

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

PROCESO:	EVALUACION DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO				PLAN DE MEJORAMIENTO N°:	23
----------	---	--	--	--	--------------------------	----

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 %	
<b>COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL</b>													
		1	Es importante fortalecer los mecanismos dispuestos por la Institución para el manejo de conflictos de intereses, articulándolos con la guía para la identificación y declaración del conflicto de intereses en el sector público colombiano, versión 2, de julio de 2019, proferida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y con la política de integridad, que determina el decreto 1499 de 2017.	Para cumplir con esta observación, se hará un documento, donde el proveedor declare o juramente que no está incurso en conflictos de interés, impedimentos y recusaciones o inhabilidades e incompatibilidades, en el momento que se contrata por los diversos procedimientos de selección: Licitación pública, selección adelantada, concurso de méritos, mínima cuantía y contratación directa. En este sentido, lo que busca es establecer la importancia que el contratista, sea consciente de las consecuencias de contratar, sin tener en cuenta las reglas a las que está sometida las entidades públicas. Así mismo, se hará una circular resaltando a los supervisores de estar atentos a que no se generen conflictos de interés o inhabilidades e incompatibilidades sobrevinientes.	1/09/2020	31/03/2021	Establecer y definir lineamientos sobre conflictos de interés, teniendo en cuenta también la sujeción a las reglas de los impedimentos y recusaciones y el régimen de inhabilidades e incompatibilidades	31/03/2021	Secretaría General Oficina Jurídica	Diana Patricia Gómez Jose Luis Sanchez			
		2	Se evidencian deficiencias en la gestión de riesgos institucionales, teniendo en cuenta que, la Entidad no dispone de una política para la administración de los riesgos acorde a los lineamientos legales vigentes, no ha actualizado la matriz de riesgos institucionales y de gestión, considerando los efectos en el corto, mediano y largo plazo, derivados de la pandemia ocasionada por el Covid-19; lo anterior, en consonancia con la política de gestión y desempeño "planeación institucional", establecida en el decreto 1499 de 2017.	Política de Administración del Riesgo fue aprobada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y se presentara al Consejo Directivo en el mes de septiembre de 2020. En el mes de agosto no es posible su presentación ya que estamos en el proceso de aprobación del Plan de Desarrollo 2020-2023. Según lo informado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño se está trabajando en la formulación de una tabla para elaborar el contexto estratégico desde el tema de los riesgos, el cual es requerimiento de ley y se está estructurando para trabajarlo a través de la metodología PESTAL, que son los factores políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ambientales y legales, que afectan la institución, se debe analizar los factores que afectan positivamente y negativamente (amenazas y oportunidades) y en este análisis se va a incluir todo el tema de la pandemia.	1/07/2020	31/12/2020	Aprobación, divulgación y aplicación de la Política de Riesgos Institucionales. Análisis del contexto estratégico desde el tema de los riesgos el cual incluye todo el tema de la pandemia COVID-19.	31/12/2020	Planeación	Luz Mary Ramirez Montoya - Martha Lucia Perez Barrios			
		3	Se observan deficiencias en la definición e implementación de mecanismos que propendan por el fortalecimiento del ciclo de vida de sus servidores, para lo cual, herramientas como el plan estratégico del talento humano son fundamentales, y es en este instrumento en el que se deben definir los lineamientos a seguir por la Entidad, que deben tener como propósito el desarrollo integral de sus funcionarios; considerando además las cinco rutas que establece el MIPG, ruta de la felicidad, ruta del crecimiento, ruta del servicio, ruta de la calidad y ruta del análisis de datos, de conformidad con la política de gestión estratégica del talento humano. Lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el decreto 1499 de 2017.	El Líder de Talento Humano revisará y ajustará de acuerdo a los lineamientos y actividades establecidos en la política de Gestión Estratégica de Talento Humano del MIPG. El Plan Estratégico de acuerdo al decreto 1499 de 2017.			Ajustar el Plan Estratégico de talento humano, acorde con las necesidades institucionales donde se incluyan nuevas estrategias que permitan el fortalecimiento del ciclo de vida de los servidores.	31/12/2020	Talento Humano	Henry Garcia			
		4	Se evidencian deficiencias para implementar los controles que garanticen una efectiva ejecución del plan institucional de capacitación - PIC, por parte de la segunda línea de defensa, de conformidad con el Decreto 1499 de 2017, que establece entre otras las siguientes obligaciones para esta instancia: "Asegurar que los controles y procesos de gestión de riesgos de la Primera Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente." "Fortalecer el control y la gestión de riesgos, las funciones de cumplimiento. No se cuenta con controles formalmente establecidos para efectuar análisis de información asociada con la generación de reportes financieros, de conformidad con lo que refiere la política de "seguimiento y evaluación del desempeño institucional", que determina el Decreto 1499 de 2017.	Como sistema de control del PIC, mensualmente se realiza informe de la ejecución, igualmente se envían correos recordando la ejecución del PIC. A fin de que se dé cumplimiento a la ejecución se realizara campañas quincenales resaltando la importancia de que el personal se cualifique y aproveche los recursos del PIC. Desde Talento Humano se llevará el control del diligenciamiento del formato de efectividad de las capacitaciones, donde el jefe inmediata evalúa si la capacitación recibida por el funcionario ayudó a la efectividad del proceso.	1/09/2020	31/12/2020	Concientizar a los empleados de la importancia de que se cualifiquen	31/12/2020	Talento Humano - Comité de Capacitación	Henry Garcia			
