceso de Gestión Documental, en el Plan de Desarrollo 2016 – 2020, se encuentra visible, en el Eje temático 6 gestión administrativa y financiera, componente 1, sistema de gestión integral, este subproceso es transversal en la institución el cual se encarga de las recepciones de las comunicaciones oficiales y las transferencias primarias además de la disposición final de los documentos.	dar cumplimiento a la normatividad establecida y al objetivo en vigencia del Plan Institucional de Archivos - PINAR, a través de la implementación de un sistema de Gestión Integral que articule los requerimientos de un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo - SGDEA, y que le apunte a la política de cero papel emanada por el Archivo General de la Nación (Cartilla de cero papel)	1/07/2020	30/09/2020	Cumplir con la implementación de un Sistema de Gestión Integral con el componente de Gestión Documental que visibilice la Gestión de Documentos Electrónicos de Archivos (es decir, producir documentos digitales en medio electrónico con valor probatorio evitando la impresión irracional del documento papel)	30/12/2020	Líder Gestión documental.	Gabriel Jaime Castañeda Gutiérrez		Agosto 12 del 2020: Se cuenta con la actualización del PINAR vigencia 2016 - 2020 que comprende dentro de sus planes, programas y proyectos la implementación del SGDEA, proceso en el cual se encuentra la institución actualmente. Por lo que se adjunta acta de inicio del proceso de implementación que se encuentra en etapa de instalación de base de datos y licencias tecnológicas
------------	-----------	---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	---------------------------	-----------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nombre del responsable:	Gabriel Jaime Castañeda Gutiérrez	Correo electrónico:	gabriel.castaneda@colmayor.edu.co	Teléfono y extensión:	4445611 ext 138
-------------------------	-----------------------------------	---------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	-----------------

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; 4dígitos-2dígitos-2dígitos), 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.

Piazo: 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; 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.



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

Planes de mejoramiento													PLAN DE MEJORAMIENTO N°:	15
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 %		
		2017	1. Si bien en el Plan de Desarrollo 2016 – 2020, en el eje temático 1 de Docencia, se contempla en el componente 4 el proceso de Graduados y se observa en el objetivo de este proceso la identificación de una palabra diferente lo cual crea confusión al momento de interpretación, como se observa en la siguiente tabla.	Para la consolidación del próximo plan de desarrollo institucional se verificará que toda la información del proceso Graduados sea correcta y clara.	Octubre 16 de 2019	Junio de 2020	Mantener la información del proceso clara en los documentos institucionales para no generar confusiones	noviembre de 2020	Graduados	Yessica Jaramillo Roldán			Para la formulación del nuevo plan de desarrollo institucional se convocaron mesas de trabajo con el fin de abordar las diferentes líneas del plan de desarrollo. El proceso de Graduados hizo parte de la mesa 5: "Entorno y participación en el contexto regional y nacional". por lo tanto, se asistió a todas las reuniones de la mesa con el fin de verificar que la información del proceso y sus programas e indicadores queden plasmados de manera correcta. Como evidencia se tienen las actas de asistencia alas diferentes mesas de trabajo. Sin embargo, la versión final del plan de desarrollo institucional aún no ha sido socializada, por esta razón se decide ampliar nuevamente la fecha de obtención del resultado hasta que la versión final del plan de desarrollo esté lista.	
		2017	4. Sería importante que los indicadores se analicen de manera comparativa con periodos anteriores, con el ánimo de que se demuestre no sólo el cumplimiento sino la gestión y efectividad de las estrategias.	Se realizará el análisis de indicadores del periodo 2019, de manera comparativa con el periodo anterior, para la próxima medición de indicadores. Nueva acción: las comparaciones tendrán que aplicarse a los indicadores que se encuentran vigentes a 2020	Octubre 16 de 2019	Febrero de 2020	demostrar la gestión y efectividad de las estrategias implementadas en el proceso	diciembre del 2020	Graduados	Yessica Jaramillo Roldán				

Nombre del responsable:	Yessica Jaramillo Roldán	Correo electrónico:	centrograduados@colmayor.edu.co	Teléfono y extensión:	3104430581
--------------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	------------

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; 4dígitos-2dígitos-2dígitos), 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; 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.



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

PROCESO:		Talento Humano - auditoría planes de mejoramiento internos y externos										PLAN DE MEJORAMIENTO N°:	
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 %	
2020303230	5/08/2020	2017	Continuar realizando seguimiento al desempeño de los servidores mediante el plan de mejoramiento individual.	El seguimiento al desempeño de los servidores se realiza siempre y cuando se presente un plan de mejoramiento individual por parte del servidor conforme al resultado de la evaluación	1/02/2020	30/06/2020	Hacer el debido seguimiento al servidor que presente plan de mejora	diciembre del 2020	Líder de Talento Humano	Henry Garcia			En el año 2017 se realizo plan de mejoramiento a la funcionaria Liliana Amaya (anexo). En el año 2018 y 2019 la funcionaria obtuvo buena calificación. (anexo)
		2017	Se recordará a la líder de Talento Humano la importancia de contar con el Manual de Cultura Organizacional. Y se le remitirá el documento de Mecanismos de Atención al Usuario para que con base en él se inicie la creación del manual.	Se realizara reunion con la lider de comunicaciones para establecer en primera instancia si cuando le entregaron el puesto se incluyo el Manual ya que este se estaba realizando desde esta area. Una vez identificado el estado en que quedo el manual se hara revision del mismo a fin de valorar su pertinencia y en tal caso oficializarlo o realizar los ajustes a que haya lugar	13/12/2019	31/12/2020	Creación Manual de Cultura Organizacional	diciembre del 2020	Líder Gestión de Comunicaciones Líder de Talento Humano	Henry Garcia			Hasta el mes de enero de 2020 desde Comunicaciones se tenia un borrador de Manual de Cultura Organizacional el cual fue enviado a los lideres para revisión. A la fecha este no ha sido formalizado. No obstante se indagó con comunicaciones para retomar el tema con la nueva líder.

