



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

| PROCESO: | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|---------------------------------|---|--|-----------------|----------------------|---|-------------------------------|---|-------------------------|-----------------------------|---------------|--|
| Gestión de comunicaciones - auditoria 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 | Dimensión Información y Comunicación 1. Es importante definir un plan que permita determinar las acciones necesarias para cerrar las brechas identificadas en el autodiagnóstico que se llevó a cabo para esta dimensión. | Coordinar con la Jefe de Planeación una reunión en la que me socialice los resultados de los autodiagnósticos para que una vez comprenda la situación, de manera conjunta se propongan las acciones de mejora a las que haya lugar. | 7/02/2020 | 30/06/2020 | Comprensión de la situación evidenciada en los autodiagnósticos y planteamiento de las acciones de mejora a que haya lugar. | Diciembre del 2020 | Planeación - Gestión de Comunicaciones | | | | <p>Noviembre 28 del 2020</p> <p>La acción no cuenta con avances, se encuentra dentro de los terminos establecidos para su ejecución, la acción de evaluarla posteriormente.</p> <p>Accion abierta</p> <p>Diciembre de 2020</p> <p>Constantemente, junto con el personal de Planeación Institucional, se realiza la revisión de las acciones de mejora que se analizan en el autodiagnostico de Atención al Ciudadano y Participación Ciudadana</p> |
| | | 2018 | <p>Con el propósito de determinar el nivel de satisfacción de los ciudadanos que durante el segundo semestre de 2017 y primero de 2018, interpusieron ante la Institución una petición, queja, reclamo, solicitud o denuncia, se formularon a través de la herramienta google drive dos preguntas, a saber :</p> <p>¿Cómo le parece la plataforma dispuesta por la Institución para presentar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones o denuncias - PQRSFD?</p> <p>Califique la pertinencia de la respuesta dada por la Institución a su petición, queja, reclamo, sugerencia, felicitación o denuncia - PQRSFD.</p> <p><input type="checkbox"/> A la pregunta : ¿Cómo le parece la plataforma dispuesta por la Institución, para presentar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones o denuncias - PQRSFD?</p> <p>Se estableció que el 20%, manifestaron que la plataforma les pareció excelente, bueno el 53.3%, regular el 20% y deficiente el 6.7%.</p> <p>Ninguno de los ciudadanos a los que se les formuló la pregunta le asignó calificación mala.</p> <p>Como se observa el 26.7% calificaron la plataforma entre regular y deficiente.</p> <p>Si bien, el número de personas que respondieron a las dos preguntas tan solo representa el 24% de la muestra evaluada y el 7% del total de peticiones, queja, reclamos, sugerencias, felicitaciones o denuncias – PQRSFD, recibidas en el periodo auditado, es importante se consideren dichos resultados por parte de la Institución a fin de identificar oportunidades de mejora.</p> | <p>Los resultados de la encuesta están acordes a lo que ocurría cuando se evaluaba la satisfacción con la respuesta y debido a su subjetividad, en un comité de Control Interno, se determinó no incluirla, puesto que era una constante mala calificación para la Institución por peticiones que no estaban dentro de la gobernanza de la misma o se salían de los procedimientos Institucionales.</p> <p>Respecto a la pregunta del software, se contrarresta con las auditorías y se observa una gran diferencia, puesto que en términos de accesibilidad, cumplimiento de ley, optimización, éste es más eficiente. Se han venido realizando una serie de cambios en el mismo, acordes a las recomendaciones y oportunidades de mejora del mismo, evidenciadas durante su usabilidad en este año. Se analizará su funcionamiento y se determinará si se requiere o no algún otro cambio.</p> | 08/10/2018 | 31/03/2019 | Optimizar y consolidar el software de PQRSFD acorde a las necesidades institucionales, requerimientos de Ley y facilidad en términos de accesibilidad a los usuarios. | Diciembre del 2020 | Atención al Ciudadano - Gestión de Comunicaciones | | | | <p>Noviembre 28 del 2020</p> <p>La acción no cuenta con avances, se encuentra dentro de los terminos establecidos para su ejecución, la acción de evaluarla posteriormente.</p> <p>Accion abierta</p> <p>Febrero de 2021</p> <p>La plataforma de PQRSFD busca siempre ser más accesible para los usuarios. En la que se tiene instalada en estos momentos, hay un tutorial dponible para la usabilidad de este.</p> <p>Adicionalmente, y teniendo en cuenta todas las recomendaciones obtenidas en las respuestas de la encuesta realizada, y también las requeridas por ley, se realizarán en la implementación del nuevo software G+ el cual servirá para las solicitudes en el año 2021 (aproximadamente abril)</p> |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|--|--|---|--|--|
| | | <p>2018</p> <p>Con el propósito de determinar el nivel de satisfacción de los ciudadanos que durante el segundo semestre de 2017 y primero de 2018, interpusieron ante la Institución una petición, queja, reclamo, solicitud o denuncia, se formularon a través de la herramienta google drive dos preguntas, a saber:</p> <p>¿Cómo le parece la plataforma dispuesta por la Institución para presentar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones o denuncias - PQRSFD?</p> <p>Califique la pertinencia de la respuesta dada por la Institución a su petición, queja, reclamo, sugerencia, felicitación o denuncia - PQRSFD.</p> <p>□ A la pregunta: ¿Cómo le parece la plataforma dispuesta por la Institución, para presentar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones o denuncias - PQRSFD?</p> <p>Se estableció que el 20%, manifestaron que la plataforma les pareció excelente, bueno el 53.3%, regular el 20% y deficiente el 6.7%.</p> <p>Ninguno de los ciudadanos a los que se les formuló la pregunta le asignó calificación mala.</p> <p>Como se observa el 26.7% calificaron la plataforma entre regular y deficiente.</p> <p>Si bien, el número de personas que respondieron a las dos preguntas tan solo representa el 24% de la muestra evaluada y el 7% del total de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones o denuncias –</p> | <p>Los resultados de la encuesta están acordes a lo que ocurría cuando se evaluaba la satisfacción con la respuesta y debido a su subjetividad, en un comité de Control Interno, se determinó no incluirla, puesto que era una constante mala calificación para la Institución por peticiones que no estaban dentro de la gobernanza de la misma o se salían de los procedimientos Institucionales.</p> <p>Respecto a la pregunta del software, se contrarresta con las auditorías y se observa una gran diferencia, puesto que en términos de accesibilidad, cumplimiento de ley, optimización, éste es más eficiente. Se han venido realizando una serie de cambios en el mismo, acordes a las recomendaciones y oportunidades de mejora del mismo, evidenciadas durante su usabilidad en este año. Se analizará su funcionamiento y se determinará si se requiere o no algún otro cambio.</p> | <p>08/10/2018</p> <p>Enero del 2020</p> | <p>31/03/2019</p> <p>Diciembre del 2020</p> | <p>Optimizar y consolidar el software de PQRSFD acorde a las necesidades institucionales, requerimientos de Ley y facilidad en términos de accesibilidad a los usuarios.</p> | <p>Diciembre del 2020</p> <p>Atención al Ciudadano - Gestión de Comunicaciones</p> | <p>Liliana Amaya - Ana María Garzón Sepúlveda</p> | | <p>Noviembre 28 del 2020</p> <p>La acción no cuenta con avances, se encuentra dentro de los terminos establecidos para su ejecución, la acción de evaluara posteriormente.</p> <p>Accion abierta</p> <p>Febrero de 2021</p> <p>Se evidencia que este hallazgo es el mismo del anterior:</p> <p>La plataforma de PQRSFD busca siempre ser más accesible para los usuarios. En la que se tiene instalada en estos momentos, hay un tutorial disponible para la usabilidad de este.</p> <p>Adicionalmente, y teniendo en cuenta todas las recomendaciones obtenidas en las respuestas de la encuesta realizada, y también las requeridas por ley, se realizarán en la implementación del nuevo software G+ el cual servirá para las solicitudes en el año 2021 (aproximadamente abril)</p> |
| | | <p>Se evidenció que para las 18 peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias – PQRSFD, seleccionadas para la muestra, la Institución entregó respuestas oportunas, de conformidad con las disposiciones legales vigentes.</p> | <p>Continuar sensibilizando y haciendo hincapié a los líderes de la importancia de dar respuestas oportunas a las PQRSFD, recordar los tiempos de respuesta a solicitudes de información. La clasificación de una entrada cuando es de servicio, académica o administrativa.</p> <p>Se hará mediante correo electrónico a todos los líderes Institucionales, la pieza tendrá 4 aspectos a tener en cuenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiempos de respuesta 2. Respuesta de forma y fondo 3. Recordarles la responsabilidad de establecer planes de mejoramiento según sea el caso 4. Clasificación de entradas por categoría: académica - administrativa y de servicio. | <p>28/02/2020</p> | <p>31/12/2020</p> | <p>Cumplir los términos establecidos por la Ley para dar respuesta a las entradas de PQRSFD</p> | <p>Permanente</p> | <p>Todos los líderes Institucionales</p> | <p>Rectoría Gestión de Comunicaciones</p> | <p>Noviembre 28 del 2020:</p> <p>La acción cuenta con avances y dentro de los terminos establecidos para su ejecución, la acción de evaluara posteriormente (envío de correo electrónico).</p> <p>Accion abierta</p> <p>https://l.yimg.com/an_webp/puXQeRCbx8E/mgdefault_6s.webp?dus=300&sq=CMnb-0F&rs=A0n4CLBdR27jg2eDGRK4q55CHVIG7Ba7A</p> <p>Febrero de 2021:</p> <p>La acción cuenta con avances y dentro de los terminos establecidos para su ejecución. La acción se sigue evaluando pues es permanente. En enero de 2021 se envió correo electrónico con comunicado sobre el procedimiento que se debe llevar con las PQRSFD y las respuestas a estas.</p> |
| | | <p>Se evidenciaron deficiencias en el proceso de gobierno corporativo, considerando que este tiene entre otras responsabilidades "Asegurar la gestión y responsabilidad eficaces en el desempeño de la organización"</p> <p>Dicha situación permite determinar el incumplimiento a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, en su artículo 2. Objetivos del sistema de control interno:</p> <p>(...)</p> <p>"1. Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presentan en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos;"</p> <p>Se presentó además la inobservancia al Decreto 1499 de 2017, que determina en el manual operativo del sistema de gestión del modelo integrado de planeación y gestión, como responsabilidades de la primera línea de defensa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, ejecutar procedimientos de riesgo y el control sobre una base del día a día. La gestión operacional identifica, evalúa controla y mitiga los riesgos" • Son responsables de implementar acciones correctivas, igualmente detecta las deficiencias de control. <p>Se estableció que para cuatro (4), es decir el 22%, de las peticiones, quejas y sugerencias, seleccionadas para la muestra, requerían formulación de acciones por parte de la Institución y las mismas no se generaron por parte de los responsables.</p> <p>Ver Anexo 1. Respuestas que requerían formulación de acciones</p> <p>Lo antes expuesto lleva a la Institución a la materialización de un riesgo como el de "incumplimiento normativo", que podría derivar en reprocesos, sobrecostos, pérdidas económicas, pérdida de credibilidad, investigaciones y/o sanciones por</p> | <p>Analizar desde Calidad y Comunicaciones mensualmente las entradas al canal de PQRSFD para determinar y reportar ante el comité de desempeño las entradas que tienen que ver con el servicio y son objeto de generar acciones de mejora.</p> <p>Se reclasificarán mensualmente de las entradas por motivos académicos, administrativos y de servicio y desde el correo de la líder de Gestión de la Mejora se enviará correo a los líderes de procesos donde se presentaron entradas que estaban directamente relacionadas con el servicio y se les orientará generar acción correctiva al respecto, con un plazo máximo de final de mes siguiente a la entrada.</p> | <p>29/02/2020</p> | <p>30/07/2020</p> | <p>Identificar las entradas que son objeto de acciones de mejoramiento y exponerlos en el comité de desempeño para que como Institución se tomen las medidas a las que haya lugar.</p> | <p>30/07/2020</p> | <p>Calidad Gestión de Comunicaciones</p> | <p>Isabel Cristina Carmona de Ana María Garzón</p> | <p>Noviembre 28 del 2020:</p> <p>No se cuenta con el total de los soportes: no se cuenta con el analisis mensual de las PQRSFD y el reporte d ser necesario al comité de desempeño, no se observa la reclasificación de las entradas y los correos enviados desde calidad.</p> <p>La accion continua abierta, es necesario se ajuste la fecha de obtencion de resultados</p> <p>Febrero de 2021</p> <p>Se realizó, dentro de los tiempos establecidos, la reclasificación y el envío de los correos a los líderes para realizar acciones correctivas.</p> |

