



MEMORANDO

1200

FECHA: Medellín, Lunes 23 de Agosto de 2021

PARA:

JUAN DAVID GOMEZ FLOREZ
**RECTOR DE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
RECTORÍA**

DE:

JUAN GUILLERMO AGUDELO ARANGO
DIRECTOR OPERATIVO

ASUNTO: Remisión informe definitivo auditoria legal a planes de mejoramiento internos y externos vigencia 2017, 2018 y 2019 y primer semestre de la vigencia 2020

Respetado doctor:

Con fundamento en la Ley 87 de 1993, la Resolución No. 089 del 29 de abril del 2020, por medio de la cual se actualiza el manual de auditoría interna para la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia” y el Plan general de Auditoria – PGA 2021, aprobado por el Consejo Directivo de la Institución, en sesión ordinaria del enero 29 de 2021, me permito hacer entrega del informe definitivo correspondiente a la auditoria de ley que se practicó por parte de la Dirección de Control Interno de la Institución a los planes de mejoramiento internos y externos correspondientes a las vigencias 2017, 2018 y 2019 y primer semestre de la vigencia 2020.

La auditoría se llevó a cabo de acuerdo con el proceso de control interno vigente actualmente para la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, es decir, que se presentaron y discutieron los resultados obtenidos con los responsables, a medida que se desarrolló la auditoría.

Finalmente, y en aras de la mejora continua de la Institución, de forma respetuosa, le informo que la Institución dispone de cinco (05) días hábiles para presentar el





plan de mejoramiento, en el que establezcan las acciones a que haya lugar a fin de subsanar las deficiencias evidenciadas.

Quedo atento a cualquier inquietud.

Atentamente,

JUAN GUILLERMO AGUDELO ARANGO
DIRECTOR OPERATIVO
DIRECCIÓN DE CONTROL INTERNO

Anexos: (89)folios

Transcriptor: Marysol Varela Rueda



INFORME DE AUDITORÍA

CONTROL INTERNO

Acreditados
en **ALTA CALIDAD**

WWW.COLMAYOR.EDU.CO



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
**COLEGIO MAYOR
DE ANTIOQUIA**

Acreditados
en **ALTA CALIDAD**



WWW.COLMAYOR.EDU.CO

**INFORME DEFINITIVO
AUDITORÍA LEGAL A PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS Y EXTERNOS
VIGENCIA 2021
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA**

Equipo de trabajo

JUAN GUILLERMO AGUDELO ARANGO

Director Operativo de Control Interno

MARYSOL VARELA RUEDA

Profesional de Control Interno

CLARA ENITH GUTIÉRREZ LÓPEZ

Profesional de Control Interno

CAROL RODRÍGUEZ CIRO

Profesional de Control Interno

DIRECCIÓN CONTROL INTERNO

Agosto 23 de 2021

IMPRESIÓN: 2021-08-23 10:00:00 AM





Contenido

PRESENTACIÓN	5
1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....	6
2. RIESGOS ASOCIADOS A LA UNIDAD AUDITABLE.....	6
3. CRITERIOS DE AUDITORÍA.....	7
4. OBJETIVOS.....	7
4.1 OBJETIVO GENERAL	7
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
5. METODOLOGÍA	8
6. LIMITACIONES	9
7. MUESTRA	9
8. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.....	9
8.1 HALLAZGOS.....	10
9. CONCLUSIONES.....	24
10. RECOMENDACIONES.....	25
11. GLOSARIO	25
12. ANEXOS.....	26
13. BIBLIOGRAFÍA.....	26

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA





Lista de tablas

Tabla 1 Riesgos Evaluados	6
Tabla 2 Relación de la normatividad aplicable.....	7
Tabla 3 Relación de acciones internas evaluadas, correspondientes a las vigencias 2017, 2018, 2019 y primer semestre del 2020.....	9
Tabla 4 Relación de acciones externas evaluadas vigencia 2018 y 2019	10
Tabla 5 Consolidado de la evaluación realizada a los planes de mejoramiento internos y externos de las vigencias 2017, 2018 y 2019 y primer semestre de la vigencia 2020.....	17
Tabla 6 Estado de las acciones de los planes de mejoramiento formulados como resultado de las auditorías realizadas por la Contraloría General de Medellín	19
Tabla 7 Consolidado por vigencias.....	19
Tabla 8 Atributos para el diseño del control.....	22
Tabla 9 Evaluación punto de control.....	23

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS





PRESENTACIÓN

Con fundamento en la Ley 87 de 1993, en el Decreto 648 de 2017, la Resolución interna No. 089 de 2020 y el plan general de auditoría – PGA 2021, la Dirección de Control Interno, realizó auditoría a los planes de mejoramiento internos y externos suscritos por la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, en las vigencias 2017, 2018, 2019 y primer semestre de la vigencia 2020, los cuales presentaban acciones abiertas para el primer semestre de la vigencia 2021.

La actividad de auditoría interna de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad. Ayuda a la Institución a cumplir sus objetivos, aportando un enfoque sistemático y disciplinario para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, controles y gobierno, a través de servicios de aseguramiento y consultoría.

Para el desarrollo de esta auditoría, se practicaron técnicas como consulta, observación, rastreo, entre otras, que permitieron establecer conclusiones acerca de la implementación de las diferentes acciones, así como de la efectividad de estas.

Finalmente, a partir de esta evaluación es importante se establezcan las acciones, las políticas, los métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, corrección, evaluación y de mejoramiento continuo de los procesos a que haya lugar, con el fin de garantizar el cumplimiento de las disposiciones legales inherentes en la materia.

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA





1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

- Cuarenta y nueve acciones correspondientes a planes de mejoramiento suscritos por la Institución en las vigencias 2017, 2018 y 2019, que, a noviembre 30 de 2020, permanecían abiertas.
- Planes de mejoramiento suscritos por la Institución como resultado de las auditorías realizadas por parte de la Dirección de Control Interno y de la Contraloría General de Medellín, durante la vigencia 2020.
- Seguimiento realizado por parte de la Institución al plan de mejoramiento que debió suscribir la Institución como resultado de las auditorías (interna y externa) al sistema de gestión integral, que se llevó a cabo en la vigencia 2020.

2. RIESGOS ASOCIADOS A LA UNIDAD AUDITABLE

A continuación, se relacionan los riesgos asociados a esta unidad auditable, que fueron evaluados en el marco de la auditoría.

Tabla 1 Riesgos Evaluados

Tipo de Riesgo	Escenario de riesgo	Controles
Cumplimiento	No acatar las disposiciones y los requerimientos legales vigentes en lo inherente al seguimiento de las acciones propuestas en los planes de mejoramiento suscritos por la Institución como resultado de auditorías internas o externas.	Planes de mejoramiento.

Fuente: Elaboración propia
Elaboró: Profesional Control Interno





3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

“Se entiende por criterios de auditoría, el conjunto de políticas, prácticas, procedimientos o requisitos frente a los cuales el auditor, en ejecución de su trabajo, compara las evidencias obtenidas.”¹

Tabla 2 Relación de la normatividad aplicable

	Norma
Ley 87 de 1993	“Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.”
Decreto 1499 de 2017	“Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.”
Decreto 648 de 2017	“Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública.”
Resolución No. 079 de 2019	Por medio de la cual se expide la versión 9 sobre la _Rendición y revisión de las Cuentas e Informes para el Municipio de Medellín, sus entidades descentralizadas y demás entidades y personas que manejen fondos, bienes o recursos donde tenga interés el Municipio de Medellín o dichas entidades descentralizadas, sobre las cuales la Contraloría General de Medellín ejerce control fiscal.
Circular normativa 1000-024 (2021) y la circular informática 1000-015 (2021)	Cumplimiento de planes de mejoramiento implementados en el marco de las auditorías internas y externas.

Fuente: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=300>
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=83433>
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=80915>
<http://www.cgm.gov.co/cgm/Paginaweb/N/Resoluciones%20Circulares%20y%20Otros%20actos%20administr11/079-2019%20Resoluci%C3%B3n%20Rendici%C3%B3n%20Y%20Revisi%C3%B3n%20De%20La%20Cuenta.pdf>

Elaboró: Dirección de Control Interno

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Verificar el acatamiento de las disposiciones legales, así como la efectividad de los controles que se han establecido por parte de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia,

¹ <https://www.auditool.org/blog/auditoria-externa/6225-alcance-o-criterio-de-auditoria#:~:text=De%20otra%20parte%2C%20se%20entiende.trabajo%2C%20compara%20las%20evidencias%20obtenidas.>





para formular, implementar y hacer seguimiento a las acciones propuestas en los planes de mejoramiento suscritos como resultado de las auditorías realizadas por la Dirección de Control Interno o por parte de un órgano de control.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el seguimiento realizado por los líderes de proceso a los planes de mejoramiento suscritos durante las vigencias 2017, 2018 y 2019 y planes de mejoramiento resultantes en el primer semestre de la vigencia 2020.
- Determinar la efectividad de las acciones propuestas en los planes de mejoramiento suscritos como resultado de las auditorías realizadas por la Dirección de Control Interno de la Institución o por parte de un órgano de control externo.

5. METODOLOGÍA

- Revisar los planes de mejoramiento suscritos como resultado de la actividad de auditoría interna y externa, correspondientes a las vigencias 2017, 2018, 2019 y primer semestre de la vigencia 2020.
- Evaluar las acciones propuestas en los planes de mejoramiento que aún se encuentren en estado “abiertas”, a fin de determinar la efectividad de estas.
- Analizar las evidencias que aporte la Institución para determinar la eficacia de las acciones que se implementaron.
- Evaluar la efectividad de los controles dispuestos por la Institución para evitar la materialización de riesgos o minimizar el impacto en caso de que el evento adverso se presente.
- Evaluar la efectividad de las acciones propuestas por la Institución en los planes de mejoramiento suscritos como resultado de la última auditoría.





- Concluir y documentar resultados.

6. LIMITACIONES

No se presentaron limitaciones.

7. MUESTRA

No aplica para esta auditoría.

8. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

A continuación, se relaciona las acciones internas y externas por vigencia y por proceso, evaluadas en el marco de la auditoría.

Tabla 3 Relación de acciones internas evaluadas, correspondientes a las vigencias 2017, 2018, 2019 y primer semestre del 2020

Proceso	Vigencia 2017, 2018 y 2019, incluyendo las auditorías externas	Primer semestre de la vigencia 2020	Cantidad de Acciones Pendientes
Gestión de Comunicaciones	7	0	7
Gestión Documental	4	0	4
Gestión Legal	18	3	21
Graduados	1	0	1
Planeación Institucional	3	48	51
Gestión del Talento Humano	3	3	6
Tecnología e informática	3	4	7
Gestión Administrativa y Financiera	6	9	15
Docencia – Laboratorios	4	0	4
Extensión Académica y Proyección Social	0	3	3
TOTAL, ACCIONES	49	70	119

Fuente: Información suministrada por los diferentes procesos institucionales.
Elaboró: Profesional de Control Interno





Nota aclaratoria: En el seguimiento realizado a las acciones abiertas correspondientes a las vigencias 2017, 2018 y 2019, se observó en los procesos de Gestión de Comunicaciones y Gestión Documental una acción repetida en cada uno de ellos, las cuales fueron sumadas en el total de las cuarenta y nueve (49) acciones, esta aclaración se hace con el fin de manejar la misma cantidad de acciones reportadas como abiertas en el informe radicado en el segundo semestre de la vigencia 2020 con número 2020305535 de diciembre 15 del 2020.

A continuación, se relacionan las acciones de las auditorías externas realizadas por la Contraloría General de Medellín y que fueron totalizadas con las cuarenta y nueve (49) acciones, así:

Tabla 4 Relación de acciones externas evaluadas vigencia 2018 y 2019

Tipo de Auditoría	Vigencia	Proceso	Cantidad de Acciones Pendientes
Regular	2018	Gestión Legal	1
Fiscal y Financiero	2019	Vicerrectoría Administrativa y Financiera	4
TOTAL, ACCIONES			5

Fuente: Información suministrada por los diferentes procesos institucionales.
Elaboró: Profesional de Control Interno

8.1 HALLAZGOS

8.1.1. Seguimiento a las acciones propuestas por la Institución como resultado de las auditorías internas y externas realizadas al sistema de gestión integral de la Institución.

Se observó cumplimiento a lo que determina el Decreto 1499 de 2017, en la dimensión “Evaluación de Resultados”, del modelo integrado de planeación y gestión – MIPG, , que en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 4, de marzo de 2021, precisa con relación a la esta dimensión:

“(…) conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados previstos en su marco estratégico. Tener un conocimiento certero de cómo se





comportan los factores más importantes en la ejecución de lo planeado, le permite a la entidad (i) saber permanentemente el estado de avance de su gestión”²

“Documentar los resultados de los ejercicios de seguimiento y evaluación”³

“(…) Identificar y subsanar las posibles causas de las fallas, dar recomendaciones y priorizar requerimientos a través de planes de mejoramiento”⁴

De igual forma se da cumplimiento al objetivo del proceso gestión de la mejora, el cual precisa:

“Mantener el Sistema de Gestión de la Calidad, de acuerdo con los requisitos de la Institución, las partes interesadas y la normatividad vigente, determinando oportunidades de mejoramiento continuo.”⁵

Como evidencia de ello se cuenta con la siguiente información:

- Para la auditoría externa al sistema de gestión integral se tiene: Actas de análisis oportunidades de mejora auditoría seguimiento 2020, donde el tema a tratar es: *“analizar el informe de hallazgos de la auditoría de seguimiento 2020 e implementar las acciones necesarias”*, las actas suministradas fueron las siguientes:

Relación de actas auditoría externa
Acta No. 1 SGI.
Acta No. 2 Planeación.
Acta No. 3 Comunicaciones.
Acta No. 4 Admisiones.
Acta No. 5 Investigación.
Acta No. 6 LACMA.

- Para la auditoría interna al sistema de gestión integral se tiene: Actas de análisis auditoría interna 2020, el orden del día es: *“analizar el informe de hallazgos de la auditoría 2020”*, las actas suministradas fueron las siguientes:

²

file:///D:/Downloads/Manual%20Operativo%20del%20Modelo%20Integrado%20de%20Planeaci%C3%B3n%20y%20Gesti%C3%B3n%20MI PG%20-%20Versi%C3%B3n%204%20-%20Marzo%202021.pdf

³ Ídem del anterior

⁴ Ídem del anterior

⁵ <http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/VisualizacionDocumento.public?documento=0000001757>





Relación de actas suministradas auditorías internas

Acta No. 1, Gestión de la Mejora.	Acta No. 12, G. Legal.	Acta No. 23, Centro de Lenguas
Acta No. 2, Admisiones.	Acta No. 13, G Documental.	Acta No. 24, Fac. Administración.
Acta No. 3, Bienes.	Acta No. 14, Gestión Ambiental.	Acta No. 25, Investigación.
Acta No. 4, Talento Humano.	Acta No. 15, Control Interno.	Acta No. 26, Seguridad y Salud en el Trabajo.
Acta No. 5, Planeación.	Acta No. 16, Docencia.	Acta No. 27, Internacionalización.
Acta No. 6, Permanencia.	Acta No. 17, Infraestructura.	Acta No. 28, Gestión Administrativa.
Acta No. 7, Virtualidad.	Acta No. 18, Aseguramiento de la Calidad Académica.	Acta No. 29, Extensión.
Acta No. 8, TI.	Acta No. 19, Comunicaciones.	Acta No. 30, Lab de Salud.
Acta No. 9, Lab Fac. Arquitectura.	Acta No. 20, Graduados.	Acta No. 31, Lab de Administración.
Acta No. 10, LACMA.	Acta No. 21, Bienestar.	Acta No. 32, Facultad de Sociales.
Acta No. 11, Fac. de Salud.	Acta No. 22, Apoyos Educativos.	Acta No. 33, Facultad de Arquitectura.

Fuente: Información suministrada por el proceso de Gestión de la Mejora.
Elaboró: Profesional de Control Interno

- Los Informes de auditoría interna por cada uno de los procesos auditados: los informes suministrados fueron los siguientes:

Relación de informes suministradas auditorías internas

Informe de auditoría interna Admisiones y Registro 2020	Informe de auditoría interna Facultad Ciencias Salud 2020	Informe de auditoría interna Gestión de SST recorrido 2020	Informe de auditoría interna Laboratorios Facultad Arquitectura Revisión documental 2020
Informe de auditoría interna Apoyos Educativos 2020	Informe de auditoría interna Facultad Ciencias Sociales 2020	Informe de auditoría interna Gestión de talento humano 2020	Informe de auditoría interna Laboratorios Facultad de Administración Recorrido 2020
Informe de auditoría interna Aseguram. Calidad 2020	Informe de auditoría interna G. Documental 2020	Informe de auditoría interna Gestión de TIC 2020	Informe de auditoría interna Laboratorios Facultad de Administración Revisión documental 2020
Informe de auditoría interna Bienestar 2020	Informe de auditoría interna G. Mejora 2020	Informe de auditoría interna Gestión infraestructura 2020	Informe de auditoría interna Laboratorios





Relación de informes suministradas auditorías internas

			Facultad Salud Recorrido 2020
Informe de auditoría interna Centro de Lenguas 2020	Informe de auditoría interna Ges. Adm. y Financ. 2020	Informe de auditoría interna Gestión infraestructura recorrido 2020	Informe de auditoría interna Laboratorios Facultad Salud Revisión documental 2020
Informe de auditoría interna Control Interno 2020	Informe de auditoría interna Ges. Comunicación 2020	Informe de Auditoría interna Gestión Legal 2020	Informe de auditoría interna LACMA 2020
Informe de auditoría interna Docencia Vicerrectoría 2020	Informe de auditoría interna Gestión ambiental 2020	Informe de auditoría interna Graduados 2020	Informe de auditoría interna LACMA recorrido 2020
Informe de auditoría interna Extensión 2020	Informe de auditoría interna Gestión ambiental recorrido 2020	Informe de auditoría interna Internacionalización 2020	Informe de auditoría interna Permanencia 2020
Informe de auditoría interna Facultad Administración 2020	Informe de auditoría interna Gestión de bienes y servicios 2020	Informe de auditoría interna Investigación 2020	Informe de auditoría interna Planeación Institucional 2020
Informe de auditoría interna Facultad Arquitectura e Ingeniería 2020	Informe de auditoría interna Gestión de SST 2020	Informe de auditoría interna Laboratorios Facultad Arquitectura e Ingeniería recorrido 2020	Informe de auditoría interna Virtualidad 2020

Fuente: Información suministrada por el proceso de Gestión de la Mejora.

Elaboró: Profesional de Control Interno

- El informe de SGC y LACMA.
- Informe para la revisión por la dirección 2020.
- Anexos informe para la revisión por la Dirección 2020.

Las acciones correctivas y preventivas se cargaron en el sistema de calidad Isolucion y el seguimiento en el aplicativo de G+, este seguimiento solo lo puede realizar y observar el líder del proceso y desde el proceso Gestión de la Mejora realiza seguimiento de forma periódica.

Se evidencia así cumplimiento con las responsabilidades asignadas a la segunda línea de defensa, contenidas en la Resolución interna No. 090 de 2020, que precisa:





“Asesoría a la 1° línea de defensa en temas claves para el sistema de control interno: (...) ii) planes de mejoramiento (...)”⁶.

De igual forma, se estableció el cumplimiento a las responsabilidades conferidas a la primera línea de defensa, que determina:

“(...) La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados.”⁷

Lo antes expuesto, permite determinar que con estas actuaciones la Institución le está dando cumplimiento a la normativa vigente, y con ello, evita o minimiza la posibilidad de que se materialicen riesgos que puedan afectar los objetivos institucionales.

Soportes	
No. 1	Actas de auditorías externas
No. 2	Actas Auditorías internas:
No. 3	Los Informe de auditoría interna por cada uno de los procesos auditados
No. 4	El informe de SGC y LACMA
No. 5	Informe para la revisión por la dirección y sus anexos vigencia 2020

8.1.2 Deficiencias en el sistema de control interno de la Institución

Se observó en los planes de mejoramiento resultantes de las auditorías realizadas por la Dirección de Control Interno que:

- No se formularon acciones a los hallazgos establecidos en los planes de mejoramiento.

Como evidencia de ello se cuenta con el Anexo No. 1 y con los siguientes planes de mejoramiento (papel de trabajo):

Vigencia 2020

- Auditoría legal austeridad del gasto público cuarto trimestre del 2019.

⁶ <https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/05/Resolucion-No-090-Modelo-L%C3%ADnes-de-defensa.pdf>

⁷ Ídem del anterior





- Auditoría legal control Interno Contable.
- Auditoría legal evaluación Independiente al Sistema de Control Interno de la Institución – MECI.
- Auditoría legal para determinar el nivel de avance del sistema de control interno.

Lo que permite establecer incumplimiento de la Ley 87 de 1993, en su artículo 4º Elementos para el Sistema de Control Interno, que precisa:

“g. Aplicación de las recomendaciones resultantes de las evaluaciones del control interno;”⁸

Se identificaron, además, deficiencias en las responsabilidades que el Decreto 1499 de 2017, le confiere a la 1ª línea de defensa:

“Mantenimiento efectivo de controles internos, la ejecución de gestión de riesgos y controles en el día a día. Para ello, identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos a través del “Autocontrol”.⁹

(...)

“La identificación de riesgos y el establecimiento de controles, así como su seguimiento, acorde con el diseño de dichos controles, evitando la materialización de los riesgos.”¹⁰

Así mismo, se determinó incumplimiento a lo que señala la Resolución 090 de abril de 2020, con relación a las responsabilidades de la 2ª línea de defensa:

“Asegurar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente, supervisan la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces”¹¹

Como posibles causas se identificaron:

⁸ <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=300>

⁹ <https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/05/Resolucion-No-090-Modelo-L%C3%ADnes-de-defensa.pdf>

¹⁰ Ídem al anterior

¹¹ Ídem al anterior





- Deficiencias en controles o carencia de los mimos para garantizar una adecuada gestión de los planes de mejoramiento.
- Deficiencias en la cultura del autocontrol en integrantes de la primera línea de defensa, responsables en primera instancia de la formulación e implementación de los planes de mejoramiento.

Lo anterior permite establecer la materialización de un riesgo como el de “incumplimiento normativo”, que ha llevado a que la Institución incurriera en deficiencias administrativas y reprocesos, y que, además podría derivar en sobrecostos, 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 aspectos.

Soportes	
No. 6	Planes de mejoramiento suministrados por los diferentes procesos de la Entidad con sus debidos soportes en la vigencia 2020.

8.1.3. Deficiencias en el cumplimiento de responsabilidades conferidas a la primera línea de defensa con relación a la gestión efectiva de los planes de mejoramiento.

Se observaron deficiencias en el cumplimiento a las responsabilidades que el Decreto 1499 de 2017, le confiere a la primera línea de defensa, el cual determina en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 4, de marzo de 2021, con relación a “Los aspectos clave para el Sistema de Control Interno (SCI) a tener en cuenta por parte de la 1ª Línea:”¹²

“La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados.”¹³

Como evidencia de ello, se tiene que, a junio 30 de 2021, tal como se presenta en la tabla No. 5, permanecen cincuenta y tres (53) acciones abiertas, que equivalen a un 45%, considerando, que ocho (8) de ellas están dentro de la fecha de obtención de resultados.

¹² https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljjUBdeu/view_file/34268003

¹³ Ídem del anterior





Tabla 5 Consolidado de la evaluación realizada a los planes de mejoramiento internos y externos de las vigencias 2017, 2018 y 2019 y primer semestre de la vigencia 2020

Proceso	Vigencias 2017, 2018 y 2019				Primer semestre de la vigencia 2020				Observaciones
	No. de Acciones	No. de Acciones Eficaces	No. de acciones cerradas parcialmente	No. de Acciones Abiertas	No. de Acciones	No. de Acciones Eficaces	No. de acciones cerradas parcialmente	No. de Acciones Abiertas	
Gestión de Comunicaciones	7	3	0	4	0	0	0	0	Las cuatro (4) acciones abiertas están fuera de los términos establecidos a diciembre del 2020.
Gestión Documental	4	2	0	2	0	0	0	0	Las dos (2) acciones abiertas están dentro de la fecha de obtención de resultados a diciembre del 2021.
Gestión Legal	18	5	3	10	0	0	0	0	Nueve (9) acciones están fuera de la fecha establecida a diciembre del 2020 y una (1) de ellas está dentro de la fecha establecida a agosto del 2021.
	0	0	0	0	3	0	0	3	Las tres (3) acciones abiertas, están fuera de la fecha establecida a diciembre del 2020, se precisa que las acciones fueron ejecutadas más no fueron efectivas.
Graduados	1	1	0	0	0	0	0	0	La acción fue ejecutada y efectiva.
Planeación Institucional	3	0	0	3	0	0	0	0	Las tres (3) acciones abiertas están dentro de la fecha de obtención de resultados a junio y noviembre del 2021.
	0	0	0	0	48	17	17	14	En las catorce (14) acciones abiertas, están incluidos tres (3) hallazgos a los cuales no se les plantearon acciones. En las cuarenta y ocho (48) acciones abiertas, una (1) de ellas está dentro de la fecha de obtención de resultados a enero del 2023, las demás acciones se encuentran vencidas.
Gestión del Talento Humano	3	0	1	2	0	0	0	0	Las tres (3) acciones están fuera de la fecha de obtención de resultados a marzo del 2021.
	0	0	0	0	3	0	0	3	Las tres (3) acciones abiertas, son permanentes, se precisa que las acciones fueron ejecutadas más no fueron efectivas.
Tecnología e informática	3	1	1	1	0	0	0	0	La acción abierta y la parcialmente cerrada, están fuera de los términos establecidos a julio y diciembre del 2019.





Proceso	Vigencias 2017, 2018 y 2019				Primer semestre de la vigencia 2020				Observaciones
	No. de Acciones	No. de Acciones Eficaces	No. de acciones cerradas parcialmente	No. de Acciones Abiertas	No. de Acciones	No. de Acciones Eficaces	No. de acciones cerradas parcialmente	No. de Acciones Abiertas	
	0	0	0	0	4	0	0	4	Las cuatro (4) acciones abiertas, están fuera de la fecha establecida. tres (3) de ellas a diciembre del 2020 y una (1) a marzo del 2021.
Gestión Administrativa y Financiera	6	2	1	3	0	0	0	0	Dos (2) acciones abiertas están fuera de los términos establecidos a 2019, 2020 y una (1) acción dentro de los términos a diciembre del 2021.
	0	0	0	0	9	2	2	5	En las cinco (5) acciones abiertas, están incluidos dos (2) hallazgos a los cuales no se les plantearon acciones. Las tres (3) acciones restantes en estado abiertas están fuera de los términos establecidos a diciembre de la vigencia 2020.
Docencia – Laboratorios	4	0	3	1	0	0	0	0	Las tres (3) acciones parcialmente cerradas están fuera de los términos establecidos a junio y noviembre del 2020 y la acción abierta se encuentra fuera de los términos a marzo de la vigencia 2020.
Extensión Académica y Proyección Social	0	0	0	0	3	0	0	3	Las tres (3) acciones abiertas, son permanentes, cabe anotar que las acciones fueron ejecutadas más no fueron eficaces.
TOTALES	49	14	9	26	70	19	19	32	

Fuente: Información suministrada por la Secretaria General de los diferentes procesos de la Institución.
Elaboró: profesional de control interno

Descripción	Número de Acciones	Porcentaje de participación
Total, acciones vigencias 2017, 2018 y 2019	49	No aplica
Total, acciones vigencias 2020	70	No aplica
Total, acciones	119	No aplica
Total, de acciones efectivas (cerradas) todas las vigencias	33	27%
Total, de acciones cerradas parcialmente todas las vigencias	28	24%
Total, acciones abiertas todas las vigencias	53	45%
Total, hallazgos sin acciones propuestas	5	4%

Fuente: Información suministrada por la Secretaria General de los diferentes procesos de la Institución
Elaboró: profesional de control interno





Tabla 6 Estado de las acciones de los planes de mejoramiento formulados como resultado de las auditorías realizadas por la Contraloría General de Medellín

Tipo de Auditoría	Vigencia	Proceso	Cantidad de Acciones Pendientes	Estado de las acciones
Regular	2018	Gestión Legal	1	Cerrada, esta acción está incluida en el total de las cuarenta y nueve (49) acciones.
Fiscal y Financiero	2019	Vicerrectoría Administrativa y Financiera	4	Dos (2) acciones se encuentran cerradas y dos (2) acciones se encuentran abiertas, una de ellas está dentro de la fecha de obtención de resultados a diciembre del 2021 y la otra fuera de los términos a diciembre del 2020.
TOTAL, ACCIONES			5	Porcentaje de cumplimiento 60%

Fuente: Información suministrada por la Secretaria General de los diferentes procesos de la Institución
Elaboró: profesional de control interno

Tabla 7 Consolidado por vigencias

Estado	Vigencias 2017, 2018 y 2019	% De cumplimiento	Vigencia 2020	% De cumplimiento
Abiertas	26	53%	27	39%
Cerradas	14	29%	19	27%
Cerradas parcialmente	9	18%	19	27%
Sin formulación de acciones	0	0%	5	7%
TOTALES	49	100%	70	100%

Se precisa que, en el desarrollo de esta auditoría, el proceso de Planeación Institucional en respuesta ofrecida el 12 de agosto, manifestó

"Se presentó, se revisó y se aprobó en el Comité de Integridad, Ética y Buen Gobierno Manual de Conflictos de Interés. Se realizará socialización del Manual a la comunidad institucional el día 19 de agosto en el proceso de reinducción institucional."





La acción se cierra, no obstante, es pertinente precisar que el Manual de conflicto de interés de la Institución, se profirió el 30 de julio de 2021, mediante Resolución No. 189 y el análisis de evidencias aportadas por la Entidad, se llevó a cabo antes de la fecha de expedición de dicho documento.

Finalmente, las situaciones observadas permiten concluir que, la Institución debe concentrar esfuerzos en la revisión, ajuste y/o implementación de las acciones que a junio 30 de 2021, permanecían abiertas, parcialmente abiertas y en los hallazgos para los que no se formularon acciones, a fin de subsanar las situaciones que dieron origen a los hallazgos de auditoría; esto en el marco de mejoramiento continuo, premisa fundamental de una entidad que como la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, cuenta con acreditación institucional otorgada por el Ministerio de Educación Nacional, y además, con un sistema de gestión de calidad certificado con la norma técnica colombiana NTC ISO 9001:2015.

