



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

PROCESO:		Extensión Académica y Proyección Social										PLAN DE MEJORAMIENTO N°:	
Radicado de la Auditoría	Fecha de la Auditoría	N° del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo		Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias
					Fecha de inicio	Fecha de terminación			Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %	
CI2021300347	23 de agosto 2021	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.	Extensión Académica y Proyección Social: Las tres (3) acciones abiertas, son permanentes, cabe anotar que las acciones fueron ejecutadas más no fueron eficaces.	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 I, SECOP II y Gestión Transparente. Realizar validaciones de información de manera mensual con el fin de identificar inconsistencias en información antes de generar informes establecidos a diferentes procesos y entidades externas. Estas acciones figuran en estado abierto ya que son permanentes en el proceso.	24 de agosto de 2021	Permanente	Exactitud en la información del proceso de contratación	Permanente	Extensión Académica y Proyección Social	Personas que ingresan información en la plataforma de SECOP I, SECOP II y Gestión Transparente, Supervisores de contratos, apoyos a la supervisión, personas encargadas de manejo de plataforma Contratta			

Nombre del responsable:	Joan Amir Arroyave Rojas	Correo electrónico:	direccionextension@colmayor.edu.co	Teléfono y extensión:	4445611
-------------------------	--------------------------	---------------------	--	-----------------------	---------

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

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

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

Descripción del hallazgo y observación: corresponde al hallazgo y la observación identificados en la auditoría realizada por la Oficina de Control Interno.

Acción de Mejoramiento: es la medida que propone adoptar el proceso o subproceso responsable con el fin de corregir algún desvío o variación del hallazgo o riesgos identificados y eliminar la causa que se haya presentado para que no vuelva a suceder.

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

Objetivo que se Busca Lograr: corresponde a la descripción del logro que se busca alcanzar con la realización de las acciones de mejoramiento. El objetivo que se defina debe estar en función de los efectos identificados en el hallazgo y debe ser medible.

Fecha Obtención de Resultados: indique la fecha a partir de la cual se estima se empezaran a obtener resultados de las acciones de mejoramiento propuestas. El formato a utilizar corresponde a año-mes-día (aaaa-mm-dd; 4dígitos-2dígitos-2dígitos), separados por guion (-).

Responsables (Dependencia – Funcionario): corresponde al nombre del proceso y/o subproceso y del nombre del responsable de implementar la acción de mejora.

SEGUIMIENTO

Cumplimiento de la Acción: corresponde al porcentaje de cumplimiento de las acciones de mejoramiento. Se diligencia en el seguimiento al plan de mejoramiento realizado por la oficina de Control Interno.

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

PROCESO:	Extensión Académica y Proyección Social										PLAN DE MEJORAMIENTO N°:		
Radicado de la Auditoría	Fecha de la Auditoría	N° del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo		Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias
					Fecha de inicio	Fecha de terminación			Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %	

Efectividad: corresponde al porcentaje de cumplimiento de los logros alcanzados con las acciones de mejoramiento realizadas, se mide en función del objetivo propuesto.

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

Nombre del Responsable Correo Electrónico y Teléfono: corresponde al nombre, correo electrónico y teléfono del funcionario responsable de actualizar el formato.



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

PROCESO:		DOCENCIA - LABORATORIOS										PLAN DE MEJORAMIENTO N°:	
Radicado de la Auditoría	Fecha de la Auditoría	N° del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo		Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias
					Fecha de inicio	Fecha de terminación			Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %	
Ci2021300347	23/08/2021	1	Dificultades en la información Determina la Ley 87 de 1993, en su artículo 2o. objetivos del sistema de control interno: a) Asegurar la exactitud y confiabilidad de la información y de sus registros. Control de insumos y menaje	1. Diligenciar, cada que haya lugar, los formatos establecidos para el control de inventarios como son DC-LS-FR-035 Kardex diario: insumos, medios de cultivo y reactivos clínicos por práctica de laboratorio	1/09/2021	30/11/2021	1. Tener seguimiento de las cantidades en los	30/11/2021	Laboratorio Facultad de Arquitectura	Gina Hincapié Juliana Tobón Mayra Fuentes			
Ci2021300347	23/08/2021	2	Determina la Ley 87 de 1993, en su artículo 2o. objetivos del sistema de control interno: a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos de los mismos. Control de insumos y reactivos	1. Diligenciar, cada que haya lugar, los formatos establecidos para el control de inventarios como son DC-LS-FR-035 Kardex diario: insumos, medios de cultivo y reactivos clínicos por práctica de laboratorio	1/09/2021	30/11/2021	1. Tener seguimiento de las cantidades en los	30/11/2021	Laboratorio Facultad de Arquitectura	Gina Hincapié Juliana Tobón Mayra Fuentes			
Ci2021300347	23/08/2021	3	Calibración de equipos La Ley 87 de 1993, precisa en su artículo 2º objetivos del sistema de control interno: a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos de los mismos.	1. Actualizar procedimiento de calibración DC-LI-PR-001	13/08/2021	indef.	1. Especificar calibración para equipos de laboratorio	1/09/2021	Laboratorio Facultad de Administración	Juan Fernando Giraldo	100	100%	El procedimiento de calibración DC-LI-PR-001 ya se encuentra actualizado en la plataforma G+ con fecha de 13-08-2021
Ci2021300347	23/08/2021	4	Determina la Ley 87 de 1993, en su artículo 2o. objetivos del sistema de control interno: a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos de los mismos.	1. Diligenciar, cada que haya lugar, los formatos establecidos para el control de inventarios como son DC-LS-FR-035 Kardex diario: insumos, medios de cultivo y reactivos clínicos por práctica de laboratorio	1/09/2021	30/11/2021	1. Tener seguimiento de las cantidades en los	30/11/2021	Laboratorio Facultad de Arquitectura	Gina Hincapié Juliana Tobón Mayra Fuentes			