Se realizara reunion con la lider de comunicaciones para establecer en primera instancia si cuando le entregaron el puesto se incluyo el Manual ya que este se estaba realizando desde esta area. Una vez identificado el estado en que quedo el manual se hara revision del mismo a fin de valorar su pertinencia y en tal caso oficializarlo o realizar los ajustes a que haya lugar

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

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; 4digitos-2digitos-2digitos), 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; 4digitos-2digitos-2digitos), 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.



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

PROCESO:	Gestión Legal - Auditoría de planes de mejoramiento internos y externos										PLAN DE MEJORAMIENTO N°:		
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 %	
		2018	Hallazgo No. 2: Funciones del Comité Se observó que el comité de conciliación no está dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo cuarto de la Resolución No. 391 de 2014, dado que no se tiene evidencia que permita determinar el cumplimiento de las funciones que a continuación se relacionan: 1. Formular y ejecutar políticas de prevención del daño antijurídico 2. Diseñar las políticas generales que orientarán la defensa de los intereses de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia 3. Estudiar y evaluar los procesos que cursen o hayan cursado en contra del ente para determinar las causas generadoras de los conflictos, el índice de condenas, los tipos de daños por los cuales resulta demandado o condenado y las deficiencias en las actuaciones administrativas de la entidad, así como las deficiencias en las actuaciones procesales por parte de los apoderados con el objeto de poner correctivos 6. (...) e informar al coordinador de los agentes del ministerio público ante la jurisdicción en los contenciosos administrativos las correspondientes decisiones anexando copia de la procedencia condenatoria de la prueba de su pago y señalando el fundamento de la decisión en los casos en que se decida instaurar la acción de repetición. Con dicha situación también se está incumpliendo con lo dispuesto en el artículo 2.2.4.3.1.2.5 del Decreto 1069 de 2015. Soporte 1 aparte de Hallazgo No. 3: funciones de la secretaria técnica	Se documentarán las acciones realizadas para la prevención del daño antijurídico (actas, correos, circulares), y se enviara la información pertinente a los entes de control, cada vez que se requiera	18/06/2018	Permanente	cumplir con los lineamientos establecidos en el Decreto 1069 de 2015 en su artículo 2.2.4.3.1.2.5	15/12/2020	Gestión Legal	Coordinador Jurídico			
		2018	El artículo sexto, numeral 5, de la Resolución interna No. 391 de 2014, por la cual se designan las funciones para la Secretaría Técnica del Comité de Conciliación, determina: - "5. Preparar un informe de la gestión del comité y de la ejecución de sus decisiones, que será entregado a la Rectoría y a los miembros del comité cada seis (6) meses. Una copia del mismo será remitido a la Agencia Nacional de la Defensa Jurídica del estado cada vez que lo solicite." - "6. Organizar el archivo correspondiente a los asuntos del comité". Es importante establecer que dicha disposición también está contenida en el Decreto 1069 de 2015, artículo 2.2.4.3.1.2.6, Soporte 1 aparte del requerimiento y 5 aparte de la disposición legal. Al respecto se logró establecer que desde la Secretaría Técnica no se ha generado informe alguno que dé cuenta de la gestión realizada por el comité en la vigencia 2017 o anterior a esta. Con la anterior situación, se materializó el riesgo de "incumplimiento" situación que puede derivar en investigaciones de parte de los órganos de control, sanciones, reprocesos, sobrecostos para la Institución, entre otros.	Se realizará el informe de gestión que será entregado a la Rectoría y a los miembros del Comité cada seis (6) meses.	18/06/2018	Permanente	Permitir que el ordenador del gasto tenga conocimiento respecto a las actuaciones del Comité de Conciliación, en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 1069 de 2015, artículo 2.2.4.3.1.2.6	15/12/2020 Diciembre del 2020	Gestión Legal	Coordinador Jurídico			
		2018	No se observa seguimiento documentado a las decisiones adoptadas por el comité, situación que podría generar un incumplimiento al artículo 20, numeral 2 y el artículo 2.2.4.3.1.2.6 numeral 2 del Decreto 1069, que indican: "Verificar el cumplimiento de las decisiones adoptadas por el comité". Soporte 9, aparte de la disposición legal. Dicha situación podría generar la materialización del riesgo de "incumplimiento", lo cual a su vez podría derivar en investigaciones de parte de los órganos de control, sanciones, presunto daño patrimonial, pérdida de imagen, entre otros.	Los seguimientos a las decisiones del Comité quedarán documentadas en las actas del comité.	31/08/2018	Permanente	Tener documentado el seguimiento que se realiza a cada una de las decisiones que toma el Comité de Conciliación	15/12/2020 Diciembre del 2020	Gestión Legal	Coordinador Jurídico			
		2018	No se observa plan de acción anual para el Comité de Conciliación, así como tampoco se evidencian las actividades inherentes al mismo en el plan de acción de la Institución vigencias 2017 y 2018, a fin de contar con un instrumento que permita hacer seguimiento permanente al cumplimiento de las funciones a cargo de esta instancia. Lo anterior, considerando las funciones que debe cumplir el Comité d	Realizar cronograma de actividades anual, de acuerdo con el Decreto 1069 de 2015 en su artículo 2.2.4.3.1.2.4	2/01/2019	15/12/2020 Diciembre del 2020	Planear las actividades del Comité de Conciliación	15/12/2020 Diciembre del 2020	Gestión Legal	Coordinador Jurídico			