Como posibles causas se identificaron:

- No se llevó a cabo por parte de la Institución un análisis riguroso de los resultados de las auditorías, para identificar la causa raíz en cada uno de los hallazgos y establecer acciones pertinentes.
- Deficiencias en la aplicación de los principios del Modelo Estándar de Control Interno, autocontrol y autogestión.
- Desconocimiento por parte de los funcionarios y contratistas del propósito del proceso “*mejora continua*”, que determina: “*Mantener el Sistema de Gestión de la Calidad, de acuerdo con los requisitos de la Institución, las partes interesadas y la normatividad vigente, determinando oportunidades de mejoramiento continuo.*”¹⁴

Lo anterior permite establecer la materialización de un riesgo como el de “incumplimiento normativo”, que ha llevado a que la Institución incurriera en deficiencias administrativas y reprocesos, y que, además podría derivar en sobrecostos, 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 aspectos.

Ver anexo 2, Papel de trabajo con las acciones pendientes por cerrar de vigencias anteriores (2017, 2018, 2019) a junio 30 del 2021.

¹⁴ <http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/VisualizacionDocumento.public?documento=0000001757>





Ver anexo 3, Papel de trabajo con las acciones pendientes por cerrar de la vigencia 2020 a junio 30 del 2021.

Ver anexo 4, Papel de trabajo con las acciones cerradas de vigencias anteriores (2017, 2018, 2019) a junio 30 del 2021.

Ver anexo 5, Papel de trabajo con las acciones cerradas de vigencias anteriores 2020 a junio 30 del 2021.

Ver anexo 6, Papel de trabajo con las acciones cerradas parcialmente de las vigencias 2017-2018 y 2019.

Ver anexo 7, Papel de trabajo con las acciones cerradas parcialmente de la vigencia 2020 primer semestre.

Soportes	
No. 7	Planes de mejoramiento suministrados por los diferentes procesos de la Entidad con sus debidos soportes.
No. 8	Papeles de trabajo con los respectivos análisis realizados por las profesionales de control interno.
No. 9	Respuesta ofrecida por el proceso de Planeación Institucional mediante correo eléctrico del 12 de agosto del 2021.

8.1.4. Evaluación puntos de control

El Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP, actualizó la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 5, de diciembre de 2020, la cual incluye cambios en el numeral “3.2.2.3 análisis y evaluación de controles – atributos”.

Establece la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 5, la estructura para la descripción del control en pro de entender su tipología y atributos para su valoración, así:





“Responsable de ejecutar el control: *identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad”¹⁵.*

“Acción: *se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control.”¹⁶*

“Complemento: *corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control”¹⁷.*

En el desarrollo de la auditoría se evaluó el control dispuesto por la Institución, para evitar la materialización de riesgos como el de “incumplimiento normativo”, que puedan afectar la gestión oportuna y efectiva a los planes de mejoramiento internos y externos suscritos por la Institución o para minimizar el impacto de un evento adverso en caso de que este no se pueda evitar.

En el análisis realizado se identificó como punto de control en las caracterizaciones de los procesos de la Institución en la interacción con la Dirección de Control Interno, denominado “planes de mejoramiento”.

Se llevó a cabo la evaluación de este punto de control establecido por la Institución, para gestionar los planes de mejoramiento que se deben suscribir como resultado de las auditorías que realiza la Dirección de Control Interno, y lograr así, subsanar las deficiencias identificadas en las auditorías y evitar la materialización de riesgos que podrían afectar el normal desarrollo de las actividades de las diferentes dependencias o incluso la operación que desarrolla la Entidad, como resultado de la evaluación, se tiene:

Tabla 8 Atributos para el diseño del control

Control	Características			Peso	
	Atributos de Eficiencia	Tipo	Preventivo		
			Detectivo		0%
			Correctivo	X	10%

¹⁵ https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2lJUBdeu/view_file/34316499

¹⁶ Ídem del anterior.

¹⁷ Ídem del anterior.





Control	Características			Peso	
	Implementación	Automático		0%	
		Manual	X	15%	
	*Atributos de Formalización	Documentación	Documentado	X	si
			Sin Documentar		-
	Frecuencia	Continua		-	
		Aleatoria	X	si	
	Evidencia	Con Registro	X	si	
		Sin Registro		-	
Total, valoración del control				25%	

Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5 - diciembre de 2020.

Elaboró: Profesional Control Interno

Tabla 9 Evaluación punto de control

Tipo de riesgo	Punto de control – actividad	Valoración del Control	Probabilidad Inherente	Probabilidad Residual	Impacto Inherente	Impacto Residual
Cumplimiento	Planes de mejoramiento	25%	60%	30%	60%	60%

Fuente: Información suministrada por los diferentes procesos institucionales.

Elaboró: Profesional de Control Interno.

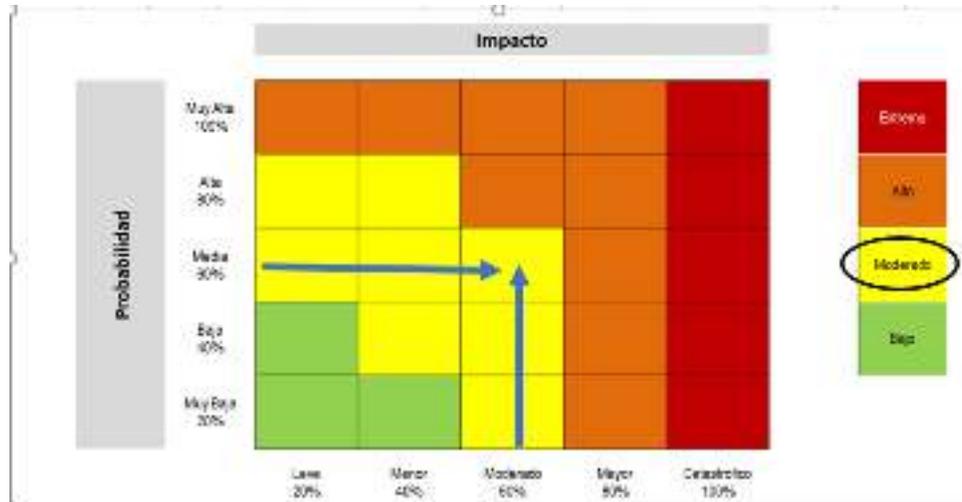
La evaluación realizada al punto de control permitió determinar:

- El control es de carácter correctivo, es decir, es “accionado en la salida del proceso y después de que se materialice un riesgo”¹⁸.
- Se ejecuta de forma manual por parte de las diferentes dependencias de la Institución
- Se realiza documentación y evidencia de su ejecución.
- Su frecuencia es aleatoria.

Al realizar la evaluación del control dispuesto por la Institución para el riesgo inherente de la unidad auditable, “incumplimiento”, se obtuvo como resultado:

¹⁸ https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2IjUBdeu/view_file/34316499





Finalmente, tras el análisis realizado al punto de control se pudo determinar:

- Este se aplica parcialmente, por tanto, el mismo es susceptible de mejoras, y es menester efectuar una revisión completa, no solo al diseño sino de la forma como se ejecuta por parte de los responsables, a fin de realizar los ajustes pertinentes para su adecuada implementación.
- La Institución no dispone de controles que le permitan monitorear de forma adecuada y oportuna la formulación e implementación de las acciones que se establecen en los planes de mejoramiento internos y externos, así como la efectividad de las acciones una vez se implementan.

9. CONCLUSIONES

- Se logró establecer que la Institución no dispone de controles que le permitan monitorear de forma adecuada y oportuna la formulación e implementación de las acciones que se establecen en los planes de mejoramiento internos y externos, así como la efectividad de las acciones una vez se implementan.
- Se observó al interior de la Institución deficiencias para gestionar de manera eficaz las acciones propuestas en los planes de mejoramiento de las vigencias anteriores 2017, 2018





y 2019 y primer semestre de la vigencia 2021, dado que, el 45% corresponde a cincuenta y tres (53) acciones que aún permanecen abiertas y veintiocho (28) acciones se encuentran en estado parcialmente cerradas que corresponde a 24%.

10. RECOMENDACIONES

- La Institución debe concentrar esfuerzos en la revisión, ajuste y/o implementación de las acciones que a junio 30 de 2021, permanecían abiertas, parcialmente abiertas y en los hallazgos para los que no se formularon acciones, a fin de subsanar las situaciones que dieron origen a los hallazgos de auditoría; esto en el marco de mejoramiento continuo, premisa fundamental de una entidad que como la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, cuenta con acreditación institucional otorgada por el Ministerio de Educación Nacional, y además, con un sistema de gestión de calidad certificado con la norma técnica colombiana NTC ISO 9001:2015.
- Es importante que la Institución establezca acciones que propendan por automatizar los controles que permitan realizar seguimiento a los planes de mejoramiento que se suscriben como resultado de auditorías internas y externas, lo que podrá redundar en una gestión efectiva para la formulación y seguimiento de estos.
- Es importante se revisen las acciones cuyos términos ya están vencidos y aún están abiertas a fin de determinar la viabilidad de estas, o si es necesario modificarlas y establecer nuevos términos.

11. GLOSARIO

- **Acción eficaz (cerrada):** la acción propuesta alcanzó los resultados esperados.
- **Acción abierta:** la acción no se ha implementado, pudiéndose presentar dos situaciones, la primera los términos ya se vencieron o la segunda posibilidad es que la acción aún está dentro de los tiempos propuestos por la institución.
- **Acción parcialmente eficaz (cerrada):** la acción se evaluará posteriormente para verificar si se alcanzó con los resultados esperados.





12. ANEXOS

- Anexo 1, papel de trabajo con los hallazgos a los cuales no se les identificó acciones.
- Anexo 2, papel de trabajo con las acciones pendientes por cerrar de vigencias anteriores (2017, 2018, 2019) a junio 30 del 2021.
- Ver anexo 3, papel de trabajo con las acciones pendientes por cerrar de la vigencia 2020 a junio 30 del 2021.
- Ver anexo 4, papel de trabajo con las acciones cerradas de vigencias anteriores (2017, 2018, 2019) a junio 30 del 2021.
- Ver anexo 5, papel de trabajo con las acciones cerradas de vigencias anteriores 2020 a junio 30 del 2021.
- Ver anexo 6, papel de trabajo con las acciones cerradas parcialmente de vigencias anteriores a junio 30 del 2021.
- Ver anexo 7, papel de trabajo con las acciones cerradas parcialmente del primer semestre de la vigencia 2020 a junio 30 del 2021.

13. BIBLIOGRAFÍA

- Ley 87. (1993). Por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 648 (2017). Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015.
- Decreto 1499 (2017). Por medio de la cual se modifica el decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido por el artículo 13 de la Ley 1753 de 2015.
- Resolución 090 (2020). Por Medio de la cual se establece la conformación de las líneas de defensa al interior de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, y se asignan





responsabilidades a las mismas, de acuerdo con el Modelo Estándar de Control Interno – MECI.

- Resolución No. 079 (2019). Por medio de la cual se expide la versión 9 sobre la rendición de cuenta e informes para el Municipio de Medellín, sus entidades descentralizadas y demás entidades y personas que manejan fondos, bienes o recursos donde tenga interés el Municipio de Medellín o dichas entidades descentralizadas, sobre las cuales la Contraloría General de Medellín ejerce control fiscal.
- Circular informativa 1000-015 (2021), cumplimiento de los planes de mejoramiento implementados en el marco de las auditorías internas y externas.
- Circular informativa 1000-024 (2021), cumplimiento de los planes de mejoramiento implementados en el marco de las auditorías internas y externas.

Elaboró:

Marysol Varela Rueda
Profesional de Control Interno
Fecha: agosto 14 de 2021

Revisó y Aprobó:

Juan Guillermo Agudelo Arango
Director Operativo de Control Interno
Fecha: agosto 20 de 2021

Original firmado



ANEXO No. 1
HALLAZGOS SIN
ACCIONES VIGENCIA
2020

Seguimiento al plan de mejoramiento de Vicerrectoría Administrativa y Financiera Austeridad del Gasto trimestre IV del 2019 Vigencia 2020

N.º del hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
2	<p>8.1.2 Deficiencias en la aplicación de la Ley 87 de 1993</p> <p>Se observaron deficiencias en la implementación de los controles que determina la Institución, en el Instructivo "Control de llamadas", versión 0, código GF-85-IT-002 del 11 de julio de 2018, para realizar el control de llamadas larga distancia nacional, internacional, celular y a todo destino.</p> <p>Dentro de la información solicitada, se evidenció que cada extensión maneja una planilla de seguimiento que no contiene duración de llamada para que sea posible realizar el control de cobros inadecuados y determinar si el pago que efectúa mensualmente la Institución por la prestación de dichos servicios, corresponde al consumo que efectivamente realizó la Entidad. Adicionalmente, el único seguimiento que se realiza a las Facturas de servicios públicos telefónicos por parte del Subgrupo de Bienes y Servicios es a nivel de global, verificando variaciones en la factura con respecto a su valor total, teniendo en cuenta que no cuenta con el insumo adecuado para realizar dicho análisis y verificación.</p> <p>A continuación, se relaciona imagen del encabezado de la planilla Institucional de control de llamadas que utilizan las extensiones habilitadas para el acceso telefónico de llamadas de larga distancia nacional, larga distancia internacional o celulares. Así mismo, imagen del control de variaciones de la facturación, realizado por el Subgrupo de Bienes y Servicios, para el periodo del presente informe.</p> <p>Lo anterior, determina un incumplimiento a la Ley 87 de 1993, en su artículo 2 Objetivos del sistema de Control Interno.</p> <p>Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que la afecten;</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>g.) Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación;</p> <p>Adicional a esto, se da un incumplimiento a lo dispuesto en el Instructivo "Control de llamadas", versión 0, código GF-85-IT-002 del 11 de julio de 2018, el cual en su numeral 2 referente a control de llamadas, Item 3, establece:</p> <p>"El Subgrupo de Bienes y Servicios considerará y analiza mensualmente la información de los consumos de servicios telefónicos, buscando detectar y corregir posibles variaciones y cobros inadecuados. Si se encuentra alguna desviación se revisa inicialmente con el líder que tiene habilitada la línea telefónica y se dará una justificación de ésta en un acta, la cual se copiará al Vicerrector administrativo y financiero."</p> <p>Lo anterior, lleva a la Institución a incurrir en la materialización de un riesgo de "Incumplimiento", que puede derivar en sobrecostos, pérdidas económicas, fraude e investigaciones y/o sanciones por parte de órganos de control</p>	<p>No se establece acción de mejora, toda vez que si se cuenta con el insumo necesario para realizar el análisis de desviación de consumo de llamadas, incluir una columna con la duración de llamadas en el formato GF-BS-FR-044 no es viable, debido a que un dato errado puede conllevar a un análisis inexacto, es importante fortalecer las conciliaciones de las áreas de Bienes y Servicios y Tecnología con el fin de garantizar un análisis más preciso.</p>	Diciembre de 2020	Rastreo	<p>Plan de mejoramiento propuesto como resultado de auditoría IV trimestre de 2019.</p> <p>Archivo de Excel con seguimiento consumo llamadas</p>	No se realiza requerimiento de información adicional.	No se establece acción de mejora,

Seguimiento al plan de mejoramiento de Vicerrectoría Administrativa y Financiera CIC Vigencia 2020

N.º de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
3	<p>Las deficiencias y limitaciones identificadas en el software SicoF ERP, podrían afectar la obligación legal que tiene la Institución de "garantizar eficiencia y eficacia en el procesamiento y generación de la información financiera."</p> <p>Lo anterior considerando las situaciones que se evidenciaron con relación al aplicativo, así:</p> <p>-No se generaron durante la vigencia 2019 consecutivos automáticos para los ajustes.</p> <p>Para los comprobantes de ingreso, comprobantes de egreso y ajustes, se observó que los mismos no se generan cronológica y consecutivamente, contrariando lo dispuesto en el Numeral 3.3 Establecimiento de acciones de control, Etapa: reconocimiento, subetapa: registro, factor de riesgo: "Comprobar que la numeración de los soportes contables generados por la entidad correspondan a un orden consecutivo," del Anexo para realizar la evaluación del sistema de control interno, que forma parte integral de la Resolución 193 de 2016, expedida por la Contaduría General de la Nación.</p> <p>Los eventos antes enunciados permiten determinar la materialización de un riesgo como el de incumplimiento normativo, situación que podría derivar en reprocesos, sobrecostos, inexactitud en la información, desacuerdo en la toma de decisiones, incluso investigaciones y/o sanciones por parte de órganos de control</p>	<p>No se levantara acción de mejora sobre el hallazgo, toda vez que el software SicoF ERP, sí genera consecutivo automático para cada uno de los comprobantes, lo cual puede ser evidenciado en los soportes que se custodian y que cumplen además con el numeral 3.2.3.1 del procedimiento para la evaluación del sistema de control interno contable.</p>	N/A	N/A	N/A	N/A	No se propuso acción para la situación evidenciada

Seguimiento al plan de mejoramiento de Planeación Institucional MECI Vigencia 2020

N.º de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
8	<p>DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS</p> <p>Es importante establecer mecanismos que contribuyan a fortalecer el conocimiento de las normas presupuestales en los funcionarios de la Institución, a fin de evitar o minimizar la materialización de riesgos que puedan llevar al incumplimiento de las mismas, esto con el único propósito de fortalecer la política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público, que establece el modelo integrado de planeación y gestión – MIPG, Decreto 1499 de 2017.</p> <p>Soportes:</p> <p>-Informe de auditoría legal a austeridad del gasto segundo trimestre de 2019.</p> <p>-Informe auditoría legal realizada al comité de conciliación de la Institución.</p> <p>https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</p>	<p>VICERRECTORIA ADMINISTRATIVA</p> <p>Se envió análisis de esta respuesta el 27de enero de 2020, donde se indicó:</p> <p>No se propone acción, es importante que la Institución establezca acciones a fin de evitar la materialización de riesgos</p>					<p>15 de marzo de 2021:</p> <p>No se propuso acción.</p>

Seguimiento al plan de mejoramiento de Planeación Institucional ASCI Vigencia 2020

N.º del hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL							
5	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.	Es importante mencionar que, el decreto 1499 de 2017 no señala propiamente dentro de la política 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 aplicará a la ley y norma que los crea o autoriza 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 421 de 2019, Resolución 191 de 2021, Resolución 706 de 2016 emitidas por la Contraloría General de la Nación, dentro de lo determinado en las normas mencionadas se encuentran estipulados informes que describen cuantitativamente la situación financiera de la Institución. En relación a la información presupuestal se presenta conforme a las normas orgánicas de presupuesto Decreto Nacional 111 de 1996 y Decreto 006 de 1998, la normatividad de la institución, como la dispuesta por los diferentes entes de control como la Resolución Orgánica 035 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 Vicerrectoría Administrativa y Financiera realiza de manera periódica análisis horizontal y vertical a los saldos de contabilidad, adicionalmente se cuentan con las conciliaciones entre bases, las conciliaciones bancarias con un informe resumen de los partidas conditorias y los actos 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 alega con el informe probado sobre lo mencionado derivado de la auditoría.	Enero de 2021				Enero 23 de 2021: No se formuló acción por parte de la Institución.
ACTIVIDADES DE CONTROL							
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 otras 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 LIDER (línea de la Mejora) expone lo siguiente: 1. El SOC está implementado bajo la norma ISO 9001:2015, cumpliendo los requisitos allí establecidos, en los cuales en ningún 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, está desactualizado. 5. Por favor enviarnos la evidencia 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 se 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 lo hace un hallazgo referenciado en 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 en esta política de gestión y desempeño no de evaluación como dice el enunciado. Para los SOC 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 has socializado esta tema y se me entrego esta responsabilidad a nivel institucional. Por todo lo anterior no se va a implementar ningún plan de mejoramiento por parte de Gestión de la Mejora.	Enero de 2021	Rastreo	Correo electrónico solicitando información a Gestión de la Mejora	Se realizó solicitud de plan de mejoramiento el 3 de agosto de 2020, se realizó reunión telefónica el 15 de 2021 y se envió nuevamente requerimiento de información en la misma fecha vía correo electrónico.	Enero 23 de 2021: No se formuló acción por parte de la Institución. Se realizó solicitud de plan de mejoramiento el 3 de agosto de 2020, se realizó reunión telefónica el 15 de 2021 y se envió nuevamente requerimiento de información en la misma fecha vía correo electrónico.

Agosto 17 de 2021
No se propone acción.

Agosto 17 de 2021
No se propone acción.

ANEXO No. 2
ACCIONES ABIERTAS
VIGENCIAS
ANTERIORES

Seguimiento al plan de mejoramiento de Gestión de Comunicaciones Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
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	Mayo 28 de 2021 Junio 15 de 2021 Julio 23 de 2021	Rastreo	Participación ciudadana - 2021-1 Servicio al Ciudadano_2021-1 Enlace https://www.colmayor.edu.co/wps/wcm/connect/2021/06/Atencion-al-ciudadano.docx	No se realiza requerimiento de información adicional Se envía comunicación de resultados	En los link referenciados en el informe de seguimiento planes de mejoramiento, se evidencia autodiagnóstico de participación ciudadana y autodiagnóstico de servicio al ciudadano diligenciados. No obstante no se cuenta con evidencias que permitan determinar que se establecieron acciones a que haya lugar, como se indica en la acción propuesta. La acción continúa abierta, teniendo en cuenta que, no se establecen acciones que propendan por evitar o mitigar la materialización del riesgo. En respuesta enviada por Líder del Proceso el 24 de junio de 2021, a la comunicación de resultados, se indicó: "Se trabajó en la creación de la política de servicio al ciudadano que se encuentra en revisión por parte de Gestión Legal, para luego presentar al Consejo directivo. Esta con el fin de dar mejora a los resultados del autodiagnóstico https://www.colmayor.edu.co/wps/wcm/connect/2021/06/Atencion-al-ciudadano.docx " Y en correo enviado por Líder del proceso el 15 de julio a la comunicación de resultados enviada, se indicó: "1. En reunión con la Gestión de Planeación de la institución, la semana del 7 de julio de 2021, se acordó la realización de 2 políticas que nacen del autodiagnóstico del MPG, estas son: Política de Participación Ciudadana y Política de Servicio al Ciudadano. Ambas políticas se encuentran realizadas y en proceso de aprobación por parte de Secretaría General y Gestión Legal." Es importante considerar que, lo que se indica en el seguimiento es que no se establecieron acciones. Al ingresar al enlace que referencian en la respuesta, se evidencia borrador de política de servicio al ciudadano, por tanto, la acción continúa abierta.
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 : ¿Cómo le parece la plataforma dispuesta por la Institución para presentar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones o denuncias - PQRSFD? Califique la pertinencia de la respuesta dada por la Institución a su petición, queja, reclamo, sugerencia, felicitación o denuncia - PQRSFD. ¿A la pregunta : ¿Cómo le parece la plataforma dispuesta por la Institución, para presentar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones o denuncias - PQRSFD? Se estableció que el 20%, manifestaron que la plataforma les pareció excelente, bueno el 53.3%, regular el 20% y deficiente el 6.7%. Ninguno de los ciudadanos a los que se les formuló la pregunta le asignó calificación mala. Como se observa el 26.7% calificaron la plataforma entre regular y deficiente. 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 - PQRSFD, recibidas en el periodo auditado, es importante se consideren dichos resultados por parte de la Institución a fin de identificar oportunidades de mejora. Ver ilustración 1: Plataforma dispuesta por la Institución A una segunda pregunta que se les formuló se tiene: ¿ Califique la pertinencia de la respuesta dada por la Institución a su petición, queja, reclamo, sugerencia, felicitación o denuncia - PQRSFD. Excelente, el 20%, buena el 33.3%, regular el 26.7%, deficiente el 13.3% y mala el 6.7%. Para esta segunda pregunta, el 46.7% de los ciudadanos a los que se les indagó acerca de la pertinencia de la respuesta, le asignaron calificación entre regular y mala. Ver Ilustración 2: Pertinencia de la respuesta 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 - PQRSFD, recibidas en el periodo auditado, es importante se consideren dichos resultados por parte de la Institución a fin de identificar oportunidades de mejora.	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. 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 estabilidad en este año. Se analizará su funcionamiento y se determinará si se requiere o no algún otro cambio.	Mayo 28 de 2021 Junio 15 de 2021 Julio 23 de 2021	Rastreo	http://academia.colmayor.edu.co/servicio7/midiar/mqr_web07/ http://emas.colmayor.edu.co/8080/emas/RegistroPublic http://emas.colmayor.edu.co/8080/emas/ConsultaPQRSAnonimaPublic	No se realiza requerimiento de información adicional Se envía comunicación de resultados	No se cuenta con evidencias que permitan determinar que se da cumplimiento a "Se analizará su funcionamiento y se determinará si se requiere o no algún otro cambio." En el seguimiento realizado en febrero de 2021, se indicó que se realizó implementación en el nuevo software G+. No obstante, en correo recibido el 16 de junio, líder del proceso se indicó con relación a al requerimiento de información: Respondiendo a tu solicitud, me permito informar que para el momento que se realizó esta acción propuesta, aún no se sabía que se contrarrestaría un software por el lado de otras dependencias y por ello, desde Gestión de Comunicaciones se pretendía hacerlo, por lo cual informo: * Plan de trabajo realizado para la adquisición de nuevo software. * Análisis realizado por parte de la Institución para la adquisición del software, con relación al cambio del software actual por el nuevo software G+ * Actas de reunión con decisiones que se tomaron para la adquisición de software. * Contrato de compra de software G+. El anterior fue un trabajo colaborativo entre Gestión Documental, Autoevaluación, Tecnología y Calidad, en este proceso Gestión de la Comunicación no tuvo papel alguno en la toma de decisiones, simplemente fuimos notificados de que el nuevo sistema G+, tendría un módulo para la atención de PQRSFD al cual nos acomodamos, al evidenciar luego de su presentación, que era un software adecuado para nuestra necesidad, por lo tanto no contamos con documentación ni las evidencias solicitadas." En respuesta enviada por líder del proceso el 24 de junio de 2021, se indica: "Desde Calidad y Gestión Documental, se realiza la compra de un nuevo portal donde se alojará el servicio de PQRSFD (G+), esta se espera lanzar el 15 de julio cuando los operadores realicen todos los ajustes solicitados con los requerimientos del MinTIC. Registro de PQRSFD http://emas.colmayor.edu.co/8080/emas/RegistroPQRSpublic Visualización respuesta radicado PQRSFD http://emas.colmayor.edu.co/8080/emas/VisualizacionRespuestaRadicadoPublic Consulta PQRSFD http://emas.colmayor.edu.co/8080/emas/ConsultaPQRSAnonimaPublic " Y en correo enviado por Líder del proceso el 15 de julio a la comunicación de resultados, se indicó: "2. Si bien, la Líder de Gestión de Comunicaciones, da como respuesta que el software G+ no fue adquirido con recursos y gestión de contratación de Comunicaciones, el módulo de atención de PQRSFD que se alberga dentro de G+, se encuentra próximo a funcionar, se está en estos momentos finalizando ajustes de funcionamiento y de cumplimiento legal y se espera tenerlo al aire lo más pronto posible. Se adjunta como evidencia el enlace donde se encuentra alojado este módulo anteriormente mencionado http://emas.colmayor.edu.co/8080/emas/RegistroPQRSpublic ." Si bien, se evidencia avance de la implementación de software, a la fecha (23 de julio de 2021), no se encuentra en funcionamiento. Por tanto, la acción continúa abierta.
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" 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: (c.) "1. 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." 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: • 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. Se estableció que para cuatro (4), se dio el 22%, de las peticiones, quejas y sugerencias, seleccionadas para muestra, respuestaron formulación de acciones por parte de la Institución y las mismas no se generaron por parte de los responsables. Ver Anexo 1. Respuestas que requerían formulación de acciones La antes expuesto lleva a la Institución a la materialización de un riesgo como el de "incumplimiento normativo" que podría derivar en reproches, sobrecostos, pérdidas económicas, pérdida de credibilidad, investigaciones y/o sanciones por parte de órganos de control, entre otros.	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. Se reclassificarán 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.	Mayo 28 de 2021 Junio 15 de 2021 Julio 23 de 2021	Rastreo	Cars-PQRSF-Enero a Marzo-2021-Abril-14 informes auditoría micro sitio ContarInterno.	No se realiza requerimiento de información adicional Se envía comunicación de resultados	En respuesta enviada por líder del proceso el 24 de junio de 2021, se indica: "Se envía también ecard por medio de flash institucional para hacer hincapié al tema" Y en correo enviado por Líder del proceso el 15 de julio a la comunicación de resultados enviada, se indicó: Se solicita replantear esta acción de mejoramiento propuesta anteriormente, pues indica que se realizó reindicación de manera manual, lo cual no es viable debido a que los tiempos de respuesta que la ley tiene disponibles y/o habilidades no concuerdan con la medición mensual. No obstante, no se describe la nueva acción a proponer. En informes antes referenciados en el primer párrafo, se evidenció que la situación se sigue presentando, por tanto, la acción continúa abierta.