Nombre del responsable:	Gina Hincapié Juliana Tobón Mayra Fuentes Juan Fernando Giraldo	Correo electrónico:	gina.hincapie@colmayor.edu.co lala.salud@colmayor.edu.co lacma@colmayor.edu.co juan.giraldo.velasquez@colmayor.edu.co	Teléfono y extensión:	
-------------------------	--	---------------------	--	-----------------------	--

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

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

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

Descripción del hallazgo y observación: corresponde al hallazgo y la observación identificados en la auditoría realizada por la Oficina de Control Interno.

Acción de Mejoramiento es la medida que propone adoptar el proceso o subproceso responsable con el fin de corregir algún desvío o variación del hallazgo o riesgos identificados y eliminar la causa que se haya presentado para que no vuelva a suceder.

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

Objetivo que se Busca Lograr: corresponde a la descripción del logro que se busca alcanzar con la realización de las acciones de mejoramiento. El objetivo que se defina debe estar en función de los efectos identificados en el hallazgo y debe ser medible.

Fecha Obtención de Resultados: indique la fecha a partir de la cual se estima se empezaran a obtener resultados de las acciones de mejoramiento propuestas. El formato a utilizar corresponde a año-mes-día (aaaa-mm-dd; 4dígitos-2dígitos-2dígitos), separados por guion (-).

Responsables (Dependencia – Funcionario):corresponde al nombre del proceso y/o subproceso y del nombre del responsable de implementar la acción de mejora.

SEGUIMIENTO

Cumplimiento de la Acción:corresponde al porcentaje de cumplimiento de las acciones de mejoramiento. Se diligencia en el seguimiento al plan de mejoramiento realizado por la oficina de Control Interno.

Efectividad: corresponde al porcentaje de cumplimiento de los logros alcanzados con las acciones de mejoramiento realizadas, se mide en función del objetivo propuesto.

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

Nombre del Responsable Correo Electrónico y Teléfono:corresponde al nombre, correo electrónico y teléfono del funcionario responsable de actualizar el formato.



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

Plan de mejoramiento auditoría Plan de mejoramiento interno y externo 2021-1													PLAN DE MEJORAMIENTO N°:	
Radicado de la Auditoría	Fecha de la Auditoría	N° del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo		Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias	
					Fecha de inicio	Fecha de terminación			Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %		
CI2021300347	23/08/2021		<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>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 acaecida con el plan de provisiones que se presentó en sesión del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, del 19 de marzo de 2019.</p> <p>Soportes:</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 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, en la información de primera y segunda línea de defensa que se remitió por correo electrónico, considerando que en la vigencia 2019, se materializó el riesgo de incumplimiento y el riesgo de inexactitud en la información por potencial de inexactitud. 	<p>Se va a presentar para aprobación al comité de gestión y desempeño en el mes de agosto, por medio de acta</p> <p>La información que se vaya a presentar a los diferentes comités se revisará previamente evitando que se presente reprocesos e imprecisiones</p>									<p>El Plan se socializó en Comité Institucional de Gestión y desempeño realizado el día 18 de agosto de 2021. Esta pendiente el acta la cual está en proceso de elaboración.</p> <p>La información que se presenta a los comités es validada previamente en el área, tal es el caso del comité de capacitación, comité de personal docente, comité de personal, en donde la preparación de la información a presentar es realizada en el área de TH. Para los otros Comités donde se es invitado y se deba presentar información, esta es validada.</p> <p>Se socializó el Plan de Talento Humano sin observaciones al respecto.</p>	
			Acciones pendientes por cerrar 2020	<p>Se reforzará la acción propuesta de verificar la información por segunda vez con otro de los auxiliares con mas detalle. Para lo cual se dejará evidencia en los correos electrónicos.</p>									<p>En el mes de julio los auxiliares del área realizaron revision parcial. Este procedimiento ayuda a que se cree la conciencia de que la información debe ser exacta y precisa, se anexa correo.</p>	
			Acciones cerradas parcialmente 2017-2018 y 2019	<p>La acción propuesta por parte del proceso Gestión del Talento Humano</p> <p>Se observaron deficiencias en la gestión que se debe efectuar para validar 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>f. Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones</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 trazabilidad se podría realizar planilla de asistencia. Etapa del proceso: adjunto se envía otros soportes del seguimiento solicitando realizar la evaluaciones a quienes no la han hecho."</p>							<p>En el mes de agosto se realizó acompañamiento a las personas que lo requirieron, así mismo se recordaba el diligenciamiento de la evaluación de acuerdo a los límites de las fechas. (se anexa planilla de acompañamiento, archivos de recordación y archivos de generación de evaluaciones)</p>		

