



MEMORANDO

Medellin 2018-09-25 12:07:14  
Rad 2018302294  
Institución Universitaria  
Colegio Mayor de Antioquia  
Juan Guillermo Agudelo

Medellín, 25 de septiembre de 2018

PARA: Bernardo Arteaga Velasquez, Rector  
DE: Director Control Interno  
ASUNTO: Remisión del informe definitivo auditoría legal seguimiento a los planes de mejoramiento.

Respetado doctor:

Con fundamento en la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017 y el Decreto 1499 de 2017, así como en la Resolución interna 138 de 2016, y en el plan general de auditoría – PGA, vigencia 2018, aprobado en sesión ordinaria del Consejo Directivo de la Institución, el 23 de febrero de 2018; la Dirección de Control Interno ha realizado el seguimiento a los planes de mejoramiento internos y externos suscritos por la Institución correspondiente al segundo semestre de 2017 y primer semestre de 2018.

Es importante precisar que la auditoría se llevó a cabo de acuerdo al proceso de Control Interno, vigente actualmente para la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, es decir, que se presentó y discutió el resultado inicialmente, con los responsables.





Finalmente, y en aras de la mejora continua de la Institución, de forma respetuosa, le informo que la Institución dispone de diez (10) días hábiles para presentar el plan de mejoramiento, en el que establezca las acciones a que haya lugar a fin de subsanar las deficiencias evidenciadas.

Quedo atento a cualquier inquietud.

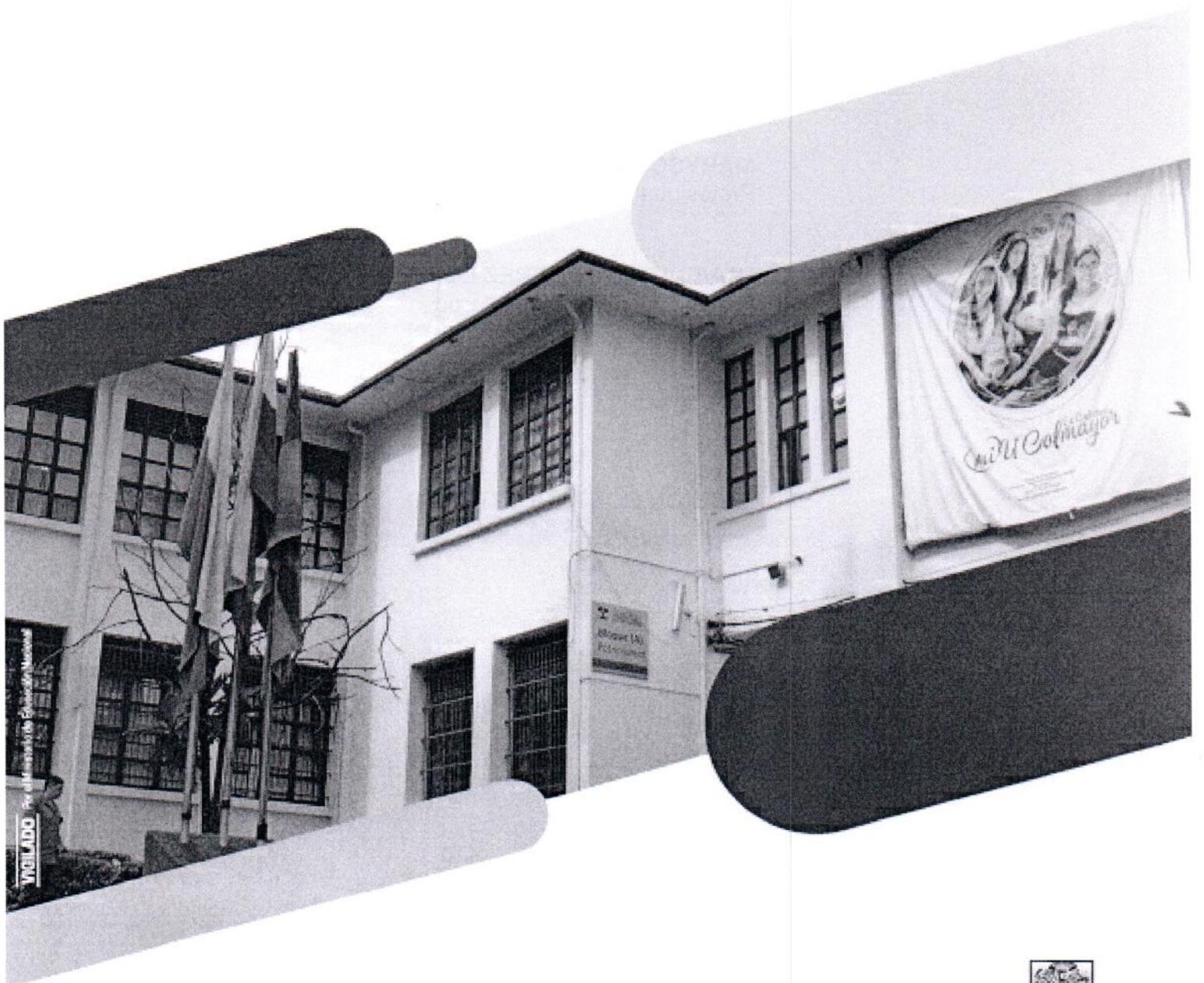
Cordial saludo,

JUAN GUILLERMO AGUDELO ARANGO

Anexos: N/A



# INFORME AUDITORÍA CONTROL INTERNO



MEJILLADO Por el municipio de Medellín





**INFORME DEFINITIVO  
AUDITORÍA LEGAL SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO  
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

**DIRECCIÓN CONTROL INTERNO**  
Septiembre 24 de 2018





INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA  
COLEGIO MAYOR  
DE ANTIOQUIA

## Contenido

PRESENTACIÓN.....	5
1. RIESGOS ASOCIADOS A LA UNIDAD AUDITABLE .....	6
3. OBJETIVOS .....	6
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	6
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
4. METODOLOGÍA .....	7
5. LIMITACIONES.....	8
6. MUESTRA .....	8
7. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.....	10
7.1 FORTALEZAS .....	14
7.2 HALLAZGOS .....	14
7.3 OBSERVACIONES .....	19
8. CONCLUSIONES .....	22
9. RECOMENDACIONES .....	22
10. GLOSARIO .....	22
11. ANEXOS .....	23
12. BIBLIOGRAFÍA.....	23





## Lista de tablas

Tabla 1. Riesgos asociados a la unidad auditable.....	6
Tabla 2. Muestra de planes de mejoramiento 2017 .....	9
Tabla 3. Muestra planes de mejoramiento 2018.....	9
Tabla 4 Seguimiento a los planes de mejoramiento internos, vigencia 2017.....	10
Tabla 5. Seguimiento a los planes de mejoramiento internos Vigencia 2018.....	12
Tabla 6. Seguimiento a los planes de mejoramiento externos – CGM.....	14
Tabla 7. Acciones vencidas sin ejecutar 2017.....	14
Tabla 8. Acciones vencidas sin ejecutar 2018.....	15
Tabla 9. Acciones vencidas sin ejecutar - Planes de Mejoramiento Externos.....	16
Tabla 10. Acciones no eficaces y Acciones vencidas sin ejecutar .....	18
Tabla 11. Acciones no pertinentes.....	19





INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA  
**COLEGIO MAYOR  
DE ANTIOQUIA**

## PRESENTACIÓN

La Dirección de Control Interno de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, en cumplimiento de las funciones de seguimiento que se le asignan en la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017 y el Decreto 1499 de 2017, así como la Resolución interna 138 de 2016, y el plan general de auditoría – PGA, vigencia 2018, aprobado en sesión ordinaria del Consejo Directivo de la Institución, el 23 de febrero de 2018; ha realizado el seguimiento a los planes de mejoramiento internos y externos suscritos por la Institución para el período 2018-I y 2017 –II.

La actividad de auditoría interna de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, es una actividad independiente y objetiva, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad. Contribuye a que la Institución cumpla 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 de verificación y seguimiento a la información suministrada por diferentes procesos al interior de la Institución de acuerdo a los planes de mejoramiento formulados como resultado de las auditorías realizadas por la Dirección de Control Interno de la Institución para el período 2018 – I y 2017 – II. De igual forma, se efectuó seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por la Entidad, como resultados de las auditorías realizadas por parte de la Contraloría General de Medellín, para las vigencias comprendidas entre 2014 y 2018.

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





## ALCANCE DE LA AUDITORÍA

La verificación se llevó a cabo tomando como referencia los planes de mejoramiento suscritos por la Institución para el primer (I) semestre de 2018 y segundo (II) semestre de 2017, se evaluaron 26 planes de mejoramiento como resultado de las auditorías realizadas por la Dirección de Control Interno.

Así mismo, se evaluaron 3 planes de mejoramiento suscritos por la Entidad, como resultado de las diferentes auditorías efectuadas por parte de la Contraloría General de Medellín, entre 2014 y 2018.

### 1. RIESGOS ASOCIADOS A LA UNIDAD AUDITABLE

Tabla 1. Riesgos asociados a la unidad auditable

Riesgo	Descripción
Cumplimiento	No acatar las disposiciones legales inherentes al seguimiento y evaluación que tienen que efectuar las diferentes líneas de defensa al sistema de control interno de la Institución.
Riesgo de Inexactitud en la información	Información errada, imprecisa o carente de veracidad, que puede derivar en decisiones equivocadas por parte de la Alta Dirección.

Fuente: Elaboración propia  
Elaboró: Profesional Control Interno

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Verificar el acatamiento a las disposiciones legales por parte de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, en lo concerniente a la formulación y seguimiento que se debe realizar por parte de los responsables, a los planes de mejoramiento suscritos como resultado de las auditorías realizadas por la Dirección de Control Interno de la Institución y por la Contraloría General de Medellín.





### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el seguimiento realizado por los líderes de proceso a los planes de mejoramiento suscritos durante el primer semestre de 2018 y el segundo semestre de 2017.
- Verificar de forma aleatoria las acciones propuestas en los planes de mejoramiento suscritos durante el primer semestre de 2018 y segundo semestre de 2017, por parte de la Institución, y determinar la eficacia en la implementación de las mismas.
- Determinar cuáles de las acciones propuestas en los planes de mejoramiento internos y externos, no han sido implementadas por parte de los responsables e identificar posibles causas.
- Verificar las acciones propuestas en los planes de mejoramiento internos y externos, que a la fecha de la auditoría se encuentran en implementación o que aún están dentro de los términos establecidos por los responsables.

### 4. METODOLOGÍA

- Verificar los planes de mejoramiento suscritos como resultado de auditorías internas realizadas por la Dirección de Control Interno de la Institución, durante el periodo a evaluar.
- Verificar los planes de mejoramiento suscritos como resultado de auditorías realizadas por parte de la Contraloría General de Medellín, de acuerdo a lo establecido en el alcance.
- Determinar el número de acciones propuestas para cada plan de mejoramiento suscrito por la Institución en el periodo a evaluar.
  - Para aquellos planes de mejoramiento con cuatro (4) o menos acciones propuestas, se verificó el ciento por ciento de las mismas.
  - Para los planes de mejoramiento con cinco (5) o más acciones propuestas, se determinó seleccionar de forma aleatoria una muestra de las acciones propuestas en cada plan de mejoramiento.
- Evaluar las acciones formuladas en los planes de mejoramiento que la Institución ha suscrito como resultado de las auditorías realizadas por la





Contraloría General de Medellín, y que a la fecha de la auditoría aún se encuentran abiertas.

- Verificar el seguimiento realizado por los responsables de los procesos a las acciones propuestas en los planes de mejoramiento formulados en el primer (I) semestre de 2018 y en el segundo (II) semestre de 2017.
- Verificar las evidencias que den cuenta del seguimiento realizado a las acciones propuestas en los planes de mejoramiento.
- Verificar la eficacia de las acciones que se incluyeron en la muestra y que a la fecha de la auditoría ya estaban cerradas.
- Elaborar informe preliminar y socializarlo con los Líderes de los procesos a fin de dar cuenta, de los resultados obtenidos en la auditoría.
- Presentar informe final, luego de la socialización con los Líderes de los procesos; radicar informe a la Alta Dirección dando cuenta del resultado de la auditoría.

## 5. LIMITACIONES

Dificultad para acceder a entrevista con la Líder del proceso de Comunicaciones, por la poca disponibilidad de agenda de la misma.

Falta de oportunidad en la remisión de evidencias que permitan determinar el nivel de implementación de las acciones evaluadas.

## 6. MUESTRA

Se seleccionó de forma aleatoria una muestra de ciento quince (115) acciones sobre ciento setenta y uno (171) acciones formuladas, para veintiséis (26) planes de mejoramiento suscritos y auditados, doce (12) planes para el primer (I) semestre de 2018 y catorce (14) planes para segundo (II) semestre de 2017.





Tabla 2. Muestra de planes de mejoramiento 2017

No. plan de mejoramiento	Unidad auditada	Total hallazgos y observaciones	Muestra seleccionada (número de acciones)
77	Código de Ética y Buen Gobierno	9	5
78	Proceso de Graduados	6	3
79	PQRFS - 2017-1	14	8
80	Manejo del Efectivo	3	3
81	Austeridad en el gasto público abril –junio 2017	3	3
82	Plan Anticorrupción y atención al ciudadano	1	1
83	Riesgos de corrupción y de gestión	1	1
84	Gestión de Tecnología e Informática	13	10
85	Seguimiento a la aplicación de políticas de gobierno en línea, acceso a la información y transparencia	11	6
86	Gestión de Comunicaciones	11	6
87	Gestión Documental	17	10
88	Gestión de Comunicación - Atención al ciudadano - PQRSF 2017-II	8	5
89	Planeación Institucional - seguimiento riesgos de corrupción con corte al 31 de diciembre de 2017	2	2
90	Planeación institucional - seguimiento al Plan anticorrupción y de atención al ciudadano	2	2
<b>Total</b>		<b>101</b>	<b>65</b>

Fuente: Planes de Mejoramiento

Elaboró: Profesional de Control Interno

Tabla 3. Muestra planes de mejoramiento 2018

No. plan de mejoramiento	Unidad auditada	Total hallazgos y observaciones	Muestra seleccionada (número de acciones)
91	Vicerrectoría Administrativa y Financiera - Control Interno Contable	6	4
92	Austeridad del gasto	1	1
93	Planeación Institucional - Evaluación por Dependencias vigencia 2017	12	4
94	Informe pormenorizado de avance del sistema de control interno (noviembre 12 de 2017 - marzo 12 de 2018)	7	7
95	Derecho de Autor sobre software - vigencia 2017	3	3
96	Gestión Administrativa y Financiera, manejo del efectivo primer y segundo trimestre	4	4
97	Planes de mejoramiento individual	4	4
98	Austeridad gasto público I trimestre 2018	4	4
99	PAAC - abril 2018	9	6
100	Auditoría Personal y costos	1	3
101	Comité de conciliación	10	5
102	Auditoría SUIT	9	5
<b>Total</b>		<b>70</b>	<b>50</b>

Fuente: Planes de Mejoramiento

Elaboró: Profesional de Control Interno





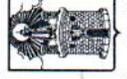
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA  
**COLEGIO MAYOR  
DE ANTIOQUIA**

## 7. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

Para dar cuenta de los resultados de la auditoría, a continuación, se relaciona el seguimiento realizado a las acciones propuestas por los responsables de los procesos en los planes de mejoramiento formulados como producto de las auditorías realizadas, detallando el total de las acciones evaluadas, acciones eficaces, acciones sin vencer, acciones no eficaces y acciones vencidas sin ejecutar.