<p>Diferencia "Informe detalles por solicitud"</p> <p>La Ley 87 de 1993, en su artículo 29, Objetivos del Sistema de Control Interno, Estereotipo entre otros:</p> <p>3.</p> <p>"Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros."</p> <p>Además, el Decreto 1489 de 2017, señala en el Manual Operativo Sistema de Gestión - MOP, versión 2 de agosto de 2018:</p> <p>En la política de Gobierno Digital:</p> <p>3.</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>3. 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 interés.</p> <p>Lo anterior, considerando que en el seguimiento de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias - PQRSF, para el periodo comprendido entre el primero (1º) de julio y el treinta y uno (31) de octubre de 2020, se evidenció que el software PLANEXEY PQRS genera informes, cuya información es inexacta, como se detalló a continuación:</p> <p>Ver tabla A. Diferencias en "Informe detalles por solicitud"</p> <p>Lo descrito en la tabla No. 4, podría llevar a la institución a la materialización de un riesgo de "incumplimiento", de honestidad en la información y podría verse expuesta a un riesgo de pérdida de imagen o reputacional que podrían derivar en reproches, sobrecostos, investigaciones y/o sanciones por parte de órganos de control, entre otros aspectos.</p> <p>Se precisa que esta situación se identificó en el Informe de auditoría de PQRSF, correspondiente al primer semestre de 2020, no obstante, considerándose que la misma es recurrente para el periodo evaluado, es necesario, dar cuenta del año, a fin de que la institución tome las acciones a que haga lugar.</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 desarrollo propios y definir políticas claras frente a ello.</p>	<p>Mayo 28 de 2021</p> <p>Junio 15 de 2021</p> <p>Junio 23 de 2021</p>	<p>Rastreo</p> <p>http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/RegistroPQRSpublic</p> <p>http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/VisualizacionRespuestaRadicadoPublic</p> <p>http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/ConsultaPQRSAnonimaPublic</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p> <p>Se envía comunicación de resultados</p>	<p>Acción 1</p> <p>Procedimentar el mecanismo de contratación de software a nivel institucional.</p> <p>No se cuenta con evidencias que permitan determinar su cumplimiento.</p> <p>Acción 2</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 desarrollo propios y definir políticas claras frente a ello.</p> <p>Las acciones propuestas no contribuyen a subsanar las situaciones identificadas.</p> <p>En correo recibido el 16 de junio, líder del proceso se indicó con relación a al requerimiento de información:</p> <p>Respondiendo a la solicitud, me permito informar que para el momento que se realizó esta acción propuesta, aún no se sabía que se contrataría un software por el lado de otras dependencias y por ello, desde Gestión de Comunicaciones se entendió haciendo, por lo cual informo:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Plan de trabajo realizado para la adquisición de nuevo software. * Análisis realizado por parte de la Institución para la adquisición del software, con relación al cambio del software actual por el nuevo software G+ * Actas de reunión con decisiones que se tomaron para la adquisición de software. * Contrato de compra de software G +. <p>"El anterior fue un trabajo colaborativo entre Gestión Documental, Autoevaluación, Tecnología y Calidad, en este proceso Gestión de la Comunicación no tuvo papel alguno en la toma de decisiones, simplemente fuimos notificados de que el nuevo sistema G+ tendría un módulo para la atención de PQRSFD al cual nos acomodamos, al evidenciar luego de representación, que era un software adecuado para nuestra necesidad, por lo tanto no contamos con documentación ni las evidencias solicitadas."</p> <p>En correo recibido el 24 de junio se indicó: por parte de la Líder del proceso:</p> <p>"Acción 1: La contratación del software se realizó con la supervisión de Calidad, Gestión Legal, Tecnología y Autoevaluación.</p> <p>Acción 2: Desde Calidad y Gestión Documental, se realiza la compra de un nuevo portal donde se algará el servicio de PQRSFD (G+), este se espera lanzar el 15 de julio cuando los operadores realicen todos los ajustes solicitados para así cumplir con los requerimientos del MINTC.</p> <p>Registro de PQRSFD</p> <p>http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/RegistroPQRSpublic</p> <p>Visualización respuesta radicado PQRSFD</p> <p>http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/VisualizacionRespuestaRadocadoPublic</p> <p>Consulta PQRSFD</p> <p>http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/ConsultaPQRSAnonimaPublic</p> <p>F en correo enviado por Líder del proceso el 15 de julio a la comunicación de resultados, se indicó: "Esta acción no corresponde a la potestad de Gestión de Comunicaciones, pues el proceso no cuenta con la autoridad para determinar la pertinencia de contratación de un software institucional que incluye módulo de PQRSFD, debido a que esta, sería una labor del proceso de Tecnología.</p>
--	---	--	---	--	--

Seguimiento al plan de mejoramiento de Gestión de Documental Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
En cuanto se tenga la convalidación aprobada de las TRD por parte del Consejo Departamental de Archivos, se procederá a registrar en la pagina 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.	Mayo 25 del 2021	observación	Evidencia 1 Oficio Convalidación AGN.	No se realiza requerimiento de información adicional	La acción cuenta con un cumplimiento del 100%. La acción se evaluará posteriormente para determinar la efectividad de la actividad con respecto a la respuesta entregada por parte del comité evaluador. La acción está dentro de la fecha de ejecución a diciembre del 2021, por lo tanto se encuentra abierta.
<p>Publicación</p> <p>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"</p> <p>Lo que induce al no cumplimiento en el procedimiento de presentación, revisión y ajustes de las TRD y las TVD</p>	<p>Se remitirán las TRD en esta oportunidad ante el Comité Evaluador de Documentos del Archivo General de la Nación.</p> <p>En cuanto a las TVD, se continuara en el mes de febrero 2021 con su elaboración para su posterior convalidación ante el CTA</p>	Mayo 25 del 2021	observación, confirmación	Documento fechado con el día 8 de febrero del 2021 y con radicado No. 2021100371, enviado al comité evaluador de documentos - archivo general de la nación (Evidencia 1 Oficio Convalidación AGN), su efectividad se analizará posteriormente.	No se realiza requerimiento de información adicional	<p>La acción cuenta con un cumplimiento del 100%.</p> <p>La acción se evaluará posteriormente para determinar la efectividad con respecto a la respuesta entregada por parte del comité evaluador.</p> <p>La acción está dentro de la fecha de ejecución a diciembre del 2021, por lo tanto se encuentra abierta.</p>

Seguimiento al plan de mejoramiento de Gestión de Legal Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión III
<p>No se evidenció la aplicación de una metodología de reconocido valor técnico para elaborar la provisión del rubro de sentencias 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 investigaciones de parte de los Organismos de Control, sanciones, daño patrimonial, pérdida de imagen, entre otros aspectos. Soporte 12, entrevista realizada al Coordinador Jurídico de la Institución el 28 de mayo de 2018.</p>	<p>Aplicar el contenido de la resolución 353 de 2016, proferida por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, mediante la cual se adopta una metodología de reconocido valor técnico para el cálculo de la provisión contable de los procesos judiciales, conciliaciones extrajudiciales y trámites arbitrales en contra de la entidad, que se podría considerar por la Institución para fortalecer todo lo inherente a la gestión jurídica.</p>	Junio 22 del 2021	Observación	No se cuenta con nuevos soportes	No se realiza requerimiento de información adicional	Con la información suministrada, no es posible evidenciar la ejecución de la acción y por ende su eficacia, por tal motivo, la acción queda en estado abierto y se evaluara posteriormente.
<p>7.2.1 Se evidenciaron deficiencias "frente al monitoreo y evaluación del estado de los controles y la gestión del riesgo", que se debe llevar a cabo por parte de la segunda línea de defensa al interior de la Institución, de conformidad con lo establecido en el manual operativo del sistema de gestión – MIPG, adoptado a través del "ARTÍCULO 2.2.22.3.5. Manual Operativo del Modelo. El Consejo para La Gestión y Desempeño Institucional adoptará y actualizará el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, [...]" . La segunda línea de defensa tiene entre otras las siguientes responsabilidades: Responsabilidades directas frente al monitoreo y evaluación del estado 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. Lo anterior se soporta en las deficiencias evidenciadas en los contratos que se relacionan en el Anexo No. 1: Relación de contratos con deficiencias en la aplicación de controles. Lo antes expuesto contraría además lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2, objetivos de control interno que establece: (...) 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; g) Garantizar que el sistema de control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación; (...). Ver tabla3. Relación de contratos con deficiencias en la aplicación de controles Con lo anterior, se configura la materialización de un riesgo como el de "incumplimiento" normativo, el cual podría a su vez generar para la Institución sanciones y/o investigaciones por parte de los órganos de control, pérdidas económicas, reprocesos, sobrecostos, entre otros aspectos.</p>	<p>Analizar y determinar qué control debe implementarse con el fin de mitigar el riesgo de incumplimiento de requisitos legales en los procesos contractuales.</p>	Junio 22 del 2021	Observación	No se cuenta con nuevos soportes	No se realiza requerimiento de información adicional	Si bien se cuenta con una serie de documentos aportados y que ayudaran a minimizar el riesgo de incumplimiento en requisitos legales, los mismos no son evidencia suficiente para determinar que se da por cumplida la acción al no presentarse mas incumplimientos normativos, por tal motivo, la acción se evaluará posteriormente y su estado es abierto .
<p>7.3.1 Se observó que la Institución no le está dando estricto cumplimiento a la resolución interna No. 329 de 2013, dado que la misma en el numeral 8 que hace referencia al perfil del supervisor e interventor, al respecto establece: La designación del supervisor y/o interventor debe recaer en una persona natural o jurídica idónea, con conocimientos, experiencia y perfil apropiado según el objeto del contrato que requiere la coordinación, control y verificación. Para tal efecto, el funcionario responsable de designar al supervisor y/o interventor, deberá tener en cuenta el perfil profesional de la persona designada o seleccionada, cuente con la disponibilidad y logística necesaria para desarrollar las funciones, actividades y labores propias de la interventoría, así como la naturaleza del objeto contractual, la cuantía y el número de supervisiones asignadas entre otros. Lo anterior se sustenta en los contratos que fueron auditados y se relacionan a continuación: Ver Tabla 5. Relación de contratos con incumplimiento a la designación de supervisión Dicha situación expone a la Institución a la materialización de un riesgo como el de incumplimiento, considerando que si el supervisor designado no tiene el perfil requerido para ejercer las funciones de seguimiento, control y verificación, se podrían presentar dificultades con la ejecución del contrato, que a su vez podrían derivar en reprocesos, sobrecostos, investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control, entre otros.</p>	<p>Se realizará la designación de supervisión de los contratos, teniendo en cuenta la naturaleza y cuantía de los mismos, así como el perfil profesional de las personas designadas como supervisores. Esto se implementará a través de la determinación del supervisor en todos los documentos contractuales (Estudios Previos, Contrato, Acta de Inicio y Designación del Supervisor), señalando en los casos que se requieran más de un supervisor las obligaciones de cada uno de ellos.</p>	Junio 22 del 2021	Observación	No se cuenta con nuevos soportes	No se realiza requerimiento de información adicional	El cumplimiento de la acción y la efectividad de la misma, se verificaran posteriormente, ya que un solo contrato y la verificación de la trazabilidad de once (11) contratos de la vigencia 2021, de los cuales ocho (8), se encuentran en la misma área del conocimiento y por la cantidad de contratos institucionales no es evidencia suficiente para determinar la ejecución y la medición de la acción, por tal motivo, la acción continua en estado abierto .

<p>7.3.5 Actividades de control establecidas para el proceso</p> <p>En las actividades de control descritas en la caracterización del proceso con código GL-CA-001, versión 7 del 16 de noviembre de 2017, y para los procedimientos GL-PR-001, versión 1 del 16 de junio de 2015, Revisión de contratos interadministrativos, convenios de prácticas y otros y GL-PR-008, versión 0 del 29 de octubre de 2014, Adquisición de bienes de mínima cuantía, se estableció que las mismas no cumplen con todas las características que debe poseer una actividad de control, tal y como lo precisa la "Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital", en su versión 4, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, en octubre de 2018":</p> <p>Ver Tabla 8. Pasos para el diseño de controles</p> <p>A continuación, se presenta una síntesis de las actividades de control identificadas en la caracterización del proceso GL-CA-001, versión 7 del 16 de noviembre de 2017 y en los procedimientos referenciados en el párrafo anterior, con su respectiva evaluación.</p> <p>Ver Tabla 9. Síntesis actividades de control - Caracterización del proceso</p> <p>Igual situación se presenta para los procedimientos:</p> <p>GL-PR-001, versión 1 del 16 de junio de 2015, Revisión de contratos interadministrativos, convenios de prácticas y otros.</p> <p>GL-PR-008, versión 0 del 29 de octubre de 2014, Adquisición de bienes de mínima cuantía.</p> <p>Ver Tabla 10. Síntesis actividades de control - procedimiento:GL-PR-001 Revisión de contratos interadministrativos, convenios de prácticas y otros</p> <p>Ver Tabla 11. Tabla 11. Síntesis actividades de control - procedimiento: GL-PR-008 Adquisición de bienes de mínima cuantía</p> <p>Como resultado de esta evaluación se tiene que el rango de calificación para el proceso es débil, es decir, que el resultado oscila entre (0-85), lo que permite determinar que el control no se ejecuta por parte del responsable.</p> <p>Lo anterior puede dar lugar a la materialización de un riesgo como el de "incumplimiento", dado que, al no contar con las características mínimas para los puntos de control, puede dar lugar a reprocesos, sobrecostos, pérdidas económicas, sanciones por parte de órganos de control, entre otros.</p>	<p>Se revisarán las actividades de control tanto en la caracterización como en los procedimientos del proceso, con el fin de establecer las modificaciones que se consideren necesarias de conformidad con la "Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital", en su versión 4, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, en octubre de 2018".</p>	<p>Junio 22 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>No se cuenta con nuevos soportes</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>Con la información suministrada, no se puede medir ni el cumplimiento de la acción ni la efectividad de la misma, la evaluación se realizara posteriormente, donde se evidencia los ajustes a los controles establecidos en el documento denominado caracterización y a los procedimientos, por tal motivo, la acción continua es estado abierto.</p>
<p>7.3.6 Actividades de control establecidas para los riesgos</p> <p>Se observó que el proceso gestión legal, solo establece un riesgo para el proceso contractual, con dos actividades de control específicas, a saber:</p> <p>Ver Tabla 12. Actividades de control establecidas para los riesgos</p> <p>Los resultados evidenciados en la auditoría permiten determinar que es pertinente que la Institución, revise y actualice los riesgos identificados para el proceso de gestión legal, en lo relacionado con el proceso contractual.</p> <p>De otro lado, las actividades de control que se tienen establecidas por parte de la Institución para evitar la materialización del riesgo "Probabilidad de no realizar una supervisión técnica, administrativa, jurídica y financiera de los contratos", no son suficientes y tampoco fueron eficaces para el período evaluado.</p> <p>Lo antes descrito, permite determinar la materialización del riesgo "Probabilidad de no realizar una supervisión técnica, administrativa, jurídica y financiera de los contratos", entendido este, no solo como la falta de supervisión en uno o más procesos contractuales, sino también como deficiencias en la supervisión.</p> <p>Por ello es importante se tomen las acciones necesarias por parte de la Institución a fin de evitar la materialización de otro tipo de riesgos que podrían traer afectaciones tales como: demandas, investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control, reprocesos, pérdidas económicas, entre otros.</p> <p>Ver anexo No. 2: Relación de contratos con deficiencias en la supervisión.</p>	<p>Se revisará con planeación la identificación de los riesgos correspondientes al proceso de gestión legal, y en particular los que corresponden al proceso contractual.</p>	<p>Junio 22 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>No se cuenta con nuevos soportes</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>Si bien se cuenta con una serie de documentos aportados y que ayudaran a minimizar el riesgo de incumplimiento en requisitos legales, los mismos no son evidencia suficiente para determinar que se da por cumplida la acción al no presentarse mas incumplimientos normativos, por tal motivo, la acción se evaluará posteriormente y su estado es abierto.</p>
<p>*En lo inherente a las deficiencias en la supervisión del contrato</p> <p>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.</p> <p>De igual forma, se evidenció incumplimiento a la Ley 1474 de 2011, que determina en el artículo 83:</p> <p>(...) La supervisión consistirá en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico que, sobre el cumplimiento del objeto del contrato, es ejercida por la misma entidad estatal cuando no requieren conocimientos especializados. Para la supervisión, la Entidad estatal podrá contratar personal de apoyo, a través de los contratos de prestación de servicios que sean requeridos.</p> <p>Lo anterior, se estableció con fundamento en lo acaecido con el contrato de mínima cuantía suscrito con la señora María Patricia Salazar Mejía, identificada con NIT 39.521.428 – 6, por valor de \$856.800, quien cumplió con el objeto del contrato de acuerdo a los términos que se convinieron entre las partes, tal y como se expresó en el informe de supervisión de mayo 21 de 2018, y se ratificó en el memorando radicado No. 201830031, remitido por el Coordinador de Desarrollo Humano, el 20 de febrero de 2018.</p> <p>El memorando con radicado No. 201830031, enviado por el Coordinador de Desarrollo Humano, el 20 de febrero de 2018, precisa con relación a este contrato:</p> <p>El contrato se ejecutó, se pasó la respectiva supervisión para el pago el 29 de noviembre de 2017 por un valor de \$850.850, pero por confusión en la documentación, debido a que el coordinador de desarrollo humano en el mes de diciembre por error guardó la factura, nunca se pagó. El dinero que no fue utilizado por la dependencia de bienestar se liberó y se realizó cierre financiero 2017 como es habitual.</p> <p>(...) la factura cancelada fue la de un contrato de graduados y no la de Bienestar, pues la proveedora tenía con esa dependencia otro proceso, por un valor similar y en el mismo periodo, de modo que se le realizó supervisión a esa factura de graduados pensando que era la que originalmente había llegado a bienestar y se canceló la factura de graduados con la supervisión de bienestar. .</p> <p>"al finaliza el año 2017, los saldos de CDP y RP no utilizados se cancelaron y por tal razón este contrato ya no tiene una disponibilidad para ser saldado (...)."</p>	<p>la acción es pertinente toda vez que de acuerdo al volumen de contratación los casos que han presentado deficiencias en la supervisión que coloquen 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.</p>	<p>Junio 22 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>No se cuenta con nuevos soportes</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>La medición de la ejecución de la actividad y su efectividad se evaluará posteriormente ya que aun se evidencia la misma situación como se puede observar en el informe de la auditoría recursos COVID y el trabajo de campo realizado a los once (11) contratos de la vigencia 2019, por tal motivo, la acción continua en estado abierto.</p>

<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 Institución, desacierto en la toma de decisiones, reprocesos, sobrecostos e inclusive investigaciones y/o sanciones por parte de los Órganos de Control.</p>	<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</p>	<p>Junio 22 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>No se cuenta con nuevos soportes</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>se notifica por medio de memorando del 25 de junio enviado por medio de correo electrónico, que la nueva fecha de obtención de resultados es el 31 de agosto de 2021, por lo tanto la acción continua en estado abierto y se evaluará posteriormente.</p>
<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>	<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</p>	<p>Junio 22 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>No se cuenta con nuevos soportes</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>Con la información suministrada, no se puede medir ni el cumplimiento de la acción ni la efectividad de la misma, la evaluación se realizara posteriormente, donde se evidencia los ajustes a los controles establecidos en el documento denominado caracterización y a los procedimientos, por tal motivo, la acción continua en estado abierto.</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>	<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.</p>	<p>Junio 22 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>No se cuenta con nuevos soportes</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>En los informes de auditoría de la vigencia 2020, se observa la materialización del riesgo de incumplimiento normativo, y en la auditoría de austeridad del gasto público 2020-4, se materializo de nuevo el tema de las vigencias expiradas.</p> <p>La ejecución de la acción y su efectividad se evaluara posteriormente ya que con los soportes suministrados no son evidencia suficiente de los mecanismos de control encaminados a asegurar el cumplimiento de las leyes y las regulaciones," por lo tanto, la acción continúa 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>	<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.</p>	<p>Junio 22 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>No se cuenta con nuevos soportes</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>En los informes de auditoría de la vigencia 2020, se observa la materialización del riesgo de incumplimiento normativo, y en la auditoría de austeridad del gasto público 2020-4, se materializo de nuevo el tema de las vigencias expiradas.</p> <p>La ejecución de la acción y su efectividad se evaluara posteriormente ya que con los soportes suministrados no son evidencia suficiente de los mecanismos de control encaminados a asegurar el cumplimiento de las leyes y las regulaciones," por lo tanto, la acción continúa abierta.</p>

Seguimiento al plan de mejoramiento de Talento Humano Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
 <p>Dime</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	<p>Mayo 28 de 2021</p> <p>Junio 15 de 2021</p> <p>Julio 23 de 2021</p>	Rastreo	Evidencia 2 PLAN ESTRATEGICO TALENTO HUMANO COLMAYOR 2021	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>Se cuenta con documento "Plan estratégico de Talento Humano 2021".</p> <p>Pendiente por determinar socialización, instancia que aprobó y acto administrativo con el que se aprobó; por tanto, la acción se encuentran en estado análisis, dado que, requiere de la verificación de documentos y de aplicar las pruebas de auditoría dispuestas para establecer conclusiones.</p> <p>Indica el líder del proceso en correo enviado el 29 de junio de 2021:</p> <p>"Primero que todo quisiera aclarar que desconocía por completo que el Plan se debía socializar, de acuerdo a conversación con la líder de planeación indica que este se socializa en el comité de gestión y desempeño. Según me indican el Plan no se aprueba por acto administrativo. No obstante el Plan se ajusta cada año y se publica en la página web."</p> <p>En correo enviado por Líder del proceso a la comunicación de resultados, se indicó: "se va a presentar para aprobación al comité de gestión y desempeño en el mes de agosto, por medio de acta"</p> <p>Por tanto la acción continúa 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 referendada previamente, a fin de evitar, que se presenten reprocesos o, incluso imprecisiones como la sucedió 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acta del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, del 19 de marzo de 2019 - Memorando remitido por parte del Director Operativo de Control Interno al Rector de la Institución, radicado No. 2019301007, de marzo 21 de 2019. - Correo electrónico remitido por parte del Director Operativo de Control Interno, a los miembros del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el 29 de marzo de 2019. 	Se requiere ampliación del tema para realizar la acción de mejora"	<p>Mayo 28 de 2021</p> <p>Junio 15 de 2021</p> <p>Julio 23 de 2021</p>	Rastreo	Sin evidencias.	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>No se cuenta con acción propuesta.</p> <p>En correo de respuesta enviado por el auditado el 29 de junio de 2021, se indicó:</p> <p>"Se adjunta plan de previsión 2021 el cual se encuentra actualizado de acuerdo a la realidad de la planta de personal y publicado en la web."</p> <p>Envían como soporte plan de previsión recursos humanos 2021, no obstante, lo indicado en el hallazgo hace referencia a "que la información que se somete a consideración de los diferentes comités constituidos al interior de la Institución, debe ser revisada y referendada previamente, a fin de evitar, que se presenten reprocesos o, incluso imprecisiones (...).</p> <p>En correo enviado por Líder del proceso a la comunicación de resultados, se indicó: "La información que se vaya a presentar a los diferentes comités se revisara previamente evitando que se presente reprocesos e imprecisiones"</p> <p>Considerando que se propone la acción "La información que se vaya a presentar a los diferentes comités se revisara previamente evitando que se presente reprocesos e imprecisiones", se realizará seguimiento posteriormente por parte de la Dirección de Control Interno, acción abierta.</p>

Seguimiento al plan de mejoramiento de Tecnología e Informática Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
<p>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>Realizar un seguimiento a la construcción, implementación y ejecución de las acciones de mejora derivadas de los informes de auditoría para entes de control interno y externo.</p>	<p>Mayo 28 de 2021</p> <p>Junio 15 de 2021</p> <p>Julio 23 de 2021</p>	<p>Rastreo</p>	<p>Sin evidencias.</p>	<p>No se realiza solicitud de información adicional</p>	<p>No se cuenta con evidencias que permitan determinar "seguimiento a la construcción, implementación y ejecución de las acciones de mejora derivadas de los informes de auditoría para entes de control interno y externo."</p> <p>En auditoría realizada en la vigencia 2021 (legalidad de software 2020), se estableció la materialización del riesgo de incumplimiento. Por tanto, la acción no fue efectiva y no es posible cerrarla.</p> <p>En correo enviado por el proceso el 16 de julio de 2021 con relación a la comunicación de resultados, se adjuntan como evidencia: flash informativos y actas; no obstante, los mismos, no permiten determinar "seguimiento a la construcción, implementación y ejecución de las acciones de mejora derivadas de los informes de auditoría para entes de control interno y externo."</p> <p>Por tanto, la acción que se encuentra en estado ablerta.</p>

Seguimiento al plan de mejoramiento de Docencia - Laboratorios Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
<p>Deficiencias en la información</p> <p>Determina la Ley 87 de 1993, en su artículo 2o. objetivos del sistema de control interno: "e) Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;"</p> <p>Por su parte, el Decreto 1499 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:</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>En la verificación que se llevó a cabo al inventario de insumos y equipos se evidenciaron deficiencias en la información que proveyeron los laboratorios de suelos y LACMA.</p> <p>Lo anterior, considerando que en el inventario de insumos entregado por el laboratorio de suelos no coinciden los insumos referenciados en la información que se generó para la auditoría en la que se citaron tres ítems, a saber: cemento, cal y soda caustica, y al verificar in situ (laboratorio), además de los insumos anteriores, se hallaron otros, como: formol, listón de pino, listón de madera y lamina de triples.</p> <p>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 cotejar la información con la que proveyó por parte del subproceso de bienes y servicios, este último reportó noventa y dos (92) equipos.</p> <p>Como soporte de ello, se tiene el Anexo No.1, diferencias en la información del inventario de insumos y equipos.</p> <p>Lo expuesto, llevó a la Institución a la materialización de un riesgo como el de "inexactitud en la información", que, a su vez, podría derivar en reprocesos, sobrecostos, desacierto en la toma de decisiones, pérdidas económicas, fraude e incluso investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control.</p>	<p>1. Adquirir un software para el manejo automatizado de inventario de equipos en los laboratorios.</p> <p>2. Actualizar inventario de laboratorio de suelos</p>	<p>Mayo 28 de 2021</p> <p>Junio 15 de 2021</p> <p>Julio 23 de 2021</p>	<p>Rastreo</p>	<p>Evidencia 1, 4, 8 Citación 1 a reunión de software</p> <p>Evidencia 1, 4, 8 Citación 2 a reunión de software</p> <p>Evidencia 1,4, 8 Gestión del Cambio</p>	<p>No se realiza de requerimiento de información adicional.</p>	<p>Para el hallazgo 1, se proponen 2 acciones: 1. <u>Adquirir un software para el manejo automatizado de inventario de equipos en los laboratorios.</u> El soporte "Evidencia 1,4, 8 Gestión del Cambio", no permite determinar cumplimiento de la acción propuesta. 2. <u>Actualizar inventario de laboratorio de suelos</u> El documento "Evidencia 2 Inventario Equipos Lab Suelos Enero 2021" es un inventario de equipos, por tanto, en el mismo no se identifica inventario de insumos. para el laboratorio de suelos. No se propone acción con relación a deficiencias en la información que proveyeron los laboratorios de suelos y LACMA del inventario de insumos.</p> <p>* En visita realizada a laboratorio de LACMA, se identificaron deficiencias con relación a los equipos de laboratorio, así mismo se evidenció inconsistencias en cantidades de insumos en muestra seleccionada y una deficiencia en fecha de vencimiento., como soporte de ello, se cuenta con Acta No. 110 del 1 de julio de 2021. * En visita realizada al laboratorio de suelos, se identificó deficiencias con relación a las cantidades en los insumos y deficiencias en la disposición de estos que podrían generar pérdidas de los mismos, como soporte de ello, se cuenta con Acta No. 111 del 1 de julio de 2021.</p> <p>En respuesta ofrecida el 14 de julio de 2021, se indica: Con relación a la acción 1 propuesta Respuesta: 14/7/2021. No se aprobaron recursos para la compra de este software, lo que implica que se deben seguir usando las bases de datos en excel que existen actualmente, Se solicita al Vicerector académico, la comunicación escrita de la no aprobación del software para el manejo de inventarios de los laboratorios (correo adjunto)</p> <p>Con relación a la acción 2 propuesta Respuesta 14/7/2021: las diferencias encontradas en los insumos corresponde a los sistemas de medición los cuales están establecidos para los reactivos. Los reactivos durante el proceso de almacenamiento pueden absorber humedad (es decir, pueden ser altamente higroscópicos), perder peso debido a volatilidad, deteriorarse debido a su reactividad con el aire, se puede perder producto como material particulado en el ambiente por acciones como la manipulación o la agitación del frasco. La manipulación de reactivos sólo con fines de pesaje ponen en riesgo la integridad del reactivo dado que se exponen en su totalidad a una contaminación. Por tanto las cantidades reales siempre tienen un margen de error, el cual también depende del sistema de medida. No se puede contar como hallazgo una diferencia en peso de decimas de gramos. Tampoco se cuenta con báscula industrial que permita pesar los bultos de arena o cemento. El sistema de medición del material de construcción debe ser por bulto o una unidad de medida coherente con el tamaño. La existencia de material menor adicional se debe a que los usuarios de los laboratorios dejan en forma de cesión los sobrantes de sus proyectos de investigación, los cuales representan una acción de aprovechamiento de recursos y cuidado del medio ambiente. PLANES DE MEJORA PROPUESTOS (APLICA PARA TODOS LOS LABORATORIOS) 1- Para controlar estos elementos REAPROVECHABLE, a partir del segundo semestre académico se ingresarán en el inventario con la observación de "Recurso reaprovechado", esto alienado con la política de austeridad de la institución 2- Se expedirá concepto técnico con respecto a la manipulación y naturaleza de reactivos que hacen variar las cantidades del inventario. FECHA: 30 DE SEPTIEMBRE 2021</p> <p>Agosto 17 de 2021 Con relación a las deficiencias en la información que proveyeron los laboratorios de suelos y LACMA y dado que tan solo en el desarrollo de esta auditoría la Dirección de Control Interno fue enterada, que no se contaba con los recursos para adquirir el software, y por tanto, el manejo de inventario de insumos de los laboratorios se iba a seguir realizando en Excel. Considerando lo anterior, la acción continúa abierta y la efectividad de la misma será evaluada posteriormente.</p> <p>Las diferencias en mediciones se establecieron tras verificación realizada por la Dirección de Control Interno a los laboratorios suelos y LACMA el 1 de julio de 2021, como se precisó en actas de reunión No. 110 y 111, firmadas entre las partes. No obstante, es importante precisar que lo documentado en las actas de reunión antes referidas, no se constituyen en un hallazgo, esto tan solo es el soporte de las verificaciones realizadas por la Dirección de Control Interno con relación al inventario de insumos de los laboratorios LACMA y suelos. Considerando lo anterior, la acción continúa abierta y la efectividad de la misma será evaluada posteriormente.</p> <p>Ahora, a partir de esta auditoría (planes de mejoramiento interno y externos 2021-I), se propone por parte de la Institución 2 acciones nuevas que deberán ser implementadas en el segundo semestre de la vigencia 2021, por tanto, la eficacia y efectividad de las mismas, serán evaluadas posteriormente.</p> <p>Finalmente se precisa que las respuestas brindada por parte de Coordinadora de Laboratorios de la facultad de ciencias de la salud, ya había sido analizadas por la Dirección de Control Interno con los soportes que se allegaron previo a la comunicación de resultados de la auditoría.</p>