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

PROCESO:		Gestión Documental - Auditoría de Planes de mejoramiento internos y externos										PLAN DE MEJORAMIENTO N°:	
Radicado de la Auditoría	Fecha de la Auditoría	N° del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo		Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias
					Fecha de inicio	Fecha de terminación			Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %	
		1	En cuanto se tenga la convalidación aprobada de las TRD por parte del Consejo Departamental de Archivos, se procederá a registrar en la página de la AGN el respectivo RLUOS.	Se remitirán las TRD en esta oportunidad ante el Comité Evaluador de Documentos del Archivo General de la Nación.	29/01/2021	30/12/2021	Cumplir con lo preceptuado en el Acuerdo 004 de 2019 Artículo 19 "Inscripción de TRD al RUSD"	30/12/2021	Líder Gestión documental.	Gabriel Jaime Castañeda Gutiérrez			28 Enero 2021: Las TRD fueron devueltas con observaciones por el CTA el 23 de diciembre del 2020. Posterior al análisis de dicho concepto técnico y tras no obtener respuesta a la solicitud de reunión remitida XXXX se decide enviar las Tablas de Retención Documental de la institución para convalidación con la autoridad máxima de archivos en el país; El Archivo General de la Nación, según lo acordado en el Acta 004 de septiembre de 2020.
		2	Alcanza 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 2019. Omitiendo el tiempo de permanencia, así como su disposición final	Aunque desde Gestión Documental se identificó que la institución no cuenta con fondos documentales acumulados que requieran de un proceso de organización en el marco de las TVD, si es necesario que en cumplimiento del Acuerdo 004 de 2019, se elaboren las TVD con el fin de identificar, valorar y conservar la producción documental que conformaría el Archivo Histórico de la institución.	20/09/2020	30/12/2021	Cumplir con lo preceptuado en la Ley 594 de 2000 (Ley de General de Archivos) y artículo 3 del título 1 del Acuerdo 004 de 2019	30/12/2021	Líder Gestión documental.	Gabriel Jaime Castañeda Gutiérrez			28 de Enero 2021: A la fecha se tiene abordado el 50% del proyecto de elaboración de las TVD, se cuenta con la metodología propuesta por el AGN, en su acuerdo 004 de 2019, donde la institución ha abarcado la elaboración del diagnóstico integral de archivos, el levantamiento de inventarios documentales, la organización del fondo acumulado, la identificación de los diferentes períodos de reestructuración a los cuales se les elaborará TVD, los Cuadros de Clasificación Documental y las Tablas de Valoración Documental. Se espera para continuar el proceso de elaboración de las TVD, con el apoyo nuevamente del historiador en el mes de febrero 2021 para culminar la memoria descriptiva y la valoración de documentos por parte del Comité de Archivo.
		3	Publicación No se cumple con el art 10 literal B del Acuerdo 004 de 2013, el cual indica que las "...inscripción de las TRD y TVD en el registro único de series documentales del archivo general de la nación, agijando el procedimiento indicado para tal fin" Lo que induce al no cumplimiento en el procedimiento de presentación, revisión y ajustes de las TRD y las TVD	Se remitirán las TRD en esta oportunidad ante el Comité Evaluador de Documentos del Archivo General de la Nación. En cuanto a las TVD, se continuará en el mes de febrero 2021 con su elaboración para su posterior convalidación ante el CTA	1/01/2021	30/12/2021	Cumplir con lo preceptuado en el Acuerdo 004 de 2019 Artículo 19 "Inscripción de TRD al RUSD"	30/12/2021	Líder Gestión documental.	Gabriel Jaime Castañeda Gutiérrez			28 Enero 2021: Las TRD fueron devueltas con observaciones por el CTA el 23 de diciembre del 2020. Posterior al análisis de dicho concepto técnico y tras no obtener respuesta a la solicitud de reunión remitida XXXX se decide enviar las Tablas de Retención Documental de la institución para convalidación con la autoridad máxima de archivos en el país; El Archivo General de la Nación, según lo acordado en el Acta 004 de septiembre de 2020. A la fecha se tiene abordado el 50% del proyecto de elaboración de las TVD, se cuenta con la metodología propuesta por el AGN, en su acuerdo 004 de 2019, donde la institución ha
		4	8.1.2. Deficiencias en los mecanismos de verificación y seguimiento 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. (ver tabla en el informe) 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. En el análisis realizado a diez (10) procesos institucionales, se observó que el proceso de gestión administrativa y financiera cuenta con un procedimiento "GF-FR-022 seguimiento planes de mejoramiento", versión cero (0) del 13 de junio	Si bien desde el área de Gestión Documental se viene realizando seguimiento a los planes de mejoramiento de forma regular; dicho procedimiento no está quedando documentado. Por lo anterior desde el área de Gestión Documental se elaborará un formato de seguimiento al Plan de Mejoramiento con el ánimo de establecer responsables y avances en tiempo de cada una de las acciones abiertas en el proceso.	1/01/2021	30/12/2021	Llevar seguimiento y supervisión de los avances y logros de cada una de las acciones pendientes por ejecutarse en los planes de mejoramiento	20/12/2020	Gestión Documental	Líder Gestión Documental			31 agosto 2021: Desde el área de Gestión Documental se viene documentando el seguimiento y la supervisión de las acciones establecidas en el Plan de Mejoramiento 2021 en el formato interno del área de Gestión Documental denominado SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO GL-GD-FR-036 del 22 de junio de 2021. En este informe se consolidan los avances, novedades y criterios de supervisión que se han venido realizando en cumplimiento de las acciones abiertas expuestas en el PM.
		5	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.	Desde el área de Gestión Documental se realizará control de las acciones abiertas en el PM semestralmente mediante el formato de seguimiento al Plan de Mejoramiento con el ánimo de establecer responsables, identificar avances, observaciones realizadas por instituciones externas, documentar novedades y proponer acciones de mejora para el cierre de las acciones abiertas en el proceso.	15/08/2021	30/12/2021	Llevar seguimiento y supervisión de las acciones pendientes por ejecutarse en los planes de mejoramiento	30/12/2020	Gestión Documental	Líder Gestión Documental			31 agosto 2021: Desde el área de Gestión Documental se viene documentando el seguimiento y la supervisión de las acciones establecidas en el Plan de Mejoramiento 2021 en el formato interno del área de Gestión Documental denominado SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO GL-GD-FR-036 del 22 de junio de 2021. En este informe se consolidan los avances, novedades y criterios de supervisión que se han venido realizando en cumplimiento de las acciones abiertas expuestas en el PM.