		2018	<p>No se evidenció la aplicación de una metodología de reconocido valor técnico para elaborar la provisión del rubro de sentencias y conciliaciones que permita determinar:</p> <p>(...) 1) determinar el valor de las pretensiones, 2) ajustar el valor de las pretensiones, 3) calcular el riesgo de condena y 4) registrar el valor de las pretensiones." (Tomado de la Resolución 353 de 2016, Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado).</p> <p>Por su parte, la Ley 87 de 1993, determina: "Artículo 2º.- Objetivos del sistema de Control Interno."</p> <p>"a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten; (...)"</p> <p>Lo anterior puede generar para la Institución la materialización de un riesgo como "incumplimiento", el cual podría a su vez derivar en investigaciones de parte de los Organismos de Control, sanciones, daño patrimonial, pérdida de imagen, entre otros aspectos. Soporte 12, entrevista realizada al Coordinador Jurídico de la Institución el 28 de mayo de 2018.</p>	<p>Aplicar el contenido de la resolución 353 de 2016, proferida por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, mediante la cual se adopta una metodología de reconocido valor técnico para el cálculo de la provisión contable de los procesos judiciales, conciliaciones extrajudiciales y trámites arbitrales en contra de la entidad, que se podría considerar por la Institución para fortalecer todo lo inherente a la gestión jurídica.</p>	18/06/2018	Permanente	<p>contar con una herramienta de reconocido valor técnico para el cálculo de la provisión contable de los procesos judiciales</p>	15/12/2020 Diciembre del 2020	Gestión Legal	Coordinador Jurídico								
		2018	<p>Observación No. 2:</p> <p>No se halló evidencia del seguimiento que la Secretaría General de la Institución, la cual debe velar por el estricto cumplimiento de las disposiciones legales inherentes a la austeridad del gasto, de conformidad con el artículo 22 del decreto 1737 de 1998.</p> <p>Lo antes expuesto pone a la Institución ante la posibilidad de que se materialice un riesgo como el de cumplimiento, lo cual podría a su vez generar para la entidad, pérdida de la imagen institucional, pérdidas económicas, posibles investigaciones y/o sanciones de parte de los órganos de control, entre otros aspectos.</p>	<p>La Secretaría General realiza el control dispuesto en el artículo 22 del Decreto 1737 de 1998, cuando adelanta los procesos contractuales pertinentes en la Institución, en los cuales hace el análisis de la política de austeridad antes de determinar la realización y publicación de cualquier proceso de contratación. Una vez analizada la observación, se encuentra que además de acción de mejoramiento propuesta, se implementará desde la Secretaría General, un plan de acción, encaminado, a realizar control semestral del cumplimiento de la Política de Austeridad en el gasto público, a través de la solicitud de informes a las áreas que supervisan la ejecución de estos recursos.</p>	1/10/2018	N/A	<p>Realizar de manera oportuna el control para que se apliquen las políticas de austeridad, en ese sentido se realizará un plan de austeridad que será presentado y socializado.</p>	15/12/2020	Gestión Legal	Coordinador Jurídico								
		2018	<p>7.2.1 Se evidenciaron deficiencias frente al monitoreo y evaluación del estado de los controles y la gestión del riesgo, que se debe llevar a cabo por parte de la segunda línea de defensa al interior de la Institución, de conformidad con lo establecido en el manual operativo del sistema de gestión – MIPG, adoptado a través del ARTÍCULO 2.2.22.3.5. Manual Operativo del Modelo. El Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional adoptará y actualizará el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, (...)"</p> <p>La segunda línea de defensa tiene entre otras las siguientes responsabilidades:</p>	<p>Analizar y determinar qué control debe implementarse con el fin de mitigar el riesgo de incumplimiento de requisitos legales en los procesos contractuales.</p>	mar-19	dic-20	<p>Evitar la materialización del riesgo de incumplimiento de requisitos legales en los procesos contractuales.</p>	dic-20	Gestión Legal	Coordinador Jurídico								
		2018	<p>7.3.1 Se observó que la Institución no le está dando estricto cumplimiento a la resolución interna No. 329 de 2013, dado que la misma en el numeral 8 que hace referencia al perfil del supervisor e interventor, al respecto establece: La designación del supervisor y/o interventor debe recaer en una persona natural o jurídica idónea, con conocimientos, experiencia y perfil apropiado según el objeto del contrato que requiere la coordinación, control y verificación. Para tal efecto, el funcionario responsable de designar al supervisor y/o interventor, deberá tener en cuenta el perfil profesional de la persona designada o seleccionada, cuente con la disponibilidad y logística necesaria para desarrollar las funciones, actividades y labores propias de la intervención, así como la naturaleza del objeto contractual, la cuantía y el número de supervisiones asignadas entre otros.</p> <p>Lo anterior se sustenta en los contratos que fueron auditados y se relacionan a continuación:</p> <p>Ver Tabla 5. Relación de contratos con incumplimiento a la designación de supervisión</p>	<p>Se realizará la designación de supervisión de los contratos, teniendo en cuenta la naturaleza y cuantía de los mismos, así como el perfil profesional de las personas designadas como supervisores. Esto se implementará a través de la determinación del supervisor en todos los documentos contractuales (Estudios Previos, Contrato, Acta de Inicio y Designación del Supervisor), señalando en los casos que se requieran más de un supervisor las obligaciones de cada uno de ellos.</p>	mar-19	dic-20	<p>Cumplir con lo establecido en la Resolución 329 de 2013 y Garantizar que la designación de los supervisores de los contratos cumplan con el perfil necesario para realizar esta labor.</p>	dic-20	Gestión Legal	Coordinador Jurídico								
		2018	<p>7.3.5 Actividades de control establecidas para el proceso</p> <p>En las actividades de control descritas en la caracterización del proceso con código GL-CA-001, versión 7 del 16 de noviembre de 2017, y para los procedimientos GL-PR-001, versión 1 del 16 de junio de 2015, Revisión de contratos interadministrativos, convenios de práctica y otros y GL-PR-008, versión 0 del 29 de octubre de 2014, Adquisición de bienes de mínima cuantía, se estableció que las mismas no cumplen con todas las características que debe poseer una actividad de control, tal y como lo precisa la "Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital", en su versión 4, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, en octubre de 2018".</p> <p>Ver Tabla 8. Pasos para el diseño de controles</p>	<p>Se revisarán las actividades de control tanto en la caracterización como en los procedimientos del proceso, con el fin de establecer las modificaciones que se consideren necesarias de conformidad con la "Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital", en su versión 4, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, en octubre de 2018".</p>	abr-19	dic-20	<p>Establecer actividades de control que cumplan con los criterios necesarios para ser un control efectivo, y de este modo mitigar los riesgos dentro del proceso.</p>	dic-20	Gestión Legal	Coordinador Jurídico								
		2018	<p>7.3.6 Actividades de control establecidas para los riesgos</p> <p>Se observó que el proceso gestión legal, solo establece un riesgo para el proceso contractual, con dos actividades de control específicas, a saber:</p> <p>Ver Tabla 12. Actividades de control establecidas para los riesgos</p> <p>Los resultados evidenciados en la auditoría permiten determinar que es pertinente que la Institución, revise y actualice los riesgos identificados para el proceso de gestión legal, en lo relacionado con el proceso contractual.</p> <p>De otro lado, las actividades de control que se tienen establecidas por parte de la Institución para evitar la materialización del riesgo "Probabilidad de no</p>	<p>Se revisará con planeación la identificación de los riesgos correspondientes al proceso de gestión legal, y en particular los que corresponden al proceso contractual.</p>	mar-19	dic-20	<p>Identificar los riesgos que se presentan en los procesos contractuales.</p>	dic-20	Gestión Legal	Coordinador Jurídico								