Seguimiento al plan de mejoramiento Vicerrectoría Administrativa y Financiera Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acciones propuestas	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
<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 correspondan 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 el 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>	<p>Mayo 31 del 2021</p>	<p>observación, inspección, confirmación</p>	<p>Instructivo GF-IT-003, versión 01 del 07 de septiembre del 2020 y el cual tiene por nombre Ingreso y Flujo de información al área financiera.</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>La acción no pertenece, considerando que la efectividad de la acción es de un cero (0)%, ya que el soporte entregado no da cuenta de la implementación de la acción formulada para este hallazgo.</p> <p>La acción formulada fue la creación de un Instructivo de flujo de información, el cual fue publicado con código GF-IT-003, versión 01 del 07 de septiembre del 2020, fue nombrado Ingreso y Flujo de información al área financiera. El mismo, no constituye una acción pertinente que subsane la situación evidenciada como se informó al auditado en el momento de analizar las acciones formuladas, considerando que, no determina la eficacia de los controles implementados en cada una de las actividades del proceso contable.</p> <p>Al 31/05/2021 se sigue observando la misma oportunidad de mejora, puesto que, en la evaluación de control interno contable, se determinó la falta de 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.</p> <p>Una (1) acción no pertinente. (Proceso de autoevaluación).</p> <p>En correo suministrado por el auditado el 23/06/2021, informó que las acciones en estado abiertas, no se le presentan soportes, dado que, se encuentran dentro de los términos de su vencimiento.</p>
<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 ingresos, programación 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 cifen 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>	<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. CATÁLOGO 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 presupuestal.</p> <p>PARÁGRAFO. El Catálogo Integrado de Clasificación Presupuestal es parte integral del Consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP), respecto del cual, todas las entidades que deben rendir información para uniformar, centralizar y consolidar la contabilidad de la ejecución del presupuesto General del Sector Público, se sujetan de forma obligatoria.</p> <p>No es posible unificar para esta vigencia la estructura de la información rendida en el CHIP y la rendida a la Contraloría General de Medellín. Sin embargo, con la implementación del nuevo catálogo de clasificación presupuestal que comienza a regir para la vigencia 2021 conforme a la resolución 3832 de 2019, la estructura será unificada para todas entidades públicas.</p>	<p>Mayo 31 del 2021</p>	<p>No se aplica ninguna técnica de auditoría ya que la ejecución de la acción es a diciembre del 2021</p>	<p>No se ha ejecutado la acción, por lo tanto, no se cuenta con evidencias.</p>	<p>No se ha ejecutado la acción por lo tanto, al día del seguimiento mayo 27 del 2021, no se requiere información adicional.</p>	<p>La acción se encuentra abierta, considerando que dentro de la fecha establecida para su ejecución a diciembre del 2021. La acción se evaluará posteriormente.</p> <p>Si bien, la fecha de obtención de resultados es 31/12/2021, durante la vigencia 2021 se evidenció la implementación del nuevo catálogo de clasificación presupuestal, conforme a la resolución 3832 de 2019.</p> <p>La acción se evaluará posteriormente.</p> <p>Una (1) acción en estado abierta dentro de los términos, la cual será auditada posteriormente.</p> <p>En correo suministrado por el auditado el 23/06/2021, informó que las acciones en estado abiertas, no se le presentan soportes, dado que, se encuentran dentro de los términos de su vencimiento.</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 periodo 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, actuación causada y catalogada de normal por la Institución por efecto de inaplicación de la norma, según se expresa en el Capítulo XII ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS, numeral 127 del Decreto Municipal 1018 de 2019 (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>Conociendo 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>	<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 adicionara 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>	<p>Mayo 31 del 2021</p>	<p>observación, inspección, confirmación</p>	<p>Auxiliar cuenta</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>Para esta acción no se presenta avance debido a que en la vigencia 2020 no se recaudaron ingresos por matrícula correspondiente al periodo 2021-1.</p> <p>La acción se evaluará posteriormente.</p> <p>Una (1) acción en estado abierta pendiente por evaluar considerando que la situación no se presentó para vigencia 2021.</p> <p>En correo suministrado por el auditado el 23/06/2021, informó que las acciones en estado abiertas, no se le presentan soportes, dado que, se encuentran dentro de los términos de su vencimiento.</p>

Seguimiento al plan de mejoramiento Planeación Institucional vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
<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> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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. 3. La Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia como ente público debe liderar y apoyar acciones de modernización, planificación, formación del talento humano y articulación (interna y externa) de los organismos de gestión y veeduría del estado. 4. Fortalecimiento de la red institucional de ciencia y tecnología, unificando esfuerzos para la interacción efectiva entre las dependencias académicas y de apoyo institucional en el Colegio Mayor de Antioquia. <p>Se evidencia falta de revisión y actualización de estas políticas para que sean acordes a otras herramientas con que cuenta la Institución como son el Plan de Desarrollo 2016 2020, el Proyecto Educativo Institucional 2016 2026, que articuladas deben conllevar al cumplimiento de las metas institucionales, como lo determina el Decreto 1499 de 2017, en la Política de Gestión y Desempeño Institucional.</p> <p>Incumpliendo con lo dispuesto con las funciones y deberes del área, que determina, entre otras: "Identificar, diseñar y ajustar de manera conjunta con los procesos y/o dependencias las políticas institucionales." Además dicha responsabilidad también está contemplada en las actividades del proceso de planeación institucional: "Identificar, diseñar y ajustar de manera conjunta con los procesos y/o dependencias las políticas institucionales." Lo anterior puede conducir a la materialización de un riesgo como el de "cumplimiento", en el seguimiento de las actividades del proceso e impedir fortalecer su gestión o lograr el cumplimiento del objetivo</p>	<p>Revisión y actualización de la Política de Planeación Institucional</p>	<p>Mayo 28 de 2021</p>	<p>Rastreo</p>	<p>Evidencia 1- Propuesta Política de Planeación</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>El documento "Política de planeación estratégica Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia" es una propuesta, con avance a marzo de 2021.</p> <p>Con relación a este tema se indicó por parte de Líder de Planeación en correo enviado el 24 de junio de 2021 con respuesta a solicitud de información, indicó:</p> <p>"Revisión y actualización de la Política de Planeación Institucional: Actividad que se está ejecutando, la política fue elaborada y se presentó para aprobación al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, quienes realizaron observaciones, las cuales se están organizando para aprobación definitiva del Comité y luego presentaría al Consejo Directivo. Actividad que se espera cumplir al 100% en el segundo semestre de 2021."</p> <p>Por tanto, la acción continúa abierta.</p>
<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>	<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.</p>	<p>Mayo 28 de 2021</p>	<p>Rastreo</p>	<p>Sin evidencias</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>No se cuenta con evidencias que permitan determinar análisis realizado para definir acciones que propendan por evitar la materialización del riesgo de incumplimiento.</p> <p>En informe suministrado por la Secretaría General al seguimiento de los planes de mejoramiento para junio de 2021, se plantea:</p> <p>"realizar sensibilización a los líderes de los procesos en junio de 2021, en los siguientes aspectos: 1. Consecuencias derivadas de la materialización de riesgos de corrupción. Responsabilidades: fiscales, disciplinarias y penales. 2. Responsabilidades de las tres líneas de defensa, Resolución 090 de 2020."</p> <p>Líder de Planeación en correo enviado el 24 de junio de 2021 con respuesta a solicitud de información, indicó:</p> <p>Se va a realizar sensibilización del tema en el proceso de reinducción institucional, esta proyectado realizar para el segundo semestre de 2021.</p> <p>Por tanto, la acción continúa abierta.</p>
<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>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 de 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.</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>	<p>Capacitación y campañas a los líderes de los procesos en la obligatoriedad en el cumplimiento y actualización de las disposiciones legales.</p>	<p>Mayo 28 de 2021</p>	<p>Consulta y rastreo</p>	<p>Evidencia 2- Presentación Reinducción 2020</p> <p>Evidencia 2- Presentación Reinducción</p> <p>Evidencia 2- Reinducción 2020</p>	<p>No se cuenta con evidencias que permitan determinar análisis realizado para definir acciones que propendan por evitar la materialización del riesgo de incumplimiento.</p> <p>En informe suministrado por la Secretaría General al seguimiento de los planes de mejoramiento para junio de 2021, se plantea:</p> <p>"realizar sensibilización a los líderes de los procesos en junio de 2021, en los siguientes aspectos: 1. Consecuencias derivadas de la materialización de riesgos de corrupción. Responsabilidades: fiscales, disciplinarias y penales. 2. Responsabilidades de las tres líneas de defensa, Resolución 090 de 2020."</p> <p>Líder de Planeación en correo de respuesta a solicitud de información enviado el 24 de junio de 2021:</p> <p>Se va a realizar sensibilización del tema en el proceso de reinducción institucional, esta proyectado realizar para el segundo semestre de 2021.</p>	<p>La fecha de obtención de resultados es noviembre de 2021, por tanto, la misma, se encuentra dentro de los términos.</p> <p>No obstante, esta acción es de auditoría realizada en la vigencia 2019 y en la vigencia 2020, desde la Dirección de Control Interno, se presentaron informes de auditoría donde se determinó la materialización del riesgo de incumplimiento, por lo que la acción propuesta no ha sido efectiva.</p> <p>Se cuenta con evidencia de invitación a reinducción para octubre de 2020 y se tiene evidencia de presentaciones para la reinducción.</p> <p>Líder de Planeación en correo enviado el 24 de junio de 2021 con respuesta a solicitud de información, indicó:</p> <p>Se va a realizar sensibilización del tema en el proceso de reinducción institucional, esta proyectado realizar para el segundo semestre de 2021.</p> <p>Las actividades contempladas en el plan de mejoramiento, están programadas para terminar en el segundo semestre de 2021.</p> <p>Por tanto, la acción continúa abierta.</p>

ANEXO No. 3
ACCIONES ABIERTAS
VIGENCIA 2020

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
<p>Deficiencias en las responsabilidades que tienen a cargo la primera y segunda líneas de defensa.</p> <p>Considerando lo establecido en manual operativo del sistema de gestión – MIPG, adoptado a través del "ARTÍCULO 2.2.22.3.5 del Decreto 1499 de 2017.</p> <p>1ª línea de defensa (...) son responsables de implementar acciones correctivas, igualmente detecta las deficiencias de control. La gestión operacional se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, ejecutar procedimientos de riesgo y el control sobre una base día a día. La gestión operacional identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos.</p> <p>2ª línea de defensa La administración de riesgos y funciones de cumplimiento. El control y la gestión de riesgos, las funciones de cumplimiento, seguridad, calidad y otras similares supervisan la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces por parte de la gerencia operativa, y ayudan a los responsables de riesgos a distribuir la información adecuada sobre riesgos hacia arriba y hacia abajo en la entidad.</p> <p>Lo anterior considerando que:</p> <p>Se evidenció inexactitud en la información reportada por los procesos de Gestión del Talento Humano, Gestión Legal y Extensión y Proyección Social, como se detalla a continuación: mirar anexo 2.</p>	<p>Se llevará a cabo una rendición de la información contractual la cual será ingresada a las diferentes bases de datos que así lo requiera de manera oportuna por un profesional jurídico, esta información se verificará previamente por otro profesional de la misma área, con la finalidad de corroborar que la información tenga concordancia con los documentos contractuales y que la misma sea completa, confiable y veraz.</p>	Junio 29 del 2021	Consulta, Observación	soportes los cortes de cada mes con el oficio remisario (diciembre del 2020 y febrero del 2021).	No se realiza requerimiento de información adicional	<p>La acción no fue efectiva considerando que en la información correspondiente a la vigencia 2020, que se verificó por parte de la Dirección de Control Interno, previo a rendir el informe a la Contraloría General de la República, se identificaron inconsistencias que debieron ser revisadas y corregidas por el responsable del proceso.</p> <p>Con la información suministrada y evaluada en marzo, la acción queda abierta.</p>
<p>Materialización de riesgos</p> <p>Deficiencias en la primera y segunda líneas de defensa de la Institución, considerando que tal como lo establece el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 3 de 2019:</p> <p>Aspectos clave para el Sistema de Control Interno SCI a tener en cuenta por parte de la 1ª Línea:</p> <p>(...)</p> <p>• La identificación de riesgos y el establecimiento de controles, así como su seguimiento, acorde con el diseño de dichos controles, evitando la materialización de los riesgos</p> <p>Los aspectos clave para el Sistema de Control Interno SCI a tener en cuenta por parte de la 2ª Línea son:</p> <p>• Aseguramiento de que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente, supervisan la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces.</p> <p>Lo antes expuesto considerando que en la vigencia 2019, se materializó el riesgo de incumplimiento y el riesgo de inexactitud en la información fue potencial de materializarse.</p> <p>En la vigencia actual, en las situaciones identificadas, se evidenció inexactitud en la información.</p> <p>Por tanto, se determina incumplimiento de la Ley 87 de 1993, artículo 2º Objetivos del Sistema 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>Lo anterior permite determinar la materialización de un riesgo como el de "incumplimiento", 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 aspectos.</p>	<p>Se efectuará un control periódico por un profesional jurídico de la información establecida en los documentos contractuales y la ingresada en las bases de datos, con el objetivo de verificar que hay concordancia entre las mismas y que la información sea exacta, completa y veraz.</p>	Junio 29 del 2021	Consulta, Observación	Soportes de algunos correos emitidos.	No se realiza requerimiento de información adicional	<p>La acción no fue efectiva considerando que en la información correspondiente a la vigencia 2020, que se verificó por parte de la Dirección de Control Interno, previo a rendir el informe a la Contraloría General de la República, se identificaron inconsistencias que debieron ser revisadas y corregidas por el responsable del proceso.</p> <p>Con la información suministrada y evaluada en marzo, la acción queda abierta.</p>
<p>Seguimiento plan de mejoramiento</p> <p>En el seguimiento realizado a las acciones propuestas por los procesos Extensión y Proyección Social, Gestión Legal y Gestión del Talento Humano, como resultado de la auditoría personal y costos, vigencia 2018 por parte de la Dirección de Control Interno, se determina: ver tabla 10</p>	<p>Se realizará por parte de un profesional jurídico un control de los datos de los documentos contractuales que se envían para la respectiva publicación en el SECOP y en Gestión Transparente, en concordancia con ello se extraerá la información para requerida ingresar los datos al Sistema de Información Contracta de forma oportuna, lo anterior se hará previo a una verificación por otro profesional de la misma área de la información, lo anterior con el fin de que los datos ingresados en Contratta guarde concordancia con los documentos contractuales publicados en el SECOP y en Gestión Transparente.</p>	Junio 29 del 2021	Consulta, Observación	Soportes de algunos correos emitidos.	No se realiza requerimiento de información adicional	<p>La acción no fue efectiva considerando que en la información correspondiente a la vigencia 2020, que se verificó por parte de la Dirección de Control Interno, previo a rendir el informe a la Contraloría General de la República, se identificaron inconsistencias que debieron ser revisadas y corregidas por el responsable del proceso.</p> <p>Con la información suministrada y evaluada en marzo, la acción queda abierta.</p>

Seguimiento al plan de mejoramiento de Talento Humano Vigencia 2020

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Respuesta 15/7/21 Talento Humano
Deficiencias en las responsabilidades que tienen a cargo la primera y segunda líneas de defensa, considerando que: se evidenció inexactitud en la información reportada por los procesos de gestión del talento humano, gestión legal y extensión y proyección social.	<p>La información se validará previamente por parte de la coordinación del área antes de ser entregada, estableciendo los controles necesarios para el proceso.</p> <p><input type="checkbox"/> Solicitar a los encargados de generar la información que una vez la tengan lista la pasen a la coordinación para la validación.</p> <p><input type="checkbox"/> Se comparará la información entregada con la información del sistema, esta última se generará nuevamente desde en la revisión.</p> <p><input type="checkbox"/> A fin de llevar un mejor control, se realizará el mismo ejercicio en el mes de julio.</p>	Junio 29 del 2021	Consulta, Observación	correo electrónico enviado desde la contratista de TH al líder del proceso, adjuntando el formato de personal y costos.	No se realiza de requerimiento de información adicional	<p>La acción no fue efectiva considerando que en la información correspondiente a la vigencias 2020, que se verificó por parte de la Dirección de Control Interno, previo a rendir el informe a la Contraloría General de la República, se identificaron inconsistencias que debieron ser revisadas y corregidas por el responsable del proceso.</p> <p>Con la información suministrada, la acción queda abierta.</p>	Se reforzara la acción propuesta de verificar la información por segunda vez con otro de los auxiliares con mas detalle. Para lo cual se dejara evidencia en los correos electrónicos.
Deficiencias en la primera y segunda líneas de defensa de la Institución, considerando que en la vigencia 2019, se materializo el riesgo de incumplimiento y el riesgo de inexactitud en la información fue potencial de materializarse. En la vigencia actual, en las situaciones identificadas, se evidenció inexactitud de la información.	<p>Se establecerán los controles necesarios a fin de evitar la masterización de riesgos.</p> <p><input type="checkbox"/> Desconozco a que se refiere cuando en el informe se dice "En la vigencia actual, en las situaciones identificadas, se evidenció inexactitud de la información."</p> <p>Sin embargo, los encargados del manejo de la información y la coordinación del área, haremos un corte y validación de la información en el mes de julio con corte al mes de junio para garantizar la veracidad de la información.</p>	Junio 29 del 2021	Consulta, Observación	correo electrónico enviado desde la contratista de TH al líder del proceso, adjuntando el formato de personal y costos	No se realiza de requerimiento de información adicional	<p>La acción no fue efectiva considerando que en la información correspondiente a la vigencias 2020, que se verificó por parte de la Dirección de Control Interno, previo a rendir el informe a la Contraloría General de la República, se identificaron inconsistencias que debieron ser revisadas y corregidas por el responsable del proceso.</p> <p>Con la información suministrada, la acción queda abierta.</p>	
Seguimiento plan de mejoramiento La acción propuesta por parte del proceso Gestión del Talento Humano, debe proponer por evitar errores en la información que se genera desde el proceso, no obstante en las verificaciones realizadas, se identificaron situaciones irregulares que fue necesario se revisaran y corrigieran por parte del proceso, se determino una eficacia del 0% en el plan de mejoramiento.	<p>La información se validará previamente por parte de la coordinación del área antes de ser entregada, estableciendo los controles necesarios para el proceso.</p> <p><input type="checkbox"/> Solicitar a los encargados de generar la información que una vez la tengan lista la pasen a la coordinación para la validación.</p> <p><input type="checkbox"/> Se comparará la información entregada con la información del sistema, esta última se generará nuevamente desde en la revisión.</p> <p><input type="checkbox"/> A fin de llevar un mejor control, se realizará el mismo ejercicio en el mes de julio.</p>	Junio 29 del 2021	Consulta, Observación	correo electrónico enviado desde la contratista de TH al líder del proceso, adjuntando el formato de personal y costos	No se realiza de requerimiento de información adicional	<p>La acción no fue efectiva considerando que en la información correspondiente a la vigencias 2020, que se verificó por parte de la Dirección de Control Interno, previo a rendir el informe a la Contraloría General de la República, se identificaron inconsistencias que debieron ser revisadas y corregidas por el responsable del proceso.</p> <p>Con la información suministrada, la acción queda abierta.</p>	

Seguimiento al plan de mejoramiento de Tecnología e Informática Vigencia 2020

N.º de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
1 con 3 acciones	Se evidenciaron deficiencia en el control del inventario de equipos de cómputo, durante la verificación física de la auditoría, incumpliendo así la ley 87 de 1993 y el acuerdo # 12 del 30 de septiembre de 2020	Implementar acciones para socializar a todas las áreas el Acuerdo No.012-2019, específicamente lo establecido para el préstamo, traslado y retiro de bienes institucionales: 1 pieza por pagina web , 1 correo masivo en cada semestre. Documentario en los inventarios realizados en cada área, realizar chequeo aleatorio a los inventarios ejecutados cada semestre. socialización específica con todos los integrantes de TI e infraestructura dejando 1 acta como constancia en el tercer trimestre Actualización base de datos de equipos de computo del área de tecnología de manera trimestral	14/04/2021	Consulta, revisión de comprobantes	Memorando notificación de entrega de inventario 2020, Acta de entrega de inventario de consumo y/o devolutivo	No se realiza requerimiento de información adicional.	Acción 1: La acción no es eficaz . Considerando que no se cuenta con evidencias que permitan determinar el cumplimiento de la acción, a 30/12/2020 fecha de obtención de resultados de la acción propuesta. Acción 2: La acción fue parcialmente eficaz , considerando que se documento el acuerdo No. 12 de 2019 en los inventarios realizados en cada área, pero no se cuenta con evidencia de chequeo aleatorio a los inventarios, cada semestre, a 30/12/2020 fecha de obtención de resultados de la acción propuesta. Soporte: Memorando notificación de entrega de inventario 2020, Acta de entrega de inventario de consumo y/o devolutivo. Acción 3: La acción no fue eficaz . Considerando que no se cuenta con evidencias que permitan determinar el cumplimiento de la acción, a 30/12/2020 fecha de obtención de resultados de la acción propuesta. Acción 4: La acción no fue eficaz . Considerando que no se cuenta con evidencias que permitan determinar el cumplimiento de la acción, a 30/12/2020 fecha de obtención de resultados de la acción propuesta. Las acciones se encuentran en estado abiertas.
2	No se halló evidencia que permita determinar que licencias se encuentran instaladas en cada equipo de cómputo, incumpliendo con ello el acuerdo # 12 del 30 de septiembre de 2020	Implementar un sistema de información o aplicativo en los cuales se pueda llevar control de licencias y hardware instalado en equipos de cómputo.	14/04/2021	Consulta	N/A	No se realiza requerimiento de información adicional.	La acción no es eficaz ya que el aplicativo se encuentra en construcción y aún no esta implementado. a 31/03/2021 fecha de obtención de resultados de la acción propuesta. La acción se encuentra en estado abierta.
3	Deficiencias en la aplicación de la resolución 296 del 16 de noviembre de 2018, ya que los equipos de cómputo con placas 13957 y 17521 permiten descargar programas freeware (software libre) sin ninguna restricción	Revisión de políticas en perfiles de usuarios. Realizar chequeo aleatorio cada tres meses con un muestreo del sobre el total de pc en la Institución.	14/04/2021	Consulta	N/A	No se realiza requerimiento de información adicional.	La acción no es eficaz ya que no se cuenta con evidencias de la revisión trimestral. A 30/11/2020 fecha de obtención de resultados de la acción propuesta. La acción se encuentra en estado abierta.
4	Se evidenció una eficacia de tan solo un 33% en la implementación de las acciones propuestas en el plan de mejoramiento suscrito como resultado de la auditoría realizada en la vigencia 2019, situación que permite determinar incumplimiento a las responsabilidades que tienen frente a los planes de mejoramiento la primera y segunda línea de defensa al interior de la Institución	TI: Realizar seguimiento de manera trimestral sobre las acciones presentadas para plan de mejoramiento. Dejar constancia mediante acta de reunión. Vicerrectoría: Monitorear la operación de las acciones de mejora propuestas por parte de los auditados y verificar su eficacia y en caso de encontrar deficiencias fortalecer o modificar en la acción	14/04/2021	Consulta y revisión de comprobantes	Planes de mejoramiento Informe seguimiento de Planes de mejoramiento	No se realiza requerimiento de información adicional.	La acción no es eficaz ya que no se cuenta con evidencias del seguimiento trimestral. A 30/11/2020 fecha de obtención de resultados de la acción propuesta. La acción se encuentra en estado abierta.

Seguimiento al plan de mejoramiento de Extensión Académica y Proyección Social Vigencia 2020

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
Fecha de finalización efectiva: No coincide la fecha de finalización efectiva registrada en el formato de personal y costos versus lo observado en la adición del contrato	Continuar con el análisis al momento de ingresar los datos al Sistema de Información Contratta, que se encuentren exactamente igual a los documentos contractuales que se crean en la plataforma de SECOP II, SECOP I y Gestión Transparente. Realizar validaciones de información en el proceso de manera mensual y al momento de generar el informe de personal y costos.	Junio 29 del 2021	Consulta, Observación	Resultados revisión carpetas. Reunión Informe de resultados sobre revisión interna de carpetas Extensión 20 nov	No se realiza de requerimiento de información adicional	La acción fue efectiva, no obstante, se debe fortalecer por parte de los responsables del proceso para continuar minimizando la posibilidad de error en la información que se genera. Con la información suministrada, la acción queda abierta .
1. Deficiencias en las responsabilidades que tienen a cargo la primera y segunda líneas de defensa. Considerando lo establecido en manual operativo del sistema de gestión – MIPG, adoptado a través del "ARTÍCULO 2.2.22.3.5 del Decreto 1499 de 2017. 1ª línea de defensa (...) son responsables de implementar acciones correctivas, igualmente detecta las deficiencias de control. La gestión operacional 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. 2ª línea de defensa La administración de riesgos y funciones de cumplimiento. El control y la gestión de riesgos, las funciones de cumplimiento, seguridad, calidad y otras similares supervisan la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces por parte de la gerencia operativa, y ayudan a los responsables de riesgos a distribuir la información adecuada sobre riesgos hacia arriba y hacia abajo en la entidad. Lo anterior considerando que: Se evidenció inexactitud en la información reportada por los procesos de Gestión del Talento Humano Gestión Legal y Extensión y Proyección Social, como se detalla a continuación: Tabla 8. Situaciones Identificadas Extensión y Proyección Social: 040-COV-1906-177-007: En el objeto del contrato, está mal escrita la palabra aunar. 76057-264-2019: Falta segundo nombre, de acuerdo al RUT. 10302-05-2019: En el objeto del contrato físico, dice servicios profesionales, esta palabra no se especifica en este formato. Además en contrato físico dice después del número del convenio interadministrativo 4600010302 de 2019 "denominado". Le sobra "cuyo objeto es" (...). 9208-009-2019: Diferencias con relación al objeto descrito en el documento físico. El CONTRATISTA de manera independiente, es decir, sin que exista subordinación de índole laboral, se obliga a prestar sus servicios profesionales como Enlaces Territoriales - Antioquia Joven para ejecutar actividades en el marco del contrato interadministrativo No. 4600009208 de 2019 denominado "BRINDAR APOYO PARA LA REALIZACIÓN DE ACCIONES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS QUE PERMITAN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE JUVENTUD Y EL PROGRAMA DE FAMILIAS EN CONVIVENCIA". 78749-1207-2019. En el objeto del contrato físico, tiene diferente una palabra, como se detalla a continuación "El contratista de manera independiente, es decir, sin que exista subordinación de índole laboral, se obliga a prestar servicios para apoyar los programas y proyectos de la Secretaría de Educación, para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas en el contrato interadministrativo 4600078749 de 2019, celebrado entre el Municipio de Medellín-Secretaría de Educación y la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, según propuesta presentada por la Institución, la cual hace parte integral de dicho contrato."	Continuar con el análisis al momento de ingresar los datos al Sistema de Información Contratta, que se encuentren exactamente igual a los documentos contractuales que se envían para la publicación en el SECOP y Gestión Transparente	Junio 29 del 2021	Consulta, Observación	Resultados revisión carpetas. Reunión Informe de resultados sobre revisión interna de carpetas Extensión 20 nov	No se realiza de requerimiento de información adicional	La acción fue efectiva, no obstante, se debe fortalecer por parte de los responsables del proceso para continuar minimizando la posibilidad de error en la información que se genera. Con la información suministrada, la acción queda abierta .
La evaluación del punto de control dispuesto por la Institución para evitar la materialización del riesgo de inexactitud de la información, dio como resultado que cumple de forma fuerte, es decir, en un rango de calificación que oscila entre 96-100, da cuenta que el control se ejecuta de manera consistente por parte del responsable	No es necesario realizar acción de mejoramiento, se continúa con la acción implementada desde hace varias vigencias	Junio 29 del 2021				No se propone acción por lo tanto no se mide ni su cumplimiento ni su efectividad, ya que es un hallazgo positivo.