		5	La Vicepresidencia de Planeación y Gestión de Riesgos, en el marco de la política de "seguimiento y evaluación del desempeño institucional", que determina el Decreto 1499 de 2017, debe garantizar la efectividad de los controles establecidos para la gestión de riesgos de la Primera Línea de Defensa, de conformidad con lo que refiere la política de "seguimiento y evaluación del desempeño institucional", que determina el Decreto 1499 de 2017.	Es importante mencionar que, el decreto 1499 de 2017 no señala explícitamente dentro de las políticas del seguimiento del desempeño institucional, controles para los análisis de la información financiera, adicionalmente en el artículo 71 de la ley 489, se estipula "La autonomía administrativa y financiera de los establecimientos públicos se ejercerá conforme a los actos que los rigen y en el cumplimiento de sus funciones, se ceñirán a la ley o norma que los creó o autorizó y a sus estatutos internos; y no podrán desarrollar actividades o ejecutar actos distintos de los allí previstos ni destinar cualquier parte de sus bienes o recursos para fines diferentes de los contemplados en ellos". En ese sentido, la información financiera se elabora y presenta bajo los lineamientos establecidos por la Resolución 422 de 2016, Resolución 103 de 2016, Resolución 706 de 2016 emitidas por la Contraloría General de la Nación, dentro de lo determinado en las normas mencionadas se encuentran establecidos informes que describen cualitativamente la situación financiera de la institución. En relación a la información presupuestal se presentada conforme a las normas orgánicas de presupuesto Decreto Nacional 111 de 1996 y Decreto 006 de 1998, la normatividad de la institución, como la dispuestas por los diferentes entes de control como la Resolución Orgánica 036 de 2020 de la Contraloría General de la República y la Resolución 079 de 2019 correspondiente a la Rendición de la cuenta Contraloría General de Medellín. La Vicepresidencia Administrativa y Financiera realiza de manera periódica análisis horizontal y vertical a los saldos de contabilidad, adicionalmente se cuentan con las conciliaciones entre áreas, las conciliaciones bancarias con un informe resumen de las partidas conciliatorias y las actas de ajustes realizados mensualmente, así mismo, se realizan los respectivos informes de la ejecución presupuestal. Lo anterior se realiza como control para generar cifras veraces, verificables, relevantes y que garanticen la representación fiel de los hechos económicos en los informes financieros. Por lo tanto, no se establece acción de mejora, por considerar que el hallazgo descrito no corresponde a la verdad y el auditor no allega con el informe pruebas sobre lo mencionado derivado de la auditoría.					Vicerrectoría Administrativa y Financiera	Jorge William Arendondo			
		6	Tampoco se aportó evidencia del análisis que la Institución debió efectuar a los estados financieros que se generaron durante el primer semestre de la vigencia 2020, de conformidad con la resolución interna No. 199 de 2017 y los Decretos 648 y 1499 de 2017	Tanto el decreto 648 y la resolución interna 199 de 2017 hacen referencia al comité de coordinación de control interno, en el numeral 4 del artículo 2 de la resolución 199 de 2017 se menciona como función del comité de coordinación de control interno "revisar la información contenida en los estados financieros de la entidad y hacer las recomendaciones a que haya lugar". Por lo tanto, la Vicerrectoría Administrativa y Financiera, considera que le hallazgo lo debe subsanar quien preside y funge como secretario de dicho comité, toda vez que son ellos quienes programan y otorgan al comité, además en el mencionado artículo y numeral no se precisa la periodicidad con la cual se debe revisar la información financiera en dicho escenario. Por lo cual se considera que la acción de mejora se subsane, si quien cita al comité incluye dentro del orden del día y con claridad dicho punto.					Vicerrectoría Administrativa y Financiera	Jorge William Arendondo			
<b>EVALUACION DE RIESGOS</b>													
		1	Es importante fortalecer los mecanismos dispuestos por la Oficina de Planeación, como 2a línea de defensa, a fin de que se consolide periódicamente información clave frente a la gestión del riesgo y se efectúe el análisis de los resultados obtenidos, determinando, además, si se materializaron riesgos, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1499 de 2017, política de gestión y desempeño "control interno".	En la propuesta de aprobación de políticas están definidas las acciones a seguir en el caso de materialización de un riesgo. (Tipo de riesgo, responsable y acción a seguir), además se propone la presentación de un informe de seguimiento y gestión de los riesgos institucionales cada cuatro (4) meses al Comité Institucional de Gestión y Desempeño y al Comité Institucional Coordinador de Control Interno.	1/07/2020	31/12/2020	Informe sobre la acción y seguimiento de los riesgos.	31/12/2020	Planeación	Luz Mary Ramirez Montoya - Martha Lucia Perez Barrios			