		Externo - regular 2018	Manual de supervisión e interventoría: Durante la evaluación del factor gestión contractual de la IU Colegio Mayor de Antioquia, el equipo auditor evidencio que mediante la resolución 329 del 22 d marzo de 2013, se adopta el manual de supervisión e interventoría de la institución que se encuentra referenciado en la caracterización de los procesos de "Bienes y servicios", código GF-BS-CA-001 y Gestión legal", código GL-CA-001, como requisito interno por cumplir, pero el vínculo incluido en estos momentos reporta "código inválido", lo que impide la visualización del mencionado manual, que, dicho de paso, se encuentra desactualizado, lo que indica que no se han acogido los cambios en las directrices impartidas en materia contractual, tales como lo establecido en la "Guía para el ejercicio de las funciones de supervisión e interventoría de los contratos del Estado", publicado el 20 de octubre de 2016 y actualizado el 13 de marzo de 2018, por parte de Colombia Compra Eficiente. Esto se presenta por debilidad en los controles del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de la Institución Universitaria, que podría traerle como consecuencia sanciones y erogaciones convertibles en detrimento patrimonial. Esta situación se tipifica como hallazgo administrativo.	Actualmente se está elaborando el proyecto de manual de supervisión e interventoría de los contratos estatales, lo cual implica también modificar el código de verificación.	31/12/2019	diciembre de 2020	Presentar un proyecto del manual de supervisión e interventoría	diciembre de 2020	Gestión Legal	Coordinador Jurídico		
--	--	---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	-------------------	-----------------------------------------------------------------	-------------------	---------------	----------------------	--	--

Nombre del responsable:	José Luis Sánchez Cardona	Correo electrónico:	jose.sanchez@colmayor.edu.co	Teléfono y extensión:	
-------------------------	---------------------------	---------------------	--------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	--

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; 4dígitos-2dígitos-2dígitos), 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; 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.

CGM



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

PLAN DE MEJORAMIENTO - HALLAZGOS Y OBSERVACIONES DE AUDITORIAS DE CONTROL INTERNO													
PROCESO:	Planeación Institucional - auditoría planes de mejoramiento internos y externos											PLAN DE MEJORAMIENTO N°:	
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 %	
		2017	Quinto componente: Mecanismos para la transparencia y acceso a la información. Actividades mensuales: - Lineamientos de transparencia activa: Divulgación de datos abiertos. - Criterio diferencial de accesibilidad: Divulgación de información, adecuación medios electrónicos, lineamientos accesibilidad espacios discapacitados	* Campaña (plan) de divulgación de datos abiertos - campaña de divulgación de datos abiertos. * Elaboración de Plan para accesibilidad para personas con discapacidad.	Junio 15 de 2017 Junio 15 de 2017	Junio 15 de 2017 Junio 15 de 2017	Campaña (plan) de divulgación de datos abiertos - campaña de divulgación de datos abiertos. Elaboración de Plan para accesibilidad para personas con discapacidad.	Diciembre del 2020	Planeación Gestión de comunicaciones Infraestructura	Luz Mary Ramirez Montoya			Esta campaña se viene haciendo semestralmente pero no el Plan para accesibilidad para personas con discapacidad.
		2017	4. Indicadores de Buen Gobierno. El Acuerdo n° 015 de 2017, en su artículo 34, establece la incorporación de los indicadores éticos, los cuales no han sido adoptados por la Institución, por lo tanto, no es posible realizar su medición en gestión y en desempeño. Con lo anterior se evidencia un incumplimiento del artículo n° 34 del Acuerdo interno n° 015, lo que a su vez conlleva a que la Institución no conozca resultados en cuanto a: índice de integridad y transparencia, gestión de la ética, comunicación, satisfacción de cliente externo, y los indicadores operativos	Incorporar en el sistema de Gestión de la Mejora los indicadores éticos, para poder realizar su gestión y desempeño en las frecuencias establecidas.	Septiembre 1 de 2017.	Diciembre 31 de 2017	Incorporación al sistema de la mejora de indicadores éticos.	Diciembre del 2020	Planeación Institucional	Luz Mary Ramirez Montoya			
		2017	No se evidencia que la IUCMA cuente con la implementación de los cuatro componentes de la estrategia de Gobierno en Línea: Gobierno Abierto. Servicios. Gestión. Seguridad y privacidad de la información	Evidencias si existen, están las actas y actividades que se han desarrollado. Se ha venido trabajando en la implementación simultánea de los cuatro (4) componentes, hay actividades que son transversales a los cuatro (4) componentes. Para la implementación de todas las estrategias de Gobierno en Línea se necesita de tiempo y recursos financieros. Cuando se contrato la asesoría iniciamos con un 18%, ahora vamos en un 32%, para avanzar requerimos de la asignación de recursos financieros.	Enero 1 de 2018.	No se puede establecer fecha de terminación ya que requiere de tiempo y recursos.	Implementación de las cuatro estrategias de Gobierno en Línea.	Diciembre del 2020	Planeación Institucional Gestión Tecnología e Informática Gestión de Comunicaciones Gestión Documental	Luz Mary Ramirez Montoya Juan Paulo Jones Prada Ana María Garzón Sepúlveda Aura Dolly Quintero López			
		2017	Sello de excelencia No se evidencia avance de la adopción e implementación del sello de excelencia de Gobierno en Línea, como tampoco el cumplimiento de los plazos establecidos en la norma. Con lo anterior se incumple con los decretos 2573 de 2014 y 1078 de 2015 en sus artículos 2.2.9.1.4.2 y 2.2.9.1.4.3.	El sello de excelencia se da cuando se hayan implementando todas las estrategias de Gobierno en Línea, para lo cual se requiere de tiempo y asignación de recursos financieros.	Enero 1 de 2018.	No se puede establecer fecha de terminación ya que requiere de tiempo y recursos.	Implementación de las cuatro estrategias de Gobierno en Línea.	Diciembre del 2020	Planeación Institucional	Luz Mary Ramirez Montoya			
		2017	Con el fin de garantizar el cumplimiento de Ley de Transparencia y los decretos reglamentarios de Gobierno en línea, es necesario identificar, publicar y realizar actividades de comunicación con datos en formato abierto, priorizando aquellos de mayor impacto en los usuarios, ciudadanos y grupos de interés	En este momento se esta trabajando con los diferentes procesos en la implementación y ejecución de datos abiertos, apenas este lista esta actividad se procederá hacer campañas de comunicación.	Febrero 1 de 2018	Diciembre 31 de 2018	Campaña de datos abiertos.	Diciembre del 2020	Planeación Institucional	Luz Mary Ramirez Montoya			Semestralmente se viene realizando divulgación de datos abiertos a esta vigencia y al seguimiento realizado en abril no se contaba con soportes.