Seguimiento al plan de mejoramiento de Vicerrectoría Administrativa y Financiera CIC Vigencia 2020

N.º de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
6	<p>Se estableció en seguimiento realizado al plan de mejoramiento que suscribió la Institución, como resultado de la auditoría que se llevó a cabo por parte de la Dirección de Control Interno, al sistema de control interno contable vigencia 2018, lo siguiente:</p> <p>Se precisa que, para 11 hallazgos que se identificaron en la auditoría al sistema de control interno contable vigencia 2018, la Institución propuso acciones para 8 de ellos.</p> <p>Es importante se consideren los hallazgos para los que no se formularon acciones en el plan de mejoramiento correspondiente a la auditoría vigencia 2018, y se establezcan e implementen las mismas a fin de seguir fortaleciendo el sistema de control interno contable.</p> <p>Eficacia plan de mejoramiento sistema control interno contable vigencia 2019, 73%.</p>	<p>Dar estricto cumplimiento al procedimiento, seguimiento al plan de mejoramiento GF-PR-022.</p>	<p>12/02/2021</p>	<p>Consulta y revisión de comprobantes</p>	<p>Planes de mejoramiento Informe seguimiento de Planes de mejoramiento</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional.</p>	<p>La acción no fue eficaz, considerando que en la auditoría legal que se llevo a cabo al Sistema de Control Interno Contable, vigencia 2019, no se estableció acción para uno de los hallazgos. Adicionalmente, en la auditoría legal que se realizó a planes de mejoramiento internos y externos, primer semestre de la vigencia 2020, como recomendación se estableció: "Es pertinente revisar el procedimiento que se tiene dispuesto por parte de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera "Seguimiento a planes de mejoramiento", GF-PR-022, versión 0, del 13 de junio de 2019, el cual podría adoptarse institucionalmente. Importante por supuesto, revisar la actividad que precisa "Con la información enviada por correo electrónico de los hallazgos y las observaciones los responsables deben levantar una acción de mejora pertinente y eficaz o en su lugar debe fundamentar porque no es procedente realizar acción de mejora."[1], considerando que todos los hallazgos que se evidencian en una auditoría, requieren de la formulación e implementación de acciones, para evitar que la situación observada se vuelva recurrente." [1] http://solucion.colmayor.edu.co/?solucion4/BancoConocimiento/UCMA/9/9506c47e82e146e898986cd6e8aec972/9506c47e82e146e898986cd6e8aec972.asp?IdArticulo=23674</p>

Seguimiento al plan de mejoramiento de Vicerrectoría Administrativa y Financiera Austeridad del Gasto trimestre IV del 2019 Vigencia 2020

N.º del hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
1	<p>8.1.1. Deficiencias en la aplicación del Decreto 1499 de 2017 y la Ley 87 de 1.993</p> <p>Se observó incumplimiento en la aplicación de la ley 87 de 1993, según lo estipulado en su artículo 4, literal g):</p> <p>"g) Aplicación de las recomendaciones resultantes de las evaluaciones del control interno".</p> <p>Se evidenció, además, deficiencias en las responsabilidades que tienen la 1ª y 2ª línea de defensa, determinadas en el Decreto 1499 de 2017, que señala en el manual operativo del modelo integrado de planeación y gestión – MIPG, versión 3 de 2019.</p> <p>- "La identificación de riesgos y el establecimiento de controles, así como su seguimiento, acorde con el diseño de dichos controles, evitando la materialización de los riesgos.</p> <p>-La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados.</p> <p>- Aseguramiento de que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente, supervisan la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces.</p> <p>- Consolidación y análisis de información sobre temas claves para la entidad, base para la toma de decisiones y de las acciones preventivas necesarias para evitar materializaciones de riesgos".</p> <p>Lo anterior, debido a que al verificar la ejecución presupuestal del rubro Materiales y suministro del trimestre IV de 2019, se evidenció que es recurrente el pago de alimentación para eventos institucionales y la celebración de contrato de menor cuantía con este objeto.</p> <p>Teniendo en cuenta que en la información soporte del rubro, que la Institución suscribió contrato de menor cuantía No. 038 de 2019, con el señor Luis Fernando Valencia Castañeda, con Ni. 71742615-1; el cual tiene por objeto: "Adquirir a título de suministro refrigerios y comidas, para la debida atención de las actividades enmarcadas dentro del plan de desarrollo institucional, como capacitaciones y reuniones de la Alta Dirección, etc.; de acuerdo a las necesidades presentadas por las diferentes áreas administrativas y académicas." Adicionalmente, y si bien el Subproceso de Bienes y Servicios soportó la alimentación contratada con planillas de los eventos institucionales atendidos. En su totalidad no son de capacitaciones, sino que por el contrario se evidencian reuniones que normativa y funcionalmente les competen a los funcionarios o eventos institucionales.</p>	<p>Se evaluará el instructivo GF-BS-IT-003 y de ser necesario se realizarán los respectivos ajustes que garanticen, la correcta asignación de los refrigerios para los eventos que se encuentren autorizados de realizar la solicitud de alimentación</p>	<p>Diciembre de 2020</p>	<p>Rastreo</p>	<p>Plan de mejoramiento propuesto como resultado de auditoría IV trimestre de 2019.</p> <p>Archivo de Excel con seguimiento consumo llamadas</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional.</p>	<p>No se realizó ajuste al plan de mejoramiento teniendo en cuenta el análisis realizado por la Dirección de Control Interno.</p> <p>No obstante, para la acción propuesta No. 3, se cuenta con archivo en Excel con seguimiento realizado</p>
	<p>Seguimiento a planes de mejoramiento vigencia 2019</p> <p>Considerando lo que determina el Manual operativo del modelo integrado de planeación y gestión, versión 3, de diciembre de 2019, expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP):</p> <p>"La evaluación continua o autoevaluación lleva a cabo el monitoreo a la operación de la entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros. (...)</p> <p>Evidenciando así deficiencias en la segunda línea de defensa en lo que corresponde a los aspectos claves para el Sistema de Control Interno por parte de esta, así:</p> <p>"Asesoría a la 1ª línea de defensa en temas claves para el sistema de control interno: (...) ii) planes de mejoramiento".</p>	<p>Retomar de forma periódica la conciliación del consumo de llamadas como lo estipula la acción de mejora del plan de mejoramiento de la auditoría legal de austeridad del gasto I trimestre, dicha conciliación puede soportar el análisis de desviación del consumo de llamadas . Adicionalmente, se realizará seguimiento estricto a las acciones de mejora propuestas en los planes de mejoramiento.</p>					

Seguimiento al plan de mejoramiento de Planeación Institucional - MECI Vigencia 2020

N.º de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
2 y 22	<p>Dimensión Talento Humano</p> <p>Se observaron deficiencias en los controles dispuestos por la Institución para garantizar efectividad en las acciones que se establecen con el propósito de potenciar competencias en los funcionarios que están a su servicio.</p> <p>Dicha situación se evidenció en la baja asistencia a capacitaciones y/o talleres que se refieren a continuación y a las que convocó la Institución durante el periodo auditado, a saber:</p> <p>Capacitación supervisión bajo los parámetros de la Resolución No. 329 de 2013 – entre agosto 12 y septiembre 6 de 2019.</p> <p>Lo antes expuesto permite evidenciar el incumplimiento a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2 objetivos del sistema de control interno, que determina:</p> <p>a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten;</p> <p>b) Garantizar la eficacia, la eficiencia 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;</p> <p>c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;</p> <p>d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;</p> <p>(...)</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>g) Garantizar que el sistema de control interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación;</p> <p>Se presenta además, un incumplimiento al Decreto 1499 de 2017, que en el manual operativo del sistema de gestión MIPG, versión 2 de 2018, precisa para la dimensión de control interno, componente actividades de monitoreo y supervisión continúa:</p> <p>3. Se observaron deficiencias en los controles dispuestos por la Institución para garantizar efectividad en las acciones que se establecen con el propósito de potenciar competencias en los funcionarios que están a su servicio.</p> <p>Dicha situación se evidenció en la baja asistencia a capacitaciones y/o talleres que se refieren a continuación y a las que convocó la Institución durante el periodo auditado.</p> <p>Lo antes expuesto permite evidenciar el incumplimiento a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2 objetivos del sistema de control interno, que determina:</p> <p>a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten;</p> <p>b) Garantizar la eficacia, la eficiencia 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;</p> <p>c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;</p> <p>d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;</p> <p>(...)</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>g) Garantizar que el sistema de control interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación;</p> <p>Se presenta además, un incumplimiento al Decreto 1499 de 2017, que en el manual operativo del sistema de gestión MIPG, versión 2 de 2018, precisa para la dimensión de control interno, componente actividades de monitoreo y supervisión continúa:</p> <p>En ese orden de ideas se busca que cada líder de proceso, con su equipo de trabajo, verifique el desarrollo y cumplimiento de sus acciones, que contribuirán al cumplimiento de los objetivos institucionales. Se convierte, entonces, la autoevaluación en el mecanismo de verificación y evaluación, que le permite a la entidad medirse a sí misma, al proveer la información necesaria para establecer si ésta funciona efectivamente o si existen desviaciones en su operación, que afecten su propósito fundamental</p>	<p>1. Estipular dentro de los contratos de prestación de servicios la obligación de asistir a reuniones convocadas y socializaciones que la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia considere relevante, previa comunicación por los diferentes medios institucionales</p> <p>2. Implementar mediante los diferentes medios de comunicación eficaces –correo institucional, flash institucional, entre otros–, la información sobre las capacitaciones y socializaciones sobre temas de relevancia institucional al personal de planta administrativa, contratista y personal docente, dejando trazabilidad de los controles.</p> <p>3. Hacer control sobre la concurrencia a las reuniones convocadas y, socializaciones, sobre temas de relevancia institucional al personal de planta administrativa, contratista y personal docente, dejando trazabilidad de los controles.</p> <p>1. Estipular dentro de los contratos de prestación de servicios la obligación de asistir a reuniones convocadas y socializaciones que la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia considere relevante, previa comunicación por los diferentes medios institucionales.</p> <p>2. Implementar mediante los diferentes medios de comunicación eficaces –correo institucional, flash institucional, entre otros–, la información sobre las capacitaciones y socializaciones sobre temas de relevancia institucional al personal de planta administrativa, y personal docente indicando que la asistencia a las capacitaciones es obligatoria.</p> <p>3. Hacer control sobre la concurrencia a las reuniones convocadas y, socializaciones, sobre temas de relevancia institucional al personal de planta administrativa, contratista y personal docente, dejando trazabilidad de los controles.</p>	Marzo de 2021	Rastreo	Información recibida en Correo Institucional	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>15 de marzo de 2021:</p> <p>No se ajustó la acción propuesta.</p> <p>Acción 1. No se cuenta con soporte de implementación de la acción propuesta.</p> <p>Acción 3. No se cuenta con soporte de implementación de la acción propuesta.</p> <p>Acción 2. Se evidenció a través de correo Institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> * 17 de marzo de 2020, participa de la Jornada de rendición de cuentas 2019, virtual. * 17 de marzo de 2020, conoce las herramientas digitales que puede utilizar para la contingencia Covid-19. * 18 de marzo de 2020, familiarizate con la digitalización de contenidos. * 27 de marzo de 2020, "nos unimos con el Ministerio de Educación Nacional (MEN) para coordinar Estrategias TIC." * 30 de marzo, Resolución 26 de 2020, por la cual se declara urgencia manifiesta. * 31 de marzo, nuevas directrices académicas sobre accesibilidad a internet y tenencia de computador - consejo académico. * 9 de abril de 2020, procedimientos de vicerrectoría administrativa y financiera en periodo de aislamiento. * 23 de abril de 2020, comunicados de Rectoría y Vicerrectoría Administrativa, sobre medidas de bioseguridad obligatorias y aportes pensión e impuesto solidario Covid-19. * 27 de abril circular del Archivo General de la Nación, referente a directrices con la documentación durante esta contingencia. * 4 de mayo de 2020, comunicado impuesto solidario contratistas. * 7 de mayo de 2020, memorando declaración juramentada. * 14 de mayo de 2020, Resolución 090 de 2020, por la cual se establecen líneas de defensa. * 20, 22 y 28 de mayo, 3 de junio de 2020, entre otras fechas, Invitación construcción Plan de Desarrollo. * 11 de junio de 2020, cambios que transforman, universidades que rompen esquemas. * 17 de junio de 2020, procedimiento Vicerrectoría Administrativa y Financiera en periodo de contingencia * 13 de agosto de 2020, "Estamos orgullosos de recibir nuestra primera acreditación Institucional de Alta Calidad" * 31 de agosto de 2020, La academia en la cuarta revolución industrial. * 1 de septiembre de 2020, medidas de aislamiento en la LU COLMAYOR. * 3 de septiembre de 2020, boletín semestral de Control Interno. * 17 de septiembre de 2020, Aclaración del comunicado sobre suspensión de actividades para laboratorios. * 22 de octubre de 2020, invitación a reinducción virtual * 5 de noviembre de 2020, Invitación a realizar curso virtual del modelo integrado de Planeación y gestión MIPG. * 12 de noviembre de 2020, Conoce los nuevos modelos de la U, Modelo de Cultura Organizacional y Modelo de Liderazgo Transformacional * 12 de noviembre de 2020, renovación acreditación programa administración empresas turística. * 17 de noviembre de 2020, Conoce los procedimientos de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera, para cierre de año. * 30 de noviembre, Conoce el Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno de la I.U. Colmayo
7	<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-legales/</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, con el fin de evitar la materialización de riesgos.</p>	Marzo de 2021	Rastreo	<p>Informes de auditoría PQRSFD semestre II de 2020.</p> <p>Acta Comité Institucional Coordinador de Control Interno</p>	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>15 de marzo de 2021:</p> <p>No se ajustó la acción propuesta.</p> <ul style="list-style-type: none"> * En informe de PQRSDF, semestre II de 2020, se identificó oportunidad en los términos para dar respuesta a los peticionarios y cumplimiento en la pertinencia de las respuestas brindadas a las PQRSDF, pero también se identificaron deficiencias en la implementación de política de servicio al ciudadano y deficiencias en la adecuada gestión de la información y comunicación interna. * En Comité Institucional Coordinador de Control Interno de diciembre de 2020, Líder del proceso gestión de comunicaciones realizó presentación informativa sobre las PQRS; no se tomaron decisión con relación a esta información.

Seguimiento al plan de mejoramiento de Planeación Institucional - ASCI Vigencia 2020

Seguimiento plan de mejoramiento ASCI, semestre I de 2020.							
N.º del hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL							
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.					<p>Enero 23 de 2021:</p> <p>No se aportó evidencia por parte de la Institución que permita determinar la formulación del plan estratégico de talento humano, instrumento en el que se deben definir los lineamientos a seguir por la Entidad y 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.</p>
EVALUACION DE RIESGOS							
2	Es menester definir cursos de acción cuando se materialicen 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.	Enero de 2021	Rastreo	Informe de gestión de riesgos Comité de Gestión y Desempeño	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>Enero 23 de 2021:</p> <p>Con relación a definir cursos de acción cuando se materialicen riesgos al interior de la Institución, es una acción.</p> <p>Pendiente por evaluar para la auditoría avance del sistema de control interno semestre 1 del 2021.</p>

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.	Enero de 2021	Rastreo	Actas de reunión del de Gestión y Desempeño	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>Enero 23 de 2021:</p> <p>Al verificar las actas de reunión del Comité de Gestión y Desempeño entre junio y diciembre de 2020, se evidenció que en el orden del día tratado en cada una de las reuniones no se consideró el tema de los riesgos estratégicos para aprobación de esta instancia.</p> <p>Evidencias actas de reunión del de Gestión y Desempeño entre junio y diciembre de 2020.</p>
ACTIVIDADES DE CONTROL							
1	No se han identificado ni documentado situaciones específicas, que permitan determinar la imposibilidad de segregar adecuadamente las funciones, situación que se constituye en un factor de alto riesgo para la Institución, contrariando lo dispuesto en lo 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.	Enero de 2021	Rastreo	Plan de Desarrollo 2020-2024	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>Enero 23 de 2021:</p> <p>El Plan de Desarrollo 2020 - 2024, en la línea estratégica 7, precisa en uno de sus objetivos específicos: "gestionar la modernización administrativa de la Institución como Entidad pública en consonancia con las dinámicas actuales de la educación superior y las propias realidades de su entorno."</p> <p>Por tanto, dentro del Plan de Desarrollo, se establece un indicador de resultado denominado "modernización administrativa gestionada", donde se señala para la vigencia 2020 un avance del 10%, para la vigencia 2021 un avance del 50% y para el 2022 el 100%.</p>
		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 reunían 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					

3	<p>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".</p>	<p>Socialización responsabilidades líneas de defensa. PENDIENTE ACLARAR.</p>	<p>Enero de 2021</p>	<p>Rastreo</p>	<p>Correo electrónico invitación reinducción</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional.</p>	<p>En la reinducción que se llevó a cabo en el mes de octubre de 2020, se socializó la resolución No.090 de 2020.</p> <p>Evidencia correo electrónico a través del cual se invitó a socialización. (solicitar a Planeación lista de asistencia y material académico).</p> <p>No obstante, como bien se planteó en el análisis que se realizó a la propuesta de plan de mejoramiento que presentó la Institución, la Institución debe implementar otras acciones que permitan empoderamiento de los funcionarios y contratistas de la Institución, con relación a las responsabilidades que les competen de acuerdo al modelo de líneas de defensa, por tanto, la Institución debe establecer acciones orientadas a lograr ese empoderamiento.</p>
---	--	--	----------------------	----------------	--	--	---

ANEXO No. 4

ACCIONES

CERRADAS

VIGENCIAS

ANTERIORES

Seguimiento al plan de mejoramiento de Gestión de Comunicaciones Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
<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>Mayo 28 de 2021</p> <p>Junio 15 de 2021</p>	Rastreo	<p>https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/04/CIRCULAR-PQRSFD-uy-1.pdf</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p> <p>Se envía comunicación de resultados</p>	<p>El hallazgo es positivo.</p> <p>Es importante mencionar que, los informes de auditoría a las PQRSFD vigencia 2020, permitieron determinar oportunidad en la respuesta entregadas a las mismas.</p> <p>Para la vigencia 2021, se cuenta con circular informativa, con directrices sobre respuestas a las PQRSFD.</p> <p>Se cuenta con soporte de envío de correos a líderes de proceso</p> <p>- Correo enviado el 17 de abril de 2020 a Decano facultad de arquitectura e ingeniería para implementación de acciones y reenviado el 18 de junio de 2020 para el mismo fin, en el mismo no se identifica respuesta por parte del líder.</p> <p>- Correo enviado el 11 de agosto de 2020 a decano de la facultad de ciencias sociales para implementación de acciones y reenviado el 2 de septiembre de 2020 para el mismo fin, donde se indica por parte del líder del proceso que no sabe de que se trata y propone una reunión para el día siguiente.</p> <p>- Correo enviado el 17 de abril de 2020 a Decano facultad de arquitectura e ingeniería para implementación de acciones y reenviado el 18 de junio de 2020 para el mismo fin, en el mismo no se identifica respuesta por parte del líder.</p> <p>- Correo enviado a Rector con informe de gestión realizado entre enero y mayo de 2019 e informe.</p> <p>- Correo enviado a Rector con informe de gestión realizado para 2019-2 e informe.</p> <p>- Correo enviado a Secretaría General con informe de gestión realizado para 2020-1 e informe.</p> <p>Por tanto la acción se cierra.</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-legales/</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>Mayo 28 de 2021</p> <p>Junio 15 de 2021</p> <p>Julio 23 de 2021</p>	Rastreo	<p>https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/06/informe-de-pqrsfd-julio-a-diciembre-control-interno-1.pdf</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p> <p>Se envía comunicación de resultados</p>	<p>* En el Comité Institucional Coordinador de Control Interno de diciembre de 2020, se realizó presentación por parte de la líder del proceso de comunicaciones de un resumen ejecutivo de la gestión realizada a las PQRSFD radicadas durante la vigencia 2020.</p> <p>No obstante, no se cuenta con evidencias que permitan determinar las acciones de mejora de los procesos para dar cumplimiento a la acción propuesta:</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>* En informe suministrado por la líder del proceso de comunicaciones el 8 de junio de 2021, no se evidencia memorando radicado o correo electrónico donde se indique el mismo fue entregado a la Alta Dirección.</p> <p>En respuesta enviada por líder del proceso el 24 de junio de 2021, se indica: "Se presentó el informe al comité de alta dirección: https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/06/informe-de-pqrsfd-julio-a-diciembre-control-interno-1.pdf"</p> <p>Y en correo enviado por Líder del proceso el 15 de julio a la comunicación de resultados, se indica:</p> <p>"En Comité de Control Interno realizado el jueves 15 de julio de 2021, con la Alta Dirección Institucional, la Líder de Gestión de Comunicaciones trató el tema de del informe de PQRSFD de 2020 para presentar propuestas de acciones de mejora para los procesos, se obtuvieron dos respuestas por parte de la Secretaría General y el señor Rector.</p> <p>Como evidencias para esta acción de mejoramiento se adjuntan:</p> <p>- Informe de PQRSFD 2020 radicado (Como se solicita) Con nota aclaratoria de las acciones propuestas por parte de la Secretaría General y el señor Rector. https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/07/Documento-4.pdf</p> <p>- Enlace de grabación del mismo Comité de Control Interno, donde se puede evidenciar al final, la conversación sobre el tema anteriormente mencionado. https://drive.google.com/file/d/1B1QB8m_fg3NURgE3I2uWAtK_73nXU/view</p> <p>Se precisa que el periodo a auditar es 2021-1, se observa seguimiento a las PQRSFD en el Comité Institucional Coordinador de Control Interno del 15 de julio de 2021, con información estadística.</p> <p>Por lo antes descrito, la acción se cierra.</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-legales/</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>Mayo 28 de 2021</p> <p>Junio 15 de 2021</p> <p>Julio 23 de 2021</p>	Rastreo	<p>https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/06/informe-de-pqrsfd-julio-a-diciembre-control-interno-1.pdf</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p> <p>Se envía comunicación de resultados</p>	<p>Repetida, .</p> <p>* En el Comité Institucional Coordinador de Control Interno de diciembre de 2020, se realizó presentación por parte de la líder del proceso de comunicaciones de un resumen ejecutivo de la gestión realizada a las PQRSFD radicadas durante la vigencia 2020.</p> <p>No obstante, no se cuenta con evidencias que permitan determinar las acciones de mejora de los procesos para dar cumplimiento a la acción propuesta:</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>* En informe suministrado por la líder del proceso de comunicaciones el 8 de junio de 2021, no se evidencia memorando radicado o correo electrónico donde se indique el mismo fue entregado a la Alta Dirección.</p> <p>En respuesta enviada por líder del proceso el 24 de junio de 2021, se indica: "Se presentó el informe al comité de alta dirección: https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/06/informe-de-pqrsfd-julio-a-diciembre-control-interno-1.pdf"</p> <p>Y en correo enviado por Líder del proceso el 15 de julio a la comunicación de resultados, se indica:</p> <p>"En Comité de Control Interno realizado el jueves 15 de julio de 2021, con la Alta Dirección Institucional, la Líder de Gestión de Comunicaciones trató el tema de del informe de PQRSFD de 2020 para presentar propuestas de acciones de mejora para los procesos, se obtuvieron dos respuestas por parte de la Secretaría General y el señor Rector.</p> <p>Como evidencias para esta acción de mejoramiento se adjuntan:</p> <p>- Informe de PQRSFD 2020 radicado (Como se solicita) Con nota aclaratoria de las acciones propuestas por parte de la Secretaría General y el señor Rector. https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/07/Documento-4.pdf</p> <p>- Enlace de grabación del mismo Comité de Control Interno, donde se puede evidenciar al final, la conversación sobre el tema anteriormente mencionado. https://drive.google.com/file/d/1B1QB8m_fg3NURgE3I2uWAtK_73nXU/view</p> <p>Se precisa que el periodo a auditar es 2021-1, se observa seguimiento a las PQRSFD en el Comité Institucional Coordinador de Control Interno del 15 de julio de 2021, con información estadística.</p> <p>Por lo antes descrito, la acción se cierra.</p>

Seguimiento al plan de mejoramiento de Gestión de Documental Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
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 identifico 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.	Mayo 25 del 2021	observación,	Evidencia1 ACTA COMITÉ 001 2021. Evidencia 2 Tablas de Valoración Documental. Acta No. 02 de abril del 2021 aprobación de las TVD	No se realiza requerimiento de información adicional	La acción cuenta con un cumplimiento del 100%. La efectividad de la acción es de un 100%. Con los soportes suministrados, se establece que la acción se encuentra cerrada .
<p>8.1.2 Deficiencias en los mecanismos de verificación y seguimiento</p> <p>Se evidenció que la Institución, no dispone de un mecanismo estandarizado y formalmente establecido, que garantice un seguimiento eficaz a los planes de mejoramiento, que se suscriben como resultado de las auditorías internas o externas.</p> <p>(ver tabla en el informe)</p> <p>Como se observa en la tabla anterior, la Institución no dispone de un procedimiento, manual, instructivo u otro, estandarizado y formalmente establecido, que permita efectuar un seguimiento eficaz a las acciones propuestas en los planes de mejoramiento, que se suscriben como resultado de las auditorías internas y externas.</p> <p>En el análisis realizado a diez (10) procesos institucionales, se observó que el proceso de gestión administrativa y financiera cuenta con un procedimiento "GF-PR-O22 seguimiento planes de mejoramiento", versión cero (0) del 13 de junio de 2019, que tiene como objetivo: "Realizar seguimiento a las acciones de mejora propuestas en los planes de mejoramiento de las auditorías internas y externas que apliquen a la Vicerrectoría Administrativa y Financiera." Por su parte, el proceso de gestión de extensión y proyección social, dispone de una base de datos en Excel, en la que registran todas las acciones que formulan en los planes de mejoramiento, para realizar el respectivo seguimiento.</p> <p>De lo anterior se concluye, que solo el 20% de los procesos evaluados disponen de un mecanismo, para realizar seguimiento a las acciones que se proponen en los planes de mejoramiento que se suscriben como resultado de las auditorías internas y externas.</p> <p>Lo antes expuesto, permite determinar el incumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2º objetivos del sistema de control interno:</p> <p>d. Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;</p> <p>(...)</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>g. Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación;</p> <p>Lo antes expuesto, generó para la Institución la materialización de un riesgo como el de "incumplimiento normativo", el que, a su vez, podría derivar en ineficiencias administrativas, reprocesos, sobrecostos, desacierto en la toma de decisiones e incluso investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control externos.</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.	Mayo 25 del 2021	observación,	Evidencia 3- INFORME SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	No se realiza requerimiento de información adicional	La acción y la efectividad de la misma cuenta con un cumplimiento del 100%. Con el soporte suministrado, se establece que la acción se encuentra cerrada .

Seguimiento al plan de mejoramiento de Gestión de Legal Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión III
<p>Hallazgo No. 2: Funciones del Comité</p> <p>Se observó que el comité de conciliación no está dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo cuarto de la Resolución No. 391 de 2014, dado que no se tiene evidencia que permita determinar el cumplimiento de las funciones que a continuación se relacionan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formular y ejecutar políticas de prevención del daño antijurídico 2. Diseñar las políticas generales que orientaran la defensa de los intereses de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia 3. Estudiar y evaluar los procesos que cursen o hayan cursado en contra del ente para determinar las causas generadoras de los conflictos, el índice de condenas, los tipos de daños por los cuales resulta demandado o condenado y las deficiencias en las actuaciones administrativas de la entidad, así como las deficiencias en las actuaciones procesales por parte de los apoderados con el objeto de poner correctivos 6. (...) e informar al coordinador de los agentes del ministerio público ante la jurisdicción en los contencioso administrativo las correspondientes decisiones anexando copia de la procedencia condenatoria de la prueba de su pago y señalando el fundamento de la decisión en los casos en que se decida instaurar la acción de repetición. <p>Con dicha situación también se está incumpliendo con lo dispuesto en el artículo 2.2.4.3.1.2.5, del Decreto 1069 de 2015. Soporte 1 aparte del requerimiento y soporte 4, aparte de la disposición legal.</p> <p>La condición identificada, da origen a la materialización del riesgo de "incumplimiento" lo que puede derivar en investigaciones de parte de los órganos de control, sanciones e inclusive daño al patrimonio de la Institución.</p>	<p>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</p>	<p>Junio 22 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>Acuerdo No. 003 del 25 de junio del 2021, por medio de la cual se establece la política de prevención del daño antijurídico de la IUCMA</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>Con la información suministrada, la ejecución de la acción y la efectividad de la misma quedan en un 100%, la acción se da por cerrada.</p>
<p>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 2.2.4.3.1.2.5, numeral 2 del Decreto 1069, que indican: "Verificar el cumplimiento de las decisiones adoptadas por el comité". Soporte 9, aparte de la disposición legal.</p> <p>Dicha situación podría generar la materialización del riesgo de "incumplimiento", lo cual a su vez podría derivar en investigaciones de parte de los órganos de control, sanciones, presunto daño patrimonial, pérdidas de imagen, entre otros.</p>	<p>Los seguimientos a las decisiones del Comité quedaran documentadas en las actas del comité.</p>	<p>Junio 22 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>Acuerdo No. 003 del 25 de junio del 2021, por medio de la cual se establece la política de prevención del daño antijurídico de la IUCMA</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>Con la información suministrada, la ejecución de la acción y la efectividad de la misma quedan en un 100%, la acción se da por cerrada.</p>
<p>Observación No. 2:</p> <p>No se halló evidencia del seguimiento que la Secretaría General de la Institución, la cual debe velar por el estricto cumplimiento de las disposiciones legales inherentes a la austeridad del gasto, de conformidad con el artículo 22 del decreto 1737 de 1998.</p> <p>Lo antes expuesto pone a la Institución ante la posibilidad de que se materialice un riesgo como el de cumplimiento, lo cual podría a su vez generar para la entidad, pérdidas de imagen institucional, pérdidas económicas, posibles investigaciones y/o sanciones de parte de los órganos de control, entre otros aspectos.</p>	<p>La Secretaría General realiza el control dispuesto en el artículo 22 del Decreto 1737 de 1998, cuando adelanta los procesos contractuales pertinentes en la institución, en los cuales hace el análisis de la política de austeridad antes de determinar la realización y publicación de cualquier proceso de contratación. Una vez analizada la observación, se encuentra que además de la acción de mejoramiento propuesta, se implementará desde la Secretaría General, un plan de acción, encaminado, a realizar control semestral del cumplimiento de la Política de Austeridad en el gasto público, a través de la solicitud de informes a las áreas que supervisan la ejecución de estos recursos.</p>	<p>Mayo 27 y 31 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>7-Evidencia austeridad del gasto Evidencia Austeridad del Gasto</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>Con la información suministrada, se concluye que la actividad y efectividad de la acción quedan en un 100%, es decir, la acción queda en estado cerrada.</p>
<p>Manual de supervisión e interventoría: Durante la evaluación del factor gestión contractual de la IU Colegio Mayor de Antioquia, el equipo auditor evidencio que mediante la resolución 329 del 22 d marzo de 2013, se adopta el manual de supervisión e interventoría de la institución que se encuentra referenciado en la caracterización de los procesos de "Bienes y servicios", código Gf-85-CA-001 y Gestión legal", código Gf-CA-002, como requisito interno por cumplir, pero el vínculo incluido en estos momentos reporta "código inválido", lo que impide la visualización del mencionado manual, que, dicho de paso, se encuentra desactualizado, lo que indica que no se han acogido los cambios en las directrices impartidas en materia contractual, tales como lo establecido en la "Guía para el ejercicio de las funciones de supervisión e interventoría de los contratos del Estado", publicado el 20 de octubre de 2016, y actualizado el 13 de marzo de 2018, por parte de Colombia Compra Eficiente. Esto se presenta por debilidad en los controles del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de la Institución Universitaria, que podría traer como consecuencia sanciones y erogaciones convertibles en detrimento patrimonial. Esta situación se tipifica como hallazgo administrativo.</p>	<p>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.</p>	<p>Mayo 28 y 31 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>_ 2021-02-11-Remision evidencias manual de supervisión. _ Correo solicitud de ampliación del plazo _ Observaciones Alba _ Observaciones Jovanna _ PROYECTO DE MANUAL DE SUPERVISION E INTERVENTORIA _ Solicitud de ampliación del manual de supervisión e interventoría</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>El 30 de abril del 2021, se publico en el sistema G+ el documento Resolución 106 de 2021 Manual de supervisión e interventoría de la Institución, acción cerrada.</p>
<p>7.2.1 Funciones del comité</p> <p>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 orientaran la defensa de los intereses de la entidad. (...) De igual forma, se está incumpliendo con el artículo cuarto de la Resolución interna No. 138 del 19 de junio de 2018, que precisa: 1. Formular y ejecutar políticas de prevención del daño antijurídico. 2. Diseñar las políticas generales que orientaran la defensa de los intereses de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia (...). Con la situación anterior, se materializa un riesgo como el de incumplimiento de disposiciones y requerimientos legales, lo que podría derivar en pérdidas económicas, desacuerdo en la toma de decisiones, investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control, afectación a la imagen de la Institución, entre otros aspectos.</p> <p>Con respecto a la función que establecen el artículo 2.2.4.3.1.2.5, del Decreto 1069 de 2015, y la Resolución interna No. 138 del 19 de junio de 2018, "1. Formular y ejecutar políticas de prevención del daño antijurídico.", es menester que la Institución considere el contenido de la Resolución 201950018807 de marzo 04 de 2019, proferida por la Alcaldía de Medellín, "Por medio de la cual se adopta la Defensa y Protección de lo Público y Prevención del Daño Antijurídico para el Conglomerado Municipio de Medellín".</p>	<p>de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.2.4.3.1.2.5, del Decreto 1069 de 2015, se dispuso 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</p>	<p>Junio 22 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>Acuerdo No. 003 del 25 de junio del 2021, por medio de la cual se establece la política de prevención del daño antijurídico de la IUCMA</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>Con la información suministrada, la ejecución de la acción y la efectividad de la misma quedan en un 100%, la acción se da por cerrada.</p>

Seguimiento al plan de mejoramiento de Gestión de Legal Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
<p>4. Sería importante que los indicadores se analicen de manera comparativa con períodos anteriores, con el ánimo de que se demuestre no sólo el cumplimiento sino la gestión y efectividad de las estrategias.</p>	<p>Se realizará el análisis de indicadores del periodo 2019, de manera comparativa con el periodo anterior, para la próxima medición de indicadores.</p> <p>Nueva acción: las comparaciones tendrán que aplicarse a los indicadores que se encuentran vigentes a 2020</p>	<p>Mayo 28 de 2021</p> <p>Junio 15 de 2021</p>	<p>Revisión de comprobantes, rastreo y procedimientos analíticos.</p>	<p>1. Solicitud planeación (correo electrónico enviado a Planeación para creación y/o modificación de indicadores).</p> <p>2. Análisis comparativo indicadores (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).</p> <p>3. Indicadores Graduados medición dic 2020 (GR-FI-08: Tasa de actualización de la base de datos de graduados, GR-FI-02: Número de graduados que participan en actividades de formación, GR-FI-09 : Tasa de ocupación graduados vinculados a través del servicio de intermediación laboral y nuevos indicadores Número de graduados vinculados en actividades de docencia, investigación y extensión y proyección social y Número de practicantes y graduados atendidos en orientación laboral).</p> <p>* Correo electrónico enviado a Control Interno 27 de enero de 2021.</p> <p>Otros</p> <p>* Validaciones realizadas en G+ mayo 28 de 2021.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Graduados vinculados en actividades de docencia investigación y extensión. - Número de graduados que participan en actividades de formación. - Practicantes y graduados atendidos en orientación laboral. - Tasa de actualización de la base de datos de graduados. - Tasa de ocupación graduados a través del servicio de intermediación laboral 	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p> <p>Se realiza envío de comunicación de resultados.</p>	<p>Se evidencia correo con solicitud de creación y modificación de indicadores para el proceso.</p> <p>Se cuenta con soporte de comparativo de indicadores para las vigencias 2018 - 2019 y 2020.</p> <p>Se cuenta con Evidencia 3 - Indicadores Graduados medición dic 2020, donde se evidencia análisis de comparativo de indicadores.</p> <p>Se evidencia correo enviado a calidad con información de indicadores medición 2020.</p> <p>Se cuenta con soporte Evidencia 7 - Reporte de indicadores con análisis comparativo en Isolución.</p> <p>Por lo antes descrito, se cierra la acción.</p>

Seguimiento al plan de mejoramiento de Tecnología e Informática Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
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.	Mayo 28 de 2021 Junio 15 de 2021 Julio 23 de 2021	Rastreo	Evidencia 1 Circular Almacenamiento centralizado Tecnología Evidencia 1 Lineamientos Tecnología Evidencia 1 Manual de gOOGLE dRIVE Evidencia 1 Procedimeinto Copias de Seguridad	No se realiza solicitud de información adicional	No se cuenta con evidencias que permitan determinar que se cuenta con "plan de trabajo que permitan realizar un seguimiento y control a las actividades en el marco de la auditoría de seguridad y privacidad de la información." En correo enviado por el proceso el 16 de julio de 2021 con relación a la comunicación de resultados, se adjunto: - cronograma de actividades realizadas entre 2017 y 2021 y soportes. Por tanto, la acción se cierra .