Nombre del responsable:	GABRIEL JAIME CASTAÑEDA GUTIÉRREZ	Correo electrónico:	archivo@colmayor.edu.co	Teléfono y extensión:	4445611 EXT 138
-------------------------	-----------------------------------	---------------------	--	-----------------------	-----------------

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Radicado de la auditoría: escriba la referencia (número de radicado) con que se envió a la Alta Dirección, este número es arrojado por el Document V

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

Descripción del hallazgo y observación: corresponde al hallazgo y la observación identificados en la auditoría realizada por la Oficina de Control Interno.

Acción de Mejoramiento: es la medida que propone adoptar el proceso o subproceso responsable con el fin de corregir algún desvío o variación del hallazgo o riesgos identificados y eliminar la causa que se haya presentado para que no vuelva a suceder.

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

Objetivo que se Busca Lograr: corresponde a la descripción del logro que se busca alcanzar con la realización de las acciones de mejoramiento. El objetivo que se defina debe estar en función de los efectos identificados en el hallazgo y debe ser medible.

Fecha Obtención de Resultados: indique la fecha a partir de la cual se estima se empezaran a obtener resultados de las acciones de mejoramiento propuestas. El formato a utilizar corresponde a año-mes-día (aaaa-mm-dd; 4dígitos-2dígitos-2dígitos), separados por guión.

Responsables (Dependencia – Funcionario): corresponde al nombre del proceso y/o subproceso y del nombre del responsable de implementar la acción de mejoramiento.

SEGUIMIENTO

Cumplimiento de la Acción: corresponde al porcentaje de cumplimiento de las acciones de mejoramiento. Se diligencia en el seguimiento al plan de mejoramiento realizado por la oficina de Control Interno.

Efectividad: corresponde al porcentaje de cumplimiento de los logros alcanzados con las acciones de mejoramiento realizadas, se mide en función del objetivo propuesto.

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

Nombre del Responsable Correo Electrónico y Teléfono: corresponde al nombre, correo electrónico y teléfono del funcionario responsable de actualizar el formulario.



PLAN DE MEJORAMIENTO - HALLAZGOS Y OBSERVACIONES DE AUDITORIAS DE CONTROL INTERNO														
VICERRECTORIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA														
VICERRECTORIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA												PLAN DE MEJORAMIENTO N°:		
PROCESO:	Radicado de la Auditoria	Fecha de la Auditoria	N° del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo		Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias
						Fecha de inicio	Fecha de terminación			Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %	
			8.1.2	Deficiencias en el sistema de control interno de la Institución Se observó en los planes de mejoramiento resultantes de las auditorias realizadas por la Dirección de Control Interno que: 8 No se formularon acciones a los hallazgos establecidos.	No se estable acción de mejora, para aquellos hallazgos realizados a la Vicerrectoría Administrativa y financiera en los cuales no se propone mejora.									
			8.1.2	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 consentidas de las mismas, dadas sus explicaciones, no obstante, en razón de que aluden al mismo ítem presupuestal, en tal sentido no se cifren sus valores bajo cualquier tipo de presentación. Tal situación, es debido a falta de control, por no garantizarlo 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.	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: ARTICULO 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. 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. 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.	30/04/2021	31/12/2021	Realizar una rendición de cuentas presupuestales homogéneas ante los diferentes entes de control.	Junio 30 2021	Vicerrectoría Administrativa y Financiera (presupuesto)	Jorge William Arredondo Arango			En la rendición del CHIP presupuestal del primer y segundo trimestre se puede evidenciar el cumplimiento de esta acción.
			8.1.3	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 2018 (Por medio del cual se liquida el Presupuesto General del Municipio de Medellín para la vigencia fiscal 2019), en los siguientes términos: "Registro de los ingresos recibidos por anticipado: Los ingresos recibidos por anticipado por los establecimientos públicos, presupuestalmente deberán reflejarse en la ejecución de ingresos como un mayor valor recaudado en la vigencia. Dichos recursos, en cumplimiento de los principios presupuestales de anualidad y universalidad, se incorporarán al presupuesto para financiar el gasto autorizado para la vigencia fiscal." Conocido el hecho anterior por parte de la Institución, efectivamente COL MAYOR assera, "...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.	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.	2020-12-01	2020-12-31	Reconocer en el presupuesto los ingresos reales de la institución en lo que corresponde a recaudo anticipado por concepto de matrículas.	31/12/2020	Vicerrectoría Administrativa y Financiera (presupuesto)	Jorge William Arredondo Arango			Para la fecha de obtención de resultados no se realiza avance a la acción, teniendo en cuenta que la Institución a diciembre 31 del año 2020, no recaudo ingresos por concepto de matrículas para el semestre 2021-1, es decir no se contaba con información para realizar el registro, esta situación atípica en la Institución se da por el programa de matrícula cero implementado por el Municipio de Medellín.
				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: Numeral 4.3 Evaluación del control interno contable para efectos de gestión (...) 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. 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.	Consolidar un instructivo que permita al área financiera verificar todas las etapas del proceso financiero (presupuesto, nomina, 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.	43553	43646	Evidenciar por medio de actas, instructivos de verificación, entre otras herramientas que al proceso contable se le realiza verificación y ajustes para asegurar la calidad de la información financiera pública	43646	Vicerrectoría Administrativa y Financiera	Juan Esteban Velez Perez			La acción de mejora propuesta se realizó dentro de los términos, la oficina de control interno no la considera pertinente, sin embargo desde la Vicerrectoría Administrativa y Financiera el flujo de información entre las áreas garantiza una correcta validación (autoevaluación) de los soportes que se registran como hechos económicos.