		2017	Si bien se está mejorando en la institución con relación al seguimiento a Gobierno en Línea y las tics, se evidencia atraso en los avances que se deben realizar según decreto 1078 de 2015.	Evidencias: están las actas y actividades que se han desarrollado. Se ha venido trabajando en la implementación simultánea de los cuatro (4) componentes, hay actividades que son transversales a los cuatro (4) componentes. Para la implementación de todas las estrategias de Gobierno en Línea se necesita de tiempo y recursos financieros. Cuando se contrato la asesoría iniciamos con un 18%, ahora vamos en un 32%, para avanzar requerimos de la asignación de recursos financieros.	Enero 1 de 2018.	No se puede establecer fecha de terminación ya que requiere de tiempo y recursos.	Implementación de las cuatro estrategias de Gobierno en Línea.	Diciembre del 2020	Planeación Institucional	Luz Mary Ramírez Montoya								
		2017	Se hace importante fortalecer la gestión de las diferentes actividades de los componentes de Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano con el fin de implementarlas a completitud.	Se refiere que hubo actividades que no se alcanzaron a lograr en un 100%, para esta vigencia se tiene proyectada ejecución de dichas actividades al 100%.	Enero 1 de 2018.	Diciembre 31 de 2018.	Cumplimiento actividades programadas	Diciembre del 2020.	Planeación.	Luz Mary Ramírez Montoya								
		2017	Al verificar en la página web de la IUCMA el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la vigencia actual se evidenció el indicador del componente 5 llamado: Mecanismos implementados para la transparencia y acceso a la información, sin embargo, no se evidenció la medición según periodicidad estipulada.	Se refiere que hubo actividades que no se alcanzaron a lograr en un 100%, para esta vigencia se tiene proyectada ejecución de dichas actividades al 100%.	Enero 1 de 2018.	Diciembre 31 de 2018.	Cumplimiento actividades programadas	Diciembre del 2020	Planeación.	Luz Mary Ramírez Montoya								
		2018	Dimensión Gestión del Conocimiento y la Innovación 1. Se sugiere establecer acciones que propendan por la socialización e implementación de la guía a fin de que la misma se constituya en una herramienta que contribuya al mejoramiento continuo de la institución.	Se han realizado actividades que ayudan a la gestión del conocimiento en la entidad, como: actualización gestión del conocimiento, además organización datos, información, procesos, procedimientos, elaboración planes, informes, guías, instructivos, herramientas, piezas audiovisuales, videos, mejoramiento tecnológico.	Mayo 15 de 2018	Diciembre 30 de 2018.	Implementación de la guía Gestión del conocimiento e innovación.	Diciembre del 2020	Planeación	Luz Mary Ramírez Montoya								
		2018	Hallazgo No. 3: política de racionalización No se evidencia por parte de la Institución una política de racionalización de trámites formalmente establecida, incumpliendo así, lo dispuesto en el Artículo 1 de la Ley 962 de 2005, que establece: "ARTÍCULO 1o. OBJETO Y PRINCIPIOS RECTORES." "(...) En tal virtud, serán de obligatoria observancia los siguientes principios como rectores de la política de racionalización, estandarización y automatización de trámites, a fin de evitar exigencias injustificadas a los Plan Operativo Anual de Inversiones - POAI:	Realización propuesta de Resolución para la adopción de Política de Racionalización de trámites institucionales.	Julio 1 de 2018	Diciembre 31 de 2018	Propuesta Resolución de Política racionalización de trámites.	Diciembre del 2020	Planeación	Luz Mary Ramírez Montoya Isabel Cristina Jiménez Londoño								
		2018	Se observó que la Institución no formuló el Plan Operativo Anual de Inversiones – POAI, para las vigencias 2017 y 2018, incumpliendo así con lo dispuesto en el Artículo seis (6) del Decreto Ley 111 de 1996, el cual señala "Sistema presupuestal. Está constituido por un plan financiero, por un plan operativo anual de inversiones (...)". Además el artículo ocho (8) del mismo Decreto, precisa, "El plan operativo anual de inversiones señalará los proyectos de inversión clasificados por sectores, órganos y Ruta estratégica de la Institución:	Formular el Plan Operativo Anual de Inversiones para la vigencia 2019 y años siguientes conforme a lo dispuesto en el Decreto Ley 111 de 1996.	15/01/2018	28/02/2019	Facilitar el seguimiento y evaluación de los programas y proyectos que se van a ejecutar.	Diciembre del 2020	Planeación	Asesor de Rectoría en Planeación y Proyectos Especiales								Ya se esta formulando y presento al Comité Institucional de Gestión y Desempeño POAI. En el seguimiento realizado no se aporó el poi, el soporte enviado son actas sin firma donde se desarrolla el tema
		2018	Entendida la planeación estratégica como "el proceso mediante quienes toman decisiones en una organización obtienen, procesan y analizan información pertinente interna y externa, con el fin de evaluar la situación presente de la empresa, así como su nivel de competitividad con el propósito de anticipar y decidir sobre el direccionamiento de la institución hacia el futuro." Por su parte el "Modelo de planeación estratégica" PI-MA	Revisar y modificar el Modelo de Planeación Institucional, conforme a la realidad actual de la institución y a las funciones que se ejercen desde Planeación. Una vez actualizado el Modelo de Planeación Institucional se realizarán informes anuales sobre el cumplimiento de las funciones de planeación.	1/09/2018	30/12/2018	Actualizar el Modelo de Planeación, conforme a las dinámicas institucionales actuales, y las funciones que ejerce el proceso de Planeación.	Diciembre del 2020	Planeación	Asesor de Rectoría en Planeación y Proyectos Especiales								