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------|---|--|-------------------|-------------------|--|-------------------|--|--------------------------------|--|
| | | <p>2019</p> <p>Deficiencias "Informe detalles por solicitud"</p> <p>La Ley 87 de 1993, en su artículo 2°, Objetivos del Sistema de Control Interno, determina entre otros:</p> <p>(...)</p> <p>"e. Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;"</p> <p>Además, el Decreto 1499 de 2017, señala en el Manual Operativo Sistema de Gestión - MIPG, versión 2 de agosto de 2018:</p> <p>En la política de Gobierno Digital:</p> <p>(...)</p> <p>- "Lograr procesos internos, seguros y eficientes a través del fortalecimiento de las capacidades de gestión de tecnologías de información."</p> <p>En la Dimensión: Evaluación de Resultados</p> <p>· Seguimiento y evaluación del desempeño institucional</p> <p>"Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua".</p> <p>En la Dimensión: Información y Comunicación</p> <p>(...) Por su parte, la comunicación hace posible difundir y transmitir la información de calidad que se genera en toda la entidad, tanto entre dependencias como frente a los grupos de valor.</p> <p>Lo anterior, considerando que en el seguimiento de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias – PQRSFD, para el periodo</p> <p>DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS</p> <p>Es menester que la Institución fortalezca la gestión que realiza frente a las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias, a fin de que las mismas, se constituyan en "insumo para la mejora continua en sus procesos".</p> <p>Soporte:</p> <p>Informe de auditoría peticiones, quejas, reclamos, solicitudes, denuncias y felicitaciones primer semestre 2019.</p> <p>https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-4legales/</p> | <p>Procedimentar el mecanismo de contratación de software a nivel Institucional.</p> <p>Revisar la pertinencia de contratar un software que incluye un módulo de PQRSFD, dado que la plataforma de PQRSFD, de la que dispone la Institución se adquirió hace poco, en segundo lugar, se decidió revisar el tema de desarrollos propios y definir políticas claras frente a ello.</p> | <p>10/02/2020</p> | <p>31/12/2020</p> | <p>Clarificar y estandarizar los procesos de contratación de software en la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia con el objetivo de clarificar los términos, minimizar errores y obtener resultados óptimos.</p> | <p>12/31/2020</p> | <p>Rectoría Secretaría General Gestión Legal Calidad Comunicaciones Tecnología</p> | <p>Líderes de procesos</p> | <p>Noviembre 28 del 2020</p> <p>La acción no cuenta con avances, se encuentra dentro de los términos establecidos para su ejecución, la acción de evaluara posteriormente.</p> <p>Acción abierta</p> <p>Febrero de 2021</p> <p>Se adquiere un nuevo software en la Institución llamado G+ donde se instalarán los procesos de Calidad, Gestión Documental y Gestión de Comunicaciones. Para el 2021 se iniciará la implementación de este.</p> |
| | | <p>DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS</p> <p>Es menester que la Institución fortalezca la gestión que realiza frente a las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias, a fin de que las mismas, se constituyan en "insumo para la mejora continua en sus procesos".</p> <p>Soporte:</p> <p>Informe de auditoría peticiones, quejas, reclamos, solicitudes, denuncias y felicitaciones primer semestre 2019.</p> <p>https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-4legales/</p> | <p>El informe de PQRSFD, es un insumo o entrada en el informe para la Alta Dirección y allí se toman las acciones de mejora de los procesos.</p> | <p>1/01/2020</p> | <p>31/12/2020</p> | <p>Fortalecimiento de la gestión frente a PQRSFD</p> | <p>31/12/2020</p> | <p>Comunicaciones Planeación</p> | <p>Líder de Comunicaciones</p> | <p>Noviembre 28 del 2020:</p> <p>Se evidencia el informe de eneroa junio de 2020, la acción queda abierta para solicitar el informe del segundo semestre del 2020</p> <p>https://s3-us-east-2.amazonaws.com/www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/07/Informe-pqrsfd-2020-1.pdf</p> |
| | | <p>DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS</p> <p>Es menester que la Institución fortalezca la gestión que realiza frente a las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias, a fin de que las mismas, se constituyan en "insumo para la mejora continua en sus procesos".</p> <p>Soporte:</p> <p>Informe de auditoría peticiones, quejas, reclamos, solicitudes, denuncias y felicitaciones primer semestre 2019.</p> | <p>El informe de PQRSFD, es un insumo o entrada en el informe para la Alta Dirección y allí se toman las acciones de mejora de los procesos.</p> | <p>1/01/2020</p> | <p>31/12/2020</p> | <p>Fortalecimiento de la gestión frente a PQRSFD</p> | <p>31/12/2020</p> | <p>Comunicaciones Planeación</p> | <p>Líder de Comunicaciones</p> | <p>Noviembre 28 del 2020:</p> <p>Se evidencia el informe de eneroa junio de 2020, la acción queda abierta para solicitar el informe del segundo semestre del 2020</p> <p>https://s3-us-east-2.amazonaws.com/www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/07/Informe-pqrsfd-2020-1.pdf</p> |
| <p>2020305535</p> | <p>2020</p> | <p>Deficiencias en la implementación de acciones en los planes de mejoramiento</p> <p>Se observó en los planes de mejoramiento resultantes de las auditorías realizadas por la Dirección de Control Interno que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se formularon acciones a los hallazgos establecidos en los planes de mejoramiento. • No se realizaron ajustes a las acciones propuestas en el plan de mejoramiento, considerando el análisis realizado por la Dirección de Control Interno. <p>Como evidencia de ello se tiene: Vigencia 2017, 2018 y 2019</p> | <p>Se dará solución a los hallazgos, y se revisarán periódicamente los planes de mejoramiento, los avances y tareas pendientes para cumplir a cabalidad con las acciones de mejora dispuestas por la Gestión de Comunicaciones.</p> | <p>15/12/2020</p> | <p>30/11/2021</p> | <p>Cumplir con los términos establecidos por la Ley para no incurrir en sanciones</p> | <p>30/11/2021</p> | <p>Gestión de Comunicaciones</p> | <p>Líder de Comunicaciones</p> | <p>Febrero de 2021</p> <p>Se está realizando la revisión de los planes de mejoramiento pendientes para darles solución inmediata.</p> |