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

PROCESO:	GESTIÓN DE COMUNICACIONES Y MERCADEO										PLAN DE MEJORAMIENTO N°:		
Radicado de la Auditoria	Fecha de la Auditoria	N° del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo		Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias
					Fecha de inicio	Fecha de terminación			Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %	
CI2021300347	Lunes 23 de Agosto de 2021	1	Dimensión Información y Comunicar 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. Con el propósito de determinar el nivel de satisfacción de los ciudadanos que durante el segundo semestre de 2017 y primero de 2018, se evidenciaron deficiencias en el proceso de gobierno corporativo, considerando que este tiene entre otras responsabilidades "Asegurar la gestión Deficiencias "informe detalles por solicitud"	Coordinar con la Jefe de Planeación una reunión en la que se socialice los resultados de los autodiagnósticos para que una vez conocida la situación de manera conjunta se establezcan los resultados de la encuesta que están acordes a lo que ocurría cuando se evaluaba la satisfacción de los usuarios de la institución.			Se busca lograr que los canales de comunicación de la institución se fortalezcan.	Sujetos a aprobación de la Política	Gestión de Comunicaciones	Yessika Gómez Palacio			
CI2021300347	Lunes 23 de Agosto de 2021	2	Se evidenciaron deficiencias en el proceso de gobierno corporativo, considerando que este tiene entre otras responsabilidades "Asegurar la gestión Deficiencias "informe detalles por solicitud"	Analizar desde Calidad y Comunicaciones mensualmente las entradas al canal de PQRSFD	9 de agosto de 2021	Se encuentra habilitada en todo momento	Mejorar el trámite de los servicios de PQRSFD	31 de diciembre de 2021	Gestión de Comunicaciones	Yessika Gómez Palacio, líder de proceso			
CI2021300347	Lunes 23 de Agosto de 2021	3	Deficiencias "informe detalles por solicitud"	Procedimentar el mecanismo de contratación de software a nivel Institucional.	1 de octubre de 2021	30 de junio de 2021	Mejorar la reclasificación de las entradas de	30 de junio de 2021	Gestión de Comunicaciones	Yessika Gómez Palacio, líder de comunicaciones			
CI2021300347	Lunes 23 de Agosto de 2021	4	La Ley 87 de 1993, en su artículo 2º. Objetivos del Sistema de Control Interno, determina entre otros:	Revisar la pertinencia de contratar un software que incluye un módulo	9 de agosto de 2021	30 de octubre de 2021	Tener un canal que permita a los usuarios acceder a los trámites o solicitudes que	30 de octubre de 2021	Gestión de Comunicaciones Gestión Documental	Yessika Gómez Palacio, líder de comunicaciones Gabriel Castañeda,			
CI2021300347	Lunes 23 de Agosto de 2021	5	Evaluación puntos de control establecidos para los riesgos	Se implementará una revisión mensual de las acciones de mejora propuestas en los planes de mejoramiento, en el comité	20 de septiembre de 2021	30 de junio de 2021	Realizar una oportuna revisión a los planes de mejoramiento	30 de junio de 2021	Gestión de comunicaciones	Yessika Gómez Palacio			

Nombre del responsable:	Yessika Gómez Palacio	Correo electrónico:	yessika.gomez@colmayor.edu.co	Teléfono y extensión:	4445611 ext 135
-------------------------	-----------------------	---------------------	--	-----------------------	-----------------

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

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

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

Descripción del hallazgo y observación: corresponde al hallazgo y la observación identificados en la auditoria realizada por la Oficina de Control Interno.

Acción de Mejoramiento: es la medida que propone adoptar el proceso o subproceso responsable con el fin de corregir algún desvío o variación del hallazgo o riesgos identificados y eliminar la causa que se haya presentado para que no vuelva a suceder.