Seguimiento al plan de mejoramiento Vicerrectoría Administrativa y Financiera Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acciones propuestas	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
<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 apartes 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 desvirtúe 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 implícitamente 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 periodo de vacaciones, deberá existir un acto administrativo de delegación de funciones.</p>	<p>Mayo 31 del 2021</p>	<p>observación, inspección, confirmación</p>	<p>Resolución No. TES-01 de enero 07 de 2021, por medio de la cual se constituyen las cuentas por pagar para la vigencia 2020.</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>La acción se encuentra cerrada, considerando que cuenta con un cumplimiento del 100% y la efectividad de la acción es del 100%.</p> <p>Al realizar validación del cumplimiento de la acción propuesta, si bien no era necesaria una delegación por parte del rector a la tesorería para la constitución de las cuentas por cobrar; considerando lo dispuesto en el parágrafo del artículo 31 del Decreto No. 359 de 1995, por el cual se reglamenta la Ley 179 de 1994, el cual establece: " 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 o pagadurías, con la aprobación del ordenador del gasto, siempre que cumplan los requisitos del inciso cuarto del artículo 38 de la Ley 179 de 1994. Los establecimientos públicos dentro del plazo establecido, constituirán las cuentas por pagar y las ejecutarán de acuerdo con la disponibilidad de recursos".</p> <p>Se evidencia que las cuentas por cobrar fueron constituidas para la vigencia fiscal 2020, mediante acto administrativo emitido por la tesorería de la Institución el día 07 de enero de 2021, Resolución No. TES-01. Dando cumplimiento a los términos y subsanando la situación evidenciada</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." 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 interadministrativos, 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>	<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>	<p>Mayo 31 del 2021</p>	<p>observación, confirmación</p>	<p>Formatos de conciliación: junio 2020, septiembre 2020, diciembre 2020</p>	<p>Soportes de conciliaciones trimestrales (junio, septiembre, diciembre)</p>	<p>La acción se encuentra cerrada, considerando que cuenta con un cumplimiento del 100% y la efectividad de la acción es del 100%.</p> <p>La acción formulada fue el seguimiento trimestral mediante conciliaciones a la ejecución de convenios. Al verificar los soportes, se evidenció que se realizó la conciliación entre presupuesto y extensión en los meses de junio, septiembre y diciembre. No obstante, si bien es importante realizar la conciliación entre las dependencias para tener saldos conciliados al corte de la emisión de estados financieros, la oportunidad de mejora estaba enfocada a la información reportada como recursos del balance, situación que se evidenció subsanada para la vigencia 2020, considerando que en las notas a los estados financieros se realizó diferenciación del ingreso Utilidades de convenios, argumentando que el recurso relacionado para este rubro solo es reconocido directamente en el ingreso, una vez se cuenta con el soporte que indique los valores y los convenios que generan dicha utilidad.</p>

ANEXO No. 5
ACCIONES
CERRADAS
VIGENCIA 2020

Seguimiento al plan de mejoramiento de Vicerrectoría Administrativa y Financiera CIC Vigencia 2020

N.º de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría	Evidencias analizadas	Requerimientos de	Conclusión
2	<p>Se evidenció que la Institución no incluyó en el ejercicio de rendición de la cuenta que se llevó a cabo en marzo 29 de 2019, el tema de los estados financieros correspondientes a la vigencia 2018.</p> <p>Situación que contraría lo dispuesto en La Ley 1757 de 2015, que precisa:</p> <p>“ARTÍCULO 51. Manual Único y lineamientos para el proceso de Rendición de Cuentas. El Gobierno Nacional, a través del Departamento Administrativo de la Función Pública con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación elaborará el Manual Único de Rendición de Cuentas, que se constituirá en la guía de obligatoria observancia para las entidades públicas en el desarrollo del proceso de rendición de cuentas.”</p> <p>Por su parte, el Manual Único de Rendición de Cuentas, expedido por la Presidencia de la República, el Departamento Administrativo de la Función Pública y el Departamento Administrativo de Planeación señala, “Temas, aspectos y contenidos relevantes que la entidad debe comunicar y sobre los cuales debe rendir cuentas”, “Estados financia de control interno.dad.</p> <p>* En septiembre 29 de 2020, Experiencias, enseñanzas y prácticas en torno a la innovación social y la transformación.</p> <p>* Octubre 21 de 2020, La biotecnología y sus aplicaciones, nuevas técnicas para fortalecer procesos investigativos y científicos.</p> <p>* Noviembre 20 de 2020, Aportando al desarrollo del turismo en los 5 corregimientos de Medellín.</p> <p>* Diciembre 4 de 2020, Aportando conocimiento en la reactivación económica</p>	<p>Para la rendición de cuentas de las próximas vigencias se incluirá la presentación de la información financiera de la Institución.</p>	12/02/2021	Observación	Presentación de rendición de cuentas correspondiente a la vigencia 2020	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>Se evidenció el cumplimiento de la acción, para la rendición de cuentas del año 2020, que realizó el rector de la Institución.</p> <p>Soporte: Presentación Rendición de cuentas 2020.</p>

<p>4</p>	<p>No se halló evidencia que permita determinar que la Institución, efectuó la revisión periódica para la vigencia 2019, de la vida útil y la depreciación para la propiedad, planta y equipo, como lo determina la Resolución No. 484 de 2017, en el numeral 11.3 Medición posterior:</p> <p>La vida útil y el método de depreciación serán revisados, como mínimo, al término de cada periodo contable y si existe un cambio significativo en estas variables, se ajustarán para reflejar el nuevo patrón de consumo del potencial de servicio (...).</p> <p>Dicha situación se constituye en una deficiencia en el sistema de control interno contable, incumpliendo con el Numeral 3.3 Establecimiento de acciones de control, Procedimiento para la evaluación del control interno contable, anexo de la Resolución 193 de 2016, que determina:</p> <p>(...) Los controles asociados al proceso contable son todas las medidas que implementa la entidad con el objetivo de mitigar o neutralizar los factores de riesgo que pueden llegar a afectar el proceso contable y, por consiguiente, la calidad de los estados financieros.</p> <p>Las acciones de control constituyen los mecanismos o actividades inherentes a las etapas que conforman los procesos y que están dirigidas a reducir, transferir, compartir o aceptar aquellos eventos que pueden inhibir la ejecución adecuada del proceso contable y el logro de sus objetivos. (...).</p> <p>Lo antes descrito, permite establecer la materialización de un riesgo como el de incumplimiento, el que a su vez puede derivar en, reprocesos, sobrecostos e incluso investigaciones y/o sanciones de parte de órganos de control, entre otros aspectos.</p>	<p>Fortalecer el proceso de conciliación de la propiedad planta y equipo, así como de los intangibles, con el fin de identificar de manera mas detallada la depreciación mensual de cada uno de los bienes Institucionales.</p>	<p>12/02/2021</p>	<p>Consulta, inspección y revisión de comprobantes</p>	<p>Conciliaciones realizadas mensualmente</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional.</p>	<p>Se cuenta con las conciliaciones de propiedad planta y equipo, elaboradas mes a mes.</p>
----------	--	---	-------------------	--	---	--	---

Seguimiento al plan de mejoramiento de Planeación Institucional - MECI Vigencia 2020

N.º de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
1	<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>	<p>Planeación articulará con Talento Humano la actualización, seguimiento y cumplimiento de las actividades descritas en el autodiagnóstico de Talento Humano, con el fin de dar cumplimiento a los requerimientos de MIPG. Además Talento Humano debe revisar todos los componentes y actividades descritas en los lineamientos de la política que permitan su fortalecimiento. Planeación realizará seguimiento semestral al cumplimiento del autodiagnóstico.</p>	Abril de 2021	Consulta	<p>Micro sitio de Talento Humano</p> <p>https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/01/PLAN-ESTRATEGICO-TALENTO-HUMANO-COLMAYOR-2021.pdf</p>	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>Abril de 2021:</p> <p>No se ajustó la acción propuesta.</p> <p>En auditoría realizada al Avance del Sistema de Control Interno - ASCI, semestre II de 2020, no se evidenció cumplimiento de actualización del plan estratégico de talento humano.</p> <p>No obstante, en abril de 2021, Se evidenció en página web institucional actualización del plan.</p>
3	<p>Dimensión Talento Humano</p> <p>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." "Ejercer el control y la gestión de riesgos, las funciones de cumplimiento, seguridad, calidad y otras similares."</p> <p>"Supervisar la implementación de prácticas de gestión eficaces por parte de la primera línea, [...]"</p> <p>Lo antes expuesto también contraría lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2 objetivos del sistema de control interno, que determina:</p> <p>d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;</p> <p>[...]</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>g) Garantizar que el sistema de control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación;</p> <p>Dicha situación se evidenció al verificar en las actas del comité de capacitación y en el aplicativo SICOFF – ERP, la ejecución del rubro "bienestar social e incentivos", el cual permitió determinar pagos a octubre 24 de 2019, por valor de \$16.745.947, que representan tan solo el 7,28% del presupuesto asignado al PIC para 2019, que asciende a \$230.000.000.</p> <p>Soportes:</p> <p>-Actas comité de capacitación 2019.</p> <p>-Actas Comité de Capacitación, rubro bienestar social e incentivos. Software SICOFF ERP 2019.</p>	<p>Comunicar a los procesos y Facultades a quienes se les asignó presupuesto para el PIC 2020, la importancia de revisar y poner en marcha el presupuesto asignado para que procedan a ejecutarlo y que se constituya en un instrumento que contribuya al mejoramiento institucional, adicional a ello se buscara alternativas de motivación para que los empleados se quieran capacitar. Igualmente se asignara una de las auxiliares del área para que le haga el respectivo seguimiento mensual.</p>	Marzo de 2021	Rastreo	<p>Evaluación de cualificación</p> <p>Director Operativo de Control Interno</p> <p>Tesorera</p> <p>Profesor Asistente T-C</p>	Se solicitó a Líder del proceso Gestión del Talento Humano evaluaciones de impacto de funcionarios que realizaron capacitación y/o actualización en el segundo semestre de la vigencia 2020.	<p>15 de marzo de 2021:</p> <p>En auditoría realizada al ASCI, semestre II de 2020, se identificaron deficiencias para determinar la efectividad del PIC.</p> <p>Pendiente por evaluar en auditoría de ASCI, semestre I de 2021.</p>
4	<p>DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN</p> <p>Es importante revisar los mecanismos dispuestos por la Institución y efectuar los ajustes necesarios, a fin de continuar fortaleciendo la política de "participación ciudadana", de conformidad con lo que determina el manual operativo del sistema de gestión – MIPG, versión 2 de 2018, el cual hace parte integral del decreto 1499 de 2017.</p> <p>Para ello la Institución puede considerar algunas estrategias, a saber:</p> <p>"Formular iniciativas para la implementación, actualización y funcionamiento de la política institucional de servicio a la ciudadanía."</p> <p>"Formular anualmente una estrategia de racionalización de trámites."</p> <p>"Diseñar e implementar un proceso de inducción y reinducción para la gestión de servicio a la ciudadanía."</p> <p>Incorporar en el plan de desarrollo "[...] medidas específicas orientadas a promover la participación de todas las personas en la</p>	<p>Promover la participación de los diferentes organismos de participación ciudadana en diálogos como foros y talleres, donde se exponen los diferentes proyectos, temas de presupuesto participativo y otras veedurías ciudadanas, teniendo en cuenta el contenido del "manual operativo del sistema de gestión – MIPG, versión 2 de 2018, el cual hace parte integral del decreto 1499 de 2017.", a fin de fortalecer la política de participación ciudadana. Además la Ley 1757 de 2015.</p>	Marzo de 2021	Rastreo e inspección	Informes auditoría PAAC, vigencia 2020	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>15 de marzo de 2021:</p> <p>En auditoría de Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano - PAAC, vigencia 2020, se evidencia:</p> <p>* Como meta cumplida al 98% publicación en la página web del plan de participación ciudadana de la Entidad, para el primer cuatrimestre de la vigencia 2020.</p> <p>* Se evidenció además "cumplimiento al 98% de 13 foros. Parte de la actividad se realizó a agosto 30, llevándose a cabo cuatro (4) foros virtuales a través de las redes sociales de la institución con temáticas relacionadas al proceso de Rendición de Cuentas.</p> <p>_ Tema 1: rendición de cuentas. Medio: Facebook e Instagram (virtual).</p> <p>_ Tema 2: rendición de cuentas - asistencia a la rendición de cuentas. Medio: Facebook e Instagram (virtual).</p> <p>_ Tema 3: rendición de cuentas - inversión de infraestructura. Medio: Facebook e Instagram (virtual).</p> <p>_ Tema 4: rendición de cuentas - para qué sirve la rendición de cuentas. Medio: Facebook e Instagram (virtual).</p> <p>Seguidamente, se habilitaron 7 foros para la participación de los grupos de interés en la formulación del Plan de Desarrollo Institucional.</p> <p>En noviembre se realizaron dos (2) foros sobre:</p> <p>_ Acreditación institucional</p> <p>_ Efectos de la pandemia en la educación superior de Medellín."</p>
5	<p>DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN</p> <p>Es importante que la Institución revise, ajuste y fortalezca los mecanismos que permitan "Involucrar a la ciudadanía y grupos de interés en el diagnóstico y formulación de los planes, programas o proyectos de la entidad. Priorizados por el ciudadano."</p> <p>Esto, con el único propósito de continuar fortaleciendo la política de planeación institucional y dar cumplimiento a lo que dispone el artículo 2 de la Ley 1757 de 2015; lo cual exige que, desde la dimensión de Direcciónamiento Estratégico y Planeación, se incluya de manera explícita la forma como se facilitará y promoverá la participación ciudadana."</p>	<p>Promover la participación de los diferentes organismos de participación ciudadana en diálogos como foros y talleres, donde se exponen los diferentes proyectos, temas de presupuesto participativo y otras veedurías ciudadanas, teniendo en cuenta el contenido del "manual operativo del sistema de gestión – MIPG, versión 2 de 2018, el cual hace parte integral del decreto 1499 de 2017.", a fin de fortalecer la política de participación ciudadana. Además la Ley 1757 de 2015.</p>	Marzo de 2021	Rastreo e inspección	Informes auditoría PAAC, vigencia 2020	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>15 de marzo de 2021:</p> <p>En auditoría realizada al Avance del Sistema de Control Interno - ASCI, semestre II de 2020, se identificó que la institución realizó Análisis del Contexto Estratégico para la Administración de Riesgos, con los líderes de los procesos.</p>
6 y 23	<p>DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN</p> <p>Un factor clave para fortalecer la política de planeación institucional de conformidad con el manual operativo del sistema de gestión – MIPG, versión 2 de 2018, es el análisis de contexto tanto interno como externo, que se debe efectuar por parte de la Institución de forma periódica, a fin de identificar "[...] sus capacidades para desarrollar su gestión y atender su propósito fundamental [...]"</p> <p>Para ello, es pertinente revisar factores como:</p> <p>"[...] el talento humano, procesos y procedimientos, estructura organizacional, cadena de servicio, recursos disponibles, cultura organizacional, entre otros."</p> <p>"[...] entorno político, ambiental, cultural, económico y fiscal, la percepción, propuestas y recomendaciones que tienen sus grupos de valor y ciudadanía en general, frente a bienes y servicios ofrecidos, sus resultados e impactos."</p>	<p>Análisis del contexto fue elaborado nuevamente y es insumo para la mesas de trabajo para la construcción del nuevo Plan de Desarrollo 2020-2024.</p>	Marzo de 2021	Rastreo e inspección	Análisis de Contexto Estratégico para la Administración de Riesgos DEFI	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>15 de marzo de 2021:</p> <p>En auditoría realizada al Avance del Sistema de Control Interno - ASCI, semestre II de 2020, se identificó que la institución realizó Análisis del Contexto Estratégico para la Administración de Riesgos, con los líderes de los procesos.</p>
	<p>4. Un factor clave para fortalecer la política de planeación institucional de conformidad con el manual operativo del sistema de gestión – MIPG, versión 2 de 2018, es el análisis de contexto tanto interno como externo, que se debe efectuar por parte de la Institución de forma periódica, a fin de identificar "[...] sus capacidades para desarrollar su gestión y atender su propósito fundamental [...]"</p> <p>Para ello, es pertinente revisar factores como:</p> <p>"[...] el talento humano, procesos y procedimientos, estructura organizacional, cadena de servicio, recursos disponibles, cultura organizacional, entre otros."</p>	<p>Análisis del contexto fue elaborado nuevamente y es insumo para la mesas de trabajo para la construcción del nuevo Plan de Desarrollo 2020-2024.</p>	Marzo de 2021	Rastreo e inspección	Análisis de Contexto Estratégico para la Administración de Riesgos DEFI	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>15 de marzo de 2021:</p> <p>En auditoría realizada al Avance del Sistema de Control Interno - ASCI, semestre II de 2020, se identificó que la institución realizó Análisis del Contexto Estratégico para la Administración de Riesgos, con los líderes de los procesos.</p>

12 y 21	<p>DIMENSIÓN GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN</p> <p>Es importante para la Institución revisar y/o ajustar los mecanismos que tiene dispuestos para fortalecer la sexta "dimensión de MIPG -Gestión del Conocimiento y la Innovación- dinamiza el ciclo de política pública, aprendizaje y la adaptación a las nuevas tecnologías, interconecta el conocimiento entre los servidores y dependencias, (...)” promoviendo así mejores prácticas de gestión.</p> <p>Algunas de las estrategias que se podrían considerar por parte de la Institución están contenidas en Anexo 2 Criterios Diferenciales, entre las que se pueden precisar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efectuar la identificación, "los medios, mecanismos, procedimientos y procesos para capturar, clasificar y organizar conocimiento de la entidad." - "Determinar un programa de gestión del conocimiento con objetivos a corto, mediano y largo plazo para atender las necesidades de conocimiento." <p>"Identificar los riesgos relacionados con la fuga de capital intelectual de la entidad y las acciones para su tratamiento."</p>	<p>Revisar y estudiar el contenido del "manual operativo del sistema de gestión – MIPG, versión 2 de 2018, el cual hace parte integral del decreto 1499 de 2017.", con el fin de que haya claridad y poder ejecutar las acciones que permitan el fortalecimiento de la dimensión.</p> <p>Actualizar el autodiagnóstico de Gestión del Conocimiento y la innovación, con el fin de poder desarrollar las actividades de este componente. Desde el proceso de Planeación realizar seguimiento semestral al autodiagnóstico.</p>	Marzo de 2021	Consulta	<p>Noticias publicadas en página web Institucional,</p> <p>Soportes suministrados por gestión de la mejora con relación al mejoramiento continuo *</p> <ul style="list-style-type: none"> * Certificaciones recibidas por ICONTEC * Cumplimiento de la Resolución 312 de 2019, Autoevaluación por parte de la ARL * Reconocimiento por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá e ICONTEC en el programa de Reconocimiento Empresarial en Sostenibilidad que promueven la gestión social * Adaptar el SGI a las nuevas dinámicas Institucionales como consecuencia 	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>15 de marzo de 2021:</p> <p>Se evidencia en las noticias publicadas en la página web institucional, con relación al Conocimiento e innovación:</p> <ul style="list-style-type: none"> * En mayo 29 de 2020, Máscaras de protección donadas por la IUCOLMAYOR DE ANTIQUÍA Y EL ITM a diferentes entidades de la salud. * En junio 2 de 2020, estudiantes de biotecnología avanzan en su investigación sobre compuestos de origen natural como medicina para las enfermedades. * Convocatoria para participar en el XIV seminario internacional de investigación urbana y regional, con fechas para presentación de propuestas de ponencia entre el 1 de junio y el 15 de julio de 2020, publicación de resultados 24 de agosto de 2020 y ponencia aprobado el 23 de octubre de 2020. * En julio 24 de 2020, Con organizaciones científicas de orden internacional, la Institución participó en el abordaje interdisciplinario del Covi-19. * En julio 29 de 2020, proyectos de investigación aprobados y su respectivo investigador. * En agosto 31 de 2020, Investigaciones que recuperan la historia y la memoria de nuestra ciudad. * En septiembre 29 de 2020, Experiencias, enseñanzas y prácticas en torno a la innovación social y la transformación. * Octubre 21 de 2020, La biotecnología y sus aplicaciones, nuevas técnicas para fortalecer procesos investigativos y científicos. * Noviembre 20 de 2020, Aportando al desarrollo del turismo en los 5 corregimientos de Medellín. * Diciembre 4 de 2020, Aportando conocimiento en la reactivación económica del sector turístico. <p>En auditoría de Avance del Sistema de Control Interno, se cuenta con soportes suministrados por gestión de la mejora con relación al mejoramiento continuo *</p> <ul style="list-style-type: none"> * Certificaciones recibidas por ICONTEC * Cumplimiento de la Resolución 312 de 2019, Autoevaluación por parte de la ARL * Reconocimiento por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá e ICONTEC en el programa de Reconocimiento Empresarial en Sostenibilidad que promueven la gestión social
13 y 17	<p>DIMENSIÓN CONTROL INTERNO</p> <p>COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL</p> <p>Es importante que la Oficina de Planeación como segunda línea de defensa, de conformidad con el modelo integrado de planeación y gestión, que determina el decreto 1499 de 2017, y a fin de seguir fortaleciendo lo inherente al componente ambiente de control genere "(...) reportes a los líderes de proceso sobre el ejercicio de la gestión y del seguimiento a los riesgos, con el fin de tomar acciones preventivas frente a situaciones que afecten el cumplimiento de los objetivos y metas organizacionales."</p> <p>Soporte:</p> <p>https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</p>	<p>Revisar y estudiar el contenido del "manual operativo del sistema de gestión – MIPG, versión 2 de 2018, el cual hace parte integral del decreto 1499 de 2017.", con el fin de que haya claridad y poder ejecutar las acciones que permitan el fortalecimiento de la dimensión.</p> <p>Actualizar el autodiagnóstico de Gestión del Conocimiento y la innovación, con el fin de poder desarrollar las actividades de este componente. Desde el proceso de Planeación realizar seguimiento semestral al autodiagnóstico.</p>	Marzo de 2021	Consulta	<p>Análisis de Contexto Estratégico para la Administración de Riesgos DE</p> <p>https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/04/MAPADERIESGOSDECORRUPCIONC39693N_042021.pdf</p> <p>https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/MAPA-DE-RIESGOS-DE-GESTION-2020.pdf</p>	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>15 de marzo de 2021:</p> <p>Se cuenta como soporte con link para ingresar en la página web Institucional a los mapas de riesgos, correos enviados a líderes de procesos, se realizó análisis de contexto por proceso.</p>
	<p>1. Es importante que la Oficina de Planeación como segunda línea de defensa, de conformidad con el modelo integrado de planeación y gestión, que determina el decreto 1499 de 2017, y a fin de seguir fortaleciendo lo inherente al componente ambiente de control genere "(...) reportes a los líderes de proceso sobre el ejercicio de la gestión y del seguimiento a los riesgos, con el fin de tomar acciones preventivas frente a situaciones que afecten el cumplimiento de los objetivos y metas organizacionales."</p>	<p>1.Publicación de la matriz de riesgos en la página web donde se establece el seguimiento y controles a los riesgos.</p> <p>2.Mantener informados a los líderes de proceso sobre la responsabilidad de monitoreo y revisión de los riesgos y los lineamientos de la alta dirección frente a la gestión de en la Institución.</p>					

Seguimiento plan de mejoramiento ASCI, semestre I de 2020.							
N.º del hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL							
1	Es importante fortalecer los mecanismos dispuestos por la Institución para el manejo de conflicto 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 una 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 abreviada, 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.	Enero de 2021	Rastreo	Correo electrónico solicitando información a Líder del Proceso Gestión del Talento Humano	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>Enero 23 de 2021:</p> <p>No se cuenta con evidencias de implementación de la acción, se solicitaron a través de correo electrónico soportes al proceso gestión del talento humano y no se obtuvo respuesta al respecto dentro de los términos establecidos.</p> <p>La acción propuesta se encuentra dentro de los términos y será evaluada en la auditoría legal que se lleve a cabo al sistema de control interno, semestre I de 2021.</p>
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.					<p>Enero 23 de 2021:</p> <p>La Institución cuenta con Política de administración del riesgo actualizada con fundamentos en la versión 4 de 2018, Guía para la administración del riesgo expedida por el DAFP.</p> <p>La Política de administración del riesgo fue actualizada mediante Acuerdo No. 011 de octubre de 2020.</p> <p>No obstante, y considerando que el DAFP expidió en diciembre de 2020, la versión 5 de la guía para la administración del riesgo, la Institución deberá formular un plan de trabajo a fin de garantizar la revisión, la difusión e implementación de esta nueva versión al interior de la Entidad.</p>

<p>Agosto 17 de 2021</p> <p>En respuesta ofrecida el 12 de agosto, se indica:</p> <p>"Se presentó, se revisó y se aprobó en el Comité de Integridad, Ética y Buen Gobierno Manual de Conflictos de Interés. Se realizará socialización del Manual a la comunidad institucional el día 19 de agosto en el proceso de reinducción institucional."</p> <p>La acción se cierra, no obstante es pertinente precisar que el manual de conflicto de interés de la Institución, se proferió el 30 de julio de 2021, mediante Resolución No. 189 y el análisis de evidencias aportadas por la Entidad, se llevó a cabo antes de la fecha de expedición de dicho documento.</p>
<p>Agosto 17 de 2021</p> <p>Ok acción cerrada.</p>

Cerrada

Cerrada

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." "Ejercer el control y la gestión de riesgos, las funciones de cumplimiento, seguridad, calidad y otras similares."	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 aprovechen 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.					Enero 23 de 2021: No se aportó evidencia por parte de la Institución que permita determinar la implementación de la acción propuesta. La solicitud se realizó a través de correo electrónico al proceso gestión del talento humano y no se obtuvo respuesta al respecto dentro de los términos establecidos.	
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 citan 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 subsana, si quien cita al comité incluye dentro del orden del día y con claridad dicho punto.	Enero de 2021	Rastreo	Acta Conté Institucional Coordinador de Control Interno	No se realiza requerimiento de información adicional.	Enero 23 de 2021: En reuniones del CICC, del mes de octubre y diciembre, se realizó la presentación de estados financieros por parte de la vicerrectoría administrativa y financiera.	
EVALUACION DE RIESGOS								
1	Es importante fortalecer los mecanismos dispuestos por la Oficina de Planeación, como la 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.					Enero 23 de 2020: En acta No. 6 del 10 de diciembre de 2020, en Comité de Gestión y Desempeño se trató el tema de gestión de riesgos.	
		Se esta trabajando desde Planeación con el Área Financiera, para						

Cerrada	Agosto 17 de 2021 Ok cerrada, se cuenta con evaluaciones de impacto del PIC.
Cerrada	Agosto 17 de 2021 Acción cerrada, se ha evidenciado en Comité Institucional Coordinador de Control Interno, la inclusión de socialización de información de Estados Financieros.
Cerrada	Agosto 17 de 2021 Ok acción cerrada, se cuenta con actas donde se evidencia la socialización de tema de riesgos

4	<p>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".</p>	<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gastos no contemplados en el Presupuesto inicial. 2. Afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto. 3. Reconocimiento errado 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. <p>Dichos riesgos están relacionados de manera directa con la observación realizada por la oficina de control interno.</p>					<p>Enero 23 de 2020:</p> <p>No se ejecutó la acción.</p> <p>Evidencias matriz de riesgos de gestión.</p>
INFORMACION Y COMUNICACIÓN							
2	<p>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".</p>	<p>Se elaboro caracterización de usuarios o grupos de valor, proceso que se continuará revisando y ajustando anualmente.</p>	Enero de 2021	Rastreo	Caracterización de usuarios	<p>No se realiza requerimiento de información adicional.</p>	<p>Enero 23 de 2021:</p> <p>Caracterización de usuarios o grupos de valor.</p> <p>Se cuenta con evidencias que permitan determinar cumplimiento de la acción propuesta.</p>

Agosto 17 de 2021

Cerrada
Ok, acción cerrada, se evidenció actualización de matriz de riesgos para todos los procesos, donde se incluye el riesgo de fraude.

Agosto 17 de 2021

Cerrada
OK acción cerrada, se evidencia en página web institucional caracterización de usuarios o grupos de valor.