		2	Es menester definir cursos de acción cuando se materializan riesgos al interior de la institución, así como efectuar seguimiento a los mismos por parte de la primera y segunda línea de defensa, de conformidad con lo dispuesto en el decreto 1499 de 2017, políticas de gestión y desempeño "de seguimiento y evaluación al desempeño institucional" y de "control interno".	En la propuesta de aprobación de políticas están definidas las acciones a seguir en el caso de materialización de un riesgo. (Tipo de riesgo, responsable y acción a seguir). Además en la matriz de riesgo se adiciona una columna donde se dejará el registro de las acciones a seguir en caso de materialización de un riesgo.	1/07/2020	31/12/2020	Acciones a seguir en el caso de materialización de un riesgo.	31/12/2020	Planeación	Luz Mary Ramirez Montoya - Martha Lucia Perez Barrios			
		3	Es fundamental que la Institución fortalezca los mecanismos que tiene dispuestos para efectuar el monitoreo a los factores internos y externos, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes; de acuerdo con lo dispuesto en el decreto 1499 de 2017, política de gestión y desempeño "planeación institucional".	Según lo informado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño se está trabajando en la formulación de una tabla para elaborar el contexto estratégico desde el tema de los riesgos, el cual es requerimiento de ley y se está estructurando para trabajarlo a través de la metodología PESTAL, que son los factores políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ambientales y legales, que afectan la institución, se debe analizar los factores que afectan positivamente y negativamente (amenazas y oportunidades) y en este análisis se va a incluir todo el tema de la pandemia.	1/07/2020	31/12/2020	Actualización del contexto estratégico desde el tema de los riesgos institucionales.	31/12/2020	Planeación	Luz Mary Ramirez Montoya - Martha Lucia Perez Barrios			
		4	Es prioritario que la Institución considere que en la evaluación del riesgo de fraude debe tener presente "(...) riesgo de fraude por adquisiciones no autorizadas, uso o enajenación de activos, alteración de los registros de información u otros actos inapropiados.", de acuerdo a lo que determina el Decreto 1499 de 2017, en la política "planeación institucional".	Se está trabajando desde Planeación con el Área Financiera, para identificar todos los posibles riesgos de fraude del proceso con análisis y valoración de los controles. Vicerrector Administrativo expresa. Dentro del decreto 1499 de 2017 no se mencionan de manera literal que dentro de la política de planeación institucional se haga referencia al riesgo de fraude por adquisiciones no autorizadas, uso o enajenación de activos, alteración de los registros de información u otros actos inapropiados. Sin embargo dentro de los riesgos de gestión definidos para la gestión administrativa y financiera se establecen: 1. Gastos no contemplados en el Presupuesto inicial. 2. Afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto. 3. Reconocimiento erróneo de los hechos económicos. 4. Hechos económicos ocurridos, no registrados en contabilidad. 5. Información de los estados contables que no coinciden con los libros de contabilidad. Dichos riesgos están relacionados de manera directa con la observación realizada por la oficina de control interno.	1/07/2020	31/12/2020	Identificación riesgos de fraude proceso Financiera.	31/12/2020	Planeación	Luz Mary Ramirez Montoya - Martha Lucia Perez Barrios			
		5	Es necesario que la Institución gestione los riesgos que podrían afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos establecidos por la Entidad, de conformidad con el decreto 1499 de 2017, política de "planeación institucional".	Se está trabajando en la formulación de una tabla para elaborar el contexto estratégico desde el tema de los riesgos, el cual es requerimiento de ley y se está estructurando para trabajarlo a través de la metodología PESTAL, que son los factores políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ambientales y legales, que afectan la institución, se debe analizar los factores que afectan positivamente y negativamente (amenazas y oportunidades), lo que ayudara a identificar los riesgos estratégicos de la entidad que podrían afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. Con la metodología PESTAL se van a identificar, revisar y valorar y posteriormente se van a presentar al Comité Institucional de Gestión y Desempeño para aprobación de Riesgos Estratégicos.	1/07/2020	31/12/2020	Identificación de riesgos estratégicos de la entidad que podrían afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.	31/12/2020	Planeación	Luz Mary Ramirez Montoya - Martha Lucia Perez Barrios			
<b>ACTIVIDADES DE CONTROL</b>													
Junio 30 de 2020		1	No se han identificado ni documentado situaciones específicas, que permitan determinar la imposibilidad de segregarse adecuadamente las funciones, situación que se constituye en un factor de alto riesgo para la institución, contrariando lo dispuesto en el establecido en el Decreto 1499 de 2017, política de "planeación institucional".	Para cumplir con esta observación, se está buscando la modernización administrativa como una propuesta enmarcada dentro del Plan de Desarrollo 2020-2024. En este sentido, esta modernización busca desconcentrar las funciones, en aras del cumplimiento de los principios de la función administrativa.	1/09/2020	31/12/2022	Adecuar y desconcentrar las funciones propias de la institución, con el fin de garantizar la eficiencia, economía y eficacia administrativa.	ene-23	Rectoría	Juan David Gomez Perez			