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

| PROCESO: | Gestión Documental - 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 % | |
| | | 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 las TRD en esta oportunidad ante el Comité Evaluador de Documentos del Archivo General de la Nación. | 29/01/2021 | 30/12/2021 | Cumplir lo preceptuado en el Acuerdo 004 de 2019 Artículo 19 "Inscripción de TRD al RUSD" | 30/12/2021 | 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. Noviembre 30 del 2020: La acción se encuentra con avances, esta pendiente aún la convalidación, la acción esta dentro de las fechas de obtención de resultados, se evalúa posteriormente. acción abierta 28 Enero 2021: Las TRD fueron devueltas con observaciones por el CTA el 23 de diciembre del 2020. Posterior al análisis de dicho concepto técnico y tras no obtener respuesta a la solicitud de reunión remitida XXXX se decide enviar las Tablas de Retención Documental de la institución para convalidación con la autoridad máxima de archivos en el país; El Archivo General de la Nación, según lo acordado en el Acta 004 de septiembre de 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 2 del Acuerdo 004 de 2013. 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. | 20/09/2020 | 30/12/2021 | 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 | 30/12/2021 | 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 elaborará 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 la construcción de la reseña institucional y el levantamiento de líneas de tiempo, cuadro evolutivo y valoración documental. Se adjunta trabajo adelantado a la fecha. Noviembre 30 del 2020: La acción se encuentra con avances, esta pendiente aún la convalidación, la acción esta dentro de las fechas de obtención de resultados, se evalúa posteriormente. acción abierta 28 de Enero 2021: 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, la identificación de los diferentes periodos de reestructuración a los cuales se les elaborará TVD, los Cuadros de Clasificación Documental y las Tablas de Valoración Documental. Se espera para continuar el proceso de elaboración de las TVD, con el apoyo nuevamente del historiador en el mes de febrero 2021 para culminar la memoria descriptiva y la valoración de documentos por parte del Comité de Archivo. |
| | | 3 | Publicación No se cumple con el art 10 literal B del Acuerdo 004 de 2013, el cual indica que las "...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 las TRD en esta oportunidad ante el Comité Evaluador de Documentos del Archivo General de la Nación. En cuanto a las TVD, se continuara en el mes de febrero 2021 con su elaboración para su posterior convalidación ante el CTA | 1/01/2021 | 30/12/2021 | Cumplir lo preceptuado en el Acuerdo 004 de 2019 Artículo 19 "Inscripción de TRD al RUSD" | 30/12/2021 | 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. Noviembre 30 del 2020: La acción se encuentra con avances, esta pendiente aún la convalidación, la acción esta dentro de las fechas de obtención de resultados, se evalúa posteriormente. acción abierta 28 Enero 2021: Las TRD fueron devueltas con observaciones por el CTA el 23 de diciembre del 2020. Posterior al análisis de dicho concepto técnico y tras no obtener respuesta a la solicitud de reunión remitida XXXX se decide enviar las Tablas de Retención Documental de la institución para convalidación con la autoridad máxima de archivos en el país; El Archivo General de la Nación, según lo acordado en el Acta 004 de septiembre de 2020. A la fecha se tiene abordado el 50% del proyecto de elaboración de las TVD, se cuenta con la metodología propuesta por |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|-----------|------------|--|------------|--------------------|--------------------------|--|--|--|
| | | 4 | <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</p> | <p>Si bien desde el área de Gestión Documental se viene realizando seguimiento a los planes de mejoramiento de forma regular, dicho procedimiento no esta quedando documentado. Por lo anterior desde el área de Gestión Documental se elaborará un formato de seguimiento al Plan de Mejoramiento con el animo de establecer responsables y avances en tiempo de cada una de las acciones abiertas en el proceso.</p> | 1/01/2021 | 30/12/2021 | Llevar seguimiento y supervisión de los avances y logros de cada una de las acciones pendientes por ejecutarse en los planes de mejoramiento | 30/12/2021 | Gestión Documental | Lider Gestión Documental | | | |
|--|--|---|--|--|-----------|------------|--|------------|--------------------|--------------------------|--|--|--|

| | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--|------------------------------|-----------------|
| Nombre del responsable: | GABRIEL JAIME CASTAÑEDA GUTIÉRREZ | Correo electrónico: | archivo@colmavor.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.

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 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 cuatro 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 | 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 | | | Noviembre 30 del 2020: se cuenta con evidencia y avance de la acción, la misma esta dentro de las fechas de obtención de resultados y se evaluara posteriormente. Acción abierta. |
| | | 2018 | Hallazgo No. 3: funciones de la secretaría técnica 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 | 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 | | | Noviembre 30 del 2020: se cuenta con evidencia y avance de la acción, la misma esta dentro de las fechas de obtención de resultados y se evaluara posteriormente. Acción abierta. |
| | | 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. | Los seguimientos a las decisiones del Comité quedaran documentadas en las actas del comité. | 31/08/2018 | Permanente | Tener documentado el seguimiento que se realiza a cada una de las decisiones que tome el Comité de Conciliación | 15/12/2020 Diciembre del 2020 | Gestión Legal | Coordinador Jurídico | | | Noviembre 30 del 2020: se cuenta con evidencia y avance de la acción, la misma esta dentro de las fechas de obtención de resultados y se evaluara posteriormente. Acción abierta. |
| | | 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 de Conciliación de conformidad con los artículos 2.2.4.3.1.2.5 y 2.2.4.3.1.2.6, del Decreto 1069 de 2015. Soporte 10, aparte de la disposición legal. | 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 | | | Noviembre 30 del 2020: la acción no cuenta con avance, la misma esta dentro de las fechas de obtención de resultados y se evaluara posteriormente. Acción abierta. |
| | | 2018 | 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: "(...) 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). Por su parte, la Ley 87 de 1993, determina: "Artículo 2º.- Objetivos del sistema de Control Interno." "a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten; (...)" Lo anterior puede generar para la Institución la materialización de un riesgo como "incumplimiento", el cual podría a su vez derivar en | 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. | 18/06/2018 | Permanente | contar con una herramienta de reconocido valor técnico para el cálculo de la provisión contable de los procesos judiciales | 15/12/2020 Diciembre del 2020 | Gestión Legal | Coordinador Jurídico | | | Noviembre 30 del 2020: se cuenta con evidencia y avance de la acción, la misma esta dentro de las fechas de obtención de resultados y se evaluara posteriormente. Acción abierta. |
| | | 2018 | Observación No. 2: No se halló evidencia del seguimiento que la Secretaria 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. 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. | La Secretaria 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 la acción de mejoramiento propuesta, se implementará desde la Secretaria 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. | 1/10/2018 | N/A | Realizar de manera oportuna el control para que se apliquen las políticas de austeridad, en ese sentido se realizara un plan de austeridad que será presentado y socializado. | 15/12/2020 | Gestión Legal | Coordinador Jurídico | | | Noviembre 30 del 2020: se cuenta con evidencia y avance de la acción, la misma esta dentro de las fechas de obtención de resultados y se evaluara posteriormente. Acción abierta. |
| | | 2018 | 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 - MIPS, adoptado a través del ARTICULO 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 - MIPS. / Y | Analizar y determinar qué control debe implementarse con el fin de mitigar el riesgo de incumplimiento de requisitos legales en los procesos contractuales. | mar-19 | dic-20 | Evitar la materialización del riesgo de incumplimiento de requisitos legales en los procesos contractuales. | dic-20 | Gestión Legal | Coordinador Jurídico | | | Noviembre 30 del 2020: la acción no cuenta con avance, la misma esta dentro de las fechas de obtención de resultados y se evaluara posteriormente. Acción abierta. |

| | | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|------------|-------------------|--|--|---------------|----------------------|--|
| 2018 | 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 interventoría, así como la naturaleza del objeto contractual, la cuantía y el número de supervisiones asignadas entre otros. | 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. | mar-19 | dic-20 | 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. | dic-20 | Gestión Legal | Coordinador Jurídico | Noviembre 30 del 2020; se cuenta con evidencia y avance de la acción, la misma está dentro de las fechas de obtención de resultados y se evaluara posteriormente. Acción abierta. |
| 2018 | 7.3.5 Actividades de control establecidas para el proceso: 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". | 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". | abr-19 | dic-20 | 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. | dic-20 | Gestión Legal | Coordinador Jurídico | Noviembre 30 del 2020; sin avances, la acción se evaluara posteriormente. Acción abierta. |
| 2018 | 7.3.6 Actividades de control establecidas para los riesgos: Se observó que el proceso gestión legal, solo establece un riesgo para el proceso contractual, con dos actividades de control específicas, a saber: Ver Tabla 12. Actividades de control establecidas para los riesgos Los resultados evidenciados en la auditoría permiten determinar que es pertinente que la Institución revise y actualice los riesgos identificados. | Se revisará con planeación la identificación de los riesgos correspondientes al proceso de gestión legal, y en particular los que corresponden al proceso contractual. | mar-19 | dic-20 | Identificar los riesgos que se presentan en los procesos contractuales. | dic-20 | Gestión Legal | Coordinador Jurídico | Noviembre 30 del 2020; la acción se evaluara posteriormente. Acción abierta. |
| 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 evidenció que mediante la resolución 329 del 22 de 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 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". | 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 febrero 21 del 2021 | Gestión Legal | Coordinador Jurídico | Noviembre 30 del 2020; se cuenta con evidencia y avance de la acción, la misma está dentro de las fechas de obtención de resultados y se evaluara posteriormente. Acción abierta. |
| | Se observó que el Comité de Defensa Judicial y Conciliación de la Institución, no está dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2.2.4.3.1.2.5, del Decreto 1069 de 2015, que determina: "Funciones. El Comité de conciliación ejercerá las siguientes funciones: 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 en la supervisión de contratos" | de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.2.4.3.1.2.5, del Decreto 1069 de 2015, se dispondrá realizar acto administrativo donde se adopta la Resolución del Municipio de Medellín 201950018807 del 04 de marzo de 2019, por medio de la cual se adopta la política de defensa y protección de lo público y prevención del daño antijurídico para el conglomerado del Municipio de Medellín | 23/09/2019 | 15/10/2019 | minimizar el riesgo de daño antijurídico y minimizar el riesgo de incumplimiento normativo | 31/03/2020 | Gestión Legal | Coordinador Jurídico | Noviembre 30 del 2020; se cuenta con evidencia y avance de la acción, la misma está dentro de las fechas de obtención de resultados y se evaluara posteriormente. Acción abierta. |
| | Se observaron deficiencias en la segunda línea de defensa considerando que los supervisores e interventores de los contratos forman parte de la misma, y tienen la responsabilidad de ejecutar los controles internos para evitar la materialización de los riesgos, de acuerdo a lo que determina el Manual del sistema de gestión del modelo integrado de planeación y gestión – MIPG, versión 2, de 2018, adoptado a través del Decreto 1499 de 2017, así como la resolución interna No. 329 de 2013, manual de supervisión e interventoría. | la acción es pertinente toda vez que de acuerdo al volumen de contratación los casos que han presentados deficiencias en la supervisión que colquen en riesgo a la entidad son infimos por lo que se insiste en la realización de remisión de comunicados dirigidos al personal que realiza actividades de supervisión e interventoría recordándoles de las obligaciones y responsabilidades derivadas de la delegación de supervisión de acuerdo con la Resolución 329 de 2013. | 23/09/2019 | 20/12/2019 | minimizar el riesgo de daño antijurídico y minimizar el riesgo de incumplimiento normativo | 31/03/2020 | Gestión Legal | Coordinador Jurídico | Noviembre 30 del 2020; no se cuenta con evidencia , la misma esta fuera de las fechas de obtención de resultados y se evaluara posteriormente. Acción abierta. Se debe de modificar la fecha de obtención de resultados. |
| | Se observaron deficiencias en la segunda línea de defensa al interior de la Institución, considerando los procedimientos que se ejecutaron para efectuar el pago de la obligación que se tenía con el contratista en mención. Al respecto se tiene: La Institución constituyó para el contrato de mínima cuantía No. 115 de 2017, | proponer en línea de presupuesto la creación de una vigencia expresa de acuerdo con el Decreto 1118 de 2017 de diciembre 19 de 2017. "Por medio del cual se liquida el Presupuesto General del Municipio de Medellín para la vigencia fiscal 2018" | 23/09/2019 | 20/12/2019 | minimizar el riesgo de daño antijurídico y minimizar el riesgo de incumplimiento normativo | 31/03/2020 | Gestión Legal | Coordinador Jurídico | Noviembre 30 del 2020; no se cuenta con evidencia , la misma esta fuera de las fechas de obtención de resultados y se evaluara posteriormente. Acción abierta. Se debe de modificar la fecha de obtención de resultados. |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|---|--|--|--|--|------------|------------|--|------------|------------------|------------------------|--|--|---|
| | | <p>7.3.1 Reglamento del comité de conciliación</p> <p>Es importante que el Comité de conciliación revise y ajuste el contenido de la resolución No. 138 de 2018, a fin de que la misma incluya todos los aspectos inherentes a su funcionamiento.</p> <p>Como mejor práctica se puede considerar el contenido del "Protocolo para la Gestión de los Comités de Conciliación", con relación al reglamento de comité de conciliación, que determina:</p> <p>Integración del Comité. Listar los cargos de las personas que integran el Comité y cuáles son sus respectivos suplentes.</p> <p>Descripción del procedimiento a seguir para la elaboración y aprobación del orden del día.</p> <p>Procedimientos internos en cuanto a convocatorias, citaciones, votaciones y quórum; desarrollo de las sesiones ordinarias, desarrollo de sesiones extraordinarias, realización de sesiones no presenciales, inasistencia de un miembro o invitado, control de asistencia y justificación de ausencias, trámite de impedimentos y conflictos de interés²², toma de decisiones, trámite de proposiciones.</p> <p>Descripción del procedimiento para la elaboración, revisión, suscripción y conformación de las actas del Comité de Conciliación.</p> <p>Descripción del procedimiento para la presentación y trámite de las fichas técnicas para el estudio de los casos en materia de conciliación, repetición, y llamamiento en garantía con fines de repetición. Para ello se sugiere utilizar la plantilla que tiene el sistema único de información y gestión litigiosa.</p> <p>Lo antes expuesto a fin de evitar la materialización de un riesgo como el de incumplimiento normativo, el que a su vez podría generar para la:</p> | | | | ajustar el contenido de la resolución No. 138 de 2018, teniendo como referente el "Protocolo para la Gestión de los Comités de Conciliación" de la Agencia Nacional para la Defensa Jurídica del Estado | 23/09/2019 | 20/12/2019 | minimizar el riesgo de daño antijurídico y minimizar el riesgo de incumplimiento normativo | 31/03/2020 | Gestión Legal | Coordinador Jurídico | | | <p>Noviembre 30 del 2020: no se cuenta con evidencia, la misma esta fuera de las fechas de obtención de resultados y se evaluara posteriormente.</p> <p>Acción abierta.</p> <p>Se debe de modificar la fecha de obtención de resultados.</p> |
| | 2019 | <p>7.3.4 Evaluación actividades de control</p> <p>Una vez aplicada la metodología que establece la guía para la "Administración de los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital y el diseño de controles en entidades públicas", versión 4, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, en octubre de 2018, se tuvo el siguiente resultado:</p> <p>(ver tabla en informe)</p> <p>Lo antes expuesto puede llevar a la Institución a la materialización de un riesgo como el de incumplimiento, dado que, al no contar con todas las características que debe tener una actividad de control, puede dar lugar a reprocesos, sobrecostos, desacierto en la toma de decisiones, entre otros aspectos.</p> | | | | revisión y dar cumplimiento a los puntos de control establecidos en el proceso de caracterización del proceso de gestión legal remisión de informe trimestral al ordenador del gasto de las actuaciones jurídico procesales realizadas | 23/09/2019 | 20/12/2019 | minimizar el riesgo de daño antijurídico y minimizar el riesgo de incumplimiento normativo | 31/03/2020 | Gestión Legal | Coordinador Jurídico | | | <p>Noviembre 30 del 2020: se cuenta con evidencia y avance de la acción, la misma esta dentro de las fechas de obtención de resultados y se evaluara posteriormente.</p> <p>Acción abierta.</p> |
| | | <p>DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS</p> <p>Es pertinente que la Institución fortalezca los "(...) mecanismos de control encaminados a asegurar el cumplimiento de las leyes y las regulaciones," "(...) la corrección oportuna de las deficiencias." "La existencia, aplicación y efectividad de tales controles se verifica a través de la autoevaluación (...)" de conformidad con lo que determina el decreto 1499 de 2019, en el manual operativo del sistema de gestión – MIPG, versión 2, de 2018, para el componente actividades de control del riesgo en la entidad, del modelo estándar de control interno.</p> <p>Lo antes expuesto tiene como propósito minimizar la materialización de riesgos como el de incumplimiento normativo, evidenciados en las diferentes auditorías ejecutadas durante el periodo auditado.</p> <p>Soportes:</p> <p>https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</p> <p>https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/</p> | | | | Realizar acciones que conlleven a la correcta aplicación de: Manual de Supervisión, Manual de Contratación, Manual de Buenas Prácticas, Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno, que contienen los lineamientos que conlleven a minimizar los riesgos de incumplimiento normativo. | 1/02/2020 | 31/02/2020 | Minimizar la materialización de riesgos de incumplimiento normativo. | 31/02/2020 | Oficina Jurídica | Líder Oficina Jurídica | | | <p>Noviembre 30 del 2020: no se cuenta con evidencia, la misma esta fuera de las fechas de obtención de resultados y se evaluara posteriormente.</p> <p>Acción abierta.</p> <p>Se debe de modificar la fecha de obtención de resultados.</p> |

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------|------------|-------|--|---|-----------|------------|---|------------|------------------|------------------------|--|--|---|
| | | | <p>DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS</p> <p>Es pertinente que la Institución fortalezca los "(...) mecanismos de control encaminados a asegurar el cumplimiento de las leyes y las regulaciones." "(...) la corrección oportuna de las deficiencias." "La existencia, aplicación y efectividad de tales controles se verifica a través de la autoevaluación (...)" de conformidad con lo que determina el decreto 1499 de 2019, en el manual operativo del sistema de gestión – MIPG, versión 2, de 2018, para el componente actividades de control del riesgo en la entidad, del modelo estándar de control interno.</p> <p>Lo antes expuesto tiene como propósito minimizar la materialización de riesgos como el de incumplimiento normativo, evidenciados en las diferentes auditorías ejecutadas durante el período auditado.</p> <p>Soportes:</p> <p>https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</p> <p>https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos</p> | Realizar acciones que conlleven a la correcta aplicación de: Manual de Supervisión, Manual de Contratación, Manual de Buenas Prácticas, Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno, que contienen los lineamientos que conllevan a minimizar los riesgos de incumplimiento normativo. | 1/02/2020 | 31/02/2020 | Minimizar la materialización de riesgos de incumplimiento normativo. | 31/02/2020 | Oficina Jurídica | Líder Oficina Jurídica | | | <p>Noviembre 30 del 2020: no se cuenta con evidencia, la misma esta fuera de las fechas de obtención de resultados y se evaluara posteriormente.</p> <p>Acción abierta.</p> <p>Se debe de modificar la fecha de obtención de resultados.</p> |
| 2020305535 | 15/12/2020 | 8.1.1 | Deficiencia para gestionar los planes de mejoramiento | Se ha venido realizando un análisis riguroso de los hallazgos arrojados por las auditorías y de las acciones a implementar con el fin de atacar de raíz la causa. Para ello, se cuenta con la participación de los procesos involucrados para dar un mayor alcance a las soluciones propuestas. | 4/01/2021 | permanente | Garantizar que se cumplan con los procedimientos establecidos por la institución. Reducir a 0 el porcentaje de acciones de mejoramiento pendientes de | 4/01/2022 | Gestión Legal | Coordinador Jurídico | | | |
| 2020305535 | 15/12/2020 | 8.1.2 | Deficiencias en la implementación de los planes de mejoramiento. | Se establecerá un cronograma que permita una planeación efectiva y el control de las acciones de mejoramiento propuestas en los distintos planes de mejoramiento producto de las auditorías al proceso de gestión legal. | 4/01/2021 | permanente | Garantizar que se cumplan con los procedimientos establecidos por la institución. Reducir a 0 el porcentaje de acciones de mejoramiento pendientes de implementación. | 4/01/2022 | Gestión Legal | Coordinador Jurídico | | | |