Tabla 4 Seguimiento a los planes de mejoramiento internos, vigencia 2017

Unidad auditada	No. P.M.	No. acciones evaluadas	No. Acciones eficaces	% acciones eficaces	No. Acciones sin ejecutar dentro de los términos	% avance acciones sin vencer	No. Acciones no eficaces	% acciones no eficaces	Acciones vencidas sin ejecutar	% Acciones vencidas sin ejecutar
Planeación institucional / Código de Ética y Buen Gobierno	77	5	3	60%	1	20%	1	20%	0	0%
Graduados / Auditoría al proceso	78	3	3	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Gestión de Comunicaciones / PQRFS - 2017-1	79	8	2	25%	0	0%	6	75%	0	0%
Gestión Administrativa y Financiera / manejo de efectivo	80	3	3	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Gestión Administrativa y Financiera / seguimiento austeridad en el gasto público abril -junio 2017	81	3	3	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Planeación institucional / Plan Anticorrupción y atención al ciudadano 2017.	82	1	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA  
**COLEGIO MAYOR  
DE ANTIOQUIA**

Unidad auditada	No. P.M.	No. acciones evaluadas	No. Acciones eficaces	% acciones eficaces	No. Acciones sin ejecutar dentro de los términos	% avance acciones sin vencer	No. Acciones no eficaces	% acciones no eficaces	Acciones vencidas sin ejecutar	% Acciones vencidas sin ejecutar
Planeación institucional / Riesgos de corrupción y de gestión 2017	83	1	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Gestión de tecnología e informática / auditoría al proceso 2017	84	10	1	0%	7	70%	0	0%	2	30%
Planeación institucional / seguimiento a la aplicación de políticas de gobierno en línea, acceso a la información y transparencia	85	6	2	33%	2	33%	1	17%	1	17%
Gestión de Comunicaciones / auditoría al proceso	86	6	2	0%	2	33%	0	0%	2	67%
Gestión Documental / Auditoría al proceso	87	10	3	30%	5	50%	0	00%	2	20%
Gestión de Comunicaciones / PQRSF 2017-II	88	5	0	00%	2	40%	3	60%	0	0%
Planeación Institucional / seguimiento riesgos de corrupción con corte al 31 de diciembre de 2017	89	2	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Planeación institucional / seguimiento al Plan anticorrupción y de atención al ciudadano	90	2	0	0%	2	100%	0	0%	0	0%

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos por la Institución  
Elaboró: profesional de control Interno



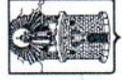
Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

NIT: 890980134-1  
 ☎ Gra 78 N° 65 - 46 Robledo - C.P. 050034  
 ☎ Línea Única de Atención a la Ciudadanía 444 56 11  
[www.colmayor.edu.co](http://www.colmayor.edu.co)



Tabla 5. Seguimiento a los planes de mejoramiento internos Vigencia 2018

Unidad auditada	No. P.M.	No. acciones evaluadas	No. Acciones eficaces	% acciones eficaces	No. Acciones ejecutar dentro de los términos	% avance acciones sin vencer	No. Acciones no eficaces	% acciones no eficaces	No. Acciones vencidas sin ejecutar	% Acciones vencidas sin ejecutar
Gestión Administrativa y Financiera / Control Interno Contable	91	4	0	0%	4	100%	0	0%	0	0%
Gestión Administrativa y Financiera / seguimiento austeridad en el gasto público	92	1	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%
Planeación Institucional -/ Evaluación por Dependencias vigencia 2017 -	93	4	3	75%	0	0%	1	25%	0	0%
Varios procesos / Informe pormenorizado de avance del sistema de control interno	94	7	2	29%	2	29%	3	43%	0	0%
Gestión de Tecnología e informática / Derecho de Autor sobre software - vigencia 2017	95	3	0	0%	3	100%	0	0%	0	0%
Gestión Administrativa y Financiera / manejo de efectivo 2018	96	4	4	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Gestión del Talento Humano / planes de mejoramiento individual -	97	4	0	0%	4	100%	0	0%	0	0%



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**



Unidad auditada	No. P.M.	No. acciones evaluadas	No. Acciones eficaces	% acciones eficaces	No. Acciones ejecutar dentro de los términos	% avance acciones sin vencer	No. Acciones no eficaces	% acciones no eficaces	Acciones vencidas sin ejecutar	% Acciones vencidas sin ejecutar
Gestión Administrativa y Financiera / seguimiento austeridad en el gasto público	98	4	4	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Planeación Institucional - / PAAC - abril 2018	99	6	4	67%	1	17%	0	0%	1	17%
Tres procesos / Auditoría Personal y costos	100	3	1	33%	2	67%	0	0%	0	0%
Secretaría General / Comité de conciliación	101	5	2	40%	2	40%	0	0%	1	20%
Planeación Institucional - / SUIT	102	5	2	40%	3	60%	0	0%	0	0%

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos por la Institución  
Elaboró: profesional de control interno

### Ver Anexo 1. Seguimiento a acciones formulada en los planes de mejoramiento



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

NIT: 890980134-1  
 ☐ Cra 78 N° 65 - 46 Robledo - C.P. 050034  
 ☎ Línea Única de Atención a la Ciudadanía 444 56 11  
 www.colmayor.edu.co



Para el seguimiento a los planes de mejoramiento externos suscritos con la Contraloría General de Medellín, se tiene:

Tabla 6. Seguimiento a los planes de mejoramiento externos – CGM

Auditoría	No. acciones evaluadas	No. Acciones eficaces	% acciones eficaces	No. Acciones sin ejecutar (dentro de los términos)	% avance acciones sin vencer	No. Acciones vencidas sin ejecutar	% Acciones vencidas sin ejecutar
Fiscal y Financiera 2014	1	0	0%	0	0%	1	100%
Fiscal y Financiera 2016	1	0	0%	0	0%	1	100%
Auditoría Especial Evaluación Fiscal y Financiera 2017	6	4	67%	2	33%	0	0%

Fuente: Planes de mejoramiento suscrito por la Institución  
Elaboró: profesional de control interno

## 7.1 FORTALEZAS

No se identifican fortalezas.

## 7.2 HALLAZGOS

### Hallazgo No. 1: Planes de Mejoramiento Internos

Se observó que de un total de ciento quince (115) acciones evaluadas por la Dirección de Control Interno para los periodos 2018-I y 2017-II, nueve (9) de ellas no han sido implementadas, es decir el 7,82%, y que su plazo para la obtención de resultados se encuentra vencido.

Tabla 7. Acciones vencidas sin ejecutar 2017

Plan de Mejoramiento	Descripción de la acción	Fecha de cierre propuesta para la acción
84	Conformar el comité	Agosto de 2018
Tecnología e informática	Socializar Política	Junio de 2018





INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA  
**COLEGIO MAYOR  
DE ANTIOQUIA**

85	Desde Tecnología e Informática se tiene propuesta de política del proceso, la cual incluyen garantizar la accesibilidad a todos los medios de comunicación electrónica para la población en situación de discapacidad.	Junio 30 de 2018  Se tienen avance, lineamientos de tecnología e informática, pero este documento se encuentra sin aprobar.
86	Modificar el Manual de Medios de Comunicación Institucional	30 de Julio de 2018
Gestión de Comunicaciones	Modificación del procedimiento de satisfacción en lo referente a la socialización de informe.	30 de Julio de 2018
87	Actualizar el software Document para que cumpla con los requisitos mínimos del moreq como son documentos en formato PDF/a - Subir el árbol de las TRD. Cada serie con sus respectivos metadatos, y control de acceso a los usuarios.	30 de Julio de 2018  Solicita ampliación de plazo, ya se cuenta con los recursos pero está para ejecutar en 2019.
Gestión Documental	Elaborar manual que contenga las 8 actividades de Gestión documental	30 de abril de 2018  Se tiene avance del manual, solicita ampliación de plazo.

Fuente: Planes de Mejoramiento  
Elaboró: Profesional de Control Interno

Tabla 8. Acciones vencidas sin ejecutar 2018

Plan de Mejoramiento	Descripción de la acción	Fecha de cierre propuesta para la acción
99	Generación de acciones de divulgación de datos abiertos.	30 de Junio de 2018
Planeación Institucional		
101	Modificar la caracterización, visualizando las actividades	31 de Agosto de 2018
Gestión Legal		

Fuente: Planes de mejoramiento  
Elaboró: Profesional de Control Interno

Lo antes expuesto permite determinar el incumplimiento a lo dispuesto en la 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", que señala:

*Artículo 2. Objetivos del sistema de control interno :*

(...)

*c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;*





d) *Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;*

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;*<sup>1</sup>

Igual situación se evidenció con dos de las acciones propuestas en el plan de mejoramiento que se relaciona a continuación, suscrito por la Institución como resultado a una auditoría efectuada por la Contraloría General de Medellín, en las vigencias 2014 y 2016.

Tabla 9. Acciones vencidas sin ejecutar - Planes de Mejoramiento Externos

Plan de Mejoramiento	Acción propuesta	Fecha obtención de resultados
Auditoría Fiscal y Financiera 2014	Adquirir un nuevo software académico, que permita una adecuada integración de información con el software financiero.	Marzo de 2018.  Agosto 2018: pruebas de integración entre el software académico y el financiero. Sin soportes.  Se tiene avance, solicitan ampliación de plazo de vencimiento de esta acción.
Auditoría Regular vigencia 2015	Solicitar por medio de Resolución modificación al Plan de acción actual para ajustar a los cambios de inversión y nuevos ingresos que se han dado en el transcurso del año y hacer esto de manera continua para que en cada vigencia el Plan de acción este claramente definido.	Diciembre 19 de 2016: Se tiene contemplado el seguimiento a todos los proyectos para ser incluido en el plan de acción 2016.  Se revisa nuevamente en marzo de 2017.  Agosto de 2018: no se cuenta con evidencia.

Fuente: Planes de Mejoramiento  
Elaboró: Profesional de Control Interno

Dicha situación puede llevar a la Institución a la materialización de un riesgo como el de “incumplimiento” y este a su vez podría generar reprocesos, pérdida de credibilidad, desacierto en la toma de decisiones, entre otros aspectos.





INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA  
COLEGIO MAYOR  
DE ANTIOQUIA

## Hallazgo No. 2: autoevaluación

Vigencia 2017:

Se observó que un 16,92% de las acciones evaluadas no fueron eficaces, situación que indica deficiencia o carencia de controles, así como falencias en el análisis de causas que se debe llevar a cabo, previo a la formulación de un plan de mejoramiento.

Vigencia 2018:

El 8% de las acciones evaluadas corresponde a acciones no eficaces.

Lo antes descrito permite evidenciar el incumplimiento de Ley 87 de 1993, la cual precisa en el artículo 2, Objetivos del sistema de control interno:

(...).

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;*

c) *Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;*

(...)

Se está incumpliendo además con lo dispuesto en el “Manual Operativo del Sistema Integrado de Planeación y Gestión de gestión – MIPG”, adoptado por el Decreto 1499 de 2017, que en su numeral 7.2.5 Monitoreo o supervisión continua señala:

*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.<sup>1</sup> (Negrilla fuera del texto.)*

Plantea además el numeral antes referenciado:

*“En ese orden de ideas lo que se busca es 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.( ...).”<sup>1</sup>*





Finalmente, dicha situación puede llevar a la entidad a la materialización de un riesgo como “incumplimiento”, lo que, a su vez, podría derivar en reprocesos, sanciones por parte de los Órganos de Control, a la pérdida de imagen corporativa, entre otros aspectos.

Hallazgo No. 3. seguimiento a planes de mejoramiento

Se evidenció que de ciento quince (115) acciones evaluadas, veinticuatro (24) de ellas, es decir, el 20,87% no fueron implementadas dentro de los términos establecidos o no fueron eficaces, situación que permite determinar que los responsables de los diferentes procesos no están realizando el seguimiento a las mismas de forma rigurosa.

Como evidencia de ello se tiene:

Tabla 10. Acciones no eficaces y Acciones vencidas sin ejecutar

Vigencia	No. plan de mejoramiento	No. de acciones no eficaces	No. de acciones vencidas sin ejecutar
2017-II	77, 79, 82, 84, 85, 86, 87 y 88	11	7
2018-I	93, 94, 99 y 101	4	2

Fuente: Planes de Mejoramiento  
Elaboró: Profesional de Control Interno

Lo anterior contraria lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2, que señala:

(...).

d) *Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;*

(...).

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;*

Finalmente, dicha situación puede llevar a que la entidad a la materialización de un riesgo como “incumplimiento”, lo que a su vez, podría derivar en reprocesos, sanciones por parte de los Órganos de Control, a la pérdida de imagen corporativa, entre otros aspectos.





INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA  
**COLEGIO MAYOR  
DE ANTIOQUIA**

### 7.3 OBSERVACIONES

#### Observación 1, pertinencia de las acciones formuladas

Se observó que siete (7) de las acciones propuestas por parte de los responsables de los procesos, no son pertinentes, las cuales equivalen al 6,08% de las evaluadas. Las mismas, no contribuyen a subsanar la deficiencia identificada en la auditoría que se llevó a cabo por parte de la Dirección de Control Interno de la Institución.

Tabla 11. Acciones no pertinentes

No. P.M.	Hallazgo u observación	Acción propuesta	Fecha de obtención de resultados	Observación
77	<p><b>3. Compromiso frente al control social.</b></p> <p>No se evidencia la iniciación o la gestión de promoción de creación de organizaciones sociales y comunitarias, veedurías o comités de vigilancia, además, de la participación ciudadana, para controlar, vigilar y acompañar la gestión pública.</p> <p>Incumpliendo así el artículo 27 del Acuerdo 015 de 2016</p>	<p>Pliegos hay un capitulo que dice convocatoria veeduría ciudadana. Esta actividad corresponde el proceso Legal.</p>	Diciembre 31 de 2018	Se debe revisar la acción propuesta, dado que la misma no está orientada a subsanar de manera definitiva el hallazgo de manera definitiva.
84	<p>No se cuenta con el contexto interno y externo de la institución que visibilice los factores que pueden exponer a riesgos la entidad en el manejo de la información, lo que evidencia Incumplimiento del numeral 4.1 de la NTC ISO 27001:2013.</p> <p>Lo anterior, impide identificar la afectación de lograr los resultados previstos en el sistema de gestión de la seguridad de la información</p>	Realizar el Plan SGSI, Debe integrarse con el Sistema de Gestión Integral. Esto se debe dialogar con Planeación y Calidad	Oct 2019	La acción no es pertinente para el hallazgo. (*)
	a) Políticas para la seguridad de la información con revisión a intervalos.	Realizar la Política Seguridad y Privacidad de la Información.	Abril de 2018	La acción no es pertinente para el hallazgo, por tanto es importante se revise y se replantee por parte de los responsables.
	c) Seguridad de la información tratada en la gestión de proyectos independiente del proyecto.	Aplicar Política en proyectos	Diciembre 2018	La acción no es pertinente para el hallazgo, por tanto es importante se revise y se replantee por parte de los responsables.
	f) Se debe contar con un proceso formal, el cual debe ser comunicado, para emprender acciones contra empleados que hayan cometido una violación a la seguridad de la información.	Realizar la Política Seguridad y Privacidad de la Información.	Abril de 2018	La acción no es pertinente para el hallazgo, se debe considerar que cualquier presunta violación de una disposición legal por parte de un funcionario, es una situación que le corresponde verificar a la Secretaría





No. P.M.	Hallazgo u observación	Acción propuesta	Fecha de obtención de resultados	Observación
85	La institución no tiene publicado los procedimientos a que deben sujetarse los ciudadanos, usuarios, o interesados en participar en la formulación de políticas y en el control o evaluación de la gestión institucional, incumpliendo el artículo 15 del decreto 103 del 2015, toda vez que no se indican: los sujetos que pueden participar, los medios presenciales y electrónicos y las áreas responsables de la orientación y vigilancia para su cumplimiento.	Se revisaran y se ajustaran los procedimientos para publicación de los mismos.	Junio 30 de 2018	General, como primera instancia al interior de la Institución de todo lo inherente al control interno disciplinario. Considerando que la publicación del documento participación ciudadana, no es suficiente para reforzar las estrategias, es necesario que la Institución determine acciones que realmente propendan por ello.
93	Indicador 22 Estructura Administrativa modernizada  Al verificar en el plan de desarrollo 2016 – 2020, la descripción del indicador "Estructura Administrativa modernizada", se tiene: "Se trata, en esencia, de organizar y administrar mejor las actividades de la Institución, orientadas al incremento de su desarrollo académico, social y económico; de asegurar el pleno aprovechamiento de los recursos físicos y humanas, y de agrupar, aún más estrechamente, a todo el personal de la Institución en torno al cumplimiento de las metas establecidas y de los objetivos de calidad, para el desarrollo de las responsabilidades establecidas en el Plan de Desarrollo."  Al verificar la meta del indicador para el periodo de plan de desarrollo, la misma establece "4", la cual no es clara, ¿a qué se refiere "4"?; ¿cómo se determina una eficacia del 25% para el periodo evaluado?  Se debe considerar que un proceso de modernización de la estructura administrativa se podría dar uno (1) en cuatro años, o se podría implementar por fases; no obstante, ni la meta ni la sustentación que establece el plan de desarrollo 2016 – 2020, para este componente, son precisos en que es lo que se pretende para el periodo.  Con lo anterior, la Institución se	Acciones correctivas: 1. Insertar nota aclaratoria en el formato del Plan Indicativo, que indique cuáles son los 4 documentos que se esperan obtener como logro del indicador para el cuatrienio. 2. Insertar nota aclaratoria en el indicador de producto "Modernización administrativa progresiva implementada, acorde a los recursos financieros disponibles", que indique a qué se refiere la meta el 20% para el cuatrienio.	Julio 15 de 2018	Si bien en el seguimiento al plan indicativo 2018 – I, se inserta nota aclaratoria, el hallazgo de la auditoría es preciso cuando se hace alusión a la falta de claridad; por lo tanto, una nota aclaratoria no es una acción realmente efectiva  (**)





No. P.M.	Hallazgo u observación	Acción propuesta	Fecha de obtención de resultados	Observación
	está viendo expuesta a la materialización de un riesgo como el de incumplimiento, el cual a su vez podría afectar la imagen institucional, desacierto en la toma de decisiones, pérdida de credibilidad p			

Fuente: Planes de Mejoramiento  
Elaboró: Profesional de Control Interno

(\*) Se formuló por parte del auditado plan de mejoramiento No.103 como resultado de la auditoría basada en riesgos al proceso de Planeación Institucional, en el que plantean la siguiente acción: "Realizar y documentar los ejercicios de análisis de contexto interno y externo, cada año, conforme a los aspectos consagrados en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG", la cual es susceptible de seguimiento posteriormente.

(\*\*) Se suscribió Plan de Mejoramiento 103 como resultado de la auditoría basada en riesgos al proceso de Planeación Institucional, en el que plantean la siguiente acción: "Solicitar al proceso de Gestión de la Mejora, la modificación de las fórmulas de los indicadores: eficacia ponderada del Plan de Acción y eficacia ponderada del Plan Indicativo, en el sistema de Gestión de la calidad – Isolución-". La cual es susceptible de seguimiento posteriormente.

Lo anterior permite determinar el incumplimiento a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, que señala:

*Artículo 2. Objetivos del sistema de control interno :*

*(...).*

*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;*

*c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;*

Lo antes descrito puede llevar a la Institución a la materialización de un riesgo como "incumplimiento", lo que, a su vez, podría derivar en reprocesos, sobrecostos, sanciones y/o investigaciones por parte de los Órganos de Control, pérdida de imagen corporativa, entre otros aspectos.





## 8. CONCLUSIONES

- Se observó que de un total de ciento quince (115) acciones seleccionadas, de los planes de mejoramiento internos formulados en la Institución, a la fecha de verificación se han implementado y han sido eficaces cuarenta y ocho (48) de ellas, es decir el 41,74%, porcentaje que es bajo si se contrasta con la fecha de implementación de cada una de las acciones formuladas.  
  
Así mismo, se pudo establecer que el 20,87% corresponde a acciones no eficaces o que no han sido ejecutadas y el plazo para ello ya venció. El 37,39%, restante corresponde a acciones que aún no se implementan pero que están dentro de los términos que se establecieron en los diferentes planes de mejoramiento suscritos por la Institución.
- Se evidenciaron dificultades por parte de la Institución para formular las acciones que propendan por subsanar de forma definitiva el hallazgo u observación que se identificó en el desarrollo de la auditoría. Ver numeral 7 de este informe.