ANEXO No. 6
ACCIONES CERRADAS
PARCIALMENTE
VIGENCIAS
ANTERIORES

Seguimiento al plan de mejoramiento de Gestión de Legal Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión III
<p>Hallazgo No. 3: funciones de la secretaria técnica</p> <p>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:</p> <p>-"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."</p> <p>- "6. Organizar el archivo correspondiente a los asuntos del comité."</p> <p>Es importante establecer que dicha disposición también está contenida en el Decreto 1069 de 2015, artículo 2.2.4.3.1.2.6. Soporte 1 aparte del requerimiento y 5 aparte de la disposición legal.</p> <p>Al respecto se logró establecer que desde la Secretaría Técnica no se ha generado informe alguno que dé cuenta de la gestión realizada por el comité en la vigencia 2017 o anterior a esta.</p> <p>Con la anterior situación, se materializó el riesgo de "incumplimiento" situación que puede derivar en investigaciones de parte de los órganos de control, sanciones, reprocesos, sobrecostos para la Institución, entre otros.</p>	<p>Se realizará el informe de gestión que será entregado a la Rectoría y a los miembros del Comité cada seis (6) meses.</p>	<p>Junio 22 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>Correo electrónico con el envío del informe de gestión comité de conciliación periodo 2021-1</p> <p>Informe Comité de Conciliación 2020</p> <p>Informe de litigios y demandas 16 7 2021</p> <p>SEGUIMIENTO SEGUNDO TRIMESTRE 2021</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>Se observa el archivo correspondiente a los asuntos del comité.</p> <p>Con la información suministrada, la ejecución de la acción y la efectividad de la misma quedan en un 50%, es decir la acción queda cerrada parcialmente ya que el informe de comité de conciliación data del segundo semestre de la vigencia 2020 y no del primer semestre de la vigencia 2021.</p>
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Dicha situación puede llevar a que se materialice un riesgo como incumplimiento, considerando que entre ambos artículos son dieciséis (16) funciones que se confieren al Comité y al secretario técnico del mismo, lo cual a su vez podría derivar en investigaciones de parte de los órganos de control, sanciones, presunto daño patrimonial, pérdida de imagen, entre otros.</p>	<p>Realizar cronograma de actividades anual, de acuerdo con el Decreto 1069 de 2015 en su artículo 2.2.4.3.1.2.4</p>	<p>Junio 22 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>No se cuenta con nuevos soportes</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>Con la información suministrada, la acción se da por cerrada parcialmente, considerando lo establecido en los artículos 2.2.4.3.1.2.5 y 2.2.4.3.1.2.6, del Decreto 1069 de 2015.</p>
<p>* Con respecto al cumplimiento de disposiciones legales en materia presupuestal</p> <p>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.</p> <p>Al respecto se tiene:</p> <p>La Institución constituyó para el contrato de mínima cuantía No. 115 de 2017:</p> <p>- Certificado de disponibilidad presupuestal - CDP, No. 728, de abril 20 de 2017, por 904.400.</p> <p>- Compromiso presupuestal No. 4831, del 02 de noviembre de 2017, por \$856.800, beneficiario María Patricia Salazar Mejía, con NIT 39.521.428.6.</p> <p>Los mismos expiraron al finalizar la vigencia 2017.</p> <p>Posteriormente se expidieron:</p> <p>- Certificado de disponibilidad presupuestal - CDP, No. 1058, de mayo 10 de 2018, por valor \$856.800.</p> <p>- Compromiso presupuestal No. 2729, de mayo 10 de 2018, por \$856.800 beneficiario María Patricia Salazar Mejía, con NIT 39.521.428.6.</p> <p>- Orden de pago de mayo 24 de 2018, beneficiario María Patricia Salazar Mejía, con NIT 39.521.428.6, por un valor neto de \$817.280.</p> <p>- Comprobante de egreso No. 6088 de mayo 24 de 2018, beneficiario María Patricia Salazar Mejía con NIT 39.521.428.6, por valor de \$817.280.</p> <p>Considerando lo que determina el artículo 89, del Estatuto Orgánico de Presupuesto, decreto 111 de 1996:</p>	<p>proponer al área de presupuesto la creación del rubro vigencias expiradas 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"</p> <p>promover los procesos administrativos sancionatorios a que hubiese lugar en caso de incumplimiento de las obligaciones derivadas de las actividades de supervisión 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, y reiterar 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</p>	<p>Junio 22 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>No se cuenta con nuevos soportes</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>La medición de la ejecución de la actividad y su efectividad se evaluará posteriormente ya que desde el área de gestión legal solicitan el ajuste a la acción por o tanto la fecha de obtención de resultados se debe ajustar.</p> <p>Se observa en los soportes enviados con anterioridad y por citar algunos:</p> <p>_ circular-contratos-de-apoyo-logístico</p> <p>_ Directrices contratación directa 2021.</p> <p>_ Circular No. 031 de 2021, por medio de la cual, se realizan precisiones respecto a la exigencia de la libreta militar para contratar con la Institución.</p> <p>_ La Circular 008 de 2021, por medio de la cual, se realizan precisiones respecto al alcance del objeto y actividades de un contrato de Prestación de Servicios de apoyo logístico.</p> <p>_ La Circular No. 026 de 2021, con el fin de establecer condiciones en la expedición y cancelación de CDP y RP.</p> <p>Por lo anterior, la acción se encuentra en estado cerrada parcialmente.</p>

Seguimiento al plan de mejoramiento de Talento Humano Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
<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 periodo 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>  <p>Lo que permite evidenciar el incumplimiento al artículo 2º Objetivos del sistema de control interno, de la Ley 87 de 1993 que determina entre otros:</p> <p>(...)</p>	<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</p>	<p>Mayo 28 de 2021</p> <p>Junio 15 de 2021</p> <p>Julio 23 de 2021</p>	<p>Rastreo</p>	<p>Evidencia 1 - EVALUACION DE DESEMPEÑO 2020-2021 (correos electrónicos enviando link de video y cartillas).</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional.</p>	<p>Para el hallazgo 1 se proponen 3 acciones:</p> <p>Acción 1 Adicional a las cartillas, se remitirá los link con los videos de la CNSC respecto a las evaluaciones. Se cuenta con evidencias de cumplimiento para la primera acción (correos electrónicos enviados para realizar evaluaciones y cartillas para evaluaciones).</p> <p>Acción 2 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. No se cuenta con evidencias que permitan determinar cumplimiento de la acción propuesta.</p> <p>Acción 3 Por otro lado desde talento humano se hará el seguimiento respectivo en cada etapa del proceso. No se cuenta con evidencias que permitan determinar cumplimiento de la acción propuesta.</p> <p>En correo de respuesta suministrado por el líder del proceso el 28 de junio de 2021, se indicó: "Cuando es el caso, se realiza acompañamiento. No se tiene evidencia dado que el acompañamiento pudo haber sido presencial o telefónico. No obstante en el proceso se pudo observar que en su mayoría se conoce la metodología para la evaluación. Adicional a ello, cuando se envía la solicitud para evaluar, se hace mucha claridad en el correo de los aspectos a tener en cuenta y si se presentan inquietudes se dan las aclaraciones del caso."</p> <p>Adjunto archivos donde se evidencia que constantemente se realizaba seguimiento en la aplicación EDL del avance de las evaluaciones."</p> <p>En revisión de evaluación de desempeño para el periodo 1 de febrero de 2020 y 31 de enero de 2021, se evidenciaron situaciones susceptibles de mejora.</p> <p>En correo enviado por Líder del proceso a la comunicación de resultados, se indicó: "se dará acompañamiento en caso de ser necesario o cuando se requiera. Como resultado se podrá realizar planilla de asistencia."</p> <p>[Etapas del proceso: adjunto se envía otros soportes del seguimiento solicitando realizar la evaluaciones a quienes no la han hecho."</p> <p>Por tanto la acción continúa parcialmente cerrada.</p>

Seguimiento al plan de mejoramiento de Tecnología e Informática Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
<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: "La estructura de MECI se acompaña por un esquema de asignación de responsabilidades, adaptada del Modelo "Líneas de Defensa".</p> <p>Entre las que se destaca para la segunda línea de defensa: (...) 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: 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>Inconsistencias en el manejo de la información:</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>Lo antes expuesto llevó a la institución al incumplimiento de disposiciones legales, a saber: Decreto 1499 de 2017, con relación a las responsabilidades de la segunda línea de defensa. Ley 87 de 1993, en su artículo No. 2, objetivos del sistema de control interno: "a. proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten;" (...). "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>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). Dejar evidencia de ello mediante un acta.</p>	<p>Mayo 28 de 2021</p> <p>Junio 15 de 2021</p> <p>Julio 23 de 2021</p>	<p>Rastreo</p>	<p>Evidencia 2 Imagen Software control de inventario</p>	<p>No se realiza solicitud de información adicional</p>	<p>No se cuenta con evidencias que permitan determinar cumplimiento de la acción: propuesta: "confrontación 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). Dejar evidencia de ello mediante un acta."</p> <p>Si bien, no se cuenta con evidencias de la contrastación que se debía realizar entre el proceso de gestión de tecnología e informática y el subproceso de bienes y servicios, en auditoría realizada en la vigencia 2021 (legalidad de software 2020), no se presentó la situación de diferencia de equipos. Por tanto, se concluye con relación a este aspecto del hallazgo, que el mismo fue subsanado por parte de la Institución.</p> <p>En seguimiento realizado al plan de mejoramiento en la auditoría legalidad del software 2020, se establecieron deficiencias en la implementación del plan de mejoramiento, de siete (7) acciones, solo una se implementó parcialmente, para las seis (6) restante, no se aportaron evidencias durante el desarrollo de la auditoría.</p> <p>En correo enviado por el proceso el 16 de julio de 2021 con relación a la comunicación de resultados, se adjuntan como evidencia: Acta No. 1 de octubre de 2020, Acta No. 2 de marzo de 2021 y archivo en excel "Control y verificación de inventario"</p> <p>No obstante al revisar los soportes, se identifica que los mismos no permiten determinar la contrastación de información entre TI y Bienes y Servicios.</p> <p>Es necesario que desde el proceso se redefina la acción o que se tengan soportes de la contrastación que se realiza.</p> <p>Por lo tanto, la acción se encuentra cerrada parcialmente, considerando los resultados de la auditoría realizada en la vigencia 2021 (legalidad de software 2020), dado que, no se presentó la situación de diferencia de equipos.</p>

Seguimiento al plan de mejoramiento de Docencia - Laboratorios Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
<p>Control de insumos y menaje</p> <p>Determina la Ley 87 de 1993, en su artículo 2o. objetivos del sistema de control interno:</p> <p>a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten;</p> <p>b) Garantizar la eficacia, la eficiencia 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;</p> <p>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:</p> <p>▣ Inventario de menaje</p> <p>Se establecieron deficiencias en el manejo del inventario del menaje que requiere el laboratorio de gastronomía (económico), 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:</p> <p>"Alcance: aplica para la recepción, 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 necesidades del economato".</p> <p>Inventario de menaje e insumos, y descargue de facturas</p> <p>"El inventario de menaje se realizará de forma periódica cada mes o cada que se requiera, dejando evidencia en el sistema y en físico como método de control (...)".</p> <p>▣ Inventario de insumos y reactivos</p> <p>En la verificación que se llevó a cabo a la muestra seleccionada para el laboratorio de gastronomía, económico, se estableció que los saldos de los insumos que se relacionan en el Anexo No. 2, no estaban actualizados en el Kardex, de treinta y cuatro (34) insumos seleccionados para efectuar la validación, solo ocho (8) coincidieron en el saldo final, la diferencia, es decir, veintiséis (26) insumos, presentan saldos por encima o por debajo de la existencia reportada.</p> <p>Ver Anexo No. 2 con la relación de insumos que presentan diferencias en Kardex.</p> <p>▣ Deficiencias en el control de insumos y reactivos</p> <p>Se observó que la Institución no dispone de mecanismos de control efectivos que le permitan tener el control del inventario de todos los insumos o reactivos que son almacenados en recipientes de vidrio o plástico y que se emplean en los laboratorios de la facultad de salud, LACMA y laboratorio ambiental. Al respecto se expresó por parte de los responsables de los laboratorios, que estos insumos o reactivos no se podían extraer del envase en el que son almacenados, dado que, de hacerlo, perderían sus propiedades. Ver Anexo No. 3, reactivos e insumos cuya cantidad existente no fue posible verificar.</p> <p>Para estos insumos y reactivos no fue posible validar la cantidad existente al momento de efectuar las pruebas de auditoría, lo cual es una deficiencia clara en los procesos de control de inventarios de este tipo de insumos.</p> <p>En el laboratorio de suelos no fue posible pesar los costales en los que se almacenan los insumos, dado que los mismos, no estaban dispuestos de forma adecuada al momento de la verificación.</p> <p>Como posibles causas a las deficiencias antes señaladas, se tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos manuales. - Deficiencias en los controles dispuestos por la Institución. - Falta de entrenamiento o deficiencias en el mismo. - Deficiencias en la planeación. - Deficiencias en el seguimiento interno que se debe efectuar tanto desde las coordinaciones de los laboratorios, como desde cada una de las decanaturas y la propia Vicerrectoría Académica. <p>Lo anterior podría acarrear para la Institución:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información inexacta, incompleta, inoportuna. - Pérdidas económicas. - Fraude. <p>Lo expuesto, llevó a la Institución a la materialización de un riesgo como el de "incumplimiento" normativo, que, a su vez, podría derivar en reprocesos, sobrecostos, pérdidas económicas, fraude e incluso investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control.</p>	<p>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</p> <p>2. Adquirir un software para el manejo automatizado de inventario de insumos, reactivos y equipos en los laboratorios</p>	<p>Mayo 28 de 2021</p> <p>Junio 15 de 2021</p> <p>Julio 23 de 2021</p>	<p>Rastreo</p>	<p>Evidencia Inventario Equipos Lab Suelos Enero 2021</p>	<p>No se realizó requerimiento de información adicional.</p>	<p>Para el hallazgo 2, se proponen 2 acciones.</p> <p>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.</p> <p>2. Adquirir un software para el manejo automatizado de inventario de insumos, reactivos y equipos en los laboratorios.</p> <p>El soporte "Evidencia 1,4, 8 Gestión del Cambio", no permite determinar cumplimiento de la acción propuesta.</p> <p>No se proponen acciones para implementar "mecanismos de control efectivos que le permitan tener el control del inventario de todos los insumos o reactivos que son almacenados en recipientes de vidrio o plástico y que se emplean en los laboratorios de la facultad de salud, LACMA y laboratorio ambiental."</p> <p>En visita realizada a laboratorio de LACMA, se identificaron deficiencias con relación a los equipos de laboratorio, así mismo se evidenció inconsistencias en cantidades de insumos en muestra seleccionada y una deficiencia en fecha de vencimiento., como soporte de ello, se cuenta con Acta No. 110 del 1 de julio de 2021.</p> <p>En respuesta ofrecida el 14 de julio de 2021, se indica:</p> <p><u>Con relación a la acción 1.</u> Respuesta 14 DE JULIO 2021 2021: ya está en G+ la nueva versión del procedimiento, con fecha 14 de junio de 2021</p> <p><u>Con relación a la acción 2.</u> Respuesta: 14/7/2021. No se aprobaron recursos para la compra de este software, lo que implica que se deben seguir usando las bases de datos en excel que existen actualmente, Se solicita al Vicerrector académico, la comunicación escrita de la no aprobación del software para el manejo de inventarios de los laboratorios</p> <p>Agosto 17 de 2021 Solo en el desarrollo de esta auditoría la Dirección de Control Interno fue enterada, que no se contaba con los recursos para adquirir el software, y por tanto, el manejo de inventario de insumos de los laboratorios se iba a seguir realizando en Excel.</p> <p>Por tanto, la acción queda cerrada parcialmente, considerando que tan solo se llevó a cabo la actualización del procedimiento.</p>

<p>Calibración de equipos</p> <p>La Ley 87 de 1993, precisa en su artículo 2º objetivos del sistema de control interno:</p> <p>a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten;</p> <p>b) Garantizar la eficacia, la eficiencia 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;</p> <p>c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;</p> <p>(...)</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>Por su parte, el procedimiento interno "calibración de equipos", código DC-LI-PR-001, versión cero (0) de septiembre 6 de 2016, determina el paso a paso que debe seguir la Institución para realizar la calibración de los equipos de los laboratorios, "con el fin de garantizar la trazabilidad de las medidas realizadas con estos."</p> <p>Entendiéndose por calibración:</p> <p>operación que bajo las condiciones especificadas establece, en una primera etapa, una relación entre los valores y sus incertidumbres de medida asociadas obtenidas a partir de los patrones de medida, y las correspondientes indicaciones con sus incertidumbres asociadas y, en una segunda etapa, utiliza esta información para obtener una relación que permita obtener un resultado de medida a partir de una indicación</p> <p>(...).</p> <p>Es importante calibrar los equipos por:</p> <p>El envejecimiento de los componentes, los cambios de temperatura y el estrés mecánico que soportan los equipos deterioran poco a poco sus funciones. Cuando esto sucede, los ensayos y las medidas comienzan a perder confianza y se refleja tanto en el diseño como en la calidad del producto. Este tipo de situaciones puede ser evitado, por medio del proceso de calibración.</p> <p>La correcta calibración de los equipos proporciona la seguridad de que los productos o servicios que se ofrecen reúnen las especificaciones requeridas.</p> <p>Cada vez son más numerosas las razones que llevan a los fabricantes a calibrar sus equipos de medida, con el fin de:</p> <p>Mantener y verificar el buen funcionamiento de los equipos</p> <p>Responder a los requisitos establecidos en las normas de calidad</p> <p>Garantizar la fiabilidad y trazabilidad de las medidas</p> <p>Lo anterior, considerando que los equipos de los laboratorios que se refieren a continuación requieren de calibración periódica, sin que la Institución le esté dando cumplimiento a dicho requisito:</p> <p>Como posibles causas de la deficiencia antes señalada, se tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos manuales. - Deficiencias en los controles dispuestos por la Institución. - Falta de entrenamiento o deficiencias en el mismo. - Deficiencias en la planeación. - Deficiencias en el seguimiento interno que se debe efectuar tanto desde las coordinaciones de los laboratorios, como desde cada una de las decanaturas y la propia Vicerrectoría Académica. <p>Lo anterior, lleva la Institución a la materialización de un riesgo como el de "incumplimiento" normativo, que, a su vez, podría derivar en deficiencia en la prestación del servicio, desviación de resultados, inadecuada toma de decisiones, reprocesos, sobrecostos, afectación de la imagen institucional e incluso investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control.</p>	<p>1. Calibrar los equipos que están pendientes</p> <p>2. Actualizar procedimiento de calibración DC-LI-PR-001</p>	<p>Mayo 28 de 2021</p> <p>Junio 15 de 2021</p> <p>Julio 23 de 2021</p>	<p>Rastreo</p>	<p>Sin evidencias.</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional.</p>	<p>Para el hallazgo 3 se proponen 2 acciones.</p> <p><u>1. Calibrar los equipos que están pendientes.</u></p> <p>No se cuenta con evidencias que permitan determinar cumplimiento de la acción propuesta,</p> <p><u>2. Actualizar procedimiento de calibración DC-LI-PR-001.</u></p> <p>No se cuenta con soporte que permitan determinar cumplimiento a la acción propuesta,</p> <p>En respuesta ofrecida el 14 de julio de 2021, se indica:</p> <p><u>Con relación a la acción 1.</u></p> <p>Respuesta Julio 14 de 2021: En los laboratorios de gastronomía, se hizo calibración de equipos según el plan para el año 2019, existen reportes que sustentan dicho proceso. En el año 2020 no se hicieron calibraciones por efecto de tiempo y recursos. Actualmente están en aprobación los estudios previos para llevar a cabo la calibración en el segundo semestre</p> <p><u>Con relación a la acción 2.</u></p> <p>Respuesta Julio 14 de 2021: El documento está en previa revisión por gestión de la mejora antes de entrar a flujo</p> <p>Agosto 17 de 2021</p> <p>En correo enviado por proceso el 14 de julio de 2021, se enviaron soportes de calibración de equipos referidos en el hallazgo No. 7.2.3 Calibración de equipos de la auditoría basada en riesgos, realizada en la vigencia 2019 al proceso de Docencia (equipos vs certificados de calibración).</p> <p>Con relación a la actualización del procedimiento, se indicó que se encuentra en revisión por gestión de la mejora.</p> <p>La actualización del procedimiento de calibración se encuentra pendiente.</p> <p>Por tanto, la acción se encuentra parcialmente cerrada.</p>
---	--	--	----------------	------------------------	--	--

<p>Control de insumos y reactivos</p> <p>Determina la Ley 87 de 1993, en su artículo 2o. objetivos del sistema de control interno:</p> <p>a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten;</p> <p>b) Garantizar la eficacia, la eficiencia 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;</p> <p>Por su parte el Decreto 1499, señala en el manual operativo del sistema de gestión – MIPG, con relación a las responsabilidades que tienen las líneas de defensa las siguiente:</p> <p>“Asegurar que los controles y los procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente.”</p> <p>Además, plantea dicho decreto:</p> <p>“Ejercer el control y la gestión de riesgos, las funciones de cumplimiento, seguridad, calidad y otras similares.”</p> <p>“Supervisar la implementación de prácticas de gestión del riesgo eficaces por parte de la primera línea, (...)”</p> <p>En las verificaciones que se llevaron a cabo se observaron algunas situaciones que son susceptibles de mejora, a saber:</p> <p>8 Insumos y reactivos vencidos</p> <p>En las pruebas practicadas se evidenciaron insumos y reactivos vencidos, así:</p> <p>este tipo de insumos, considerando que, para varios de ellos, como se observa en los anexos que se referencian en la tabla No. 10, tienen hasta 20 años de estar vencidos, o los que se refieren en la tabla No. 11, que no se han utilizado por la Entidad en los últimos años, por tanto, es importante, que la Institución establezca acciones que le permitan determinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuáles de esos reactivos e insumos que se encuentran vencidos, pueden ser utilizados en prácticas, sin que ello vaya a afectar los resultados que se esperan obtener o que puedan generar consecuencias adversas para los estudiantes, docentes, comunidad universitaria en general, a la infraestructura, ambientales o de otra índole. - Determinar qué hacer con aquellos insumos y reactivos vencidos, que ya no pueden ser utilizados en las prácticas académicas. - Actualizar el kárdex de los diferentes laboratorios. - Revisar y ajustar las políticas de compras inherentes a la adquisición de insumos y reactivos. - Revisar mejores prácticas a nivel nacional e internacional en el manejo de insumos y reactivos perecederos a fin de considerarlas para la Institución. <p>La situación antes enunciada, genera riesgos para la Institución que de no gestionarse efectivamente podrían afectar la integridad de los estudiantes, docentes o comunidad universitaria en general, o el cumplimiento de los objetivos de los laboratorios de las facultades de administración, salud e ingeniería y arquitectura, pérdidas económicas, afectación de la imagen institucional e inclusive sanciones y/o investigaciones por parte de los órganos de control.</p>	<p>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.</p> <p>2. Adquirir un software para el manejo automatizado de inventario de insumos, reactivos y equipos en los laboratorios</p>	<p>Mayo 28 de 2021</p> <p>Junio 15 de 2021</p> <p>Julio 23 de 2021</p>	<p>Rastreo</p>	<p>Sin evidencias.</p>	<p>equerimiento de informa</p>	<p>Para la observación 1, se proponen 2 acciones.</p> <p>1. <u>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.</u></p> <p>Se evidenció procedimiento DC-LA-PR-002, actualizado al 14 de mayo de 2021 con ""Manejo de productos no conformes (materia prima).""</p> <p>2. <u>Adquirir un software para el manejo automatizado de inventario de insumos, reactivos y equipos en los laboratorios</u></p> <p>"Evidencia 1,4, 8 Gestión del Cambio", no permite determinar cumplimiento de la acción propuesta.</p> <p>En visita realizada a laboratorio de LACMA, se identificaron deficiencias con relación a los equipos de laboratorio, así mismo se evidenció inconsistencias en cantidades de insumos en muestra seleccionada y una deficiencia en fecha de vencimiento., como soporte de ello, se cuenta con Acta No. 110 del 1 de julio de 2021.</p> <p>Respuesta 14 de julio 2021:</p> <p>PLAN DE MEJORAMIENTO :</p> <p>1 - Se expedirá concepto técnico con respecto a la manipulación y naturaleza de reactivos que hacen variar las cantidades del inventario. FECHA: 30 DE SEPTIEMBRE 2021</p> <p>2- Para la deficiencia en la fecha de vencimiento fué corregida inmediatamente y no se considera pertinente plantear un plan de acción</p> <p>En visita realizada al laboratorio de suelos, se identificó deficiencias con relación a las cantidades en los insumos y deficiencias en la disposición de estos que podrían generar pérdidas de los mismos, como soporte de ello, se cuenta con Acta No. 111 del 1 de julio de 2021.</p> <p>En respuesta ofrecida el 14 de julio de 2021, se indica:</p> <p><u>Con relación a la acción 1.</u></p> <p>Respuesta 14 de julio 2021 OK, Acción cerrada</p> <p><u>Con relación a la acción 2.</u></p> <p>Respuesta: 14/7/2021. No se aprobaron recursos para la compra de este software, lo que implica que se deben seguir usando las bases de datos en excel que existen actualmente, Se solicita al Vicerector académico, la comunicación escrita de la no aprobación del software para el manejo de inventarios de los laboratorios</p> <p>Agosto 17 de 2021</p> <p>Con relación a la adquisición de software, solo en el desarrollo de esta auditoría la Dirección de Control Interno fue enterada, que no se contaba con los recursos para adquirir el software, y por tanto, el manejo de inventario de insumos de los laboratorios se iba a seguir realizando en Excel.</p> <p>Por tanto, la acción queda parcialmente cerrada y la efectividad será evaluada posteriormente.</p>
---	---	--	----------------	------------------------	--------------------------------	--

Seguimiento al plan de mejoramiento Vicerrectoría Administrativa y Financiera Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acciones propuestas	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
<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 4º, 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, contraría 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 reproceso, incumplimiento normativo, desacierto en la toma de decisiones, 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 los establecido en el procedimiento código GL-PR-003, versión 1, de agosto de 2015.</p>	<p>Mayo 31 del 2021</p>	<p>observación, inspección, confirmación</p>	<p>Resolución No 009 2019 Resolución No 047 2019 Resolución 288 2019</p> <p>RESOLUCION 010 2020 RESOLUCION No.218 2020 Resolución 220 2020 Resolución 249 2020</p> <p>Resolución No.013 2021</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional</p>	<p>La acción se encuentra cerrada parcialmente, considerando que la situación identificada no tuvo acciones correctivas por parte de la Institución durante la vigencia, no obstante, para la vigencia 2020 ya perdían vigencia, los actos administrativos caducaban.</p> <p>Una (1) acción en estado cerrada parcialmente, para la cual no se implementaron las acciones dispuestas por la Institución para la vigencia en la que se identificó la situación. No obstante, en vigencias posteriores (2020 y 2021), se identificó:</p> <p>Que cuando ha sido necesario modificar el reglamento del fondo fijo reembolsable, se ha efectuado a través de una nueva resolución.</p> <p>Con relación a la actividad: "Dar cumplimiento a los establecido en el procedimiento código GL-PR-003, versión 1, de agosto de 2015.", no se cuenta con evidencias que permitan determinar el cumplimiento de la misma, para las vigencias 2020 y 2021.</p> <p>En correo suministrado por el auditado el 23/06/2021, informó que las acciones en estado abiertas, no se le presentan soportes, dado que, se encuentran dentro de los términos de su vencimiento.</p>

ANEXO No. 7
ACCIONES CERRADAS
PARCIALMENTE
VIGENCIA 2020

Seguimiento al plan de mejoramiento de Vicerrectoría Administrativa y Financiera CIC Vigencia 2020