		<p>Observación No. 2, información estadística:</p> <p>Se contrastó información estadística que se rindió en el periodo 2017-2 y 2018-1, en el aplicativo SNIES, con la información que proveyeron los responsables de los procesos de Admisiones Registro y Control, Bienestar Institucional e Internacionalización, en temas puntuales como (ver cuadro en el informe)</p> <p>En la verificación realizada se establecieron diferencias entre la información rendida por el proceso de planeación institucional y la información entregada por cada uno de los líderes de los procesos, se cuenta con soporte enviado por la Oficina de Planeación Institucional justificando las diferencias, a saber: (ver cuadro en el informe)</p> <p>Lo anterior podría dar lugar a incumplir con lo que determina la Resolución No. 20434 de 2016, proferida por el Ministerio de Educación Nacional, la cual establece en el artículo 7, validación y auditoría de información lo siguiente:</p> <p>"La información reportada al SNIES por parte de las instituciones de educación superior y por quienes se encuentren legalmente habilitadas para ofrecer y prestar el mencionado servicio público, estará sujeta al proceso de verificación y auditoría que el Ministerio de Educación Nacional disponga para tal fin.</p> <p>En dicho proceso, se deberá contrastar la información registrada en el SNIES con los datos reposen en los</p>				<p>Continuar con la reuniones de sensibilizaciones con el personal encargados de los reportes de la información para ser cargados en la plataforma SNIES y SPADIES, donde se publican los cronogramas y se refuerza la importancia de la información para la institución. Con población estudiantil se esta cumpliendo ya que se hace verificaciones en marzo, junio, septiembre y diciembre, para los demás procesos se anticipará la fecha de recolección de la información, con el fin de tener un tiempo mas amplio de validación.</p>	1/10/2018	20/12/2018	<p>Reunión sensibilización con los procesos encargados del reporte de la información.</p>	Diciembre del 2020	Planeación	asistente de planeación				<p>Se viene realizando reuniones periódicas con los procesos para el cargue de la información de SNIES y SPADIES.</p> <p>Los soportes enviados no son suficientes, en los correos enviados se toca el tema de Snies solamente además las actas carecen de firmas.</p>
		<p>Aunque se cuenta con el Acuerdo 017 de 2002, por medio del cual se definen y adoptan las políticas para la Planeación de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, como son:</p> <p>1. La consolidación y reconocimiento de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia como entidad pública que actúa con criterios de eficacia y transparencia según normas claves y establece en sus relaciones con el sector público, privado y las organizaciones sociales.</p> <p>2. El Colegio Mayor de Antioquia se insertará en los grandes consensos del desarrollo nacional a través del cumplimiento de su misión y del plan de desarrollo institucional.</p>				<p>Revisión y actualización de la Política de Planeación Institucional</p>	1/10/2018	28/02/2019	<p>Aprobación de la Política de Planeación a través del Consejo Directivo</p>	Diciembre del 2020	Planeación	Líder de Planeación y Asesor Planeación				
		<p>planeación estratégica:</p> <p>Se cuenta con un modelo de planeación estratégica al interior de la Institución, con código PI-MA-007, versión 00 del 31 de agosto de 2015, que es importante se revise y actualice periódicamente, considerando que el mismo establece funciones para el área de planeación que no se vienen ejecutando en su totalidad, pese a que las mismas son fundamentales para el direccionamiento estratégico de la Institución, y además referencia una serie de instrumentos que tampoco se emplean en su totalidad, como son el plan operativo anual de inversiones (obligatorio de acuerdo al Decreto Ley 111 de 1996), plan maestro de infraestructura y el informe de 3 generaciones.</p> <p>Lo anterior podría acarrear la materialización de un riesgo como el de "cumplimiento", lo que a su vez podría generar para la Institución, desacierto en la toma de decisiones, informes sin valor agregado para el fortalecimiento de la misma, pérdida de credibilidad, entre otros aspectos.</p>				<p>Revisar y modificar el Modelo de Planeación Institucional, conforme a la realidad actual de la institución y a las funciones que se ejercen desde Planeación.</p>	1/09/2018	30/12/2018	<p>Actualizar el Modelo de Planeación, conforme a las dinámicas institucionales actuales, y las funciones que ejerce el proceso de Planeación.</p>	Diciembre del 2020	Planeación	Asesor de Rectoría en Planeación y Proyectos Especiales				
		<p>talento humano:</p> <p>Se cuenta con un asistente de planeación para validar, consolidar y socializar la información estadística y rendir al Sistema Nacional de Información de Educación Superior (SNIES) y al Sistema de Prevención y Análisis de la Deserción en las Instituciones de Educación Superior (SPADIES), pudiendo observar en la auditoría realizada que la persona encargada cuenta con otras actividades como son el acompañamiento y seguimiento a riesgos estratégicos, operativos y de corrupción.</p> <p>Adicional a lo anterior, la Institución está expuesta a la materialización de diferentes riesgos (fuga de conocimiento, cumplimiento, inexactitud en la información, entre otros), al tener concentrada dicha actividad en un solo funcionario (contratista), con el agravante de que es además, de que es el único servidor al interior de la Entidad, que tiene el conocimiento, la experiencia y la experticia para manejo de las bases de datos antes referenciadas.</p>				<p>Presentar necesidad a Rectoría para personal de apoyo en el manejo de las bases de datos de la Institución.</p>	1/09/2018	30/09/2018	<p>Recurso humano que apoye el proceso de manejo de base de datos.</p>	Diciembre del 2020	Planeación	Líder de Planeación				<p>Desde enero de 2019, contamos con otra persona que tiene dentro de su plan de trabajo apoyo en el manejo de las bases de datos de SNIES y SPADIES.</p> <p>No se adjuntaron soportes</p>