## 9. RECOMENDACIONES

- Es importante que en la formulación de los planes de mejoramiento que se elaboran como resultado de las auditorías que realiza la Dirección de Control Interno de la Institución, se adquiera un compromiso con la implementación de las diferentes acciones propuestas y el seguimiento que se debe realizar por los responsables de los procesos, con el fin de no generar reprocesos y contribuir así a la generación de valor.
- Las acciones que se propongan por parte de la Institución en la formulación de un plan de mejoramiento, deben ser integrales, es decir, que si se requiere de la intervención de dos o más procesos, es necesario que se efectúe el análisis correspondiente a fin de determinar cuál o cuáles con las acciones que se deben formular para subsanar el hallazgo u observación identificados en la auditoría.

## 10. GLOSARIO

No aplica.





INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA  
**COLEGIO MAYOR  
DE ANTIOQUIA**

## 11. ANEXOS

- Anexo 1. Seguimiento a acciones formulada en los planes de mejoramiento

## 12. BIBLIOGRAFÍA

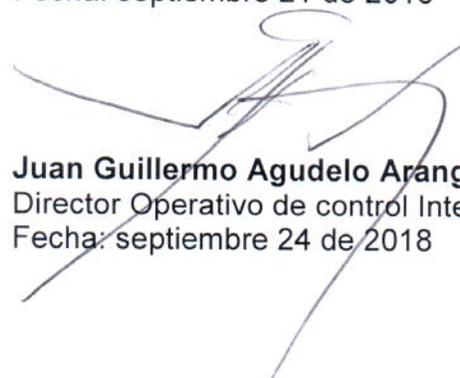
- Ley 087. (1993). "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones."
- Decreto 1499. (2017). Modelo integrado de Planeación y Gestión, Marco General. Gobierno Nacional. Bogotá.

Elaboró:

  
**Marysol Varela Rueda**  
Profesional de control Interno  
Fecha: septiembre 03 de 2018.

  
**Clara Enith Gutiérrez López**  
Profesional de control Interno  
Fecha: septiembre 21 de 2018

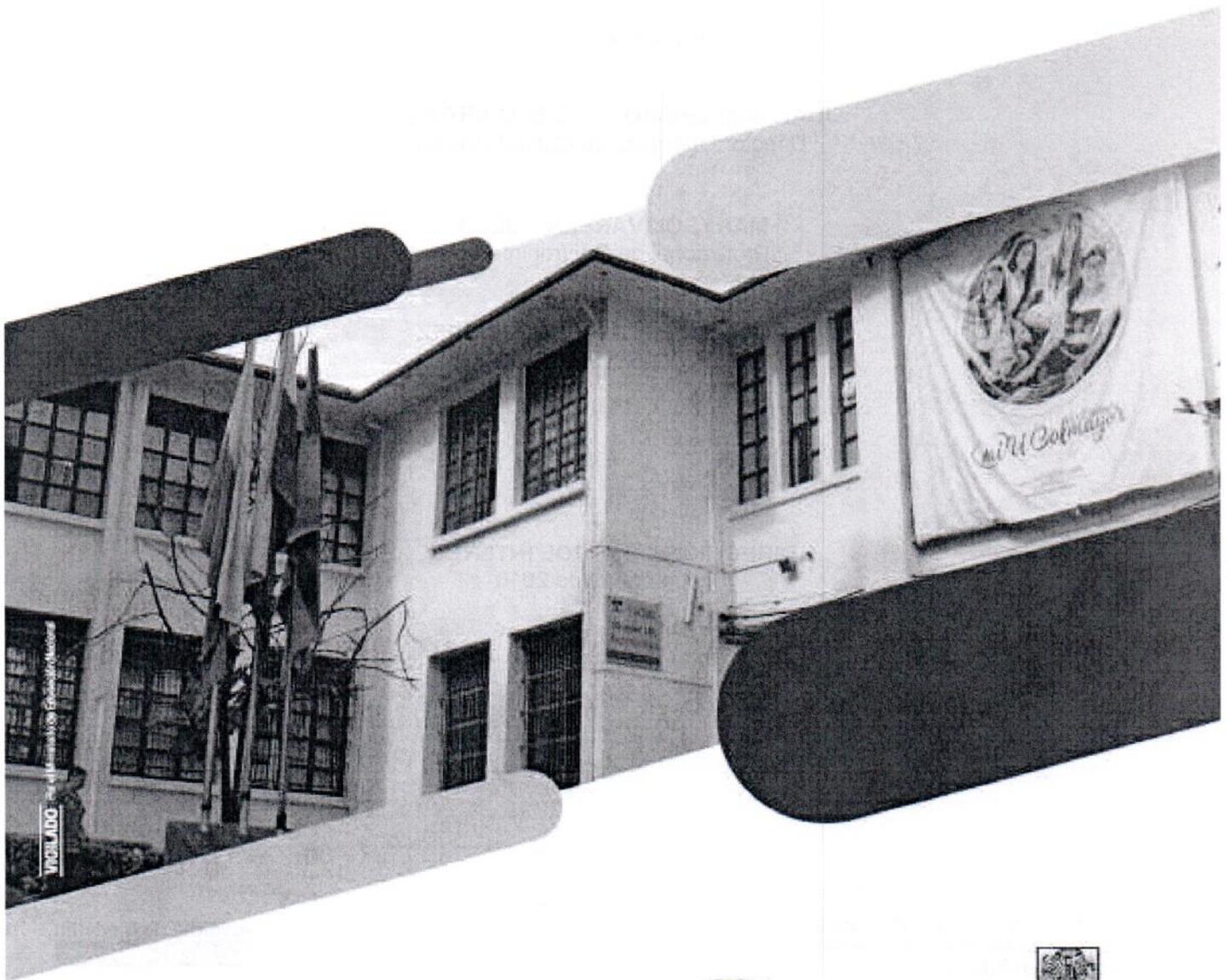
Revisó y Aprobó:

  
**Juan Guillermo Agudelo Arango**  
Director Operativo de control Interno  
Fecha: septiembre 24 de 2018





# INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO



CI-FR-01  
Versión 005  
14 - Abril - 2018



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA  
COLEGIO MAYOR  
DE ANTIOQUIA



Alcaldía de Medellín  
Cuenta con vos

**INFORME DEFINITIVO  
AUDITORÍA LEGAL  
SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO  
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA  
SEGUNDO SEMESTRE DE 2018**

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

**DIRECCIÓN CONTROL INTERNO**  
Diciembre 19 de 2018

## Contenido

PRESENTACIÓN .....	5
1. RIESGOS ASOCIADOS A LA UNIDAD AUDITABLE .....	6
3. OBJETIVOS .....	6
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	6
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
4. METODOLOGÍA .....	7
5. LIMITACIONES .....	8
6. MUESTRA .....	8
7. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA .....	9
7.1 FORTALEZAS .....	14
7.2 HALLAZGOS .....	14
7.3 OBSERVACIONES .....	14
8. CONCLUSIONES .....	15
9. RECOMENDACIONES .....	15
10. GLOSARIO .....	15
11. ANEXOS .....	16
12. BIBLIOGRAFÍA .....	16

**Lista de tablas**

Tabla 1. Riesgos asociados a la unidad auditable.....	6
Tabla 2. Planes de mejoramiento internos revisados.....	9
Tabla 3. Planes de Mejoramiento externos revisados.....	10
Tabla 4. Acciones eficaces planes de mejoramiento internos.....	10
Tabla 5. Acciones que requieren seguimiento en la vigencia 2019.....	11
Tabla 6. Acciones implementadas eficazmente .....	12
Tabla 7. Acciones de planes de mejoramiento externos que requieren seguimiento en la vigencia 2019.....	13

## PRESENTACIÓN

La Dirección de Control Interno de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, en cumplimiento de las funciones de seguimiento que se le asignan en la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017 y el Decreto 1499 de 2017, así como la Resolución interna 138 de 2016, y el plan general de auditoría – PGA, vigencia 2018, aprobado en sesión ordinaria del Consejo Directivo de la Institución, el 23 de febrero de 2018; ha realizado el seguimiento a los planes de mejoramiento internos suscritos por la Institución para el segundo semestre de 2018.

La actividad de auditoría interna de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, es una actividad independiente y objetiva, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad. Contribuye a que la Institución cumpla 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 de verificación y seguimiento a la información suministrada por diferentes procesos al interior de la Institución, de acuerdo a los planes de mejoramiento formulados como resultado de las auditorías realizadas por la Dirección de Control Interno de la Institución, en el segundo semestre de 2018 y así como las ejecutadas por la Contraloría General de Medellín, entre 2014 y 2018, y que tienen acciones abiertas.

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

## 1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

La verificación se llevó a cabo tomando como referencia cinco (5) planes de mejoramiento como resultado de las auditorías realizadas por la Dirección de Control Interno para los meses julio, agosto, septiembre y octubre de 2018.

Así mismo, se evaluaron cuatro (4) acciones pendientes de ejecución, como resultado de las auditorías efectuadas por parte de la Contraloría General de Medellín, entre 2014 y 2018.

## 2. RIESGOS ASOCIADOS A LA UNIDAD AUDITABLE

Tabla 1. Riesgos asociados a la unidad auditable

Riesgo	Descripción	Observación
Cumplimiento	No acatar las disposiciones legales inherentes al seguimiento y evaluación que tienen que efectuar las diferentes líneas de defensa al sistema de control interno de la Institución.	El riesgo se materializó, ver numeral 7 de este informe
Riesgo de Inexactitud en la información	Información errada, imprecisa o carente de veracidad, que puede derivar en decisiones equivocadas por parte de la Alta Dirección.	No se materializó para el período evaluado

Fuente: Dirección de Control Interno  
Elaboró: Profesional Control Interno

## 3. OBJETIVOS

### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Verificar el acatamiento a las disposiciones legales por parte de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, en lo concerniente a la formulación y seguimiento que se debe realizar por parte de los responsables, a los planes de mejoramiento suscritos como resultado de las auditorías realizadas por la Dirección de Control Interno de la Institución y por la Contraloría General de Medellín.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el seguimiento realizado por los líderes de proceso a los planes de mejoramiento suscritos durante los meses julio, agosto, septiembre y octubre de 2018.
- Verificar las acciones propuestas en los planes de mejoramiento suscritos durante los meses julio, agosto, septiembre y octubre de 2018, por parte de la Institución y determinar la eficacia en la implementación y/o seguimiento de las mismas.
- Determinar cuáles de las acciones propuestas en los planes de mejoramiento internos, no han sido implementadas por parte de los responsables e identificar posibles causas.
- Verificar las acciones propuestas en los planes de mejoramiento internos, que a la fecha de la auditoría se encuentran en implementación o que aún están dentro de los términos establecidos por los responsables.
- Determinar cuáles de las acciones propuestas en los planes de mejoramiento externos, no han sido implementadas por parte de los responsables y establecer las causas de ello.
- Verificar el nivel de avance de las acciones propuestas en los planes de mejoramiento externos, que a la fecha de la auditoría se encuentran en implementación o que aún están dentro de los términos establecidos por los responsables.

### 4. METODOLOGÍA

- Verificar los planes de mejoramiento suscritos como resultado de auditorías internas realizadas por la Dirección de Control Interno de la Institución, durante el período a evaluar.
- Verificar acciones pendientes de los planes de mejoramiento suscritos como resultado de auditorías realizadas por parte de la Contraloría General de Medellín, de acuerdo a lo establecido en el alcance.
- Evaluar las acciones formuladas en los planes de mejoramiento que la Institución ha suscrito como resultado de las auditorías realizadas por la

Contraloría General de Medellín, y que a la fecha de la auditoría aún se encuentran abiertas.

- Verificar el seguimiento realizado por los responsables de los procesos a las acciones propuestas en los planes de mejoramiento formulados en los meses julio, agosto, septiembre y octubre de 2018.
- Verificar las evidencias que den cuenta del seguimiento realizado a las acciones propuestas en los planes de mejoramiento en los meses julio, agosto, septiembre y octubre de 2018.
- Elaborar informe preliminar y socializarlo con los Líderes de los procesos a fin de dar cuenta, de los resultados obtenidos en la auditoría.
- Presentar informe final, luego de la socialización con los Líderes de los procesos; radicar informe a la Alta Dirección dando cuenta del resultado de la auditoría.

## 5. LIMITACIONES

No aplica.

## 6. MUESTRA

Para el periodo evaluado, no se seleccionó muestra; se revisaron la totalidad de las acciones propuestas en los planes de mejoramiento internos formulados como resultado de las auditorías internas para el periodo comprendido entre el 1 de julio al 30 de octubre de 2018.

Para los planes de mejoramiento externos, se revisaron las acciones propuestas que aún se encuentran abiertas las auditorías efectuadas por parte de la Contraloría General de Medellín, entre 2014 y 2018.

## 7. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

Para dar cuenta de los resultados de la auditoría, a continuación se relacionan los planes de mejoramiento formulados como resultado de las auditorías internas realizadas entre el 1 de julio y el 30 de octubre de 2018; detallados por: unidad auditada, número de plan de mejoramiento y número de acciones evaluadas en el periodo antes referenciado (julio a octubre de 2018).

Se relacionan además acciones de planes de mejoramiento externos que se encuentran abiertas, y que fueron formuladas como resultado de las auditorías efectuadas por parte de la Contraloría General de Medellín, entre 2014 y 2018.

Tabla 2. Planes de mejoramiento internos revisados

Unidad auditada	No. P.M	No. Acciones evaluadas
Planeación Institucional / Auditoría basada en riesgos	103	16
Gestión Administrativa y Financiera / austeridad en el gasto público II trimestre 2018	104	7
Gestión de Comunicaciones / PQRFS - Primer semestre 2018	105	8
Gestión Administrativa y Financiera / seguimiento efectivo III trimestre 2018	107	2
Planeación institucional / Plan Anticorrupción y atención al ciudadano a abril de 2018	108	4
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>37</b>

Fuente: Planes de mejoramiento internos  
Elaboró: profesional de control interno

De las treinta y siete (37) acciones evaluadas para los planes de mejoramiento internos, se tienen:

- Treinta (30) acciones que se encuentran pendientes por ejecutar, con plazo de ejecución vigente.
- Seis (6) acciones cuyo plazo de implementación ya se cumplió.
- Una (1) acción, que es una actividad permanente.

Tabla 3. Planes de Mejoramiento externos revisados

Auditoría	No. Acciones revisadas
Auditoría Fiscal y Financiera 2014	1
Auditoría Regular vigencia 2016	1
Auditoría Especial Evaluación Fiscal Financiera 2017	2
Total	4

Fuente: Planes de mejoramiento externos  
Elaboró: profesional de control interno

De las cuatro (4) acciones evaluadas para los planes de mejoramiento externos, las mismas ya cumplieron con la fecha límite para su implementación.

**En cuanto a los planes de mejoramiento internos se tiene:**

De las seis (6) acciones que su fecha de implementación ya terminó, se tiene:

Una (1) acción implementada eficazmente.

Tabla 4. Acciones eficaces planes de mejoramiento internos

Proceso y Plan de Mejoramiento	Acción y Fecha de terminación	Responsable	Seguimiento
Planeación Institucional P.M 103	Solicitar al proceso de Gestión de la Mejora, la modificación de las fórmulas de los indicadores: eficacia ponderada del Plan de Acción y eficacia ponderada del Plan Indicativo, en el Sistema de Gestión de la Calidad -Isolucion-  31 de agosto de 2018	Asistente de Planeación	Se modificaron fórmulas en los indicadores.  Ver soporte 1. Modificación indicador 1.  Ver soporte 2. Modificación indicador 2.

Fuente: Planes de mejoramiento internos  
Elaboró: Profesional de Control Interno

Cuatro (4) acciones requieren seguimiento en la vigencia 2019, para evaluar la eficacia de las mismas, dado que por su fecha de terminación, no es posible realizar el seguimiento respectivo.

Tabla 5. Acciones que requieren seguimiento en la vigencia 2019

Proceso y Plan de Mejoramiento	Acción y Fecha de terminación	Responsable	Seguimiento
Planeación Institucional P.M 103	Actualizar la caracterización del proceso, estableciendo las actividades de control, de acuerdo con la "Guía para la administración de los riesgos de gestión, corrupción, y seguridad digital y el diseño de controles en entidades públicas" del DAFP.  07 de septiembre de 2018	Equipo de Planeación Institucional	Se realizó la actualización de la caracterización del proceso PI-CA-001, versión 10 del 07 de septiembre de 2018.  Ver soporte 3. Actualización Caracterización del proceso.
	Presentar necesidad a Rectoría para personal de apoyo en el manejo de las bases de datos de la Institución.  31 de agosto de 2018.	Líder de Planeación	Solicitud no fue aprobada. Se tiene otra alternativa (persona de apoyo para esta actividad).
Administrativa y Financiera P.M 104	Se revisará y se actualizará en caso de ser necesario el formato de aprobación de capacitación formación y actualización TH FR 053 27 oct 2014 versión 01 para garantizar que una vez el rector apruebe con su firma el formato en mención, esté se acompañará de la solicitud de expedición del CDP y RP y se gestionará en la oficina de presupuesto para apropiar el recurso. Se exigirá en los casos de capacitación formación y actualización que ameriten viáticos la solicitud de CDP y RP.  31 de octubre de 2018	Mariela Suescún	Se cuenta con la actualización del formato TH-FR-053, con versión 2 y fecha del 2 de octubre de 2018.  Ver soporte 4. Actualización del formato.
	Se llevará un control riguroso del suministro de refrigerios solamente para eventos de capacitación y reuniones directivas. Donde se soportará con planillas de asistencia. Se tendrá en cuenta lo expresado por el Señor Rector en la reunión del Comité Institucional Coordinador de Control Interno, que se llevó a cabo el 4 de octubre de 2018. "En cuanto el tema de austeridad del gasto, indica el Señor Rector que en conversación con el doctor Juan David, se corregirá para la próxima subasta inversa la implementación de los estudios previos el tema de suministro de refrigerios y comidas y la firma de la planilla o registros para tener evidencia en cuanto al tema de refrigerios". "Para el tema de los arreglos florales, no se sacarán más subastan para esto, en caso de que se necesiten y se pueda se adquirirán por caja menor"  31 de octubre de 2018	Beatriz Elena Millán Murillo	Se cuenta con Instructivo en Isolucion GF-BS-IT-003 del 6 de noviembre de 2018.  Ver soporte 5. Instructivo GF-BS-IT-003

Fuente: Planes de mejoramiento internos  
Elaboró: Profesional de Control Interno



Una (1) acción que no es pertinente de acuerdo al análisis realizado por la Dirección de Control Interno, lo cual se expresó en correo electrónico enviado el 19 de octubre de 2018. "Observaciones al plan de mejoramiento auditoría austeridad en el gasto público trimestre 2 de 2018".