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

PROCESO:		EVALUACION DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO										PLAN DE MEJORAMIENTO N°:		23	
Radicado de la Auditoría	Fecha de la Auditoría	N° del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo		Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias		
					Fecha de inicio	Fecha de terminación			Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %			
		2	Es menester fortalecer los mecanismos con los que cuenta la Institución que permiten monitorear y actualizar los procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales u otros herramientas para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control, de conformidad con el Decreto 1499 de 2017, política de evaluación y desempeño fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.	La Líder de Gestión de la Mejora expone lo siguiente: 1. El SGC está implementado bajo la norma ISO 9001:2015, cumpliendo los requisitos allí establecidos, en los cuales en ninguno de ellos pone periodicidad (tiempo) para actualizar la información documentada de este. 2. En cuanto a "Fortalecer los mecanismos que permitan monitorear." como lo expresa el hallazgo, se cuenta con el procedimiento GM-PR-002 Elaboración y control de documentos del sistema de gestión integrado, donde se describe claramente el control, por lo tanto el hallazgo carece de validez. 3. En cuanto a "Fortalecer los mecanismos que permitan actualizar." es responsabilidad de cada proceso revisar y mantener su información documentada actualizada, dependiendo de su normatividad, en procedimientos institucionales, en tecnología e infraestructura, en los servicios, en la estructura organizacional, en políticas internas, etc. 4. No quiere decir que si un proceso no cambia la versión de un documento en el tiempo, este desactualizado. 5. Por favor enviarme las evidencias donde se demuestre que la información documentada del proceso de Gestión de la Mejora está desactualizada. 6. Desde Gestión de la Mejora se mantienen acompañamientos constantes a los procesos que lo requieren, en actualizaciones, eliminaciones y creación de información documentada. 7. No conozco la política de evaluación y desempeño fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos de la Institución, por lo tanto como se hace un hallazgo referenciando un tema que no existe. 8. Como dice que es de conformidad "con el Decreto 1499 de 2017, política de evaluación y desempeño fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos", buscando en el decreto la política 6 es Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, pero es una política de gestión y desempeño no de evaluación como dice el enunciado. Para los SGC hay diferencia entre gestión y evaluación. Por lo tanto no está bien definido el hallazgo. 9. Donde está definido que la política "Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos" es responsabilidad de Gestión de la Mejora, por favor me compartes los soportes donde me fue socializado este tema y se me entrega esta responsabilidad a nivel Institucional.					Gestión de la Mejora	Isabel Cristina Carmona Quintero					
		3	Es menester fortalecer las responsabilidades de evaluación y seguimiento de temas relevantes para la Institución, que le competen al Comité Institucional Coordinador de Control Interno - CICCI, de conformidad con el artículo 13 de la Ley 87 de 1993 el artículo 2.2.21.1.6 del Decreto 648 de 2017, así como con la Resolución interna No. 199 de 2017, con relación al mantenimiento y fortalecimiento del sistema de control interno de la Institución.	Por todo lo anterior no se va a implementar ningún plan de mejoramiento por parte de Gestión de la Mejora. El Jefe de Control Interno expresa como acción de mejora establecer una agenda anual, de forma tal, que garantice la inclusión en el orden del día, de las reuniones del Comité Institucional Coordinador de Control Interno, que por disposiciones legales deben ser monitoreados por esta instancia y de otros temas estratégicos de la Institución. Como el Rector es el Presidente del Comité y Control Interno ejerce la secretaría, este entregará al Rector propuesta de orden del día para su aprobación.	1/09/2020	31/12/2020	Orden del día con el fin de que se realice agenda anual donde se incluyan temas que por disposiciones legales deben de ser monitoreados por el Comité.	31/12/2020	Rectoría - Control Interno.	Juan David Gomez Florez - Juan Guillermo Arango					