		2018	<p>2. Es importante se efectúe una revisión minuciosa a fin de identificar las causas que han llevado a que un riesgo como el de "cumplimiento", se haya materializado de forma recurrente a lo largo de la vigencia 2018, situación que ha sido identificada por la Dirección de Control Interno, en desarrollo de la actividad de auditoría; esto con el único propósito de que se establezcan acciones por parte de la Entidad, que propendan por evitar que dicho riesgo se siga materializando, de tal manera que pueda llegar a afectar el cumplimiento de uno o más objetivos institucionales.</p>	Analizar con la Secretaría General y Oficina Jurídica de la Institución acciones por parte de la entidad que propendan por evitar que el riesgo de cumplimiento se siga materializando en forma recurrente.	Noviembre 28 de 2018	Diciembre 31 de 2019.	Buscar alternativas en procura que los responsables del proceso cumplan con las acciones contempladas.	Diciembre del 2020	Planeación Institucional	Equipo de Planeación Institucional		
		2018	<p>Hallazgo No. 1: Incumplimiento de fechas</p> <p>El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2018, contempla en cada uno de sus subcomponentes las actividades a desarrollar y su fecha de programación, se pudo evidenciar incumplimiento de las mismas en las actividades que se precisan a continuación:</p> <p>(ver cuadro e el informe)</p> <p>Lo anterior permite determinar un incumplimiento con lo descrito en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia de la vigencia 2018.</p> <p>Conjuntamente las estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano, versión 2 del 2015, proferida por la Presidencia de la República y aprobado por el Decreto 1081 de 2015 en su artículo 2.1.4.1. "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Señálese 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", en su título III aspectos generales del Plan Anticorrupción y de Atención Al Ciudadano que indica en el punto ocho (8):</p>	Hacer seguimientos al cumplimiento de las fechas establecidas dentro de los compromisos en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano. De no ser posible la fecha programada modificarlo en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano con una debida justificación.	Febrero 1 de 2019.	Noviembre 30 de 2019.	Cumplimiento Plan.	Diciembre del 2020	Planeación	Luz Mary Ramírez Montoya		
		2018	<p>Observación 1, pertinencia de las acciones formuladas (ver adjunto - seguimiento a acciones formuladas)</p> <p>Se observó que siete (7) de las acciones propuestas por parte de los responsables de los procesos, no son pertinentes, las cuales equivalen al 6,08% de las evaluadas. Las mismas, no contribuyen a subsanar la deficiencia identificada en la auditoría que se llevó a cabo por parte de la Dirección de Control Interno de la Institución.</p> <p>Ver Tabla 11. Acciones no pertinentes</p> <p>(*) Se formuló por parte del auditado plan de mejoramiento No.103 como resultado de la auditoría basada en riesgos al proceso de Planeación Institucional, en el que plantean la siguiente acción: "Realizar y documentar los ejercicios de análisis de contexto interno y externo, cada año, conforme a los aspectos consagrados en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG", la cual es susceptible de seguimiento posteriormente.</p> <p>(**) Se suscribió Plan de Mejoramiento 103 como resultado de la auditoría basada en riesgos al proceso de Planeación Institucional, en el que plantean la siguiente acción: "Solicitar al proceso de Gestión de la Mejora, la modificación de las fórmulas de los indicadores: eficacia ponderada del Plan de Acción y eficacia ponderada del Plan Indicativo, en el sistema de Gestión de la calidad – Isolución-". La cual es susceptible de seguimiento posteriormente.</p>					Diciembre del 2020				

Nombre del responsable:		Correo electrónico:		Teléfono y extensión:	
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; 4dígitos-2dígitos-2dígitos), 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; 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.