### En cuanto a los Planes de mejoramiento externos

De las cuatro (4) acciones cuya fecha de implementación ya se cumplió, se tiene:

Tres (3) acciones implementadas eficazmente.

Tabla 6. Acciones implementadas eficazmente

Proceso y Plan de Mejoramiento	Acción y Fecha de terminación	Responsable	Seguimiento
Auditoría Regular vigencia 2015	Solicitar por medio de Resolución modificación al Plan de acción actual para ajustar a los cambios de inversión y nuevos ingresos que se han dado en el transcurso del año y hacer esto de manera continua para que en cada vigencia el Plan de acción este claramente definido.  Febrero 28 de 2017	Luz Mary Ramírez	La acción se encuentra cumplida, Plan de acción no se ajusta por medio de resolución, pero se encuentra ajustado al 2018.  Ver soporte 6. Plan de acción Institucional.
Auditoría Fiscal y Financiera 2017	Liquidar y pagar de manera correcta y oportuna la seguridad social y parafiscales, conforme a la normatividad vigente.  Diciembre 30 de 2018	Mariela Suescún	Se cuenta con evidencias como parametrización del software, auxiliares del software Sicof ERP de 2017 donde se evidencia que el valor por concepto de ICBF estaba en 0 en 2017 y un auxiliar del software donde se evidencia el valor del aporte por este concepto en 2018, se cuenta además con soportes de pago  Ver soporte 7. Parametrización software  Soporte 8. Informe Sicof aportes seg. Soc. feb 2017  Soporte 9. Informe Sicoft aporte seg. Soc. nov 2018  Soporte 10. ICBF abril 2016

Proceso y Plan de Mejoramiento	Acción y Fecha de terminación	Responsable	Seguimiento
			Soporte 11. ICBF febrero 2017 Soporte 12. ICBF marzo 2017 Soporte 13. ICBF junio 2017 Soporte 14. ICBF mayo 2018 Soporte 15. ICBF junio 2018
Auditoría Fiscal y Financiera 2017	Aplicar correctamente las disposiciones generales contenidas en el Decreto No. 1118 de 21 de diciembre de 2017 "Por medio del cual se liquida el Presupuesto General del Municipio de Medellín para la vigencia fiscal 2018". Diciembre 30 de 2018	Vicerrector Administrativo y Financiero	Se cuenta con el convenio 184 de 2018, resolución 191 de 2018 incorporación de recursos y el comprobante de ingreso.  Además, se cuenta con Resoluciones de adiciones entre enero y noviembre de 2018, que se han rendido en Gestión transparente, entre ellas: Resoluciones 003, 044, 050, 074, 149, 180, 208, 229, 277.  Ver soporte 16. Minuta conv. 184 de 2018  Ver soporte 17. Res. 191 – Julio 27 de 2018  Ver soporte 18. Ingreso  Ver soporte del 19 al 27 Resoluciones

Fuente: Planes de mejoramiento externos  
Elaboró: Profesional de Control Interno

Una (1) acción requiere seguimiento en la vigencia 2019, para evaluar la eficacia de esta, dado que su fecha de terminación es reciente (octubre de 2018), por lo que aún no es posible determinar la eficacia de la misma.

Tabla 7. Acciones de planes de mejoramiento externos que requieren seguimiento en la vigencia 2019

Proceso y Plan de Mejoramiento	Acción y Fecha de terminación	Responsable	Seguimiento
Auditoría Fiscal y Financiera 2014	Adquirir un nuevo software académico, que permita una adecuada integración de información con el software financiero. Marzo de 2018	Juan Paulo Jones	Se cuenta con acta de entrega, con fecha de octubre de 2018.  Ver soporte 28. Acta de entrega.

Fuente: Planes de mejoramiento externos  
Elaboró: Profesional de Control Interno

## 7.1 FORTALEZAS

No se identifican fortalezas.

## 7.2 HALLAZGOS

7.2.1 Se evidencia seguimiento por parte de los líderes de los procesos a las acciones propuestas en los planes de mejoramiento suscritos como resultado de las auditorías internas para los meses julio, agosto, septiembre y octubre de 2018; es importante continuar con el fortalecimiento de esta labor para dar cumplimiento a las disposiciones legales y evitar la materialización de riesgos al interior de la Institución.

Desde la Dirección de Control Interno se seguirán realizando labores de acompañamiento y seguimientos periódicos para verificar la eficacia de las acciones propuestas.

## 7.3 OBSERVACIONES

7.3.1 Una de los roles de la Dirección de Control Interno, de conformidad con el Decreto 648 de 2017, es el de la prevención, y este se puede llevar a cabo a través de la actividad de auditoría o de la consultoría.

Desde la actividad de auditoría, se propende por advertir acerca de los riesgos a los que se podría ver abocada la Institución, a fin de que se efectúe el análisis correspondiente y se establezcan acciones que contribuyan a subsanar la causa raíz que dio o podría dar origen a un hecho irregular.

Por ello, es importante que a partir de los resultados de las auditoría se realice un análisis riguroso por parte de la Institución a fin de determinar la causa raíz del hallazgo u observación, y así poder formular acciones efectivas, que contribuyan a su mejoramiento continuo, pero que además estén orientadas a evitar la materialización de otros riesgos que podrían ocasionar reprocesos, sobrecostos, investigaciones y/o sanciones de parte de los órganos de control e incluso daño al patrimonio de la Institución, entre otros aspectos.

Tal es la situación del hallazgo 1 del plan de mejoramiento 104 que se presentó en el informe de auditoría al gasto público, correspondiente al segundo trimestre de 2018, radicado 2018302116, para el cual la Institución no formuló una acción que propenda por evitar la materialización de riesgos a futuro, considerando:

*Se designará al líder del proceso donde este la actividad de actualización formación y capacitación para que genere la supervisión acompañando los documentos de pago de la misma. Se acogerá al procedimiento pago proveedores GF - PR - 001 001 versión 01 publicado el 26 enero 2015. Frente a esta observación y analizando el tema desde Secretaría General, talento Humano y la Vicerrectoría Administrativa y financiera no se considera procedente realizar proceso de contratación. □ La administración da por legalizada la obligación, con la invitación al evento de capacitación la expedición de la disponibilidad presupuestal y el compromiso presupuestal, la asistencia al evento y el pago de la factura. □ El líder del proceso siempre supervisa las capacitaciones de los funcionarios a su cargo y en los casos en los que el líder sea el que asista a la capacitación la supervisión de dicha capacitación estará a cargo de su superior jerárquico. <sup>1</sup>*

## 8. CONCLUSIONES

Los planes de mejoramiento se constituyen en un mecanismo que le permite a la Institución determinar acciones orientadas al cierre de brechas o al mejoramiento continuo de la Entidad, por ello, es clave la pertinencia de las acciones que se formulen en los mismos; de ahí la importancia de un análisis riguroso que permita determinar la causa raíz de la deficiencia observada.

## 9. RECOMENDACIONES

La responsabilidad de la formulación, implementación y seguimiento es de la segunda línea de defensa al interior de la Institución, por ello, es menester seguir fortaleciendo a los líderes de proceso, para que los planes de mejoramiento se constituyan realmente en una herramienta que le sea útil a la entidad.

## 10. GLOSARIO

No aplica

<sup>1</sup> <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgxvzKtcHngqrFnMKSfdjGbcwSirW>

## 11. ANEXOS

No aplica

## 12. BIBLIOGRAFÍA

- Ley 87 (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 648 (2017) "Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentaria Único del Sector de la Función Pública"
- Decreto 1499 (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"

Elaboró:

*Clara Enith Gutiérrez López*

**Clara Enith Gutiérrez López**  
Profesional de control Interno  
Fecha: 17 de diciembre de 2018

Revisó y Aprobó:

*Juan Guillermo Agudelo Arango*

**Juan Guillermo Agudelo Arango**  
Director Operativo de control Interno  
Fecha: 17 de diciembre de 2018

MEMORANDO

Medellín 2019-12-13 11:36:31  
Rad 2019306992  
Institución Universitaria  
Colegio Mayor de Antioquia  
Juan Guillermo Agudelo

4

Medellín, 13 de diciembre de 2019

PARA: Juan David Gómez Flórez, Rector Encargado

DE: Director Control Interno

ASUNTO: Remisión del informe definitivo de la auditoría legal realizada a los planes de mejoramiento suscritos por la Institución (internos y externos).

Respetado doctor:

Con fundamento en Ley 87 de 1993, en el Decreto 648 de 2017, en la Resolución No. 138 del 19 de julio de 2016, por medio de la cual el Consejo Directivo de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, adopta "El Manual de Auditoría Interna para La Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia" y en el plan general de auditoría vigencia 2019, me permito hacer entrega del informe definitivo de auditoría que se realizó a los planes de mejoramiento suscritos por la Institución (internos y externos), correspondiente a la vigencia 2018-1.

La auditoría se llevó a cabo de acuerdo al proceso de control interno vigente actualmente para la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, es decir, que los resultados de la misma, se presentaron oportunamente a los responsables de los diferentes procesos a medida que se fue avanzando en su ejecución; por tanto, estos, son conocedores de las oportunidades de mejora identificadas.

De igual forma, se remitió el informe preliminar de auditoría, el cinco (05) de diciembre de 2019, por medio del memorando radicado No. 2019306588, sin que se hubiese tenido respuesta al mismo dentro de los términos establecidos, (cinco días hábiles), por parte de los auditados, por lo que se procede a ratificar en su totalidad el contenido del informe preliminar. Se remite además el informe ejecutivo de la auditoría, que contiene una síntesis de los resultados obtenidos en la misma.

Finalmente, y en aras de la mejora continua de la Institución, de forma respetuosa, le informo que la Institución dispone de diez (10) 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.

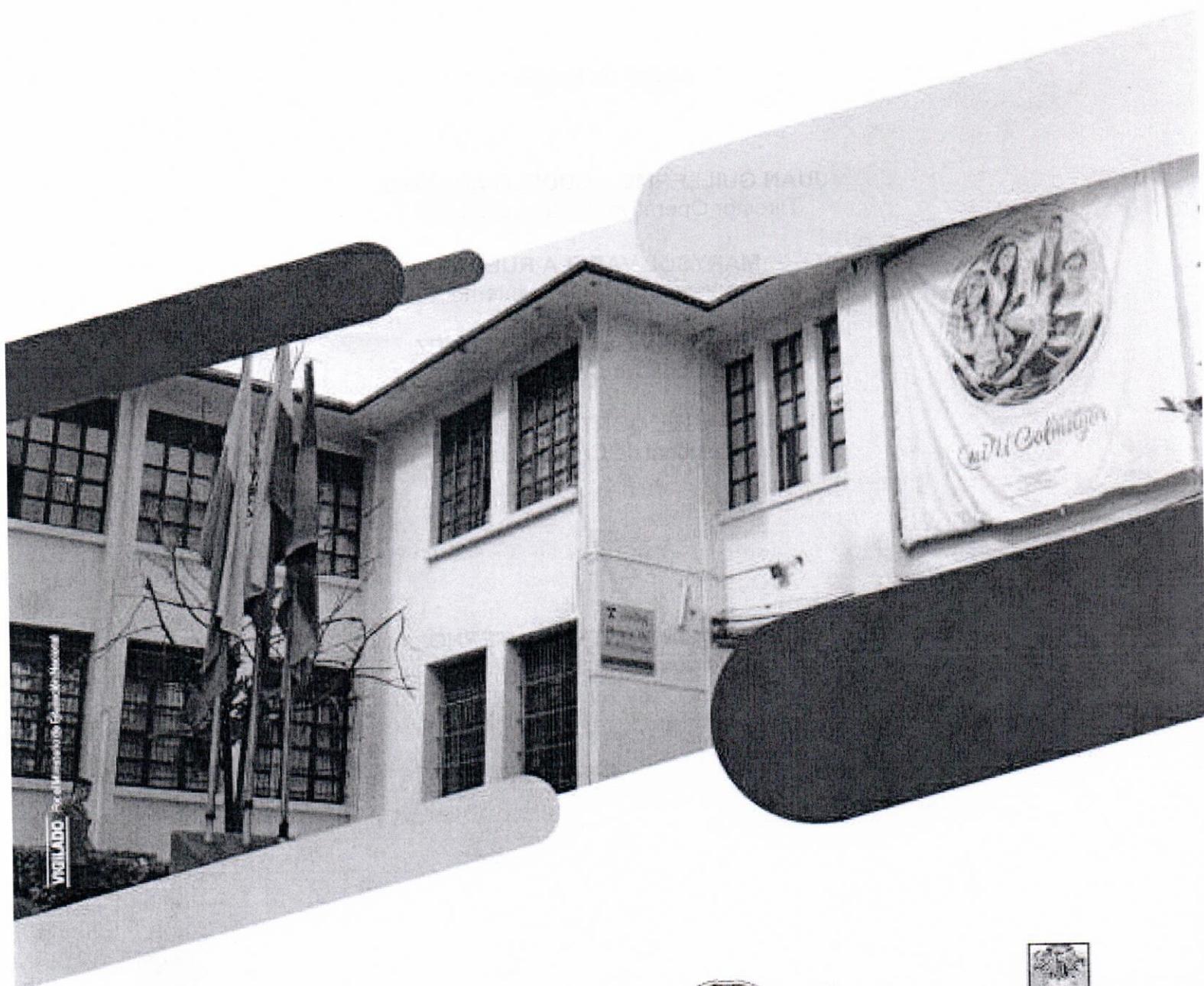
Cordial saludo,



JUAN GUILLERMO AGUDELO ARANGO

Anexos: Informe definitivo y ejecutivo

# INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO



INDICADO Por el Ministerio de Educación Nacional

CI-FR-01  
Version 005  
14 - Abril - 2016



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA  
COLEGIO MAYOR  
DE ANTIOQUIA



Alcaldía de Medellín  
Cuenta con vos

**INFORME DEFINITIVO  
AUDITORÍA LEGAL  
A PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS Y EXTERNOS  
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA  
VIGENCIA 2019**

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

**JORGE ÁNGEL CORTÉS CARTAGENA**  
Profesional de Control Interno

**DIRECCIÓN CONTROL INTERNO**  
Diciembre 13 de 2019

## Contenido

PRESENTACIÓN .....	5
1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....	6
2. RIESGOS ASOCIADOS A LA UNIDAD AUDITABLE.....	7
3. OBJETIVOS .....	8
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	8
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	8
4. METODOLOGÍA.....	8
5. LIMITACIONES.....	9
6. MUESTRA.....	9
7. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA .....	9
7.1 FORTALEZAS.....	20
7.2 HALLAZGOS.....	20
7.3 OBSERVACIONES .....	22
8. CONCLUSIONES.....	22
9. RECOMENDACIONES .....	23
10. GLOSARIO.....	23
11. ANEXOS .....	23
12. BIBLIOGRAFÍA .....	23

### Lista de tablas

Tabla No. 1: Relación planes de mejoramiento externos .....	6
Tabla No. 2: Relación planes de mejoramiento internos .....	6
Tabla No. 3: Riesgos asociados a la unidad auditable .....	7
Tabla No. 4: Auditoria Fiscal y Financiera vigencia 2017 .....	10
Tabla No. 5: Auditoría Regular resultados evaluación componente financiero 2018 .....	10
Tabla No. 6 Proceso Gestión Administrativa y Financiera .....	12
Tabla No. 7: Consolidado proceso de Gestión Administrativa y Financiera .....	12
Tabla No. 8: Proceso Tecnología e Informática .....	13
Tabla No. 9: Consolidado proceso Tecnología e Informática .....	13
Tabla No. 10: Proceso Gestión Talento Humano .....	13
Tabla No. 11: Consolidado Proceso Gestión de Talento Humano .....	14
Tabla No. 12: Proceso Gestión Legal.....	15
Tabla No. 13: Consolidado proceso de Gestión Legal .....	16
Tabla No. 14: Proceso Gestión de Comunicaciones .....	16
Tabla No. 15: consolidado proceso Gestión de Comunicaciones .....	16
Tabla No. 16: Proceso de Planeación Institucional .....	17
Tabla No. 17: Consolidado Proceso de Planeación Institucional .....	20
Tabla No. 18: Síntesis de las verificaciones realizadas a los planes de mejoramiento con acciones abiertas - vigencia 2018 - 1 .....	21

## PRESENTACIÓN

Con fundamento en la Ley 87 de 1993, en el Decreto 648 de 2017, la Resolución interna No. 138 de 2016 y al plan general de auditoría – PGA 2019, aprobado por el Consejo Directivo de la Institución, mediante acta No. 001, de sesión ordinaria del 31 de enero de 2019, 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 el primer semestre de la vigencia 2018, y que a la fecha de la auditoría aún presentaban acciones abiertas.

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, inspección, revisión de comprobantes y rastreo, que permitieron establecer conclusiones acerca de la eficacia de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento suscritos por la Institución para el período evaluado.

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

### 1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

La labor de verificación que se llevó a cabo en el segundo semestre de 2019, se comprobaron las acciones propuestas en los planes de mejoramiento suscritos en el primer semestre de la vigencia 2018, como resultado de auditorías tanto internas como externas realizadas a los diferentes procesos, y que aún se encontraban sin evaluación por parte de la Dirección de Control Interno.