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

| PROCESO: | | Graduados - 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 | 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 | | | <p>Noviembre 28 del 2020. La acción no cuenta con avance, la misma esta dentro de los terminos establecidos para su ejecución. La acción se evaluara posteriormente. Acción abierta</p> <p>Febrero 11 del 2021: Se realizó el análisis comparativo de indicadores con 2 periodos de anterioridad, para 2 indicadores del proceso Graduados que cuentan con antigüedad de al menos 2 años y que continúan para la vigencia del cuatrenio 2020 - 2023. Estos indicadores son: GR-FI-08: Tasa de actualización de la base de datos de graduados y GR-FI-02: Número de graduados que participan en actividades de formación (cursos, seminarios, diplomados, talleres, charlas entre otros). Los demás</p> |

| | | |
|-------------------------|---------------------|-----------------------|
| 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: | 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 % | |
| | | 2018 | <p>política de planeación institucional:</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 estables 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>3. La Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia como ente público debe liderar y apoyar acciones de modernización, planificación,</p> | Revisión y actualización de la Política de Planeación Institucional | 1/02/2021 | 30/06/2021 | Aprobación de la Política de Planeación a través del Consejo Directivo | Junio 30 de 2021 | Planeación | Líder de Planeación | | | <p>Noviembre 30 del 2020: la acción cuenta con avance y se encuentra dentro de los términos de obtención de resultados, se evaluara posteriormente.</p> <p>Acción abierta</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. | 1/02/2021 | 30/06/2021 | Buscar alternativas en procura que los responsables del proceso cumplan con las acciones contempladas. | Junio 30 de 2021 | Planeación / Secretaría General / Oficina Jurídica | Líder de Planeación / Secretaría General / Oficina Jurídica | | | <p>Diciembre 01 del 2020: no se presentan soportes ni avances, la acción queda abierta y se evaluara posteriormente.</p> |
| | | 2019 | <p>Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación</p> <p>3. Es menester de las entidades públicas establecer mecanismos que garanticen el cumplimiento de las disposiciones legales que le apliquen</p> <p>Al respecto el Manual operativo del sistema de gestión - MIPG, determina, para la "Política de planeación institucional":</p> <p><i>Revisar la normativa que le es propia a la entidad, desde su acto de creación hasta las normas más recientes en las que se le asignan competencias y funciones, con el fin verificar que toda su actuación esté efectivamente encaminada a su cumplimiento, de manera que su estructura, procesos, planes, programas, proyectos, actividades, recursos, e información, sean coherentes con los objetivos para los cuales fue concebida.</i></p> <p>Por lo antes expuesto, es importante la revisión permanente de las disposiciones legales que rigen a la Institución, a fin de dar cabal cumplimiento a las mismas y evitar así la materialización de un riesgo como es el de "incumplimiento" normativo, el cual podría generar para la Institución efectos como: reprocesos, sobrecostos, investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control, entre otros.</p> <p>Soportes: http://www.colmayor.edu.co/load.php?name=Paginas&id=2164 http://www.colmayor.edu.co/load.php?name=Paginas&id=2164</p> | Capacitación y campañas a los líderes de los procesos en la obligatoriedad en el cumplimiento y actualización de las disposiciones legales. | Permanente | Permanente | Cumplimiento normatividad vigente. | Noviembre 30 de 2021 | Planeación / Secretaría General / Oficina Jurídica | Líder de Planeación / Secretaría General / Oficina Jurídica | | | <p>Noviembre 30 del 2020: no se cuenta con soporte de capacitación o campañas que hablen de la obligatoriedad de actualizar las disposiciones legales.</p> <p>Acción abierta, se evaluara posteriormente.</p> |



PLAN DE MEJORAMIENTO - HALLAZGOS Y OBSERVACIONES DE AUDITORIAS 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 % | |
| | | 2019 | <p>Se observaron deficiencias en la gestión que se debe efectuar para viabilizar los planes de mejoramiento. Tras realizar seguimiento al plan de mejoramiento No. 97, suscrito como resultado de la auditoría interna "seguimiento a planes de mejoramiento individual", correspondiente al período comprendido entre el primero (1º) de febrero de 2017 y el treinta y uno (31) de enero de 2018, se observó:</p> <p>Tabla 5. Acciones propuestas plan de mejoramiento No. 97</p>  | Adicional a las cartillas, se remitirá los link con los videos de la CNSC respecto a las evaluaciones. Así mismo se realizara acompañamiento a los evaluadores y se hará énfasis en la importancia de realizar acciones de mejora cuando haya lugar a ello y su respectivo seguimiento. Por otro lado desde talento humano se hará el seguimiento respectivo en cada etapa del proceso | 3/02/2021 | 19/02/2021 | Concientizar de la importancia de realizar las evaluaciones de desempeño de manera optima y en los tiempos establecidos, así mismo resaltar la importancia de los planes de mejoramiento y su seguimiento cuando haya lugar a ello | 15/03/2021 | todas | TH / líderes de proceso evaluadores | | | <p>14 de agosto de 2020</p> <p>No se realizó ajuste al plan de mejoramiento, considerando el análisis realizado por la Dirección de Control Interno.</p> <p>Se cuenta con soportes recibidos el 20 de Correo enviado el 5 de febrero de 2020, donde se anexa cartilla para evaluadores, cartilla para evaluados, instructivo evaluación primer semestre, cartilla general e instructivo calificación definitiva enero 2020.</p> <p>Correo enviado el 6 de febrero de 2020, donde anexa instructivo y anexo.</p> <p>No obstante, se presentaron situaciones de incumplimiento con relación a la evaluación del desempeño laboral, para el periodo evaluado.</p> <p>Inefectividad de la acción del 33.33% considerando el seguimiento realizado.</p> <p>Noviembre 28 del 2020:</p> <p>No se cuenta con los respectivos soportes.</p> <p>La acción continua abierta</p> |
| | | | <p>Dimensión Talento Humano</p> <p>Es importante que la Institución continúe implementando acciones que propendan por fortalecer la política de gestión estratégica del talento humano, a fin de "(...) alinear las prácticas de talento humano con los objetivos y con el propósito fundamental de la entidad", máxime cuando la Entidad está próxima a formular un nuevo plan de desarrollo.</p> | Se revisara los componentes y actividades que pide la política | 1/02/2021 | 31/03/2021 | Identificar todos los componentes relacionados con las políticas de TH y de integridad, y alinearlos con el plan | 31/03/2021 | Talento Humano | Lider TH | | | <p>Noviembre 28 del 2020</p> <p>No se observa avance en esta actividad.</p> <p>Se revisará posteriormente, solicitar ampliación de fecha para la obtención de resultados.</p> <p>Acción abierta.</p> |
| | | | <p>Dimensión Talento Humano</p> <p>El gobierno corporativo es, según las Normas Internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna: "La combinación de procesos y estructuras implantados por el Consejo para informar, dirigir, gestionar y vigilar las actividades de la organización con el fin de lograr sus objetivos."</p> <p>"(...) Las buenas prácticas en gobierno corporativo aportan seguridad económica y jurídica, fomentando el crecimiento sostenible de las empresas."</p> <p>Considerando lo anterior, es importante se fortalezcan los mecanismos de control y se consideren mejores prácticas por parte de la Institución, a fin de garantizar la confiabilidad y veracidad de la información.</p> <p>Lo anterior, teniendo como referencia que la información que se somete a consideración de los diferentes comités constituidos al interior de la Institución, debe ser revisada y refrendada previamente, a fin de evitar, que se presenten reprocesos o, incluso imprecisiones como la acaecida con el plan de provisiones que se presentó en sesión del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, del 19 de marzo de 2019.</p> <p>Soportes: - Acta del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, del 19 de marzo de 2019. - Memorando remitido por parte del Director Operativo de Control</p> | Se requiere ampliación del tema para realizar la acción de mejora | | | Fortalecer los mecanismos de control con el fin de garantizar la confiabilidad y veracidad de la información. | | | | | | <p>Noviembre 28 del 2020</p> <p>No se cuenta con soportes para verificar esta acción.</p> <p>Se revisará posteriormente, solicitar ampliación de fecha para la obtención de resultados.</p> <p>Acción abierta</p> |



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

| PLAN DE MEJORAMIENTO - HALLAZGOS Y OBSERVACIONES DE AUDITORÍAS DE CONTROL INTERNO | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------|--|--|-----------------|----------------------|--|-------------------------------|----------------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|--|--|
| PROCESO: | Tecnología e informática - 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 | Realizar procedimiento mediante e plan de auditoria de SI | Establecer planes de trabajo e iniciativas que permitan realizar un seguimiento y control a las actividades en el marco de la auditoría de seguridad y privacidad de la información. | 14/11/2019 | 30/06/2020 | Fortalecer los procesos internos en materia de SYPI a través de mecanismos y actividades de control y seguimiento en los cuales nos permitan diagnosticar y autoevaluar la gestión de la información Institucional | 30/08/2020 | Gestión de TI | | | | | |
| | | | <p>Deficiencias en la segunda línea de defensa</p> <p>El decreto 1499 de 2017, determina en el manual operativo Sistema de Gestión - MIPG, determina en el numeral 7.2.2:</p> <p>"La estructura de MECI se acompaña por un esquema de asignación de responsabilidades, adaptada del Modelo "Lineas de Defensa".</p> <p>Entre las que se destaca para la segunda línea de defensa:</p> <p>(...) tienen responsabilidades directas frente al monitoreo y evaluación de los controles y la gestión del riesgo. Entre ellos pueden citarse: (...) coordinadores de equipos de trabajo, supervisores o interventores de contratos o proyectos, comités de riesgos (donde existan), comité de contratación, áreas financieras, de TIC, entre otros, que generan información para el Aseguramiento de la operación.</p> <p>Y determina para el componente de información y comunicación:</p> <p>La información sirve como base para conocer el estado de los controles, así como para conocer el avance de la gestión de la entidad. La comunicación permite que los servidores públicos comprendan sus roles y responsabilidades, y sirve como medio para la rendición de cuentas.</p> <p>Lo anterior se sustenta en dos aspectos, el primero las inconsistencias en la información y, en segundo lugar, las deficiencias en el seguimiento e implementación de las acciones propuestas en el plan de mejoramiento que se suscribió por la Institución como resultado de la auditoría realizada a la legalidad del software en la vigencia 2018.</p> <p>Al respecto se tiene:</p> <p><u>Inconsistencias en el manejo de la información:</u></p> <p>* Se observaron deficiencias en el manejo de la información con relación al número de equipos de cómputo (escritorio y portátiles) con los que contaba la Institución a diciembre 31 de 2018, dado que el proceso gestión de tecnología e informática informó un total de 644 equipos, y desde el subproceso de bienes y servicios se reportaron un total de 740 equipos.</p> <p>Se estableció, además, que durante la vigencia 2018, no se efectuó conciliación entre el proceso gestión de tecnología e informática y el subproceso de bienes y servicios, para determinar si el inventario de los equipos de cómputo propiedad de la Institución, se encontraba actualizado, o en caso contrario, para establecer las diferencias que se hubiesen podido presentar</p> | <p>Confrontar la información de inventario de equipos de cómputo entre Gestión de TI y Bienes y servicios cuando se trate de una verificación de existencias físicas. Con una periodicidad semestral (Junio 30 y Diciembre 31).</p> <p>Dejar evidencia de ello mediante un acta.</p> | 15/07/2019 | 31/12/2019 | Mantener el control sobre los números de equipos de cómputo Institucionales de propiedad de IUCMA | 15/07/2019 | Gestión de TI Bienes y Servicios | Líder de TI Líder de Bienes y Servicios | 0 | 0% | <p>La acción no es eficaz, considerando que no se cuenta con soportes que permitan evidenciar que desde proceso de Tecnología e Informática se realizó control de inventario.</p> <p>El área de Bienes y Servicios y el área de TI, allegaron un acta de una reunión que tuvieron entre las partes el 20/12/2019, en la que afirman que el área de TI debe basarse en el sistema de inventarios definido por la Institución manejado por Bienes y Servicios y descartando de esta forma la posibilidad de que TI lleve control de los equipos de cómputo; obviando de esta forma el objetivo que se esperaba lograr con esta acción.</p> | |