N.º de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
1	<p>Se observaron deficiencias en el sistema de control interno contable, para la vigencia 2019, que son susceptibles de mejora, a saber.</p> <p>Las situaciones que se enuncian a continuación, permiten determinar deficiencias con relación a los controles asociados al proceso contable, considerando que los controles "(...) son todas las medidas que implementa la entidad con el objetivo de mitigar o neutralizar los factores de riesgo que pueden llegar a afectar el proceso contable y, por consiguiente, la calidad de los estados financieros."</p> <p>Registros inoportunos de hechos económicos</p> <p>Para el contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión que suscribió la Institución con SGS Colombia S.A.S, el 18 de octubre de 2018, por \$5.000.000, el hecho económico no se reconoció oportunamente por parte de la Institución, y tan solo se registró la cuenta por pagar por \$5.000.000, en módulo contable del software SICOF ERP, el 8 de mayo de 2019. (Ver anexo No. 1, Hallazgo No. 7.2.1 identificado en la auditoría legal austeridad al gasto público 2019 – II).</p> <p>Registros o hechos económicos por un valor superior o inferior al que corresponde</p> <p>- Caso contratista Heidy Yuliana Mejía Quintero c.c.</p>	<p>* Sensibilizar y socializar mediante reunión a los supervisores sobre la importancia del cabal cumplimiento de las actividades de supervisión y de sus obligaciones contractuales. En particular con lo atinente al cronograma del cierre fiscal de la vigencia.(véase acción de mejora hallazgo Nro. 1 auditoría legal austeridad del gasto II trimestre).</p> <p>* Evaluar las herramientas tecnológicas con que cuenta el área de Extensión Académica y Proyección Social y realizar el respectivo mejoramiento de las mismas, con el fin de tecnificar en un alto porcentaje el proceso de pagos. Buscando la generación de informes y reportes que deben elaborar los supervisores de contratos para el proceso de pago, con mayor calidad y minimizando los errores que se pueden generar.</p> <p>Realizar reinducción con apoyo de Gestión Financiera a las personas que tienen la responsabilidad en la entrega y revisión de cuentas de cobro sobre los procedimientos internos de generación y revisión de documentos relacionados con el proceso de pago.(véase acción de mejora hallazgo Nro. 1 auditoría legal austeridad del gasto II trimestre).</p> <p>* En lo que se refiere al valor de las pérgolas el jefe de infraestructura aclara el valor de las mismas, "Las pérgolas tienen valor unitario (costo directo) de \$5.500.000 y las diez(10) pérgolas cuestan \$55.000.000 (costo directo). A este</p>	12/02/2021	Rastreo y revisión de comprobantes	Inventario SICOF-ERP con corte a 31/12/2020.	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>Febrero 12 del 2021:</p> <p>Acción No. 1: No se aportaron evidencias que permitan observar el cumplimiento de la acción.</p> <p>Acción No. 2: No se aportan soportes de la automatización de las herramientas dispuesta por Extensión Académica con el fin de que el proceso de pago sea mas efectivo, no se cuenta con evidencias que permitan verificar la reinducción en el tema de revisión de documentos relacionado con el procesos de pago .</p> <p>Acción No. 3: Las pérgolas se encuentran registradas de forma individual por el costo correcto en el inventario de propiedad, planta y equipo. Soporte: Inventario SICOF- ERP con corte a 31/12/2020.</p>
5	<p>Se observaron deficiencias en el sistema de control interno contable, así:</p> <p>Se estableció que, en el módulo de compras a los activos, no se les está aplicando el cálculo de la depreciación de forma correcta. Durante la revisión se evidenciaron las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activos dados de baja, aún en uso y depreciándose <p>Como caso específico de ello, se tienen 17 activos en mal estado e inservibles para dar de baja que al momento de aplicar las pruebas de auditoría al proceso Gestión Administrativa y Financiera 2019, se hallaron en las dependencias o en la bodega de bienes, se encontraban en uso y depreciándose. (Ver anexo No. 3 hallazgo 7.2.1, informe de auditoría basada en riesgos al proceso Gestión Administrativa y Financiera).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias en cálculo de la depreciación según vida útil establecida en políticas contables <p>Se evidenció, además, que el manual de Políticas Contables de la Institución (Acuerdo No. 011 de 2017), determina como vida útil para los vehículos 10 años, no obstante, se estableció en consulta y registro de activos, obtenido del Software sicof ERP, que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 vehículos se están depreciando a 15 años. • Así mismo, para equipos de enseñanza, las políticas contables establecen 10 años de depreciación, no obstante, en consulta y registro de activos, obtenido del Software sicof ERP, se evidenció microscopio ingresado el 31 de mayo de 2019, depreciado a 6 meses • Se identificó que 10 pérgolas en madera inmunizada adquiridas por la Institución en la vigencia 2019, se registraron en el módulo de compras del Sicof ERP, con una vida útil de 80 años, la cual corresponde a edificaciones y 	<p>Realizar una Toma física de los activos que se encuentran con valor en libros en cero, para poder determinar conforme a lo establecido por la política contable si el bien continua en uso o se debe dar de baja, teniendo en cuenta conceptos técnicos y demás soportes que permitan establecer una nueva vida útil para el activo.</p> <p>Reforzar el proceso de depuración continua de los activos que posee la institución con el fin de identificar los bienes que le falten 3 meses para depreciar por completo, con el fin de solicitar concepto técnico de su continuidad, nueva vida útil, y valor actual.</p> <p>En cuanto a las pérgolas se solicita concepto técnico para la vida útil de cada una de ellas, así mismo de dar de baja la placa inicial y se registrará placa en el modulo de compras de manera individual, en contabilidad se realizará los registros que la forma exija para actualizar los saldos.</p>	12/02/2021	Consulta, inspección y revisión de comprobantes	Soporte toma física de inventarios Inventario de propiedad planta y equipo de la Institución, descargado del sistema SICOF - Erp	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>Acción 1: Soporte toma física de inventarios</p> <p>Acción 2: No se cuenta con evidencias de la depuración de los activos que le falten tres meses para depreciar para su concepto técnico.</p> <p>Acción 3: En el inventario de propiedad planta y equipo de la Institución, descargado del sistema SICOF - Erp se evidenció el cambio de años de vida útil de las pérgolas, pasando de 80 años a 10 años; además el registro contable de las mismas de forma individual.</p>

N° de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
9 y 24	<p>DIMENSION GESTION 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>5. 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: https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/ https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/</p>	<p>Realizar socializaciones y flash informativos 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. Conscientes de la emergencia sanitaria por la que estamos pasando debido a COVID-19 se analizará la pertinencia de realizar las socializaciones a final de la vigencia.</p> <p>Realizar socializaciones y flash informativos 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. Conscientes de la emergencia sanitaria por la que estamos pasando debido a COVID-19 se analizará la pertinencia de realizar las socializaciones a final de la vigencia.</p>	Marzo de 2021	Rastreo inspección y consulta	<p>Correo Institucional -reinducción.</p> <p>Informes de auditoría personal y costos, manejo de recursos Covid-19, austeridad en el gasto público y auditoría basada en riesgos al proceso de gestión legal.</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional.</p>	<p>15 de marzo de 2021:</p> <p>No se ajustó la acción propuesta.</p> <p>La Institución realizó reinducción el 28 y 29 de octubre de 2020, con el objetivo de profundizar en aspectos básicos y normativos que se deben de conocer de nuestra entidad para integrarlo a la Cultura Organizacional, con el fin de poder optimizar el desempeño laboral y orientarnos hacia el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales."</p> <p>En auditoría realizadas a personal y costos, manejo de recursos Covid-19, austeridad en el gasto público y auditoría basada en riesgos al proceso de gestión legal, se identificaron deficiencias con relación a la supervisión, cumplimiento de manual de contratación, entre otras.</p>
	10 y 18	<p>DIMENSION EVALUACION DE RESULTADOS</p> <p>Uno de los aspectos clave en la gestión, es el seguimiento y evaluación del desempeño institucional, por ello, y en aras de su fortalecimiento, es importante se revisen y ajusten los mecanismos que la entidad tiene dispuestos para hacerle seguimiento a los riesgos, de forma tal, que se puedan identificar y tratar oportunamente en caso de que alguno de ellos se materialice.</p> <p>Lo anterior, considerando que aún es incipiente la cultura de seguimiento por parte de los líderes de proceso, y el seguimiento a los riesgos tan solo se lleva a cabo cuando desde la Oficina de Planeación se realiza acompañamiento para revisar el tema con los diferentes líderes de procesos de la Institución.</p> <p>Soportes: https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/ https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/</p> <p>1. Uno de los aspectos clave en la gestión, es el seguimiento y evaluación del desempeño institucional, por ello, y en aras de su fortalecimiento, es importante se revisen y ajusten los mecanismos que la entidad tiene dispuestos para hacerle seguimiento a los riesgos, de forma tal, que se puedan identificar y tratar oportunamente en caso de que alguno de ellos se materialice.</p> <p>Lo anterior, considerando que aún es incipiente la cultura de seguimiento por parte de los líderes de proceso, y el seguimiento a los riesgos tan solo se lleva a cabo cuando desde la Oficina de Planeación se realiza acompañamiento para revisar el tema con los diferentes líderes de procesos de la Institución.</p> <p>Soportes: https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/ https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/</p>	<p>1. Planeación va a revisar y ajustar los mecanismos dispuestos para hacerle seguimiento a los riesgos, con el fin de poder identificar en el momento que se presente la materialización del mismo.</p> <p>2. Incluir en la agenda del Comité de Desempeño, la presentación de el Informe de Gestión de los Riesgos ubicados en niveles Alto y Extremo, con frecuencia cuatrimestral. Este informe debe incluir los controles que se bien implementados para mitigar estos riesgos.</p> <p>3. Realizar seguimiento y evaluación a los planes de mejoramiento de los riesgos que se han materializado y presentar el informe en el Comité de Desempeño.</p> <p>1. Incluir en la agenda del Comité de Desempeño, la presentación de el Informe de Gestión de los Riesgos ubicados en niveles Alto y Extremo, con frecuencia cuatrimestral. Este informe debe incluir los controles que se bien implementados para mitigar estos riesgos.</p> <p>2. Realizar seguimiento y evaluación a los planes de mejoramiento de los riesgos que se han materializado y presentar el informe en el Comité de Desempeño.</p>	Marzo de 2021	Rastreo e inspección	<p>Informes de auditoría realizada al Avance del Sistema de Control Interno - ASCI, semestre II de 2020 e informes de auditoría a la gestión de riesgos institucionales, vigencia 2020</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional.</p>
11 y 25	<p>DIMENSION INFORMACION Y COMUNICACION</p> <p>Es importante que la Institución revise y ajuste los mecanismos que tiene dispuestos internamente, con el propósito de fortalecer la política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción y dar así estricto cumplimiento a lo que dispone la Ley 1712 de 2014.</p> <p>Como estrategias para ello se pueden considerar:</p> <p>Desarrollar "(...) ejercicios de participación ciudadana para identificar información de interés para los ciudadanos que deba ser publicada."</p> <p>"Estructure vasos comunicantes entre la información pública de su entidad y los procesos de participación y rendición de cuentas, a fin de que el ciudadano conozca y retroalimente la gestión en ambos espacios a través de la información pública."</p> <p>"Capacite a los servidores públicos en el nuevo derecho de acceso a la información y a sus grupos de valor en la información pública de la entidad."</p> <p>"Identifique las condiciones de los grupos de interés, para que la información pueda ser transmitida en lenguaje claro y adecuado para su entendimiento."</p> <p>Componente información y comunicación</p> <p>1. Es importante que la Institución revise y ajuste los mecanismos que tiene dispuestos internamente, con el propósito de fortalecer la política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción y dar así estricto cumplimiento a lo que dispone la Ley 1712 de 2014.</p> <p>Como estrategias para ello se pueden considerar:</p> <p>Desarrollar "(...) ejercicios de participación ciudadana para identificar información de interés para los ciudadanos que deba ser publicada."</p> <p>"Estructure vasos comunicantes entre la información pública de su entidad y los procesos de participación y rendición de cuentas, a fin de que el ciudadano conozca y retroalimente la gestión en ambos espacios a través de la información pública."</p>	<p>Con el fin de tener un mejor control sobre la información publicada en la página web institucional, se informara lo siguiente:</p> <p>1. El contenido de cada sección es responsabilidad de cada uno de los procesos, y debe ser revisado y actualizado periódicamente para evitar información errónea.</p> <p>2. Comunicaciones debe recibir la información por parte de los diferentes procesos para ser actualizada o modificada, y a la vez velar porque no hayan enlaces rotos en ninguna sección de la web. Además se va a considerar el contenido del "manual operativo del sistema de gestión – MIPG, versión 2 de 2018, el cual hace parte integral del decreto 1499 de 2017." Inicialmente se programa capacitación en temas de Ley de Transparencia, pero debemos de ser conscientes de la emergencia sanitaria por la que estamos pasando debido a COVID-19, se analizará la pertinencia de realizar la capacitación a final de la vigencia.</p> <p>1. Realización capacitación al personal de la institución sobre en el nuevo derecho de acceso a la información pública - Ley de Transparencia.</p> <p>2. Realización de foros virtuales para identificar información de interés para los ciudadanos y ser publicada.</p> <p>3. Revisar mediante lista de chequeo información que por ley debe estar publicada en la página web. Conscientes de la emergencia sanitaria por la que estamos pasando debido a COVID-19, se analizará la pertinencia de realizar las socializaciones a final de la vigencia.</p>	Marzo de 2021	Rastreo e inspección	<p>Informe de auditoría realizada al Avance del Sistema de Control Interno - ASCI, semestre II de 2020 e informe de auditoría ley de transparencia vigencia 2020</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional.</p>	<p>15 de marzo de 2021:</p> <p>En auditoría realizada al Avance del Sistema de Control Interno - ASCI, semestre II de 2020, se identificó como fortaleza contar con canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial y contar con mecanismos específicos para su manejo y actualización a la caracterización de usuarios o grupos de valor en el segundo semestre de 2020.</p> <p>No obstante, en la auditoría ley de transparencia vigencia 2020, se evidenciaron incumplimiento a lo establecido en la Guía Matriz de Cumplimiento V.5 Ley 1712 de 2014, Decreto 103 de 2015, compilado en el Decreto 1081 de 2015 y Resolución MinTIC 3564 de 2015, así como materialización de riesgos y deficiencias en la implementación de controles.</p> <p>Se cuenta con cronograma y avance link transparencia activa.</p>

14 y 19	<p>DIMENSION CONTROL INTERNO</p> <p>COMPONENTE GESTIÓN DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES</p> <p>A fin de continuar fortaleciendo la gestión del riesgo al interior de la Institución es importante que la segunda línea de defensa:</p> <p>"Informar sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evaluar si la valoración del riesgo es la apropiada"</p> <p>"Asegurar que las evaluaciones de riesgo y control incluyen riesgos de fraude."</p> <p>Es responsabilidad de los gerentes públicos y líderes de proceso "Implementar procesos para identificar y detectar fraudes, y revisar la exposición de la entidad al fraude"</p>	<p>1. Incluir en el informe de Gestión de los Riesgos que se presenta a la Alta Dirección, el análisis sobre los controles implementados para evitar la materialización de los riesgos y determinar el nivel de riesgo de la Institución.</p> <p>2. Continuar con la identificación de los riesgos de fraude en los procesos.</p>	Marzo de 2021	Rastreo e Inspección	<p>Informe de gestión de riesgos vigencia 2020.</p> <p>https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/MAPA-DE-RIESGOS-DE-GESTION-2020.pdf</p>	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>15 de marzo de 2021:</p> <p>No se ajustó la acción propuesta.</p> <p>Se cuenta como soporte con informe de gestión de riesgos para la vigencia 2020.</p> <p>A diciembre de 2020, se tenían identificados riesgos de fraude en todos los procesos, como soporte de ello, se cuenta con mapa de riesgos de gestión a diciembre de 2020.</p>
15, 26 y 27	<p>DIMENSION CONTROL INTERNO</p> <p>COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</p> <p>La oportunidad en la entrega de la información, así como la calidad de misma, juegan un papel preponderante para realizar las auditorías por parte de la Dirección de Control Interno, por tanto, es importante, se revisen y ajusten los mecanismos dispuestos por la Institución, a fin de garantizar flujos de información adecuados y oportunos, considerando que "(...) las oficinas de control interno deben basarse en las evidencias obtenidas (...)".</p> <p>Lo antes expuesto tiene como propósito fundamental fortalecer los componentes información y comunicación y actividades de monitoreo y supervisión continua, que forman parte del modelo estándar de control interno, modificado por el Decreto 1499 de 2017.</p> <p>2. La oportunidad en la entrega de la información, así como la calidad de misma, juegan un papel preponderante para realizar las auditorías por parte de la Dirección de Control Interno, por tanto, es importante, se revisen y ajusten los mecanismos dispuestos por la Institución, a fin de garantizar flujos de información adecuados y oportunos, considerando que "(...) las oficinas de control interno deben basarse en las evidencias obtenidas (...)".</p> <p>Lo antes expuesto tiene como propósito fundamental fortalecer los componentes información y comunicación y actividades de monitoreo y supervisión continua, que forman parte del modelo estándar de control interno, modificado por el Decreto 1499 de 2017.</p> <p>Soporte:</p> <p>https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</p> <p>Componente monitoreo o supervisión continua</p> <p>1. Es menester para la Institución establecer acciones que continúen fortaleciendo el modelo estándar de control interno, específicamente en el componente actividades de monitoreo y supervisión continua, para ello, es importante se considere lo que al respecto determina el manual de gestión del sistema de gestión – MIPG, versión 2 de 2018:</p> <p>"(...) las evaluaciones continuas constituyen operaciones rutinarias que se integran en los diferentes procesos o áreas de la entidad, las cuales se llevan a cabo en tiempo real por parte de los líderes de proceso para responder ante un entorno cambiante"</p> <p>– La evaluación continua o autoevaluación lleva a cabo el monitoreo a la operación de la entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los</p>	<p>Esta funcionando software de indicadores, estadísticas, Plan Indicativo y Plan de Acción, donde el proceso es el responsable de actualizar la información y realizar el cargue del soporte, lo que evita diferencias de información entre los procesos y Planeación. Para el manejo de los riesgos está en proceso de contratación la adquisición del software con el fin de agilizar y minimizar problemas en el manejo de los riesgos institucionales.</p> <p>Esta funcionando software de indicadores, estadísticas, Plan Indicativo y Plan de Acción, donde el proceso es el responsable de actualizar la información y realizar el cargue del soporte, lo que evita diferencias de información entre los procesos y Planeación. Para el manejo de los riesgos está en proceso de contratación la adquisición del software con el fin de agilizar y minimizar problemas en el manejo de los riesgos institucionales.</p> <p>Esta funcionando software de indicadores, estadísticas, Plan Indicativo y Plan de Acción, donde el proceso es el responsable de actualizar la información y realizar el cargue del soporte, lo que evita diferencias de información entre los procesos y Planeación. Para el manejo de los riesgos está en proceso de contratación la adquisición del software con el fin de agilizar y minimizar problemas en el manejo de los riesgos institucionales.</p>	Marzo de 2021	Rastreo	<p>Informes auditoría Dirección de Control Interno, vigencia 2020.</p>	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>15 de marzo de 2021:</p> <p>En auditorías realizadas por la Dirección de Control Interno, vigencia 2020, se identificó deficiencias con relación a "La oportunidad en la entrega de la información, así como la calidad de misma"</p>
16	<p>DIMENSION CONTROL INTERNO</p> <p>COMPONENTE MONITOREO O SUPERVISIÓN CONTINUA</p> <p>Es menester para la Institución establecer acciones que continúen fortaleciendo el modelo estándar de control interno, específicamente en el componente actividades de monitoreo y supervisión continua, para ello, es importante se considere lo que al respecto determina el manual de gestión del sistema de gestión – MIPG, versión 2 de 2018:</p> <p>"(...) las evaluaciones continuas constituyen operaciones rutinarias que se integran en los diferentes procesos o áreas de la entidad, las cuales se llevan a cabo en tiempo real por parte de los líderes de proceso para responder ante un entorno cambiante"</p> <p>– La evaluación continua o autoevaluación lleva a cabo el monitoreo a la operación de la entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros. (...)</p> <p>Como soporte de ello se tienen los informes que pueden ser consultados en:</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>	<p>La Oficina de Planeación realiza los siguientes seguimientos:</p> <p>Riesgos de corrupción, cada 4 meses</p> <p>Riesgos Operativos, cada año y los riesgos ubicados en alto y extremo, cada 4 meses</p> <p>Indicadores, cada 6 meses</p> <p>a los compromisos Alta Dirección y Comunicaciones realizará seguimiento mensual a los informes PQRSFD.</p>	Marzo de 2021	Rastreo	<p>Acta Comité Institucional Coordinador de Control Interno, diciembre de 2020.</p> <p>Informe de riesgos de gestión y de corrupción a noviembre 30 de 2020 y presentación en power point de informe de riesgos a diciembre de 2020</p>	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>15 de marzo de 2021:</p> <p>No se realiza ajuste a la acción propuesta.</p> <p>Se cuenta con evidencia de seguimiento realizado a las PQRSFD, en reunión del Comité Institucional Coordinador de Control Interno, diciembre de 2020.</p> <p>Se cuenta además con soportes suministrados por Planeación Institucional como informe de riesgos de gestión y de corrupción a noviembre 30 de 2020 y presentación en power point de informe de riesgos a diciembre de 2020, los cuales se presentaron en Comité de Gestión y Desempeño en diciembre de 2020.</p> <p>No se cuenta con soporte que permita determinar el seguimiento mensual a las PQRSFD realizado por la Alta Dirección y el Proceso de Comunicaciones.</p>

20	<p>Componente actualizaciones de Comité</p> <p>1. 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", 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 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.</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, sobre costos, 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>	<p>Realizar socializaciones y flash informativos 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. Conscientes de la emergencia sanitaria por la que estamos pasando debido a COVID-19, se analizará la pertinencia de realizar las socializaciones a final de la vigencia.</p>	Marzo de 2021	Rastreo	Correo Institucional - reinducción.	<p>15 de marzo de 2021:</p> <p>La Institución realizó reinducción el 28 y 29 de octubre de 2020, con el objetivo de profundizar en aspectos básicos y normativos que se deben de conocer de nuestra entidad para integrarlo a la Cultura Organizacional, con el fin de poder optimizar el desempeño laboral y orientarnos hacia el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales."</p> <p>En auditoría realizadas a personal y costos, manejo de recursos Covid-19, austeridad en el gasto público y auditoría basada en riesgos al proceso de gestión legal, se identificaron deficiencias con relación a la supervisión, cumplimiento de manual de contratación, entre otras.</p>
----	--	--	---------------	---------	-------------------------------------	--

Seguimiento al plan de mejoramiento de Planeación Institucional - ASCI Vigencia 2020

Seguimiento plan de mejoramiento ASCI, semestre I de 2020.							
N.º del hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
EVALUACION DE RIESGOS							
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.	Enero de 2021	Rastreo	Plan de Desarrollo 2020 - 2024	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>Enero 23 de 2021:</p> <p>Se cuenta con análisis de contexto elaborado para el plan de desarrollo 2020 - 2024.</p> <hr/> <p>Enero 23 de 2021:</p> <p>Se cuenta con análisis de contexto interno y externo realizado con los procesos con relación al tema de riesgos.</p> <p>Se hará seguimiento de la efectividad del análisis de contexto interno y externo realizado con los procesos, en la evaluación del semestre I de 2021.</p>
ACTIVIDADES DE CONTROL							
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 - CICC, de conformidad con el artículo 13 de la	El Jefe de Contro 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	Enero de 2021	Rastreo	Actas reuniones del Comité	No se realiza requerimiento	<p>Enero 23 de 2021:</p> <p>Desde la Dirección de Control Interno, se propuso 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.</p> <p>La propuesta fue aprobada</p>

v	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.	disposiciones regales deben ser monitoreadas 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.	Enero de 2021	Monitoreo	Institucional Coordinador de Control Interno	de información adicional.	La propuesta fue aprobada. Memorando radicado 2020304019 del 23 de septiembre de 2020. Se precisa, que en las reuniones del Comité Institucional Coordinador de Control Interno, que se llevaron a cabo en octubre y diciembre de 2020, se incorporaron en el orden del día temas como revisión estados financieros, seguimiento a PQRSDF, seguimiento código de ética del estatuto de la actividad de auditoría.
---	--	---	---------------	-----------	--	------------------------------	---

INFORMACION Y COMUNICACIÓN

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					<p>Enero 23 de 2020:</p> <p>Con relación a "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, "</p> <p>No se cuenta con evidencias que permitan determinar cumplimiento de la acción propuesta.</p>
---	---	---	--	--	--	--	--

ACTIVIDADES DE MONITOREO

	Es necesario fortalecer los mecanismos						<p>Enero 23 de 2021:</p> <p>Se profirió por parte de la Institución la circular informativa 2 - 018 de 2020 con relación a planes de mejoramiento.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

2	<p>Es necesario 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".</p>	<p>Informar a los líderes de proceso, sobre la obligación de cumplir con las acciones previstas en los planes de mejoramiento de acuerdo a auditorias 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.</p>	Enero de 2021	Rastreo	Actas Comité Institucional Coordinador de Control Interno	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p>Enero 23 de 2021: 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.</p> <p>No se ejecutó la acción.</p> <p>Evidencias actas del CICCI, reuniones celebradas en el segundo semestre de 2020.</p>
---	--	--	---------------	---------	--	---	--

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA	INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA		
	CI-FR-029		
	Versión: 001	Fecha: 27-01-2020	Página: 1 de 1

INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA											
Unidad auditada	Planes de mejoramiento (internos, externos).										
Alcance de la auditoría	Vigencia 2017, 2018 y 2019 y primer semestre de la vigencia 2020.										
Objetivo de la auditoría	Verificar el acatamiento de las disposiciones legales, así como la efectividad de los controles que se han establecido por parte de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, para formular, implementar y hacer seguimiento a las acciones propuestas en los planes de mejoramiento suscritos como resultado de las auditorías realizadas por la Dirección de Control Interno o por parte de un órgano de control.										
Criterios de auditoría	Ley 87 de 1993. Decreto 648 de 2017. Decreto 1499 de 2017. Resolución No. 079 de 2019, proferida por la Contraloría General de Medellín. Circular informativa 1000-015 de abril 5 de 2021, expedida por el Rector de la Institución.										
Tipo de auditoría	Legal	X	Basada en riesgos								
Riesgos evaluados	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Riesgo</th> <th>Se materializó</th> <th>No se materializó</th> <th>Potencial</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Incumplimiento</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Riesgo	Se materializó	No se materializó	Potencial	Incumplimiento	X		
Riesgo	Se materializó	No se materializó	Potencial								
Incumplimiento	X										
RESULTADOS DE LA AUDITORÍA											
HALLAZGOS											
<p>1. Seguimiento a las acciones propuestas por la institución como resultado de las auditorías internas y externas realizadas al sistema de gestión integral de la Institución.</p> <p>Se observó cumplimiento a las responsabilidades que el Decreto 1499 de 2017, en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 4, de marzo de 2021, con relación a la dimensión de evaluación de resultados.</p> <p>Se da cumplimiento al objetivo del proceso gestión de la mejora, el cual determina:</p> <p style="text-align: center;"><i>“Mantener el Sistema de Gestión de la Calidad, de acuerdo con los requisitos de la Institución, las partes interesadas y la normatividad vigente, determinando oportunidades de mejoramiento continuo”</i></p> <p>Se determina que con estas actuaciones la Institución le está dando cumplimiento a la normativa vigente, y con ello, evita o minimiza la posibilidad de que se materialicen riesgos que puedan afectar los objetivos institucionales.</p>											

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA	INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA		
	CI-FR-029		
	Versión: 001	Fecha: 27-01-2020	Página: 2 de 1

2. Deficiencias en el sistema de control interno de la Institución.

Se observó en los planes de mejoramiento resultantes de las auditorías realizadas por la Dirección de Control Interno que:

- No se formularon acciones a los hallazgos establecidos en los planes de mejoramiento.

Lo anterior permite establecer la materialización de un riesgo como el de “incumplimiento normativo”, que puede derivar para la Institución en reprocesos, sobrecostos, 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 aspectos.

3. Deficiencias en el cumplimiento de responsabilidades conferidas a la primera línea de defensa con relación a la gestión efectiva de los planes de mejoramiento.

A junio 30 de 2021, permanecen cincuenta y tres (53) acciones abiertas, que equivalen a un 45%, considerando, que ocho (8) de esas acciones, están dentro de los términos de obtención de resultado las restantes, es decir, cuarenta y cinco (45) acciones están por fuera de la fecha de obtención de resultados.

Consolidado de la evaluación realizada a los planes de mejoramiento internos y externos de las vigencias 2017, 2018 y 2019 y primer semestre de la vigencia 2020:

Descripción	Número de Acciones	Porcentaje de participación
Total, acciones vigencias 2017, 2018 y 2019	49	No aplica
Total, acciones vigencias 2020	70	No aplica
Total, acciones	119	No aplica
Total, de acciones efectivas (cerradas) todas las vigencias	33	27%
Total, de acciones cerradas parcialmente todas las vigencias	28	24%
Total, acciones abiertas todas las vigencias	53	45%
Total, hallazgos sin acciones propuestas	5	4%

Fuente: Información suministrada por la Secretaria General de los diferentes procesos de la Institución

Elaboró: profesional de control interno

De lo anterior se concluye que, la Institución debe concentrar esfuerzos en la revisión, ajuste y/o implementación de las acciones que a junio 30 de 2021, permanecían abiertas, parcialmente abiertas y en los hallazgos para los que no se formularon acciones, a fin de subsanar las situaciones que dieron origen a los hallazgos de auditoría; esto en el marco de mejoramiento continuo, premisa fundamental de una entidad que como la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, cuenta con acreditación institucional otorgada por el Ministerio de Educación Nacional, y además, con un sistema de gestión de calidad certificado con la norma técnica colombiana NTC ISO 9001:2015.

Lo antes expuesto, permite determinar la materialización de un riesgo como el de “incumplimiento normativo”, el que, a su vez, podría derivar en reprocesos, sobrecostos, desacierto en la toma de decisiones, e incluso investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control externos.

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA	INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA		
	CI-FR-029		
	Versión: 001	Fecha: 27-01-2020	Página: 3 de 1

4. Evaluación puntos de control establecidos para los riesgos

En el desarrollo de la auditoría se evaluó el control dispuesto por la Institución, para evitar la materialización de riesgos como el de “incumplimiento”, que puedan afectar la gestión oportuna y efectiva del seguimiento realizado a los planes de mejoramiento internos y externos o para minimizar el impacto de un evento adverso en caso de que este no se pueda evitar.

Se identificó como punto de control en las caracterizaciones de los procesos de la Institución en la interacción con la Dirección de Control Interno, denominado “planes de mejoramiento”.

La evaluación realizada al punto de control permitió determinar:

- El control es de carácter correctivo, es decir, es “accionado en la salida del proceso y después de que se materialice un riesgo”.
- Se ejecuta de forma manual por parte de las diferentes dependencias de la Institución.
- Se realiza documentación y evidencia de su ejecución.

Finalmente, tras el análisis realizado al punto de control se pudo establecer:

Este se aplica parcialmente, por tanto, el mismo es susceptible de mejoras, y es menester efectuar una revisión completa, no solo al diseño sino de la forma como se ejecuta por parte de los responsables, a fin de realizar los ajustes pertinentes para su adecuada implementación.

La Institución no dispone de controles que le permitan monitorear de forma adecuada y oportuna la formulación e implementación de las acciones que se establecen en los planes de mejoramiento internos y externos, así como la efectividad de las acciones una vez se implementan.

CONCLUSIONES

Se logró establecer que la Institución no dispone de controles que le permitan monitorear de forma adecuada y oportuna la formulación e implementación de las acciones que se establecen en los planes de mejoramiento internos y externos, así como la efectividad de las acciones una vez se implementan.

Se observó al interior de la Institución deficiencias para gestionar de manera eficaz las acciones propuestas en los planes de mejoramiento de las vigencias anteriores 2017, 2018 y 2019 y primer semestre de la vigencia 2021, dado que, el 45% corresponde a cincuenta y tres (53) acciones que aún permanecen abiertas y veintiocho (28) acciones se encuentran en estado parcialmente cerradas que corresponde a 24%.

RECOMENDACIONES

La Institución debe concentrar esfuerzos en la revisión, ajuste y/o implementación de las acciones que a junio 30 de 2021, permanecían abiertas, parcialmente abiertas y en los hallazgos para los que no se formularon acciones, a fin de subsanar las situaciones que dieron origen a los hallazgos de auditoría; esto en el marco de mejoramiento continuo, premisa fundamental de una entidad que como la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, cuenta con acreditación

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA	INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA		
	CI-FR-029		
	Versión: 001	Fecha: 27-01-2020	Página: 4 de 1

institucional otorgada por el Ministerio de Educación Nacional, y además, con un sistema de gestión de calidad certificado con la norma técnica colombiana NTC ISO 9001:2015.

Es importante que la Institución establezca acciones que propendan por automatizar los controles que permitan realizar seguimiento a los planes de mejoramiento que se suscriben como resultado de auditorías internas y externas, lo que podrá redundar en una gestión efectiva para la formulación y seguimiento de estos.

Es importante se revisen las acciones cuyos términos ya están vencidos y aún están abiertas a fin de determinar la viabilidad de estas, o si es necesario modificarlas y establecer nuevos términos.

Nombre y Firma: JUAN GUILLERMO AGUDELO ARANGO

Cargo: Director Operativo de Control Interno

Fecha: agosto 23 de 2021

Original firmado