Plazo: fecha de iniciación y de terminación que se requieren para alcanzar la acción

Objetivo que se Busca Lograr: corresponde a la descripción del logro que se busca alcanzar con la realización de las acciones de mejoramiento. El objetivo que se defina debe estar en función de los efectos identificados en el hallazgo y debe ser medible

Fecha Obtención de Resultados: indique la fecha a partir de la cual se estima se empezaran a obtener resultados de las acciones de mejoramiento propuestas. El formato a utilizar corresponde a año-mes-día (aaaa-mm-dd; 4dígitos-2dígitos-2dígitos), separados por guion (-)

Responsables (Dependencia – Funcionario): corresponde al nombre del proceso y/o subproceso y del nombre del responsable de implementar la acción de mejora

SEGUIMIENTO

Cumplimiento de la Acción: corresponde al porcentaje de cumplimiento de las acciones de mejoramiento. Se diligencia en el seguimiento al plan de mejoramiento realizado por la oficina de Control Interno

Efectividad: corresponde al porcentaje de cumplimiento de los logros alcanzados con las acciones de mejoramiento realizadas, se mide en función del objetivo propuesto

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

Nombre del Responsable Correo Electrónico y Teléfono: corresponde al nombre, correo electrónico y teléfono del funcionario responsable de actualizar el formato



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

PROCESO:		PLAN DE MEJORAMIENTO N°:												
Radicado de la Auditoria	Fecha de la Auditoria	N° del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo		Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias
						Fecha de inicio	Fecha de terminación			Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %	
Seguimiento al plan de mejoramiento de Gestión de Legal Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)														
Ci2021300347	23/08/2021	8.1.3	<p>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.</p> <p>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</p> <p>"La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados." 13</p> <p>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://</p>	<p>No se evidenció la aplicación de una metodología de reconocido valor técnico para elaborar la provisión de rubro de sentencias y conciliaciones que permita determinar:</p> <p>"(...) 1) determinar el valor de las pretensiones, 2) ajustar el valor de las pretensiones, 3) calcular el riesgo de condena y 4) registrar el valor de las pretensiones." [Tomado de la Resolución 353 de 2016, Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado].</p> <p>Por su parte, la Ley 87 de 1993, determina: "Artículo 2º.- Objetos del sistema de Control Interno."</p> <p>"a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten; (...)"</p> <p>Lo anterior puede generar para la Institución la materialización de un riesgo como "incumplimiento" el cual podría a su vez derivar en investigaciones de parte de los Organismos de Control, sanciones, daño patrimonial, pérdida de imagen, entre otros aspectos. Soporte 12, entrevista realizada al Coordinador Jurídico de la Institución el 28 de mayo de 2018.</p>	<p>Aplicar el contenido de la resolución 353 de 2016, proferida por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, mediante la cual se adopta una metodología de reconocido valor técnico para el cálculo de la provisión contable de los procesos judiciales, conciliaciones extrajudiciales y trámites arbitrales en contra de la entidad, que se podría considerar por la Institución para fortalecer todo lo inherente a la gestión jurídica.</p> <p>La presente acción se modifica en el sentido de que se evaluará con la Vicerrectoría Administrativa y Financiera, la necesidad de expedir un acto administrativo interno mediante el cual se adopte 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, ya que hasta el momento la metodología adoptada es la propuesta por el Municipio como ente adscrito a este.</p> <p>Dicho análisis se hará en reunión que se programará con las áreas involucradas, de la cual se dejará constancia en un acta y de ser el caso se acompañará la elaboración del acto administrativo.</p>	30/08/2021	27/12/2021	27/12/2021	Gestión Legal	Coordinador Jurídico				
			<p>7.2.1 Se evidenciaron deficiencias "frente al monitoreo y evaluación del estado de los controles a 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 "ARTICULO 2.22.3.5. Manual Operativo del Modelo. El Consejo para La Gestión y Desempeño Institucional adoptará y actualizará el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG. (...)".</p> <p>La segunda línea de defensa tiene entre otras las siguientes responsabilidades:</p> <p>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</p> <p>7.3.1 Se observó que la Institución no le está dando estricto cumplimiento a la resolución interna No. 329 de 2015, dado que la misma en el numeral 8 que hace referencia al perfil del supervisor e interventor, al respecto establece:</p> <p>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.</p> <p>Lo anterior se sustenta en los contratos que fueron auditados y se relacionan a continuación:</p> <p>Ver Tabla 5. Relación de contratos con incumplimiento a la designación de supervisión</p> <p>Dicha situación expone a la Institución a la materialización de un riesgo como el de incumplimiento, considerando que si el supervisor</p>	<p>Análisis y determinar qué control debe implementarse con el fin de mitigar el riesgo de incumplimiento de requisitos legales en los procesos contractuales.</p> <p>La presente acción se modifica en el sentido de que se implementará una auditoría interna del proceso de Gestión Legal, con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos legales en los procesos contractuales internos.</p> <p>Para esto previamente se requerirá del apoyo del área de control interno, con el fin de establecer mecanismos y procedimientos de auditoría.</p>	30/08/2021	30/11/2021	30/11/2021	Gestión Legal	Coordinador Jurídico					
					<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> <p>Se modifica la presente acción en el sentido de que se evaluará que el Supervisor designado y su apoyo (en caso de que sea designado) cumple con el perfil requerido de acuerdo con el objeto contractual y según lo establecido en el Manual de Supervisión e Interventoría y Manual de Funciones.</p>	30/08/2021	30/12/2021	30/12/2021	Gestión Legal	Coordinador Jurídico				