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|---------------------|--|--|------------|------------|--|------------|---------------|-------------|---|----|---|
| 2019301290 | 08 de abril de 2019 | 2019 | <p>Lo antes expuesto llevó a la institución al incumplimiento de disposiciones legales, a saber:</p> <p>Decreto 1499 de 2017, con relación a las responsabilidades de la segunda línea de defensa.</p> <p>Ley 87 de 1993, en su artículo No. 2, 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>"e) Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;".</p> <p>Resolución interna No. 296 del 16 de noviembre de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos de tecnología e informática en la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, que establece:</p> <p>"ARTÍCULO 5. Control. Se debe llevar un control total y sistematizado de los recursos de cómputo institucionales tanto en el área administrativa como en el área académica."</p> <p><u>Deficiencias plan de mejoramiento:</u></p> <p>* Tras analizar el plan de mejoramiento No. 95, radicado 2018300548 del 09 de abril de 2018, escrito como resultado de la auditoría a la legalidad del software vigente. Materialización de riesgos</p> | | | | | | | | | |
| | | <p>Se evidenciaron deficiencias en la segunda línea de defensa de la Institución, considerando que durante la vigencia 2018, se materializaron dos riesgos para la unidad auditable legalidad del software.</p> <p>Ver tabla 6. Riesgos materializados</p> <p>Lo antes expuesto, permite determinar el incumplimiento de La Ley 87 de 1993, artículo segundo, objetivos de control interno, que precisa:</p> <p>"f) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos;".</p> <p>Se incumple además el decreto 1499 de 2017, por medio del cual se adopta el modelo integrado de planeación y gestión – MIPG, que determina:</p> <p>"Asegurar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente.</p> <p>Ejercer el control y la gestión de riesgos, las funciones de cumplimiento, seguridad, calidad y otras similares."</p> <p>Lo anterior permite determinar la materialización de un riesgo como el de "cumplimiento", lo que puede derivar para la institución en reprocesos, desacierto en la toma de decisiones, pérdida de credibilidad por parte de grupos de valor e incluso investigaciones y/o sanciones por parte de los organismos de control, entre otros.</p> | Realizar un seguimiento a la construcción, implementación y ejecución de las acciones de mejora derivadas de los informes de auditoría para antes de control interno y externo. | 30/06/2019 | 30/12/2019 | Fortalcer las acciones de mejoramiento mediante seguimiento y monitoreo. | 30/12/2019 | Gestión de TI | Líder de TI | 0 | 0% | La acción no es eficaz, considerando que no se cuenta con soportes que permitan evidenciar el seguimiento por parte de los auditados a las diferentes acciones de mejora derivadas de auditorías internas y/o externas. |



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

| Auditoría Legal Austeridad en el gasto público, I trimestre 2019 | | | | | | | | | | | | 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 % | |
| | | 2019 | <p>7.1.1 Con relación al flujo de información y su incidencia en el sistema de control interno Institucional</p> <p>Se observaron deficiencias en el control de la información y comunicación institucional, dado que se efectuaron cambios a la resolución No. 009 de enero 14 de 2019, por la cual se reglamenta la constitución y funcionamiento de la caja menor de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia vigencia fiscal 2019, específicamente al artículo 4°, en lo inherente a la asignación de los rubros presupuestales comunicación y transporte y gastos legales.</p> <p>Dichos cambios se llevaron a cabo sin que se hubiese expedido un nuevo acto administrativo modificando la resolución en mención. Los mismos tampoco fueron comunicados a las partes interesadas: situación que lleva a que se tengan dos actos administrativos con el mismo número, el mismo objeto y con la misma fecha de expedición, ambos vigentes, cuya diferencia radica en el contenido del artículo cuarto de la parte resolutoria.</p> <p>Lo anterior, contrasta lo dispuesto en el manual del sistema de gestión del modelo integrado de planeación y gestión – MIPG, versión 2 de 2018, el mismo determina para la dimensión de control interno, componente Información y comunicación, lo siguiente:</p> <p>"Genera y obtiene información relevante, oportuna, confiable, íntegra y segura que da soporte al Sistema de Control Interno."</p> <p>- Comunica la información relevante hacia el interior de la entidad, para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno</p> <p>- Se comunica con los grupos de valor, sobre los aspectos claves que afectan el funcionamiento del Sistema de Control Interno y proporciona información hacia las partes externas en respuesta a las necesidades y expectativas.</p> <p>Adicionalmente, se inobservó el contenido del procedimiento "Generación de actos administrativos, código GL-PR-003, versión 1, de agosto de 2015, que señala:</p> <p>Cuando el Acto Administrativo es de interés general se envía al Archivo Central para digitalización y publicación en el sistema "Document" para la consulta inmediata. Además se debe solicitar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de este Acto en la página web de la Institución.</p> <p>Lo expuesto, conllevó a la Institución a la materialización de un riesgo como el de inexactitud en la información, que a su vez, podría derivar en reprocesos, incumplimiento normativo, desajuste en la toma de decisiones, entre otros aspectos.</p> <p>No se cuenta con evidencias que permitan verificar que se llevan a cabo autoevaluaciones en el proceso contable, incumpliendo lo establecido en el Anexo de la Resolución 193 de 2016, que determina:</p> <p>Numeral 4.3 Evaluación del control interno contable para efectos de gestión</p> <p>(...) En términos de la autoevaluación, los funcionarios que tienen bajo su responsabilidad la ejecución directa de las actividades relacionadas con el proceso contable harán las evaluaciones que corresponden con el propósito de mejorar la calidad de la información financiera pública.</p> <p>Lo anterior puede llevar a la Institución a incurrir en la materialización de un riesgo como el de incumplimiento y derivar en reprocesos, sobrecostos investigaciones y/o sanciones por parte de órganos de control, entre otros aspectos.</p> | <p>Realizar actos administrativos modificatorios en caso que se deba cambiar o actualizar lo dispuesto en los documentos iniciales.</p> <p>Dar cumplimiento a lo establecido en el procedimiento código GL-PR-003, versión 1, de agosto de 2015.</p> | Inmediato | Permanente | Generar eficiencia en el control de la información y comunicación institucional. | Permanente | Vicerrectoría Administrativa y Financiera. | Líderes responsables de las áreas adscritas a la Vicerrectoría Administrativa y Financiera. | | | <p>Noviembre 30 del 2020: no se cuenta con soportes de la ejecución de la acción.</p> <p>Acción abierta</p> |
| | | | <p>Numeral 4.3 Evaluación del control interno contable para efectos de gestión</p> <p>(...) En términos de la autoevaluación, los funcionarios que tienen bajo su responsabilidad la ejecución directa de las actividades relacionadas con el proceso contable harán las evaluaciones que corresponden con el propósito de mejorar la calidad de la información financiera pública.</p> <p>Lo anterior puede llevar a la Institución a incurrir en la materialización de un riesgo como el de incumplimiento y derivar en reprocesos, sobrecostos investigaciones y/o sanciones por parte de órganos de control, entre otros aspectos.</p> | <p>Consolidar un instructivo que permita al área financiera verificar todas las etapas del proceso financiero (presupuesto, nómina, tesorería, contabilidad, bienes y servicios); para al final de cada periodo constatar antes del cierre el cumplimiento del objetivo de producir información financiera con las características fundamentales de relevancia y representación fiel establecidas en el Régimen de Contabilidad Pública.</p> | 29/03/2019 | 30/06/2019 | Evidenciar por medio de actas, instructivos de verificación, entre otras herramientas que al proceso contable se le realiza verificación y ajustes para asegurar la calidad de la información financiera pública | 30/06/2019 | Vicerrectoría Administrativa y Financiera | Juan Esteban Vélez Pérez | | | <p>Noviembre 30 del 2020: no se observa un instructivo, se observa acta de cronograma de nómina y deducciones del año 2020, actividades de cierre para el año contable 2020, proceso de cierre mensual en contabilidad (2)</p> <p>la acción continua abierta, se debe modificar la fecha de obtención de resultados.</p> |
| | | | <p>La Resolución No 398 de diciembre 30 de 2019, por medio de la cual se constituyen las cuentas por pagar de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, fue expedida por la Rectoría, órgano no competente para emitir el mencionado acto administrativo según normativa que rige la materia, de acuerdo a lo estipulado en el Decreto Municipal 1018 de 2018, capítulo IV de las Cuentas por pagar, numeral 59, al enunciar: "Constitución de Cuentas por pagar: Las cuentas por pagar de los órganos que conforman el Presupuesto General del Municipio correspondientes al año 2018, serán constituidas por el Tesorero de cada órgano mediante Resolución" e igualmente, el parágrafo del artículo 31 del Decreto Nacional 359 de 1995 al expresar "La constitución de las cuentas por pagar a 31 de diciembre se hará antes del 10 de enero del año en que se constituyan - por parte de los empleados de manejo de las tesorerías...". Del mismo modo, la sentencia C-1645 de 2000 de la Corte Constitucional, en algunos de sus partes expresa: "...En relación con la jerarquía o prevalencia de la ley orgánica del presupuesto ha sostenido la Corte: "La ley orgánica de presupuesto, tiene características constitucionales que hacen de ella una norma superior a otras leyes...". Ello son bases legales suficientes para que se devuelva lo enunciado por la Entidad al manifestar que su actuación se acoge al Acuerdo 002 de 2007 del Consejo Directivo y Ley 489 de 1998. Tal situación es causada por falta de control o inaplicabilidad de la norma o inexistencia del proceso documentado de ejecución presupuestal en lo concerniente al cierre presupuestal, afectándose el control directo del responsable y por ende la segregación de funciones en manejo de recursos.</p> | <p>Realizar delegación de Rectoría a la Tesorería para firmar el acto administrativo por medio del cual se constituyen las cuentas por pagar. Adicionalmente, en caso que la persona asignada en el puesto de tesorería se encuentre en período de vacaciones, deberá existir un acto administrativo de delegación de funciones.</p> | 2020-06-01 | 2021-01-10 | 2021-01-10 | 2021-01-10 | Rectoría y Tesorería | Rector Tesorera | | | <p>Diciembre 03 del 2020 : El avance de esta acción de mejora reflejara en enero del año 2021</p> |