Tabla No. 1: Relación planes de mejoramiento externos

Vigencia	Auditoría	Acciones abiertas	Responsable
2017	Auditoría especial evaluación fiscal y financiera	1	Vicerrectoría Administrativa y Financiera.
2018	Auditoría regular resultados evaluación componente control financiero	2	

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos por la Institución durante las vigencias 2017 y 2018  
Elaboró: Profesional de Control Interno

Tabla No. 2: Relación planes de mejoramiento internos

Plan de mejoramiento No.	Asunto	Acciones abiertas	Responsable
91	Control Interno Contable 2017.	2	Gestión Administrativa y Financiera.
93	Evaluación por Dependencias vigencia 2017.	2	Planeación Institucional.
94	Informe pormenorizado de avance del sistema de control interno (noviembre 12 de 2017 - marzo 12 de 2018).	6	Gestión de Tecnología de Informática. Planeación Institucional Gestión de Comunicaciones. Gestión del Talento Humano
95	Derechos de Autor sobre software - vigencia 2017.	2	Gestión de Tecnología e informática.
97	Gestión del Talento Humano – planes de mejoramiento individuales.	1	Gestión del Talento Humano.

Plan de mejoramiento No.	Asunto	Acciones abiertas	Responsable
99	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.	6	Planeación Institucional.
100	Personal y Costos.	2	Gestión Legal. Gestión del Talento Humano.
101	Comité de Conciliación.	6	Gestión Legal.
102	Trámites y Servicios – SUIT.	7	Planeación Institucional.
<b>TOTAL ACCIONES ABIERTAS</b>		<b>34</b>	

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos por la Institución durante la vigencia 2018-1  
Elaboró: Profesional de Control Interno

## 2. RIESGOS ASOCIADOS A LA UNIDAD AUDITABLE

Tabla No. 3: Riesgos asociados a la unidad auditable

Riesgo	Descripción	Observación
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.	Se materializó el riesgo. Ver numeral 7 de este informe.
Fraude	"(...) acto intencional de una o más personas, dentro de la administración, dirección o con los empleados o terceros, que involucra el uso del engaño para obtener una ventaja." <sup>1</sup>	No se materializó el riesgo.
Corrupción	"Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado." <sup>2</sup>	No se materializó el riesgo.

Fuente: Fuente: Manual Institucional Gestión de Riesgos, Dirección de Control Interno, Instituto de Auditores Internos de Colombia y Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP  
Elaboró: Profesional de control Interno

<sup>1</sup> <https://www.auditool.org/blog/fraude/363-el-control-interno-en-los-riesgos-de-fraude>

<sup>2</sup> <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/es/gestionriesgos2018>

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Verificar el acatamiento de las disposiciones legales, así como la eficacia 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.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar la eficacia a las acciones propuestas por la Institución en los planes de mejoramiento suscritos durante el primer semestre de la vigencia 2018.
- Verificar la eficacia de los controles que ha dispuesto la Institución para gestionar 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. METODOLOGÍA

- Levantar inventario de los planes de mejoramiento suscritos por la Institución como resultado de auditorías ejecutadas por parte de un órgano de control o de la Dirección de Control Interno de la Institución, durante el primer semestre de la vigencia 2018.
- Identificar las acciones propuestas en los planes de mejoramiento, cuáles no han sido auditadas por parte de la Dirección de Control Interno o cuáles aún están en estado “abiertas”, a fin de evaluarlas y determinar la eficacia de las mismas.
- Agendar entrevista con los diferentes líderes de procesos para hacer el respectivo seguimiento a las acciones no evaluadas o abiertas.
- Analizar las evidencias que aporten los diferentes líderes de proceso para determinar la eficacia de las acciones que se implementaron.
- Concluir y documentar resultados.

- Socializar resultados preliminares.
- Analizar respuesta dada a resultados preliminares.
- Documentar y comunicar los resultados definitivos de la auditoría.

## 5. LIMITACIONES

El proceso de Gestión de Comunicaciones, no suministró la información requerida para poder aplicar las pruebas de auditoría que se planificaron por parte de la Dirección de Control Interno.

## 6. MUESTRA

No aplica para esta auditoría.

## 7. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

Precisa el Decreto 648 de 2017, en su artículo:

2.2.21.4.9 *Informes*. Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces deberán presentar los informes que se relacionan a continuación<sup>3</sup>:

(...)

“i. De seguimiento al plan de mejoramiento, de las contralorías”<sup>4</sup>.

(...)

<sup>3</sup> [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=80915](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=80915)

<sup>4</sup> Ídem del anterior

✓ **Planes de mejoramiento externos**

Para el primer semestre de la vigencia 2018, se cuenta con el plan de mejoramiento de la auditoría especial evaluación fiscal y financiera realizada por la Contraloría General de Medellín, en el cual se identificó una acción pendiente por ejecutar, a saber:

Tabla No. 4: Auditoria Fiscal y Financiera vigencia 2017

Nombre de la auditoría	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
<b>Auditoría especial evaluación fiscal y financiera 2017</b>	Implementar un sistema de costos, que permita identificar los ingresos, costos y gastos asociados a los diversos programas académicos que ofrece la Institución.	Abril de 2020	Abierta dentro de los términos

Fuente: Plan de mejoramiento suscritos en la vigencia 2018 por parte de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

La fecha para dar cumplimiento a la implementación de la acción es al 30 de abril de 2020.

Con relación a la auditoría practicada por este mismo Ente de Control en la vigencia 2019, se cuenta con un plan de mejoramiento en el cual se registran dos (2) acciones, a saber:

Tabla No. 5: Auditoría Regular resultados evaluación componente financiero 2018

Nombre de la auditoría.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
<b>Auditoría regular resultados evaluación componente control financiero 2018</b>	(Debilidades en la codificación del presupuesto de ingresos.) En la Estructura del presupuesto ingresos de la vigencia 2018 de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, debido a falta de controles, no se codifican de manera independiente las Rentas Propias, las Transferencias y los Recursos de Capital, en razón de que exista armonía y coherencia con lo dispuesto en el Decreto Municipal 006 de 1998, (artículo 31): "Ingresos... de los Establecimientos Públicos Municipales...entiéndase por: a) Rentas Propias: La constituyen los ingresos corrientes, excluidos los aportes y transferencias del Municipio de Medellín..." y el Decreto de liquidación del presupuesto del Municipio de Medellín 1118 de diciembre de 2017, en el Capítulo XII numeral 125 plantea: "Los recursos recibidos en los Establecimientos Públicos vía transferencias ( Municipios, Nación y otros) se manejarán en el agregado de ingresos corrientes..., lo que revierte en debilidades en el resultado de los análisis y de los indicadores en materia presupuestal de la Institución universitaria.	Diciembre de 2020	Abiertas dentro de los términos

Nombre de la auditoría.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
	(Inconsistencias en el programa Anual Mensualizado de caja PAC 2018): De acuerdo con el flujo financiero de recaudos efectivos y pagos reales de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia en los referidos meses del año 2018 al compararse con la ejecución del programa Anual Mensualizado de Caja (PAC) 2018 de la institución, se evidenció que en el mes de marzo se presentó una diferencia de \$ 5.600.000 y en junio de \$ 6.300.000 entre las partes comparadas, incumpliendo con el Decreto 111 de 1996 en su artículo 73, el cual reza " La ejecución de los gastos del Presupuesto General de la Nación se hará a través del Programa Anual Mensualizado de Caja, PAC. Este es el instrumento mediante el cual se define el monto máximo mensual de fondos disponibles en la Cuenta única...", ocasionado por la falta de control entre las dependencias de presupuesto y tesorería, lo que posibilita en caso de cifras cuantiosas en la diferencia de cifras entre las partes, afectar el sistema de pagos por efecto del desconocimiento preciso de la disponibilidad financiera, convirtiéndose en un Hallazgo Administrativo.	Diciembre de 2019	

Fuente: Plan de mejoramiento suscritos en la vigencia 2019 por parte de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

✓ **Planes de mejoramiento internos**

La Ley 87 de 1993 determina:

*"ARTÍCULO 4º. Elementos para el Sistema de Control Interno. Toda entidad bajo la responsabilidad de sus directivos debe por lo menos implementar los siguientes aspectos que deben orientar la aplicación del control interno:"* <sup>5</sup>

(...)

*"g. Aplicación de las recomendaciones resultantes de las evaluaciones del control interno;"*<sup>6</sup>

Igualmente, precisa el Decreto 1499 de 2017, en el manual Operativo Sistema de gestión – MIPG, versión 2, de 2018:

*"Implementar las actividades de monitoreo y supervisión continua en la entidad"*<sup>7</sup>

<sup>5</sup> [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0087\\_1993.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0087_1993.html)

<sup>6</sup> Ídem del anterior

<sup>7</sup> <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34112007/Manual+Operativo+MIPG.pdf/ce5461b4-97b7-be3b-b243-781bbd1575f3>

*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<sup>8</sup>*

A continuación, se referencia el estado de las acciones propuestas y auditadas por proceso:

**Tabla No. 6 Proceso Gestión Administrativa y Financiera**

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
91	Analizar y clasificar en el momento del registro contable de toda causación, la naturaleza de los hechos económicos, para un adecuado reconocimiento.	Diciembre de 2018	Acción eficaz
	Verificar con el área jurídica las derogatorias y vigencias de los actos administrativos que se expidan a nivel institucional.	Diciembre de 2018	Acción eficaz

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2018-1 por parte del proceso de Gestión Administrativa y Financiera.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

El proceso de Gestión Administrativa y Financiera, registra dos (2) acciones correspondientes al plan de mejoramiento número 91, con el siguiente resultado:

**Tabla No. 7: Consolidado proceso de Gestión Administrativa y Financiera**

Estado de la acción	Número de acciones	Porcentaje	Observación
<b>Eficaces</b>	2	100%	Las acciones propuestas alcanzaron los resultados esperados.
<b>Abiertas</b>	0	0%	No aplica
<b>No eficaces</b>	0	0%	No aplica
<b>Acciones no pertinentes</b>	0	0%	No aplica

Fuente: Seguimiento realizado por la Dirección de Control Interno  
Elaboró: Profesional de Control Interno

<sup>8</sup> Ídem del anterior

**Tabla No. 8: Proceso Tecnología e Informática**

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
94	Actualizar lineamientos de TI y Política de Seguridad y Privacidad de la Información.		Acción eficaz
95	Diseñar manual donde se evidencie el procedimiento de baja de equipos y licenciamiento. Esto se deberá realizar junto con el sub proceso de Bienes y servicios	Marzo de 2019	Abierta
	Desde TI se lleva control mediante Software OCS Inventory y un registro manual de equipos, licenciamiento, y elementos de red entre otros. Sin embargo, el Sistema OCS Inventory es un sistema q administra inventario de equipos de cómputo en Red. Desde TI se analizará la forma de llevar un sólo registro de equipos de cómputo sin incluir el proceso manual.		Acción eficaz

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2018-1 por parte del proceso de tecnología e Informática.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

El proceso de Tecnología e Informática, registra tres (3) acciones correspondientes a los planes de mejoramiento números 94, y 95, con el siguiente resultado:

**Tabla No. 9: Consolidado proceso Tecnología e Informática**

Estado de la acción	Número de acciones	Porcentaje	Observación
<b>Eficaces</b>	2	67%	Las acciones propuestas alcanzaron los resultados esperados.
<b>Abiertas</b>	1	33%	No se ha implementado.
<b>No eficaces</b>	0	0%	No aplica.
<b>Acciones no pertinentes</b>	0	0%	No aplica.

Fuente: Seguimiento realizado por la Dirección de Control Interno  
Elaboró: Profesional de Control Interno

**Tabla No. 10: Proceso Gestión Talento Humano**

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
94	Diseñar el plan estratégico de Talento Humano, ya que actualmente se cuenta con un programa de Talento Humano que incluye todas las actividades que allí se Desarrollan.	Febrero 2018	Acción eficaz
97	Realizar talleres prácticos sobre la evaluación de desempeño tipo y se les realizará nuevamente la sensibilización a los evaluadores	Marzo de 2019	Abierta

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
	donde se les recordará la importancia de realizar las evaluaciones de desempeño y las implicaciones que tiene el no hacerlas.		
100	Verificar que los salarios que relacionen para efectos de liquidación de prestaciones sociales correspondan con lo que efectivamente se esté pagando.	Diciembre de 2018	No eficaz

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2018 - 1 por parte del proceso de Gestión del Talento Humano.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

El proceso del Talento Humano, registra tres (3) acciones correspondientes a los planes de mejoramiento números 94, 97 y 100, con el siguiente resultado:

Tabla No. 11: Consolidado Proceso Gestión de Talento Humano

Estado de la acción	Número de acciones	Porcentaje	Observación
<b>Eficaces</b>	1	34%	Las acciones propuestas alcanzaron los resultados esperados.
<b>Abiertas</b>	1	33%	No se ha implementado.
<b>No eficaces</b>	1	33%	La acción se implementó por parte de los responsables, no obstante, se evidenció que la misma no fue eficaz, dado que la deficiencia identificada persiste.
<b>Acciones no pertinentes</b>	0	0%	No aplica.

Fuente: Seguimiento realizado por la Dirección de Control Interno  
Elaboró: Profesional de Control Interno

Tabla No. 12: Proceso Gestión Legal

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
100	se continuará rindiendo la información en los plazos establecidos, y se hará revisión de la información rendida, velando por la aplicación de procesos y procedimientos necesarios a fin de garantizar la exactitud y completitud de los datos.	Marzo de 2019	Acción eficaz
101	Se documentaran 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.	Diciembre de 2018	Abierta
	Se realizara el informe de gestión que será entregado a la Rectoría y a los miembros del Comité cada seis (6) meses.	Diciembre de 2018	Abierta
	Los seguimientos a las decisiones del Comité quedaran documentadas en las actas del comité.	Diciembre de 2018	Abierta
	Realizar cronograma de actividades anual, de acuerdo con el Decreto 1069 de 2015 en su artículo 2.2.4.3.1.2.4.	Diciembre de 2018	Abierta
	Modificar la caracterización, visualizando las actividades.	Agosto de 2018	Acción eficaz
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.	Diciembre de 2018	Abierta	

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2018 1 - por parte de Gestión Legal.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

El proceso de Gestión Legal, registra siete (7) acciones correspondientes a los planes de mejoramiento números 100 y 101, con el siguiente resultado:

**Tabla No. 13: Consolidado proceso de Gestión Legal**

Estado de la acción	Número de acciones	Porcentaje	Observación
<b>Eficaces</b>	2	29%	Las acciones propuestas alcanzaron los resultados esperados.
<b>Abiertas</b>	5	71%	A la fecha de verificación las acciones no se habían implementado.
<b>No eficaces</b>	0	0%	No aplica.
<b>Acciones no pertinentes</b>	0	0%	No aplica.

Fuente: Seguimiento realizado por la Dirección de Control Interno  
Elaboró: Profesional de Control Interno

**Tabla No. 14: Proceso Gestión de Comunicaciones**

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
<b>94</b>	Se estudiarán los autodiagnósticos enviados por Planeación Institucional para identificar las acciones referentes al proceso de Comunicaciones, para implementación de acciones de mejora.	Sin registro de fecha de obtención de resultados	Abierta

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2018-1 por parte del proceso de Gestión de Comunicaciones.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

El proceso de Gestión de Comunicaciones, registra una (1) acción correspondiente al plan de mejoramiento número 94, con el siguiente resultado:

**Tabla No. 15: consolidado proceso Gestión de Comunicaciones**

Estado de la acción	Número de acciones	Porcentaje	Observación
<b>Eficaces</b>	0	0%	No aplica.
<b>Abiertas</b>	1	100%	No se ha implementado.
<b>No eficaces</b>	0	0%	No aplica.
<b>Acciones no pertinentes</b>	0	0%	No aplica.