<p>7.3.5 Actividades de control establecidas para el proceso</p> <p>En las actividades de control desortas 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 intradmixtos, convenios de práctica y otros y GL-PR-008, versión del 23 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 -".</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>30/08/2021</p>	<p>30/09/2021</p>	<p>Mantener actualizados los procedimientos y caracterización del proceso.</p>	<p>30/09/2021</p>	<p>Gestión Legal</p>	<p>Coordinador Jurídico</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 los 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>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>Se modifica la presente acción dado que no responde al hallazgo del cual fue derivada. Por lo que se propone realizar actividades como capacitaciones, socializaciones y expedir circulares que contribuyan a una correcta supervisión y prevengan el riesgo de deficiencias en la misma.</p>	<p>30/08/2021</p>	<p>30/09/2021</p>	<p>Fortalecer la correcta supervisión e interventoría de los contratos</p>	<p>30/09/2021</p>	<p>Gestión Legal</p>	<p>Coordinador Jurídico</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 de 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 63:</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 conocimiento 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>la acción es pertinente toda vez que de acuerdo al volumen de contratación los casos que han presentados deficiencias en la supervisión que cologen 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 recordándole de las obligaciones y responsabilidades derivadas de la delegación de supervisión de acuerdo con la Resolución 329 de 2013.</p> <p>Se modifica la presente acción dado que no responde al hallazgo del cual fue derivada. Por lo que se propone realizar actividades como capacitaciones, socializaciones y expedir circulares que contribuyan a una correcta supervisión y prevengan el riesgo de deficiencias en la misma.</p>	<p>30/08/2021</p>	<p>30/10/2021</p>	<p>Fortalecer la correcta supervisión e interventoría de los contratos</p>	<p>30/10/2021</p>	<p>Gestión Legal</p>	<p>Coordinador Jurídico</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.</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>Se modifica la presente acción en el sentido de que se ajustará mediante acto administrativo o procedimiento interno lo correspondiente a la gestión del Comité de Conciliación de la Institución de acuerdo con lo prescrito en el Decreto Reglamentario 1069 de 2015.</p> <p>Lo anterior, dado que el Protocolo en mención no es aplicable a las entidades del orden descentralizado, por lo cual, este no puede ser el estándar para medir la eficacia de las normas internas.</p>	<p>30/08/2021</p>	<p>30/09/2021</p>	<p>Mejorar el funcionamiento del Comité de Conciliación</p>	<p>30/09/2021</p>	<p>Gestión Legal</p>	<p>Coordinador Jurídico</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>30/08/2021</p>	<p>30/09/2021</p>	<p>Informar oportunamente sobre el estado de los procesos judiciales y de los mecanismos de defensa judicial de la entidad</p>	<p>30/09/2021</p>	<p>Gestión Legal</p>	<p>Coordinador Jurídico</p>				

<p>DIMENSION GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS</p> <p>Es pertinente que la Institución fortalezca los (...) mecanismos de control encaminados a asegurar el cumplimiento de las leyes y las regulaciones, "... la corrección oportuna de las deficiencias." "La existencia, aplicación y efectividad de tales controles se verifica a través de la autoevaluación (...)" de conformidad con lo que determina el decreto 1499 de 2019, en el manual operativo del sistema de gestión - MIPG, versión 2, de 2018, para el componente actividades de control del riesgo en la entidad, del modelo estándar de control interno.</p> <p>Lo antes expuesto tiene como propósito minimizar la materialización de riesgos como el de incumplimiento normativo, evidenciados en las diferentes auditorías ejecutadas durante el período auditado.</p> <p>Soportes:</p>	<p>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>La acción se aclara en el sentido de que la acción más pertinente para fortalecer los controles es propiciar espacios en los cuales se divulgue y resuelvan las inquietudes de los empleados y sus colaboradores respecto a los instrumentos normativos que regulan la labor de Supervisión y Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno.</p>	<p>30/08/2021</p> <p>30/10/2021</p>	<p>Fortalecer la correcta supervisión e interveroría de los contratos</p>	<p>30/10/2021</p>	<p>Gestión Legal</p>	<p>Coordinador Jurídico</p>					
<p>DIMENSION GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS</p> <p>Es pertinente que la Institución fortalezca los (...) mecanismos de control encaminados a asegurar el cumplimiento de las leyes y las regulaciones, "... la corrección oportuna de las deficiencias." "La existencia, aplicación y efectividad de tales controles se verifica a través de la autoevaluación (...)" de conformidad con lo que determina el decreto 1499 de 2019, en el manual operativo del sistema de gestión - MIPG, versión 2, de 2018, para el componente actividades de control del riesgo en la entidad, del modelo estándar de control interno.</p> <p>Lo antes expuesto tiene como propósito minimizar la materialización de riesgos como el de incumplimiento normativo, evidenciados en las diferentes auditorías ejecutadas durante el período auditado.</p> <p>Soportes:</p>	<p>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>La acción se aclara en el sentido de que la acción más pertinente para fortalecer los controles es propiciar espacios en los cuales se divulgue y resuelvan las inquietudes de los empleados y sus colaboradores respecto a los instrumentos normativos que regulan la labor de Supervisión, Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno, Manual de Conflictos de Interés.</p>	<p>30/08/2021</p> <p>30/10/2021</p>	<p>Fortalecer la correcta supervisión e interveroría de los contratos</p>	<p>30/10/2021</p>	<p>Gestión Legal</p>	<p>Coordinador Jurídico</p>					
<p>Hallazgo No. 3: funciones de la secretaría 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 solicita."</p> <p>- "6. Organizar el archivo correspondiente a los asuntos del comité".</p> <p>Es importante establecer que dicha disposición</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>30/08/2021</p> <p>30/10/2021</p>	<p>Informar oportunamente sobre la gestión del Comité de Conciliación al Rector</p>	<p>30/10/2021</p>	<p>Gestión Legal</p>	<p>Coordinador Jurídico</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>30/08/2021</p> <p>30/10/2021</p>	<p>Mejorar el funcionamiento del Comité de Conciliación</p>	<p>30/10/2021</p>	<p>Gestión Legal</p>	<p>Coordinador Jurídico</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 \$356.820, beneficiario María Patricia Salazar Mejía, con NIT 39.521.428.6.</p> <p>Los mismos expiraron al finalizar la vigencia 2017.</p>	<p>proponer al área de presupuesto la creación del libro 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>Dado que la acción fue parcialmente cerrada, se modifica la parte que quedó abierta en el sentido que se solicita cerrar la acción por las razones expuestas en los memorandos remitidos al área de control interno, como respuesta a las observaciones de la auditoría.</p> <p>Lo anterior, ya que no es viable jurídicamente la creación de este rubro, por ende, sería una acción que permanecería abierta a perpetuidad.</p>	<p>30/08/2021</p> <p>N/A</p> <p>N/A</p> <p>N/A</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>					