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

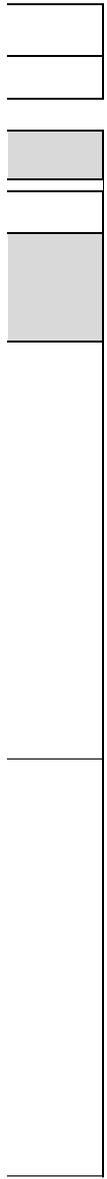
PROCESO:		Auditoría Planes de Mejoramiento										PLAN DE MEJORAMIENTO N°:	
Radicado de la Auditoría	Fecha de la Auditoría	N° del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo		Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias
					Fecha de inicio	Fecha de terminación			Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %	
2020303230	05 de agosto del 2020	1	<p>8.1.1 Deficiencias para gestionar los planes de mejoramiento</p> <p>Se observaron deficiencias en las responsabilidades que el Decreto 1499 de 2017, le confiere a la primera línea de defensa, el cual determina en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 3, de diciembre de 2019, con relación a "Los aspectos clave para el Sistema de Control Interno SCI a tener en cuenta por parte de la 1ª Línea."</p> <p>"La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados."</p> <p>Como evidencia de ello, se tiene que, a junio 30 de 2020, tal como se presenta en la tabla No. 6, aún permanecen cincuenta y una (51) acciones abiertas, que equivalen a un 35%, considerando, además, que treinta y cinco (35) de ellas, debieron ser implementadas para la vigencia 2017.</p> <p>De otro lado, ocho (8) procesos solicitaron modificar la fecha de implementación de igual número de acciones, que debieron ser implementadas por la Institución desde el 2017, como se observa en la tabla No. 6. (ver tabla en el informe)</p> <p>Lo anterior, permite evidenciar además el incumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley 87 de 1993, que determina:</p> <p>"Objetivos del sistema de Control Interno".</p> <p>"d. Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión"</p>	<p>En compañía de la profesional de Control Interno, se está trabajando en el seguimiento a las acciones pendientes de la vigencia 2017-2018.</p> <p>De igual forma el líder del proceso de Graduados consultará el procedimiento de la Vicerrectoría Administrativa para determinar las prácticas que pueden ser aplicables para el seguimiento a los planes de mejoramiento del proceso.</p> <p>Se continuará realizando seguimiento a las acciones y controles propuestos, dejando las respectivas evidencias y teniendo en cuenta los plazos de cumplimiento para el cierre de las acciones.</p>	octubre de 2020	diciembre de 2020	Mitigar las deficiencias encontradas en el proceso de seguimiento a las acciones pendientes, con el fin de que estas sean solucionadas.	diciembre de 2020	Graduados	Yessica Jaramillo Roldán - Líder Proceso Graduados			
		2	<p>8.1.2 Deficiencias en los mecanismos de verificación y seguimiento</p> <p>Se evidenció que la Institución, no dispone de un mecanismo estandarizado y formalmente establecido, que garantice un seguimiento eficaz a los planes de mejoramiento, que se suscriben como resultado de las auditorías internas o externas.</p> <p>(ver tabla en el informe)</p> <p>Como se observa en la tabla anterior, la Institución no dispone de un procedimiento, manual, instructivo u otro, estandarizado y formalmente establecido, que permita efectuar un seguimiento eficaz a las acciones propuestas en los planes de mejoramiento, que se suscriben como resultado de las auditorías internas y externas.</p> <p>En el análisis realizado a diez (10) procesos institucionales, se observó que el proceso de gestión administrativa y financiera cuenta con un procedimiento "GF-PR-O22 seguimiento planes de mejoramiento", versión cero (0) del 13 de junio de 2019, que tiene como objetivo: "Realizar seguimiento a las acciones de mejora propuestas en los planes de mejoramiento de las auditorías internas y externas que apliquen a la Vicerrectoría Administrativa y Financiera."</p> <p>Por su parte, el proceso de gestión de extensión y proyección social, dispone de una base de datos en Excel, en la que registran todas las acciones que formulan en los planes de mejoramiento, para realizar el respectivo seguimiento</p>	<p>Se realizará un seguimiento periódico por parte de la Líder de proceso, con los soportes correspondientes de dicho seguimiento y se consultará el procedimiento de la Vicerrectoría Financiera, para determinar que prácticas se pueden implementar en el seguimiento a los planes de mejoramiento.</p>	octubre de 2021	diciembre de 2021	Obtener un seguimiento juicioso y periódico, soportado con evidencias que demuestren un ejercicio eficaz	diciembre de 2021	Graduados	Yessica Jaramillo Roldán - Líder Proceso Graduados			

		<p>Evaluación puntos de control establecidos para los riesgo</p> <p>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:</p> <p>(ver tabla en el informe)</p> <p>La tabla No. 8 permite establecer que 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 2016.</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> <p>1. Debe tener definido el responsable de llevar a cabo la actividad de control 2. Debe tener una periodicidad definida para su ejecución</p>	<p>Desde el Centro de Graduados, se define como responsable de realizar verificación y seguimiento a los planes de mejoramiento al líder del proceso, cuyo seguimiento debe realizarse de manera periódica teniendo en cuenta las fechas de plazo establecidas y teniendo claro el propósito de los controles establecidos, su aplicación y evidencias.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior se reforzarán los controles establecidos para la ejecución del plan de mejoramiento y seguimiento</p>	octubre de 2022	diciembre de 2022	Reforzar los controles para la ejecución de los planes de mejoramiento	diciembre de 2022	Graduados	Yessica Jaramillo Roldán - Líder Proceso Graduados		

Nombre del responsable:	Yessica Jaramillo Roldán	Correo electrónico:	centrograduados@colmayor.edu.co	Teléfono y extensión:	4445611
--------------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	---------

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

<p>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.</p> <p>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; 4dígitos-2dígitos-2dígitos), separados por guion (-).</p> <p>Descripción del hallazgo y observación: corresponde al hallazgo y la observación identificados en la auditoría realizada por la Oficina de Control Interno.</p> <p>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.</p> <p>Plazo: fecha de iniciación y de terminación que se requieren para alcanzar la ejecución de la acción.</p> <p>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.</p> <p>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 (-).</p> <p>Responsables (Dependencia – Funcionario):corresponde al nombre del proceso y/o subproceso y del nombre del responsable de implementar la acción de mejora.</p> <p align="center">SEGUIMIENTO</p> <p>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.</p> <p>Efectividad: corresponde al porcentaje de cumplimiento de los logros alcanzados con las acciones de mejoramiento realizadas, se mide en función del objetivo propuesto.</p> <p>Evidencias: se lleva el seguimiento de la Oficina de Control Interno al plan de mejoramiento.</p> <p>Nombre del Responsable Correo Electrónico y Teléfono:corresponde al nombre, correo electrónico y teléfono del funcionario responsable de actualizar el formato.</p>





ext. 108