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|----------------|--|------------|------------|--|------------|---|--|---|
| | | <p>Atendiendo la definición de que "los recursos del Balance son aquellos ingresos que hacen parte de los ingresos de capital (artículo 27 del Decreto 006 de 1998) y que provienen fundamentalmente de la liquidación del ejercicio fiscal del año inmediatamente anterior. Los recursos del balance se encuentran conformados básicamente por: la venta de activos, las recuperaciones, el superávit y los recursos de libre disponibilidad que fueron financiados en la vigencia anterior, con rentas de destinación específica o convenios y contratos, incluyendo la sobre ejecución de los mismos."</p> <p>Desde esa perspectiva, en la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, el presupuesto programado como Recursos del Balance para la vigencia 2019 en lo referente al rubro convenios y/o contratos intradivisionales, no provienen de la liquidación del ejercicio fiscal del año anterior en calidad del superávit presupuestal que anualmente resultan de la diferencia positiva entre los recaudos de ingresos y la ejecución de los gastos financiados con esos mismos recursos.</p> | Administrativa | <p>Seguimiento trimestral a la ejecución de los convenios incorporados como recursos de balance; al finalizar la vigencia se solicitará Extensión Académica y Proyección Social un informe de los convenios que tendrán continuidad en la siguiente vigencia con el respectivo documento que avale su continuidad en el tiempo.</p> | 2020-06-30 | 2020-09-30 | <p>Incorporar como Recursos de Balance de convenios, los valores correspondientes al resultado del ejercicio fiscal, y aquellos de los cuales se tiene la certeza que se recaudarán en la vigencia en la cual se ejecutarán.</p> | 2020-12-31 | <p>Vicerrectoría Administrativa y Financiera. Extensión académica y proyección social</p> | <p>Vicerrector Administrativo y Financiero. Director de extensión académica y proyección social.</p> | <p>Diciembre 03 del 2020 : El avance de esta acción de mejora reflejara en enero del año 2021</p> |
| Externo - Fiscal y financiero 2019 | | <p>Al verificar la información reportada en el Consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP) con destino a Organismos de Control (Contraloría General de La República, 4 trimestre 2019) en materia presupuestal (Programación ingresos, ejecución gastos, ejecución gastos) vs la misma información reportada en rendición de cuentas a la Contraloría General de Medellín, se presentan diferencias en varios ítems bajo la misma denominación. Las enunciadas diferencias una vez presentadas a la Entidad, son aclaradas, es decir, son conscientes de las mismas, dadas sus explicaciones, no obstante, en razón de que aluden al mismo ítem presupuestal, en tal sentido no se cifren sus valores bajo cualquier tipo de presentación. Tal situación, es debido a falta de control, por no garantizar lo enmarcado en el artículo 3° de la ley 1712 de 2014 en materia de otros principios de la transparencia y acceso a la información pública, concretamente en lo concerniente al principio de la calidad de la información, con miras a no afectar la fiabilidad de la información y en consecuencia a clientes externos.</p> | Administrativa | <p>Teniendo en cuenta que la rendición del CHIP para la vigencia 2020 se debe realizar según la resolución reglamentaria orgánica 035 de 2020, conforme al artículo 13:</p> <p>ARTÍCULO 13. CATALOGO INTEGRADO DE CLASIFICACIÓN PRESUPUESTAL. Es un instrumento para la clasificación ordenada y detallada de los registros de las operaciones de carácter presupuestal del sector público, compuesto por la nomenclatura, definiciones y atributos de las cuentas de la contabilidad.</p> | 2021-04-30 | 2021-12-31 | <p>Realizar una rendición de cuentas presupuestales homogéneas ante los diferentes entes de control.</p> | 2021-12-31 | <p>Vicerrectoría Administrativa y Financiera</p> | <p>Vicerrector Administrativo y Financiero.</p> | <p>Diciembre 03 del 2020 : El avance de esta acción de mejora reflejara en enero del año 2021</p> |
| | | <p>La Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, recaudó ingresos por concepto de matrículas por valor de \$1.638.409.214 en el mes de diciembre del año 2019 correspondientes al período 2020-01, sin el debido registro presupuestal en la vigencia fiscal 2019, lo cual, constituyen hechos o recursos por fuera del presupuesto de la referida vigencia fiscal, adguación causada y catalogada de normal por la Institución por efecto de instalación de la norma, según se expresa en el Capítulo XII ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS, numeral 127 del Decreto Municipal 1018 de 2018 (Por medio del cual se liquida el Presupuesto General del Municipio de Medellín para la vigencia fiscal 2019), en los siguientes términos: "Registro de los ingresos recibidos por anticipado. Los ingresos recibidos por anticipado por los establecimientos públicos, presupuestalmente deberán reflejarse en la ejecución de ingresos como un mayor valor recaudado en la vigencia. Dichos recursos, en cumplimiento de los principios presupuestales de anualidad y universalidad, se incorporarán al presupuesto para financiar el gasto autorizado para la vigencia fiscal."</p> <p>Conocido el hecho anterior por parte de la Institución, efectivamente COL MAYOR asevera, "...si bien es cierto que no se registra presupuestalmente el recaudo en la vigencia 2019..."; Así las cosas, ello, conlleva a dineros o recursos públicos por fuera del control presupuestal como herramienta administrativa dentro de cada vigencia fiscal, posibilitando falta de control de los mismos.</p> | Administrativa | <p>Conforme al numeral 126 "Registro de los ingresos recibidos por anticipado" de las disposiciones generales del Acuerdo 142 de 2019 y el Decreto 2405 de 2019, se adiciona un rubro en el presupuesto de ingresos en el mes de diciembre llamado "matrículas recibidas por anticipado" con el fin de realizar el recaudo por este concepto.</p> | 2020-12-01 | 2020-12-31 | <p>Reconocer en el presupuesto los ingresos reales de la Institución en lo que corresponde a recaudo anticipado por concepto de matrículas.</p> | 2020-12-31 | <p>Vicerrectoría Administrativa y Financiera</p> | <p>Vicerrector Administrativo y Financiero</p> | <p>Diciembre 03 del 2020 : El avance de esta acción de mejora reflejara en enero del año 2021</p> |