			<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 ARTICULO 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 del 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>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> <ul style="list-style-type: none"> • 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>Los aspectos clave para el Sistema de Control Interno SCI a tener en cuenta por parte de la 2ª Línea son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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>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>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 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> <p>La acción se modifica dado que la misma no surtió efectividad, en el siguiente sentido:</p> <p>Dado el nuevo sistema de información "Banco de Datos" con el que cuenta la información, la información contractual será consolidada a través de este sistema, con el apoyo del personal jurídico y financiero con el fin de no se materialice el riesgo de inexactitud en la información.</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> <p>La presente acción se modifica en el sentido de que se implementará una auditoría interna del proceso de Gestión Legal, con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos legales en los procesos contractuales internos.</p> <p>Para esto previamente se requerirá del apoyo del área de control interno, con el fin de establecer mecanismos y procedimientos de auditoría.</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 SECOF y en Gestión Transparente, en concordancia con ello se extraerá la información para requerir 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 SECOF y en Gestión Transparente.</p> <p>Se modifica la presente acción ya que esta no fue efectiva, adicional, debe ser actualizada debido a la migración a SECOP II. En ese sentido, se establece el punto de control a cargo de los abogados de gestión legal quienes revisan y aprueban los documentos que hacen parte de los expedientes contractuales.</p> <p>Adicionalmente, se buscará el apoyo de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera para la rendición de la información.</p>	30/08/2021	30/05/2021	Disminuir el riesgo de inexactitud de información en la rendición de informes	30/05/2021	Gestión Legal	Coordinador Jurídico								
		8.1.3			30/08/2021	30/05/2021	Disminuir el riesgo de inexactitud de información en la rendición de informes	30/05/2021	Gestión Legal	Coordinador Jurídico								
					30/08/2021	30/05/2021	Disminuir el riesgo de inexactitud de información en la rendición de informes	30/05/2021	Gestión Legal	Coordinador Jurídico								
Ci2021300347	23/08/2021	8.1.4	<p>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".</p> <p>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:</p>	<p>Se establecerá un cronograma y plan de acción, designando a los encargados de ejecutar cada una de las acciones que permanecen abiertas, con el fin de que todas las acciones se ejecuten oportunamente y requisitos legales.</p>	30/08/2021	30/10/2021	Controlar el cumplimiento de las acciones de mejoramientos que permanecen abiertas	1/01/2022	Gestión Legal	Coordinador Jurídico Abogados contratistas de apoyo								
Nombre del responsable:			José Luis Sánchez Cardona	Correo electrónico:			jose.sanchez@colmayor.edu.co			Teléfono y extensión:			4445611 Ext. 239					
INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO																		

Radicado de la auditoría: escriba la referencia (número de radicado) con que se envió a la Alta Dirección, este número es arrojado por el Document We

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

Descripción del hallazgo y observación: corresponde al hallazgo y la observación identificados en la auditoría realizada por la Oficina de Control Interno.

Acción de Mejoramiento: es la medida que propone adoptar el proceso o subproceso responsable con el fin de corregir algún desvío o variación del hallazgo o riesgos identificados y eliminar la causa que se haya presentado para que no vuelva a suceder.

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

Objetivo que se Busca Lograr: corresponde a la descripción del logro que se busca alcanzar con la realización de las acciones de mejoramiento. El objetivo que se defina debe estar en función de los efectos identificados en el hallazgo y debe ser medible.

Fecha Obtención de Resultados: indique la fecha a partir de la cual se estima se empezaran a obtener resultados de las acciones de mejoramiento propuestas. El formato a utilizar corresponde a año-mes-día (aaaa-mm-dd; 4dígitos-2dígitos-2dígitos), separados por guion.

Responsables (Dependencia – Funcionario): corresponde al nombre del proceso y/o subproceso y del nombre del responsable de implementar la acción de mejoramiento.

SEGUIMIENTO

Cumplimiento de la Acción: corresponde al porcentaje de cumplimiento de las acciones de mejoramiento. Se diligencia en el seguimiento al plan de mejoramiento realizado por la oficina de Control Interno.

Efectividad: corresponde al porcentaje de cumplimiento de los logros alcanzados con las acciones de mejoramiento realizadas, se mide en función del objetivo propuesto.

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

Nombre del Responsable Correo Electrónico y Teléfono: corresponde al nombre, correo electrónico y teléfono del funcionario responsable de actualizar el formulario.