Fuente: Seguimiento realizado por la Dirección de Control Interno  
Elaboró: Profesional de Control Interno

**Tabla No. 16: Proceso de Planeación Institucional**

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
93	1. Realizar reunión con el fin de discutir posible modificación del indicador con la líder de Gestión de la Mejora.	Noviembre de 2018	Acción Eficaz
	2. Presentar propuesta de los cambios efectuados al Consejo Directivo.		
94	1. Discutir en conjunto con la Vicerrectoría Administrativa, la posibilidad de reformular el indicador, estableciendo una fórmula de cálculo que permita medir el equilibrio financiero en la Institución.	Noviembre de 2018	Acción Eficaz
	2. Presentar propuesta de los cambios efectuados al Consejo Directivo.		
	1. Se va a evaluar la pertinencia de los indicadores de resultados que se señalan en el Plan de Desarrollo y en especial de los indicadores mencionados, verificando que se puedan medir de forma clara los resultados de la gestión y los logros alcanzados por la entidad. Tener en cuenta que existe manual de indicadores donde es responsabilidad de los líderes de los procesos su consulta.	1. Julio de 2018.	
	2. Se va a evaluar la pertinencia con Naonsoft sobre la alternativa de un aplicativo para realizar el seguimiento al plan indicativo.	2. Julio de 2018.	Acción Eficaz
	3. Acto Administrativo está en proceso de aprobación.	3. Mayo de 2018.	
	4. Desde Planeación se va a colocar en carpeta compartida las herramientas de autodiagnóstico de Furag, se les va a estar informado a los responsables de los diferentes procesos para que mantengan las tablas actualizados con respecto al avance de las acciones necesarias.	4. Diciembre de 2018.	
	1. Actividad que se ha venido realizar y se va continuar, en cuanto a la revisión de la pertinencia de los indicadores. Tener en cuenta que	1. Diciembre de 2018.	Acción Eficaz

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
99	<p>existe manual de indicadores donde es responsabilidad de los líderes de los procesos su consulta.</p> <p>2. Desde Planeación se va a colocar en carpeta compartida las herramientas de autodiagnóstico de Furag, se les va a estar informado a los responsables de los diferentes procesos para que mantengan las tablas actualizados con respecto al avance de las acciones necesarias. Revisar, actualizar y enviar flash socializando la guía para la implementación de la misma.</p>	<p>2. Diciembre de 2018.</p> <p>Diciembre de 2018.</p>	<p>Abierta</p>
	<p>Divulgación Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano en la próxima rendición de cuentas (2019).</p> <p>Para el desarrollo de la próxima página web se contempla la opción de segundo idioma internacional, por medio de un plugin. Para las lenguas de los grupos étnicos y culturales del país se analizará y se buscará una estrategia para poder dar cumplimiento a esta necesidad.</p>	<p>Abril de 2019</p> <p>Junio de 2019, necesidad que se contempló dentro la nueva página web.</p>	<p>No eficaz</p> <p>Abierta</p>
	<p>Próxima rendición de cuentas (2019) enviar invitación a entes descentralizados del Municipio de Medellín, tal como lo describe las actividades en el PAAC.</p>	<p>Abril de 2019</p>	<p>Acción eficaz</p>
	<p>Para la realización del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano - 2019, analizar el contexto interno y externo de la entidad con el fin de actualizar el contexto estratégico de la entidad.</p>	<p>Enero de 2019</p>	<p>Abierta</p>
	<p>* Realización documento guía (lista de chequeo) para el monitoreo de la publicación de la información que se debe publicar en la página web de la institución.</p>		
	<p>* Realización de cronograma con el fin de ejecutar y hacer seguimiento a la actividad de datos abiertos Interoperabilidad.</p>	<p>Junio de 2018.</p>	<p>Abierta</p>
	<p>* Generación de acciones de divulgación de datos abiertos. Para la construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano - 2019, revisar todas las</p>	<p>Enero 31 de 2019</p>	<p>Abierta</p>

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
	actividades que permitan fortalecer la cultura de integridad y la legalidad al interior de la Institución.		
102	Incluir en el normograma del Proceso de Planeación la Resolución 1099 de octubre de 2017. En la caracterización del proceso se referenciará las guías de la Función Pública para la implementación de la estrategia de la racionalización.	Diciembre de 2018	Acción eficaz
	Realización propuesta de Resolución para la adopción de Política de Racionalización de tramites institucionales.		Abierta
	Revisar y actualizar la caracterización del proceso de Planeación, identificando puntos de control que propendan la racionalización de trámites.		Acción eficaz
	La Institución solicitó a la Función Pública la eliminación tramites del SUIIT, el cual una vez aprobado por dicha entidad se procederá a la eliminación de la página web de la entidad, en el link de transparencia. Para la articulación de los tramites en el SUIIT y Ley de transparencia se dejara evidencia de la notificación que se realice a la página de <a href="http://www.nomasfilas.gov.co">www.nomasfilas.gov.co</a>		Abierta
	Se realizará un documento para anexarlo a la guía de Atención al Usuario, donde se contemple los tiempos de atención, tiempo de repuestas y canales de atención. La guía de Atención al Ciudadano está en construcción.		Acción eficaz
	Se actualizarán los formularios para alcanzar la gestión del 100%. Publicación del Plan de priorización y racionalización de trámites.		Acción eficaz Abierta

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2018 - 1 por parte de Planeación Institucional.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

El proceso de Planeación Institucional, registra dieciocho (18) acciones correspondientes a los planes de mejoramiento números 93, 94, 99 y 100, con el siguiente resultado:

Tabla No. 17: Consolidado Proceso de Planeación Institucional

Estado de la acción	Número de acciones	Porcentaje	Observación
<b>Eficaces</b>	9	50%	Las acciones propuestas alcanzaron los resultados esperados.
<b>Abiertas</b>	8	44%	No se han implementado.
<b>No eficaces</b>	1	6%	La acción se implementó por parte de los responsables, no obstante, se evidenció que la misma no fue eficaz, dado que la deficiencia identificada persiste.
<b>Acciones no pertinentes</b>	0	0%	No aplica.

Fuente: Seguimiento realizado por la Dirección de Control Interno  
Elaboró: Profesional de Control Interno

### 7.1 FORTALEZAS

No se identificaron fortalezas para este ejercicio de auditoría.

### 7.2 HALLAZGOS

Establece el Decreto 1499 de 2019, en su capítulo 3, Modelo Integrado de planeación y gestión, lo siguiente:

*“ARTÍCULO 2.2.22.3.1. Actualización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Para el funcionamiento del Sistema de Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno, se adopta la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG”.*<sup>9</sup>

Determina el Manual Operativo del Sistema de Gestión – MIPG, versión 2, de 2018:

Dimensión de evaluación de resultado:

*“Para MIPG es importante que las entidades conozcan de manera permanente los avances en su gestión y los logros de los resultados y metas propuestas, en los tiempos y recursos previstos y si general los efectos*

<sup>9</sup> <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=83433>

deseados para la sociedad; de igual manera, esto le permite introducir mejoras en la gestión”<sup>10</sup>.

“(…) 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, (ii) plantear las acciones para mitigar posibles riesgos que la puedan desviar del cumplimiento de sus metas,(…)”<sup>11</sup>

En la verificación que se llevó a cabo para determinar la eficacia de las acciones propuestas en los planes de mejoramiento suscritos por parte de la Institución como resultado de las auditorías que se llevaron a cabo en la vigencia 2018 - 1, se tiene:

**Tabla No. 18: Síntesis de las verificaciones realizadas a los planes de mejoramiento con acciones abiertas - vigencia 2018 - 1**

Plan de mejoramiento No.	Responsable	Total de acciones auditadas	Total de acciones cerradas	Porcentaje de Participación	Total de acciones abiertas o no eficaces	Porcentaje de participación	Estado del plan de mejoramiento
91	Gestión Administrativa y Financiera	2	2	100%	0	0%	Seguimiento completo - cerrado
93	Planeación Institucional	2	2	100%	0	0%	Seguimiento completo - cerrado
94	Tecnología e Informática						
	Gestión del Talento Humano	6	4	67%	2	33%	Con avance
	Gestión de Comunicaciones						
95	Planeación Institucional	2	1	50%	1	50%	Con avance
	Tecnología e Informática						
97	Gestión del Talento Humano	1	0	0%	1	100%	Abierto
99	Planeación Institucional	6	1	17%	5	83%	Con avance
100	Gestión Legal	2	1	50%	1	50%	Con avance
101	Gestión Legal	6	1	17%	5	83%	Con avance
102	Planeación Institucional	7	4	57%	3	43%	Con avance
	Talento Humano						
<b>Total Acciones</b>		<b>34</b>	<b>16</b>	<b>47%</b>	<b>18</b>	<b>53%</b>	

Fuente: auditorías realizadas en la vigencia 2018 - con planes de mejoramiento sin seguimiento  
Elaboro: profesional de Control Interno

<sup>10</sup> <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34112007/Manual+Operativo+MIPG.pdf/ce5461b4-97b7-be3b-b243-781bbd1575f3>

<sup>11</sup> Ídem del anterior.

Como se establece en la tabla No. 26, las acciones que aún permanecen abiertas, ascienden a 18, equivalente a un 53%, situación que permite determinar deficiencias tanto en la primera como en la segunda línea de defensa al interior de la Institución, de conformidad con el modelo estándar de control interno.

Lo antes expuesto permite establecer la materialización de un riesgo como el de "incumplimiento", normativo, el cual podría derivar en reprocesos, sobrecostos, desacierto en la toma de decisiones e inclusive investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control, entre otros aspectos.

### 7.3 OBSERVACIONES

No se evidenciaron observaciones para este ejercicio de auditoría.

### 8. CONCLUSIONES

- La Dirección de Control Interno ha verificado y evaluado el avance a los planes de mejoramiento resultantes de las auditorías internas y externas realizadas a las diferentes unidades auditables, durante el primer semestre de la vigencia 2018, con el fin de determinar la efectividad de las acciones propuestas por la entidad, y a través de dicha actividad, se han identificado deficiencias en los procesos de gobierno, control y riesgos, dado que los mismos, deben propender entre otros aspectos por:

"Asegurar la gestión y responsabilidad eficaces en el desempeño de la organización".<sup>12</sup>

"El cumplimiento de las leyes, regulaciones, las políticas, los procedimientos (...)".<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Instituto de Auditores Internos Colombia – IIA Global. Marco Internacional para la práctica profesional de la auditoría interna. (2017). Actualizado en enero de 2017. p. 53

<sup>13</sup> Instituto de Auditores Internos Colombia – IIA Global. Marco Internacional para la práctica profesional de la auditoría interna. (2017). Actualizado en enero de 2017. p. 55

## 9. RECOMENDACIONES

- Es menester se establezcan acciones que propendan por gestionar de manera efectiva por parte de la primera línea de defensa los planes de mejoramiento que suscriba la Institución, como resultado de las auditorías que se ejecutan desde la Dirección de Control Interno.

## 10. GLOSARIO

- Acción eficaz: La acción propuesta alcanzó los resultados esperados.
- Acción no eficaz: La acción se implementó por parte de los responsables, no obstante, se evidenció que la misma no logró los resultados esperados. Dado que la deficiencia identificada persiste.
- Acción abierta: la acción no se ha implementado. Se pueden 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 no pertinente: Acción mal formulada o que no es posible su implementación por diferentes situaciones, por tanto, debe ser replanteada.

## 11. ANEXOS

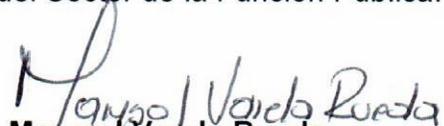
No aplica para esta auditoría.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

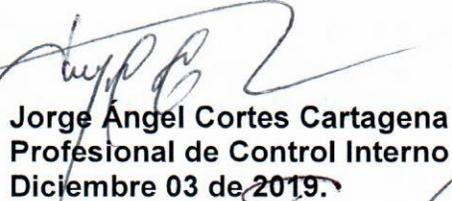
- Ley 87. (1993). Por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 1499. (2017). Por medio de la cual se modifica el decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido por el artículo 13 de la Ley 1753 de 2015.

- 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. Octubre de 2018.
- Decreto 648. (2017). Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública.

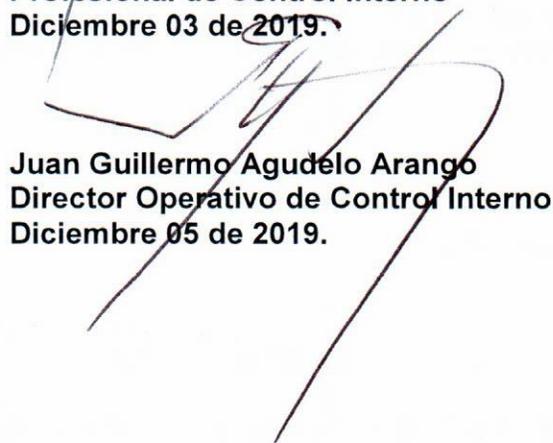
Elaboró:

  
**Marysol Varela Rueda**  
Profesional de control interno  
Diciembre 03 de 2019.

  
**Clara Enith Gutiérrez López**  
Profesional de Control Interno  
Diciembre 03 de 2019.

  
**Jorge Ángel Cortes Cartagena**  
Profesional de Control Interno  
Diciembre 03 de 2019.

Revisó y Aprobó:

  
**Juan Guillermo Agudelo Arango**  
Director Operativo de Control Interno  
Diciembre 05 de 2019.

MEMORANDO

Medellín 2019-10-16 13:30:35  
Rad 2019305311  
Institución Universitaria  
Colegio Mayor de Antioquia  
Juan Guillermo Agudelo

4

Medellín, 16 de octubre de 2019

PARA: Bernardo Arteaga Velásquez, Rector

DE: Director Control Interno

ASUNTO: Remisión del informe definitivo de la auditoría legal realizada a los planes de mejoramiento suscritos por la Institución (internos y externos).

Respetado doctor:

Con fundamento en Ley 87 de 1993, en el Decreto 648 de 2017, en la Resolución No. 138 del 19 de julio de 2016, por medio de la cual el Consejo Directivo de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, adopta "El Manual de Auditoría Interna para La Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia" y en el plan general de auditoría vigencia 2019, me permito hacer entrega del informe definitivo de auditoría que se realizó a los planes de mejoramiento suscritos por la Institución (internos y externos), correspondiente a la vigencia 2017 y anteriores.

La auditoría se llevó a cabo de acuerdo al proceso de control interno vigente actualmente para la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, es decir, que los resultados de la misma, se presentaron oportunamente a los responsables de los diferentes procesos a medida que se fue avanzando en su ejecución; por tanto, estos, son conocedores de las oportunidades de mejora identificadas.

De igual forma, se remitió el informe preliminar de auditoría, el dos (02) de octubre de 2019, por medio del memorando radicado No. 2019305159.

A este informe preliminar se le dio respuesta por parte de los auditados por medio de correos electrónicos del cuatro (4) y ocho (8) de octubre de 2019.

Finalmente, se analizó y dio respuesta por parte de la Dirección de Control Interno, a la respuesta que presentaron al informe preliminar, a través de radicado No. 2019305293 de octubre 15 de 2019.

Por lo antes expuesto se procede a remitir el informe definitivo de la auditoría. Se allega, además, el informe ejecutivo de la auditoría, que contiene una síntesis de los resultados obtenidos en la misma.

Finalmente, y en aras de la mejora continua de la Institución, de forma respetuosa, le informo que la Entidad dispone de diez (10) 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.

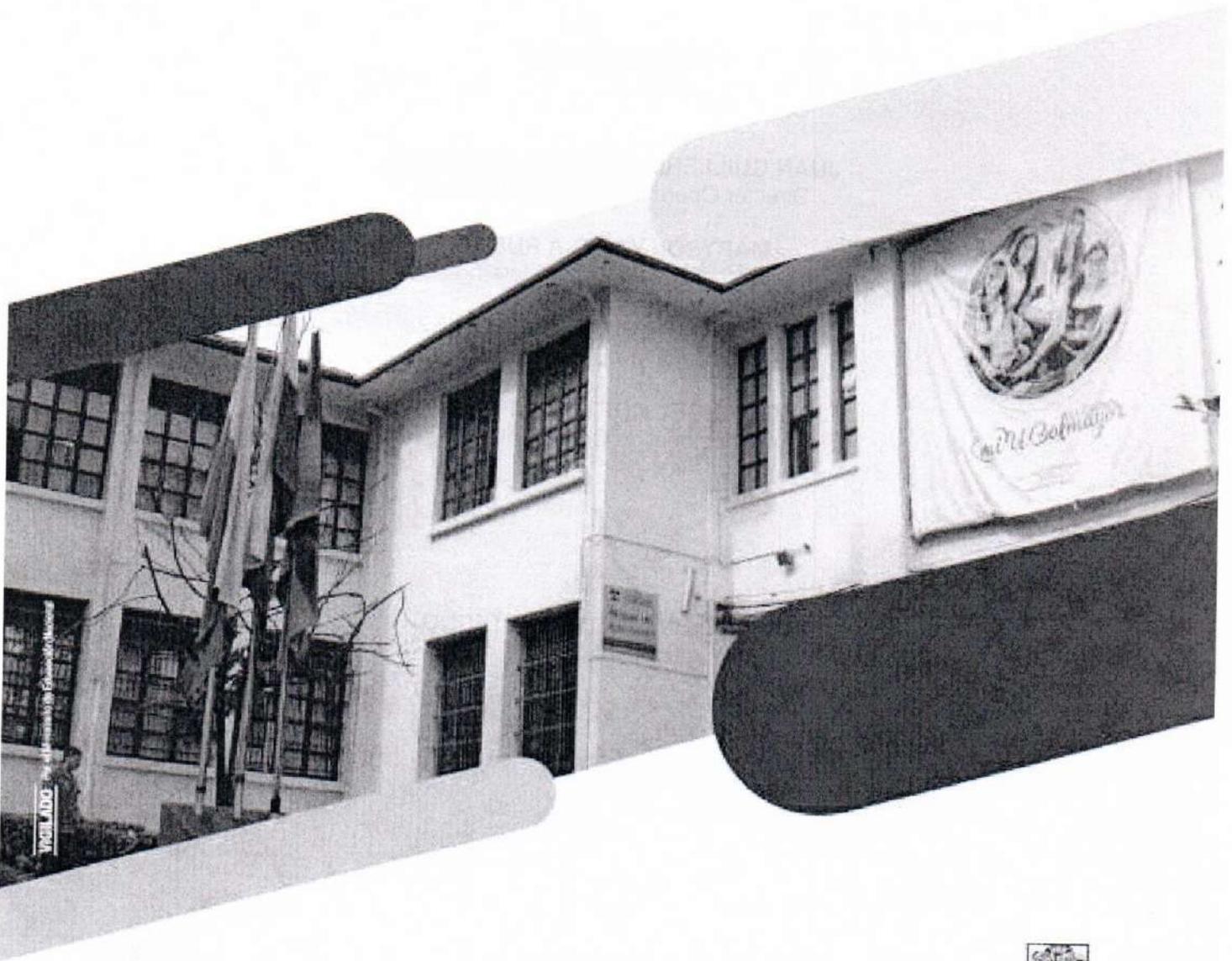
Cordial saludo,



JUAN GUILLERMO AGUDELO ARANGO

Anexos: Informe definitivo y ejecutivo de planes de mejoramiento internos y externos

# INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO



CI-FR-01  
Versión 005  
14 - Abril - 2018



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA  
COLEGIO MAYOR  
DE ANTIOQUIA



Alcaldía de Medellín  
Cuentas con Vos

**INFORME DEFINITIVO  
AUDITORÍA LEGAL  
A PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS Y EXTERNOS  
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA  
VIGENCIA 2017**