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

| PLAN DE MEJORAMIENTO - HALLAZGOS Y OBSERVACIONES DE AUDITORIAS DE CONTROL INTERNO | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------|--|--|--|--|---|--|--|---|-------------------------------|---------------|---|
| LABORATORIOS - PLANES DE MEJORAMIENTO | | | | | | | | | | 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 % | |
| 2019305260 | 10/10/2019 | 1 | Deficiencias en la información Determina la Ley 87 de 1993, en su artículo 2o. objetivos del sistema de control interno: "a) Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros." Por su parte, el Decreto 1469 de 2017, precisa en el manual del sistema de gestión del modelo integrado de planeación y gestión - MIPG, versión 2 de 2018, para la dimensión de control interno, componente Información y comunicación, lo siguiente: "Genera y obtiene información relevante, oportuna, confiable, íntegra y segura que da soporte al Sistema de Control Interno" "Comunica la información relevante hacia el interior de la entidad, para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno" En la verificación que se llevó a cabo al inventario de insumos y equipos se evidenciaron deficiencias en la información que provienen de los laboratorios de suetos y LACMA. Lo anterior, considerando que en el inventario de insumos entregado por el laboratorio de suetos no conciden los insumos referenciados en la información que se generó para la auditoría en la que se citaron tres items, a saber: cemento, cal y soda caústica, y a verificar in situ (laboratorio), además de los insumos anteriores, se hallaron otros, como: formol, latón de pino, latón de madera y lamina de triplas. Situación similar se presentó en la entrega de información del laboratorio de LACMA, con la información correspondiente al inventario de equipos, reportaron setenta y cinco (75) equipos, y al cotizar la información con la que provee por parte del subproceso de bienes y servicios, solo citó veintiseis (26) equipos. Como soporte de ello, se tiene el Anexo No. 1, diferencias en la información del inventario de insumos y equipos. La equidad, nivel de la institución a la materialización de un riesgo como el de "Inexactitud en la información", que, a su vez, podría derivar en reprocesos, sobrecostos, desahorro en la toma de decisiones, pérdidas económicas, fraude e incluso investigaciones y sanciones por parte de los órganos de control. | 1. Adquirir un software para el manejo automatizado de inventario de equipos en los laboratorios. 2. Actualizar inventario de laboratorio de suetos | 1. Febrero de 2020 2. Noviembre de 2019 | 1. Noviembre de 2020 2. Marzo de 2020 | Mejorar el control inventario del laboratorio de suetos | 1. Noviembre de 2020 2. Marzo de 2020 | 1. Ingeniería biomédica institucional 2. Laboratorio de suetos | 1. Angie Michèle Vivas Hincapié | | | Es importante aclarar el siguiente aspecto: Consideramos que la confusión se debió a que el día 22 de Abril de 2019, se hizo envío de dos archivos adjuntos en Excel. * Formato LACMA-FR-002 (Programa de Calibración de equipos). * Formato CI-FR-18 (Programación y ejecución de mantenimientos preventivos). En ninguno de estos dos formatos se encuentran la totalidad de los equipos del laboratorio, teniendo en cuenta que el mantenimiento y la calibración no se realiza a la totalidad de los mismos, sino a los que lo necesitan conforme a su uso y al manual del equipo. Teniendo en cuenta lo anterior consideramos que no se materializó el riesgo de "Inexactitud en la información". Esta explicación fue enviada control interno el día 30/01/19 Noviembre 30 del 2020: se cuenta con evidencia y avance de la acción, se evalúa posteriormente. Acción abierta. SEGUIMIENTO LACMA 22 DE FEBRERO: 1. El proceso de adquisición del software se encuentra en gestión. Desde la vicerrectoría financiera se definió evaluar al detalle todas las propuestas y evaluar la posibilidad de articular a los software o aplicativos ya existentes en la institución las necesidades de los laboratorios. Por lo anterior, desde el mes de septiembre se viene construyendo con ADA (operador del software de bienes y servicios) el levantamiento de requerimientos y propuestas. Se adjuntó documento de gestión del cambio para la adquisición del software que resume lo trabajado, y acta de las diferentes reuniones llevadas a cabo. |
| | | 2 | Control de insumos y menaje Determina la Ley 87 de 1993, en su artículo 2o. objetivos del sistema de control interno: "Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten." "Garantizar la eficiencia, la eficacia y economía en todas las operaciones, promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional." En la verificación que se llevó a cabo al inventario de equipos se evidenciaron deficiencias en los puntos de control dispuestos por la institución para el manejo de los mismos, toda vez, que, al contrastar la información suministrada por los responsables de los laboratorios con las existencias físicas in situ, se observó: - Inventario de menaje Se establecieron deficiencias en el manejo del inventario del menaje que requiere el laboratorio de gastronomía (economato), dado que, no se halló registro que permita determinar el control que se debe efectuar mensualmente al mismo, de conformidad con el procedimiento "recepción y almacenamiento de insumos y materias primas de gastronomía con código DC-LA-PR-002", versión 2 del 16 de diciembre de 2016, que determina: Albergar, registrar, recibir, almacenamiento y distribución de materias primas e insumos, que se adquieren para el desarrollo de las actividades académicas realizadas en los laboratorios de gastronomía y | 1. Actualizar el procedimiento "recepción y almacenamiento de insumos y materias primas de gastronomía con código DC-LA-PR-002" acorde a la dinámica actual del proceso 2. Adquirir un software para el manejo automatizado de inventario de insumos, reactivos y equipos en los laboratorios | 1. Noviembre de 2019 2. Febrero de 2020 | 1. Noviembre de 2019 2. Noviembre de 2020 | 1. mejorar el control de inventario de menaje de gastronomía con código DC-LA-PR-002 2. Mejorar el control de inventarios de insumos y reactivos y la proyección de las compras | 1. Noviembre de 2019 2. Noviembre de 2020 | 1. Economato 2. Ingeniería Biomédica institucional | 1. Tatiana Gómez Vidales 2. Angie Michèle Vivas | | | Noviembre 30 del 2020: se cuenta con evidencia y avance de la acción, la misma está dentro de las fechas de obtención de resultados y se evalúa posteriormente. Acción abierta. SEGUIMIENTO LACMA 22 DE FEBRERO: 1. Esto fue actualizado en septiembre del 2020, pendiente enviar a flujo para tramite en área de calidad. 2. El proceso de adquisición del software se encuentra en gestión. Desde la vicerrectoría financiera se definió evaluar al detalle todas las propuestas y evaluar la posibilidad de articular a los software o aplicativos ya existentes en la institución las necesidades de los laboratorios. Por lo anterior, desde el mes de septiembre se viene construyendo con ADA (operador del software de bienes y servicios) el levantamiento de requerimientos y propuestas. Se adjuntó documento de gestión del cambio para la adquisición del software que resume lo trabajado, y acta de las diferentes reuniones llevadas a cabo. |
| | | 3 | La Ley 87 de 1993, precisa en su artículo 2º objetivos del sistema de control interno: a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten; b) Garantizar la eficiencia, la eficacia y economía en todas las operaciones, promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad; ... d) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos; | 1. Calibrar los equipos que están pendientes 2. Actualizar procedimiento de calibración DC-LA-PR-001 | 1. Octubre de 2019 2. Febrero de 2020 | 1. Diciembre de 2019 2. Junio de 2020 | 1. Asegurar el control metrológico de los equipos 2. mantener procedimientos actualizados conforme la dinámica del proceso | 1. Diciembre de 2019 2. Junio de 2020 | 1. Economato, Laboratorio Facultad de arquitectura e ingeniería 2. 1. Coordinadores de laboratorios institucionales | 1. Tatiana Gómez Vidales, Gina Hincapié 2. Juliana Tobón Ospina, Mayra Fuentes Vanegas, Gina Hincapié, Tatiana Gómez Vidales | 50% | 50% | Noviembre 30 del 2020: se cuenta con evidencia y avance de la acción, la misma está dentro de las fechas de obtención de resultados y se evalúa posteriormente. Acción abierta. SEGUIMIENTO LACMA 22 DE FEBRERO: 1. Se adjuntó informe de calibración de gastronomía 2019. 2. Esto fue actualizado en agosto del 2020, pendiente enviar a flujo para tramite en área de calidad. |
| | | Observación 1 | Control de insumos y reactivos Determina la Ley 87 de 1993, en su artículo 2o. objetivos del sistema de control interno: a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten; b) Garantizar la eficiencia, la eficacia y economía en todas las operaciones, promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional. Por su parte el Decreto 1469, señala en el manual operativo del sistema de gestión - MIPG, con relación a las responsabilidades que tienen las líneas de defensa se define las siguientes: "Asegurar que los controles y los procesos de gestión del riesgo de la "Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente." Además, plantea dicho decreto: "Ejercer el control y la gestión de riesgos, las funciones de cumplimiento, seguridad, calidad y otras similares." "Supervisar la implementación de prácticas de gestión del riesgo eficaces por parte de la primera línea, (...) " En las verificaciones que se llevaron a cabo se observaron algunas situaciones que son susceptibles de mejora, a saber: - Insumos y reactivos variados | 1. Definir con la alta dirección cuál debe ser el manejo que se le dará a los reactivos vencidos y los que se encuentran en desuso. 2. Adquirir un software para el manejo automatizado de inventario de insumos, reactivos y equipos en los laboratorios | 1. Noviembre de 2019 2. Febrero de 2020 | 1. Junio de 2020 2. Noviembre de 2020 | 1. Establecer una directiva institucional que soporte el manejo de los reactivos vencidos y en desuso 2. Mejorar el control de inventarios de insumos y reactivos y la proyección de las compras | 1. Junio de 2020 | 1. Coordinadores de laboratorios institucionales 2. Ingeniería Biomédica institucional | 1. Juliana Tobón Ospina, Mayra Fuentes Vanegas, Gina Hincapié, Tatiana Gómez Vidales 2. Angie Michèle Vivas | | | Noviembre 30 del 2020: se cuenta con evidencia y avance de la acción, la misma está dentro de las fechas de obtención de resultados y se evalúa posteriormente. Acción abierta. SEGUIMIENTO LACMA 22 DE FEBRERO: 1. Se realizó reunión con presencia de vicerrectoría académica, calidad, coordinadores y control interno. Se procedió a realizar una reunión virtual para puntualizar el manejo de reactivos vencidos y en desuso. A la fecha se cuenta con procedimiento DC-LA-PR-002 MANEJO DE REACTIVOS E INSUMOS VENCIDOS y se espera retomar el tema en cuestión con la nueva administración. 2. El proceso de adquisición del software se encuentra en gestión. Desde la vicerrectoría financiera se definió evaluar al detalle todas las propuestas y evaluar la posibilidad de articular a los software o aplicativos ya existentes en la institución las necesidades de los laboratorios. Por lo anterior, desde el mes de septiembre se viene construyendo con ADA (operador del software de bienes y servicios) el levantamiento de requerimientos y propuestas. Se adjuntó documento de gestión del cambio para la adquisición del software que resume lo trabajado, y acta de las diferentes reuniones llevadas a cabo. |
| Nombre del responsable: | Juliana Tobón Ospina, Mayra Fuentes Vanegas, Gina Hincapié, Tatiana Gómez Vidales | | | | Correo electrónico: | | lab.salud@colmayor.edu.co, lacma@colmayor.edu.co, gina.hincapie@colmayor.edu.co, economato@colmayor.edu.co, tatiana.vidalas@colmayor.edu.co | | | Teléfono y extensión: | 4445611 ext. 161,136, 152,220 | | |

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.