		4	Es importante que la Institución defina una política con relación a contratar desarrollos de software, u optar por desarrollos propios o adquirir software, a fin de dar cumplimiento a la política de "gobierno digital", que precisa el decreto 1499 de 2017.	se inicio un trabajo con la ingeniería de la información, donde en el primer análisis, encontramos que todos los desarrollos de software que existen en la actualidad son realizados por empresas externas se han realizado de acuerdo a las necesidades de cada una de la áreas de la institución y solicitadas independientemente por los líderes de los procesos, quienes se reúnan con los proveedores y determinaban la necesidad y justificación del mismo, ya cuando llegaba a tecnología, era porque ya habían definido el que hacer, vimos que no toda la información esta integrada, además, que el manejo de las bases de datos estaba en un 100% a cargo de los proveedores del software. Por lo anterior, ya se definieron algunas normas que ya se están aplicando en la institución, las cuales tienen que ver con que cualquier desarrollo de software nuevo / modificación / adición / eliminación / compra, debe ser analizada en primera instancia por el área de informática (tecnología), donde se revisa el qué, cómo, cuándo y por qué de la misma, y determinar con los proveedores la necesidad concretamente, por otra parte, la institución en aras de tener el control pleno de sus bases de datos, esta recibiendo por áreas el control total de la misma, lo que nos permitirá determinar según lo estipulado que para el año 2021 ya tengamos el control pleno de toda la información, como también, se esta analizando la posibilidad que la institución de igual forma otorga los programas fuente de todos los desarrollos con el fin de poder en un futuro cercano darle continuidad a los desarrollos directamente desde la misma con desarrolladores propios, que cubran las necesidades de todo el campus y extensiones de la institución. Se revisará con el Vicerrector Administrativo la propuesta de política para la contratación del software.	1/09/2020	31/12/2020	Revisión y aplicación de normas para el desarrollo de software.	31/12/2020	Tecnología	Francisco Javier Restrepo Naranjo					
<b>INFORMACION Y COMUNICACION</b>															
		1	Es importante revisar y fortalecer las políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva, de conformidad con el Decreto 1499 de 2017, política de gestión y desempeño "información y comunicación".	Gestión de Comunicaciones se compromete a revisar las políticas y procedimientos, con el fin de presentar nuevos y mejores procesos de comunicación internos que permitan al público institucional (estudiantes, docentes, administrativos y contratistas) vivenciar mejores procesos de información y actualización de noticias internas.	1/01/2020	31/12/2020	fortalecer el sentido de pertenencia y el conocimiento de información de todos los públicos de la institución, a través de un buen proceso interno de comunicaciones completo, que abarque diferentes instancias en lo físico y lo digital.	31/12/2020	Gestión de Comunicación	Yessica Gómez					
		2	Es necesario que la Institución realice periódicamente su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente, considerando lo dispuesto en el decreto 1499 de 2017, en la política de gestión y desempeño "planeación institucional y direccionamiento estratégico".	Se elaboro caracterización de usuarios o grupos de valor, proceso que se continuará revisando y ajustando anualmente.	1/07/2020	31/10/2020	Caracterización de usuarios o grupos de valor	31/10/2020	Planeación	Luz Mary Ramirez Montoya					
		3	La entidad debe fortalecer sus procedimientos internos que le permitan analizar periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes, considerando lo dispuesto en el decreto 1499 de 2017, en la política de gestión y desempeño "planeación institucional".	Consolidar los informes de percepción de los usuarios respecto a los servicios que presta la entidad: Admisiones, virtualidad, Quédate en Colmayor, Biblioteca, Bienestar, Infraestructura, Tecnología. Planeación consolidará los informes donde se analicen los resultados frente a la evaluación de la percepción de los usuarios o grupos de valor	1/09/2020	12/31/2020	Informes consolidados de la evaluación de la percepción de los usuarios o grupos de valor	31/12/2020	Planeación	Luz Mary Ramirez Montoya					