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

**JORGE ÁNGEL CORTÉS CARTAGENA**  
Profesional de Control Interno

**DIRECCIÓN CONTROL INTERNO**  
Octubre 15 de 2019

## Contenido

PRESENTACIÓN.....	6
1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....	7
2. RIESGOS ASOCIADOS A LA UNIDAD AUDITABLE.....	8
3. OBJETIVOS.....	9
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	9
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
4. METODOLOGÍA.....	9
5. LIMITACIONES.....	10
6. MUESTRA.....	10
7. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.....	10
7.1 FORTALEZAS.....	28
7.2 HALLAZGOS.....	28
7.3 OBSERVACIONES.....	30
8. CONCLUSIONES.....	30
9. RECOMENDACIONES.....	31
10. GLOSARIO.....	31
11. ANEXOS.....	31
12. BIBLIOGRAFÍA.....	31

**Lista de tablas**

Tabla No. 1: Relación planes de mejoramiento externos .....	7
Tabla No. 2: Relación planes de mejoramiento internos.....	7
Tabla No. 3: Riesgos asociados a la unidad auditable .....	8
Tabla No. 4: Auditoría Fiscal y Financiera vigencia 2017 .....	11
Tabla No. 5: Auditoría Regular resultados evaluación componente financiero 2018 .....	11
Tabla No. 6 Proceso Planeación Institucional.....	13
Tabla No. 7: Consolidado proceso de Planeación Institucional.....	15
Tabla No. 8: Proceso Docencia.....	16
Tabla No. 9: Consolidado proceso Docencia.....	17
Tabla No. 10: Proceso Gestión Legal.....	17
Tabla No. 11: Consolidado Proceso Gestión Legal.....	18
Tabla No. 12: Proceso Graduados .....	18
Tabla No. 13: Consolidado proceso de Graduados.....	19
Tabla No. 14: Proceso Gestión Administrativa y Financiera.....	19
Tabla No. 15: consolidado proceso Gestión Administrativa y Financiera.....	20
Tabla No. 16: Proceso Gestión Legal - Subproceso Gestión Documental.....	20
Tabla No. 17: Consolidado subproceso de Gestión Documental .....	21
Tabla No. 18: Proceso Control Interno.....	22
Tabla No. 19: Consolidado proceso de Control Interno.....	22
Tabla No. 20: Proceso Gestión de Comunicaciones .....	22
Tabla No. 21: Consolidado proceso de Gestión de Comunicaciones.....	25
Tabla No. 22: Proceso Gestión de Tecnología e Informática .....	25
Tabla No. 23: Consolidado proceso de Gestión de Tecnología e Informática .....	26
Tabla No. 24 Gestión del Talento Humano.....	26
Tabla No. 25: Consolidado proceso de Talento Humano .....	27



Tabla No. 26 : Síntesis de las verificaciones realizadas a los planes de  
mejoramiento con acciones abiertas – vigencia 2017..... 29



## PRESENTACIÓN

Con fundamento en la Ley 87 de 1993, en el Decreto 648 de 2017, la Resolución interna No. 138 de 2016 y al plan general de auditoría – PGA 2019, aprobado por el Consejo Directivo de la Institución, mediante acta No. 001, de sesión ordinaria del 31 de enero de 2019, la Dirección de Control Interno, realizó auditoría a los planes de mejoramiento internos y externos suscritos por la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, para la vigencia 2017 y anteriores, y que a la fecha de la auditoría aún presentaban acciones abiertas.

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, inspección, revisión de comprobantes y rastreo, que permitieron establecer conclusiones acerca de la eficacia de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento suscritos por la Institución durante la vigencia 2017 y anteriores.

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

## 1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

La labor de verificación para el seguimiento realizado en el primer semestre de 2019, se llevó a cabo tomando las acciones de los planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2017 y anteriores, como resultado de auditorías, tanto internas como externas, realizadas a los diferentes procesos de la Institución y que se encontraban pendientes de ser evaluadas por parte de la Dirección de Control Interno, dado que las verificaciones que se han llevado a cabo han sido aleatorias.

Tabla No. 1: Relación planes de mejoramiento externos

Vigencia	Auditoría	Acciones abiertas	Responsable
2017	Auditoría especial evaluación fiscal y financiera	1	Vicerrectoría Administrativa y Financiera.
2018	Auditoría regular resultados evaluación componente control financiero	2	

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos por la Institución durante la vigencia 2017 y 2018  
Elaboró: Profesional de Control interno

Tabla No. 2: Relación planes de mejoramiento internos

Plan de mejoramiento No.	Asunto	Acciones abiertas	Responsable
71	Rendición de cuentas a entes externos	12	Vicerrectoría Administrativa y Financiera. Gestión de Comunicaciones. Gestión de Talento Humano. Gestión Documental. Planeación Institucional. Control Interno. Vicerrectoría Académica.
72	Seguimiento a los planes de mejoramiento producto de informes de autoevaluación con fines de acreditación y/o registro calificado 2016.	5	Vicerrectoría académica.
75	Plan anticorrupción y de atención al ciudadano.	1	Planeación institucional.
77	Código de Ética	7	Planeación Institucional Gestión Legal.
78	Graduados	2	Graduados.

Plan de mejoramiento No.	Asunto	Acciones abiertas	Responsable
79	Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias – PQRSFD.	10	Gestión de Comunicaciones.
81	Austeridad del gasto público.	3	Vicerrectoría Administrativa y Financiera.
84	Tecnología e informática.	13	Gestión de Tecnología e Informática
85	Gobierno en línea.	9	Planeación Institucional.
86	Gestión de comunicaciones.	9	Gestión de comunicaciones.
87	Gestión Documental.	13	Gestión Documental.
88	Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias – PQRSFD	8	Gestión de comunicaciones.
90	Plan anticorrupción y de atención al ciudadano.	2	Planeación Institucional.
<b>TOTAL, ACCIONES ABIERTAS</b>		<b>94</b>	

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos por la Institución durante la vigencia 2017  
Elaboró: Profesional de Control Interno

## 2. RIESGOS ASOCIADOS A LA UNIDAD AUDITABLE

Tabla No. 3: Riesgos asociados a la unidad auditable

Riesgo	Descripción	Observación
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.	Se materializó el riesgo. Ver numeral 7 de este informe.
Fraude	"(...) acto intencional de una o más personas, dentro de la administración, dirección o con los empleados o terceros, que involucra el uso del engaño para obtener una ventaja." <sup>1</sup>	No se materializó el riesgo.
Corrupción	"Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado." <sup>2</sup>	No se materializó el riesgo.

Fuente: Fuente: Manual Institucional Gestión de Riesgos, Dirección de Control Interno, Instituto de Auditores Internos de Colombia y Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP  
Elaboró: profesional de control interno

<sup>1</sup> <https://www.auditool.org/blog/fraude/363-el-control-interno-en-los-riesgos-de-fraude>

<sup>2</sup> <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/es/gestionriesgos2018>



### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Verificar el acatamiento de las disposiciones legales, así como la eficacia 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.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar la eficacia a las acciones propuestas por la Institución en los planes de mejoramiento suscritos durante la vigencia 2017.
- Verificar la eficacia de los controles que ha dispuesto la Institución para gestionar 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. METODOLOGÍA

- Levantar inventario de los planes de mejoramiento suscritos por la Institución como resultado de auditorías ejecutadas por parte de un órgano de control o de la Dirección de Control Interno de la Institución, durante la vigencia 2017.
- Identificar las acciones propuestas en los planes de mejoramiento, cuáles no han sido evaluadas por parte de la Dirección de Control Interno o cuáles aún están en estado "abiertas", a fin de evaluarlas y determinar la eficacia de las mismas.
- Agendar entrevista con los diferentes líderes de procesos para hacer el respectivo seguimiento a las acciones no evaluadas o abiertas.
- Analizar las evidencias que aporten los diferentes líderes de proceso para determinar la eficacia de las acciones que se implementaron.

- Concluir y documentar resultados.
- Socializar resultados preliminares.
- Analizar respuesta dada a resultados preliminares.
- Documentar y comunicar los resultados definitivos de la auditoría.

## 5. LIMITACIONES

Los procesos de Gestión de Comunicaciones, Gestión de Tecnología e Informática y Gestión de Talento Humano, no suministraron la información requerida o en la forma establecida, para poder aplicar las pruebas de auditoría que se planificaron por parte de la Dirección de Control Interno, situación que generó retraso en el desarrollo de la auditoría, por tanto, se debió ajustar el cronograma de la misma.

## 6. MUESTRA

No aplica para esta auditoría.

## 7. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

Precisa el Decreto 648 de 2017, en su artículo:

2.2.21.4.9 *Informes*. Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces deberán presentar los informes que se relacionan a continuación<sup>3</sup>:

(...)

"i. De seguimiento al plan de mejoramiento, de las contralorías"<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=80915](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=80915)

<sup>4</sup> Ídem del anterior

(...)

✓ **Planes de mejoramiento externos**

Para la vigencia 2017, se cuenta con el plan de mejoramiento de la auditoría especial evaluación fiscal y financiera realizada por la Contraloría General de Medellín, en el cual se identifica una acción pendiente por ejecutar a saber:

Tabla No. 4: Auditoría Fiscal y Financiera vigencia 2017

Nombre de la auditoría	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
<b>Auditoría especial evaluación fiscal y financiera 2017</b>	Implementar un sistema de costos, que permita identificar los ingresos, costos y gastos asociados a los diversos programas académicos que ofrece la Institución.	Junio 30 de 2019 Prórroga: Abril de 2020	Abierta dentro de los términos

Fuente: Plan de mejoramiento suscritos en la vigencia 2018 por parte de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

La fecha inicial para dar cumplimiento a la implementación de la acción era a junio 30 de 2019, no obstante, la Institución, solicitó a la Contraloría General de Medellín, por medio de escrito radicado No. 2019102723 del día 28 de mayo de 2019, una ampliación en el plazo para la obtención de resultados. Por su parte el ente de control mediante oficio radicado No. 201900002459 del 29 de mayo de 2019, aprobó la ampliación de los términos hasta el 30 de abril de 2020.

Con relación a la auditoría practicada por este mismo Ente de Control en la vigencia 2018, se cuenta con un plan de mejoramiento en el cual se registran dos (2) acciones, a saber:

Tabla No. 5: Auditoría Regular resultados evaluación componente financiero 2018

Nombre de la auditoría.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
<b>Auditoría regular resultados evaluación componente control financiero 2018</b>	(Debilidades en la codificación del presupuesto de ingresos.) En la Estructura del presupuesto ingresos de la vigencia 2018 de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, debido a falta de controles, no se codifican de manera independiente las Rentas Propias, las Transferencias y los Recursos de Capital, en razón de que exista armonía y coherencia con lo dispuesto en el Decreto Municipal 006 de 1998, (artículo 31): "Ingresos... de los Establecimientos Públicos Municipales...entiéndase por: a) Rentas Propias: La	Diciembre de 2020	Abiertas dentro de los términos

Nombre de la auditoria.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
<p>constituyen los ingresos corrientes, excluidos los aportes y transferencias del Municipio de Medellín..." y el Decreto de liquidación del presupuesto del Municipio de Medellín 1118 de diciembre de 2017, en el Capítulo XII numeral 125 plantea: "Los recursos recibidos en los Establecimientos Públicos vía transferencias ( Municipios, Nación y otros) se manejarán en el agregado de ingresos corrientes..., lo que revierte en debilidades en el resultado de los análisis y de los indicadores en materia presupuestal de la Institución universitaria.</p> <p>(Inconsistencias en el programa Anual Mensualizado de caja PAC 2018): De acuerdo con el flujo financiero de recaudos efectivos y pagos reales de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia en los referidos meses del año 2018 al compararse con la ejecución del programa Anual Mensualizado de Caja (PAC) 2018 de la institución, se evidenció que en el mes de marzo se presentó una diferencia de \$ 5.600.000 y en junio de \$ 6.300.000 entre las partes comparadas, incumpliendo con el Decreto 111 de 1996 en su artículo 73, el cual reza " La ejecución de los gastos del Presupuesto General de la Nación se hará a través del Programa Anual Mensualizado de Caja, PAC. Este es el instrumento mediante el cual se define el monto máximo mensual de fondos disponibles en la Cuenta única...", ocasionado por la falta de control entre las dependencias de presupuesto y tesorería, lo que posibilita en caso de cifras cuantiosas en la diferencia de cifras entre las partes, afectar el sistema de pagos por efecto del desconocimiento preciso de la disponibilidad financiera, convirtiéndose en un Hallazgo Administrativo.</p>	<p>Diciembre de 2019</p>		

Fuente: Plan de mejoramiento suscritos en la vigencia 2019 por parte de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

✓ **Planes de mejoramiento internos**

La Ley 87 de 1993 determina:

*"ARTÍCULO 4º. Elementos para el Sistema de Control Interno. Toda entidad bajo la responsabilidad de sus directivos debe por lo menos implementar los siguientes aspectos que deben orientar la aplicación del control interno:"*<sup>5</sup>

(...)

*"g. Aplicación de las recomendaciones resultantes de las evaluaciones del control interno;"*<sup>6</sup>

<sup>5</sup> [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0087\\_1993.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0087_1993.html)

<sup>6</sup> Ídem del anterior



Igualmente, precisa el Decreto 1499 de 2017, en el manual Operativo Sistema de gestión – MIPG, versión 2, de 2018:

*“Implementar las actividades de monitoreo y supervisión continua en la entidad<sup>7</sup>”*

*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<sup>8</sup>”*

A continuación, se referencia el estado de las acciones propuestas y auditadas por proceso:

Tabla No. 6 Proceso Planeación Institucional

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
71	La Oficina de Planeación brinda la capacitación y asesoría a los líderes de proceso relacionado con todo el tema de administración y gestión de los riesgos.		Acción eficaz
75	Campaña (plan) de divulgación de datos abiertos. Elaboración de Plan para accesibilidad para personas con discapacidad.	Septiembre 30 de 2017	Abierta
77	Programar capacitación y/o socialización para el personal de la Institución sobre el Código de Ética y Buen Gobierno, Acuerdo No. 015 de 2016, donde se incluyan temas de mecanismos orientados a fortalecer la prevención de actos corruptos, políticas y acciones anticorrupción, ética ciudadana y responsabilidad social en todos los niveles, entre otros temas. Esta actividad depende también de los recursos disponibles para la capacitación.	Diciembre 31 de 2017	Acción eficaz
	Promover la suscripción de pactos de integridad y transparencia en su interior y con los otros entes. Se enviará flash sobre la conceptualización de suscripción de pactos de integridad y transparencia.	Diciembre 31 de 2018	Acción eficaz
	Programar capacitación y/o socialización para el personal de la institución sobre el código de ética y buen gobierno, acuerdo No. 015 de 2016, donde se incluyan temas de mecanismos orientados a fortalecer la prevención de actos corruptos,		

<sup>7</sup> <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34112007/Manual+Operativo+MIPG.pdf/ce5461b4-97b7-be3b-b243-781bbd1575f3>

<sup>8</sup> Ídem del anterior

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
	políticas y acciones anticorrupción, ética ciudadana y responsabilidad social en todos los niveles, entre otros temas. Incorporar en el sistema de Gestión de la Mejora los indicadores éticos, para poder realizar su gestión y desempeño en las frecuencias establecidas.	Diciembre 31 de 2017	Abierta
	Acuerdo 015 de 2016, establece que el Rector será el Presidente y la Oficina Jurídica ejercerá la Secretaría Técnica, la Oficina de Planeación enviará carta al Rector y Secretaría General sobre poner en funcionamiento el Comité de Ética y Buen Gobierno.	Diciembre 31 de 2017	Acción eficaz
	Ya existe en el link de Ley de Transparencia un índice de actos, documentos e informaciones, en la actualidad se está revisando que esta información este bien publicada.	Febrero 28 de 2018	Acción eficaz
	Coordinar con Gestión de Comunicaciones y Documental que dicha información se encuentre debidamente actualizada.	Marzo 30 de 2018	Abierta
	Desde Tecnología e Informática se tiene propuesta de política del proceso, la cual incluyen garantizar la accesibilidad a todos los medios de comunicación electrónica para la población en situación de discapacidad.	Junio 30 de 2018	Abierta
	Acuerdo pendiente aprobación del Consejo Directivo. Se coordinara con el Área de Infraestructura análisis de situación de los requisitos generales de accesibilidad de espacios físicos personal discapacitado. Ya se tiene un enlace habilitado en Ley de Transparencia que permita visualizar el informe 2015-2016-2017. <a href="http://www.colmayor.edu.co/load.php?name=Paginas&amp;id=1953">http://www.colmayor.edu.co/load.php?name=Paginas&amp;id=1953</a> .		No eficaz
85	Evidencias si existen, están las actas y actividades que se han desarrollado.  Se ha venido trabajando en la implementación simultanea de los cuatro (4) componentes, hay actividades que son transversales a los cuatro (4) componentes.  Para la implementación de todas las estrategias de Gobierno en Línea se necesita de tiempo y recursos financieros.  Cuando se contrató la asesoría iniciamos con un 18%, ahora vamos en un 32%, para avanzar requerimos de la asignación de recursos financieros. Para el año 2018 se tiene programado por parte de tecnología la realización del Plan Estratégico de Tecnología y Sistemas de Información (PETI), es una actividad que requiere de tiempo y recursos financieros para poder hacer las proyecciones de inversiones.		Abierta
	El sello de excelencia se da cuando se hayan implementado todas las estrategias de Gobierno en Línea, para lo cual se requiere de tiempo y asignación de recursos financieros. En este momento se está trabajando con los diferentes procesos en la implementación y ejecución de datos abiertos, apenas este lista esta actividad se procederá hacer campañas de comunicación.	Diciembre 31 de 2018	No pertinente
		Diciembre 31 de 2018	Abierta

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
	Evidencias: están las actas y actividades que se han desarrollado.  Se ha venido trabajando en la implementación simultanea de los cuatro (4) componentes, hay actividades que son transversales a los cuatro (4) componentes.  Para la implementación de todas las estrategias de Gobierno en Línea se necesita de tiempo y recursos financieros.  Cuando se contrató la asesoría iniciamos con un 18%, ahora vamos en un 32%, para avanzar requerimos de la asignación de recursos financieros.	Diciembre 31 de 2018	Abierta
90	Se refiere que hubo actividades que no se alcanzaron a lograr en un 100%, para esta vigencia se tiene proyectada ejecución de dichas actividades al 100%.	Diciembre 31 de 2018	No pertinente
	Se refiere que hubo actividades que no se alcanzaron a lograr en un 100%, para esta vigencia se tiene proyectada ejecución de dichas actividades al 100%.	Diciembre 31 de 2018	No pertinente

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2017 por parte de la líder de planeación.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

El proceso de Planeación Institucional, registra diecisiete (17) acciones correspondientes a los planes de mejoramiento números 71, 75, 77, 85 y 90, con el siguiente resultado:

Tabla No. 7: Consolidado proceso de Planeación Institucional

Estado de la acción	Número de acciones	Porcentaje	Observación
<b>Eficaces</b>	5	29%	Las acciones propuestas alcanzaron los resultados esperados.
<b>Abiertas</b>	8	47%	No se han implementado.
<b>No eficaces</b>	1	6%	La acción se implementó por parte de los responsables, no obstante, se evidenció que la misma no fue eficaz, dado que la deficiencia identificada persiste.
<b>Acciones no pertinentes</b>	3	18%	No fue posible implementar la acción por parte de los responsables.