<b>ACTIVIDADES DE MONITOREO</b>															
		1	Es necesario que el Comité Institucional Coordinador de Control Interno, como instancia responsable del mantenimiento y fortalecimiento del sistema de control interno, efectúe el análisis de los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros), consolide y de concluya sobre el impacto en el Sistema de Control Interno, a fin de determinar los cursos de acción. Lo anterior, con fundamento en el artículo 13 de la Ley 87 de 1993 el artículo 2.2.21.1.6 del Decreto 648 de 2017, así como con la Resolución interna No. 199 de 2017.	En aras del cumplimiento de este compromiso, se presentarán al Comité Institucional Coordinador de Control Interno los informes externos presentados por los diferentes órganos de control y los organismos internos	1/09/2020	Permanente	Socializar los informes, con el fin de establecer mecanismos de transparencia y autocontrol administrativo	Permanente	Rectoría	Juan David Gómez Florez					
		2	Es menester fortalecer los mecanismos dispuestos por la Institución para hacer el seguimiento que se debe efectuar por parte de la Alta Dirección, a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el Sistema de Control Interno y determinar su efectividad y si se han cumplido en el tiempo establecido, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1499 de 2017, política de gestión de desempeño "control interno".	Informar a los líderes de proceso, sobre la obligación de cumplir con las acciones previstas en los planes de mejoramiento de acuerdo a auditorías realizadas. Presentación informe a la Alta Dirección (Comité Institucional de Control Interno) sobre el seguimiento a planes de mejoramiento y que desde allí se tomen las decisiones para el seguimiento.	1/10/2020	31/12/2020	Cumplimiento acciones planes de mejoramiento	31/12/2020	Rectoría	Juan David Gómez Florez					
		3	Es importante fortalecer los mecanismos dispuestos por la Institución, acorde con el esquema de líneas de defensa, para efectuar el monitoreo continuo como parte de las actividades de la 2a línea de defensa, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones, de conformidad con el decreto 1499 de 2017, política de gestión y desempeño de "control interno".	Socialización responsabilidades líneas de defensa. PENDIENTE ACLARAR.	1/09/2020	31/12/2020	Socialización líneas de defensa. Aprobación Política de Riesgos.	31/12/2020	Planeación	Luz Mary Ramirez Montoya					

<b>Nombre del responsable:</b>	<b>Rectoría, Vicerrectoría Administrativa, Planeación, Comunicaciones, Tecnología, Gestión de la Mejora.</b>	<b>Correo electrónico:</b>	<a href="mailto:planeacion@colmayor.edu.co">planeacion@colmayor.edu.co</a>	<b>Teléfono y extensión:</b>	<b>4445611-164</b>
--------------------------------	--	----------------------------	--	------------------------------	--------------------

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

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.

o 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.

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

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.

o 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 (-).

ario): corresponde al nombre del proceso y subproceso y del nombre del responsable de implementar la acción de mejora.

**SEGUIMIENTO**

umplimiento de las acciones de mejoramiento. Se diligencia en el seguimiento al plan de mejoramiento realizado por la oficina de Control Interno.

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

PROCESO:		EVALUACION DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO										PLAN DE MEJORAMIENTO N°:	23
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 %	

cumplimiento de los logros alcanzados con las acciones de mejoramiento realizadas, se mide en función del objetivo propuesto.

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

trónico y Teléfono: corresponde al nombre, correo electrónico y teléfono del funcionario responsable de actualizar el formato.