Fuente: Seguimiento realizado por la Dirección de Control Interno  
Elaboró: Profesional de Control Interno

Tabla No. 8: Proceso Docencia

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
71	<p>Cada vez que se realice un proceso de autoevaluación, se hará entrega de los planes de mejoramientos producto del mismo, para su correspondiente seguimiento periódico.</p> <p>1. Socializar, con las instancias pertinentes, las observaciones derivadas de los informes de los pares académicos en los procesos de solicitud de registro calificado (RC) de programas nuevos.</p> <p>2. Complementar las listas de chequeo, manuales de procedimientos, plantillas y demás registros que se contemplen en los procesos de solicitudes de RC, RN y acreditación de programas académicos con las debilidades que surjan de las visitas de verificación de condiciones de calidad por parte de los pares académicos.</p> <p>3. Documentar las observaciones realizadas a los informes de los pares, y desarrollar discusiones en los comités curriculares, con los docentes y cuerpo académico responsable de los procesos RC con el fin de hacer seguimiento.</p> <p>4. Se remitirán las actas de visitas de verificación de condiciones para obtención o renovación de registros calificados de programas, de acuerdo a los formatos establecidos por el MEN, y lo definido en el Decreto 1075 de 2015, por el cual se expide el decreto único reglamentario del Sector Educación; y la norma NTPA - MEN 2016.</p>	Diciembre de 2017	Abierta
72	<p>1. Definir un modelo institucional para el Proyecto Educativo del Programa -PEP- y con base en éste, desarrollar los elementos que contribuyan con la construcción del documento maestro.</p>	Diciembre de 2017	Acción eficaz
	<p>2. Incluir dentro del manual de procedimientos, lista de chequeo y plantilla del documento maestro, el desarrollo del PEP como requerimiento en la consolidación de los aspectos curriculares del programa académico que solicite RC.</p>	Mayo de 2017	Acción eficaz
	<p>1. Revisar y socializar las actas de cierre de visitas de verificación de condiciones de calidad en los procesos de solicitud de RC.</p> <p>Se deja claridad que en éste aspecto hay simplemente un error en la sintaxis del acta como tal, puesto que es claro que el señor Jorge Toro es contratista asesor de planeación, dependencia liderada por Luz Mary Ramírez Montoya.</p> <p>Establecer dentro de los planes de mejoramiento el cronograma de actividades para la ejecución y seguimiento a las acciones y actividades allí expuestas.</p>	Mayo de 2017	Acción eficaz
	<p>1. Dejar registro de las sesiones de discusión técnica del equipo primario en los procesos de solicitud de registros calificados.</p> <p>2. Consolidar la lista de chequeo, plantilla del documento maestro y manual de procedimientos con base en la guía para</p>	Junio 2017	Acción eficaz
		Diciembre 2017	Acción eficaz

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
	la elaboración del documento maestro en los procesos de solicitud de registro calificado (circular 27 del MEN).		

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2017 por parte del vicerrector Académico.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

La Vicerrectoría Académica, registra seis (6) acciones correspondientes a los planes de mejoramiento números 71, y 72, con el siguiente resultado:

Tabla No. 9: Consolidado proceso Docencia

Estado de la acción	Número de acciones	Porcentaje	Observación
Eficaces	5	83%	Las acciones propuestas alcanzaron los resultados esperados.
Abiertas	1	17%	No se han implementado
No eficaces	0	0%	No aplica.
Acciones no pertinentes	0	0%	No aplica.

Fuente: Seguimiento realizado por la Dirección de Control Interno  
Elaboró: Profesional de Control Interno

Tabla No. 10: Proceso Gestión Legal

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
	Existe un capítulo que dice convocatorias veedurías ciudadanas. Esta actividad corresponde al proceso legal.	Diciembre de 2018	
77	La oficina de planeación enviará carta a la Oficina de Jurídica sobre las inconsistencias presentadas en el Acuerdo 015 de 2016. Observación Oficina de Jurídica.	Septiembre de 2018	Acción eficaz
	La oficina de planeación enviará carta a la Oficina de Jurídica sobre las inconsistencias presentadas en el Acuerdo 015 de 2016. Observación Oficina de Jurídica		
87	En cuanto se tenga la convalidación aprobada de las TRD por parte del Consejo Departamental de Archivos, se procederá a registrar en la página del AGN el respectivo RUDS.	Agosto 30 de 2018	No pertinente

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2017 por parte del Secretaria General – coordinación jurídica.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

El proceso de Gestión Legal, registra cuatro (4) acciones correspondientes a los planes de mejoramiento números 77, y 87, con el siguiente resultado:

Tabla No. 11: Consolidado Proceso Gestión Legal

Estado de la acción	Número de acciones	Porcentaje	Observación
Eficaces	3	75%	Las acciones propuestas alcanzaron los resultados esperados.
Abiertas	0	0%	No aplica.
No eficaces	0	0%	No aplica.
Acciones no pertinentes	1	25%	No fue posible implementar la acción por parte de los responsables.

Fuente: Seguimiento realizado por la Dirección de Control Interno  
Elaboró: Profesional de Control Interno

Tabla No. 12: Proceso Graduados

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
78	En el transcurso de la auditoría, se verificó el objetivo del componente Graduados en el eje temático 1 de Docencia en el plan de desarrollo 2016 - 2020 y se corroboró que Planeación Institucional ya había corregido el error mencionado en la observación. Por lo tanto no es necesario implementar una acción de mejoramiento para esta observación.	Sin fecha de obtención de resultados	Abierta
	Para el próximo análisis de los indicadores del proceso se realizará un análisis comparativo un poco más detallado del comportamiento de los indicadores.	Noviembre 30 de 2018	Abierta

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2017 por parte de la líder de Graduados.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

El proceso de Graduados, registra dos (2) acciones correspondientes a los planes de mejoramiento números 77, y 87, con el siguiente resultado:

Tabla No. 13: Consolidado proceso de Graduados

Estado de la acción	Número de acciones	Porcentaje	Observación
Eficaces	0	0%	No aplica.
Abiertas	2	100%	A la fecha de verificación las acciones no se habían implementado, se solicitará por parte del responsable del proceso ampliación de términos.
No eficaces	0	0%	No aplica.
Acciones no pertinentes	0	0%	No aplica.

Fuente: Seguimiento realizado por la Dirección de Control Interno  
Elaboró: Profesional de Control Interno

Tabla No. 14: Proceso Gestión Administrativa y Financiera

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
71	Diseñar e implementar la medición de indicadores financieros.	Diciembre 30 de 2017	Acción eficaz
	Clasificar las cuentas de cobro de los contratistas de acuerdo con el área de ejecución de las actividades, asignando la cuenta contable del gasto o del costo respectiva a cada uno de los procesos y contratistas.		
	En el proceso de causación de cuentas de cobro de contratistas, verificar previo al registro, la cuenta contable en la que se trae el histórico por tercero, de acuerdo con la naturaleza de su contrato.		
81	Clasificar las cuentas de cobro de los contratistas de acuerdo con el área de ejecución de las actividades, asignando la cuenta contable del gasto o del costo respectiva a cada uno de los procesos y contratistas.	Diciembre 30 de 2017	Acción eficaz
	En el proceso de causación de cuentas de cobro de contratistas, verificar previo al registro, la cuenta contable en la que se trae el histórico por tercero, de acuerdo con la naturaleza de su contrato.		
	Clasificar las cuentas de cobro de los contratistas de acuerdo con el área de ejecución de las actividades, asignando la cuenta contable del		

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
	gasto o del costo respectiva a cada uno de los procesos y contratistas.  En el proceso de causación de cuentas de cobro de contratistas, verificar previo al registro, la cuenta contable en la que se trae el histórico por tercero, de acuerdo con la naturaleza de su contrato.		

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2017 por parte del vicerrector administrativo y financiero.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

El proceso de Gestión Administrativa y Financiera, registra cuatro (4) acciones correspondientes a los planes de mejoramiento números 71 y 81, con el siguiente resultado:

Tabla No. 15: consolidado proceso Gestión Administrativa y Financiera

Estado de la acción	Número de acciones	Porcentaje	Observación
<b>Eficaces</b>	4	100%	Las acciones propuestas alcanzaron los resultados esperados.
<b>Abiertas</b>	0	0%	No aplica.
<b>No eficaces</b>	0	0%	No aplica.
<b>Acciones no pertinentes</b>	0	0%	No aplica.

Fuente: Seguimiento realizado por la Dirección de Control Interno  
Elaboró: Profesional de Control Interno

Tabla No. 16: Proceso Gestión Legal - Subproceso Gestión Documental

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
71	Proyecto de elaboración y actualización de instrumentos archivísticos.	Diciembre de 2017	No eficaz
87	Se solicitó dentro de las necesidades económicas para el año 2018. Tablas de Valoración Documental.	Diciembre de 2018	No pertinente
	Se solicitó dentro de las necesidades económicas para el año 2018. Instrumentos para Implementación de Sistemas de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo, SGDEA.	Junio de 2019	No pertinente
	Se remitió oficio solicitando la convalidación de las TRD a el	Junio de 2018	No pertinente

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
	Consejo Departamental de archivo Radicado 2018100483.		
	Actualizar el software Document para que cumpla con los requisitos mínimos del moreq como son documentos en formato pdf/a - Subir el árbol de las TRD. Cada serie con sus respectivos metadatos, y control de acceso a los usuarios.	Junio de 2019	Abierta
	Actualizar el sistema con el cumplimiento de características tales como: - Interoperabilidad. - Meta descripción.	Abril 30 de 2018	Acción eficaz
	Dar cumplimiento a la normatividad establecida.	Diciembre de 2018	Abierta
	Este se realizó con el proyecto de actualización de los instrumentos archivísticos.	Noviembre de 2017	No pertinente
	Someter estos registro de eliminación de documentos a aprobación del comité de archivo.	Diciembre de 2018	Acción eficaz
	Dentro del programa de gestión documental se incluyó Capacitación que debe está generada desde el área de Talento Humano.	Diciembre de 2018	Acción eficaz
	Página web actualizada, En el subproceso de Gestión Documental Programa de Gestión Documental PGD.	Febrero 2018	Acción eficaz
	Elaborar manual que contenga las 8 actividades de Gestión documental	Octubre de 2018	Acción eficaz
	Los contratistas de Gestión Documental están realizando trámites para cursos virtuales relacionados con todo lo de archivo y correspondencia.	Diciembre de 2018	Acción eficaz

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2017 por parte del Gestión Documental.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

El Subproceso de gestión documental, registra trece (13) acciones correspondientes a los planes de mejoramiento números 71 y 87, con el siguiente resultado:

Tabla No. 17: Consolidado subproceso de Gestión Documental

Estado de la acción	Número de acciones	Porcentaje	Observación
Eficaces	6	46%	Las acciones propuestas alcanzaron los resultados esperados.

<b>Abiertas</b>	2	15%	No se han implementado
<b>No eficaces</b>	1	8%	La acción se implementó por parte de los responsables, no obstante, se evidenció que la misma no fue eficaz, dado que la deficiencia identificada persiste.
<b>Acciones no pertinentes</b>	4	31%	Acciones mal formuladas.

Fuente: Seguimiento realizado por la Dirección de Control Interno  
Elaboró: Profesional de Control Interno

Tabla No. 18: Proceso Control Interno

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
71	Se realiza mesa de trabajo para analizar las acciones implementadas por los procesos a partir de las auditorias, estas mesas de trabajo se realizan en el trimestre de la vigencia siguiente.	Marzo de 2018	Acción eficaz

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2017 por parte de Control Interno.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

El proceso de Control Interno, registra una (1) acción correspondiente al plan de mejoramiento números 71, con el siguiente resultado:

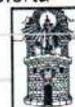
Tabla No. 19: Consolidado proceso de Control Interno

Estado de la acción	Número de acciones	Porcentaje	Observación
<b>Eficaces</b>	1	100%	La acción propuesta alcanzó los resultados esperados.
<b>Abiertas</b>	0	0%	No aplica.
<b>No eficaces</b>	0	0%	No aplica.
<b>Acciones no pertinentes</b>	0	0%	No aplica.

Fuente: Seguimiento realizado por la Dirección de Control Interno  
Elaboró: Profesional de Control Interno

Tabla No. 20: Proceso Gestión de Comunicaciones

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
71	Enviar los informes de satisfacción conforme está descrito en el procedimiento GC- PR -03: " Los resultados se darán a conocer a los líderes de proceso dos veces al año vía correo electrónico,	Diciembre de 2017	Abierta



Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
	después del segundo y cuarto informe, con el objetivo de evaluar la efectividad del sistema, la satisfacción del cliente y para instaurar acciones correctivas, preventivas y de mejora si así lo considera el líder de cada proceso que tiene contacto con el público." Además se realizará el diagnóstico de servicio Institucional en el que se analizará la opinión del cliente respecto al servicio prestado.		
	El software de PQRSF está en pruebas se implementará a partir de junio de 2017 y cuenta con los requerimientos institucionales.	Diciembre de 2017	Acción eficaz
	Realizar el diagnóstico de servicio, el manual de servicio Institucional y colocar un plotter que le dé mayor visibilidad a la oficina.	Septiembre de 2018	Abierta
	La funcionaria de atención al ciudadano se compromete a enviar por correo electrónico al funcionario o dependencia implicada.	Diciembre de 2017	Acción eficaz
	La secretaria de Atención al ciudadano se compromete a Recordar al líder del proceso la obligatoriedad de dar respuesta a los 5 días hábiles de recepción del Derecho de petición con copia a Jurídica de la recordación de este.	Diciembre de 2017	Acción eficaz
	Al realizar la respuesta por el document el líder del proceso realiza la respuesta seleccionando con membrete y este al imprimirlo lo obtiene en blanco y negro pareciendo copia y todas las respuestas irán en el formato de circular informativa.	Diciembre de 2017	Acción eficaz
	Modificación del procedimiento conforme a la decisión tomada en el comité de Gestión Integral, en el que la evaluación se consideró subjetiva, además, al canal de PQRSFD se le desarrolló un software acorde a los requerimientos de Gobierno en línea que se espera implementar en octubre de 2017, ya está en pruebas.		Acción eficaz
79	La secretaria de Atención al ciudadano se compromete a diligencia la citación del radicado.	Diciembre de 2017	Abierta
	La forma de contacto ser realiza firmando en la misma respuesta del solicitante pero se enviará el formato para que este también lo firme en la solicitud de PQRSF.	Diciembre de 2017	Acción eficaz
	El Coordinador Jurídico recordará a los líderes qu7e tengan a su cargo derechos de petición, la importancia de Proyectar la respuesta.	Diciembre 31/2017	Acción eficaz
	Como acción de mejora se será siguiendo el procedimiento establecido y al agotarlo se acudirá a la Secretaría General para que se encargue.	Diciembre 31/2017	Acción eficaz
	La forma de contacto ser realiza firmando en la misma respuesta del solicitante pero se enviará el formato para que este también lo firme en la solicitud de PQRSF.	Diciembre 31/2017	Acción eficaz
	La forma de contacto ser realiza firmando en la misma respuesta del solicitante pero se enviará el formato para que este también lo firme en la solicitud de PQRSF.	Diciembre 31/2017	Acción eficaz
86	Modificar el Manual de Medios de Comunicación Institucional.	30/07/2018	Abierta
	Modificar el Manual de Medios de Comunicación Institucional.	30/07/2018	Abierta
	Modificación de Mecanismos de Atención al Ciudadano, pues se determinó en comités anteriores de Control Interno no realizarla.	30/07/2018	Acción eficaz

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
	Modificación del procedimiento de satisfacción en lo referente a la socialización de informe.	30/07/2018	Abierta
	Se envía correo el 21 de febrero a control Interno, Talento Humano, Secretaría General, Vicerrectorías, Autoevaluación recordando la importancia del tema de servicio y la construcción del manual de cultura organizacional.	Diciembre de 2018	Abierta
	Actualización del Manual de Mecanismos de Atención al Ciudadano.	Diciembre de 2018	Acción eficaz
	Incluir en el Manual de Mecanismos de Atención al usuario la definición de los públicos Institucionales.	Diciembre de 2018	Abierta
	Gestión de Comunicaciones agota el procedimiento de recordar a los encargados de dar respuesta el tiempo establecido para tal fin, agotado este recurso envía memorando por el incumplimiento y ya se remite el caso al secretario general. Con la implementación del nuevo software y su socialización se reiteró la importancia de responder en el tiempo establecido y el cumplimiento de normatividad nacional.	Febrero de 2018	Acción eficaz
	Gestión de Comunicaciones agota el procedimiento de recordar a los encargados de dar respuesta el tiempo establecido para tal fin, agotado este recurso envía memorando por el incumplimiento y ya se remite el caso al secretario general. Con la implementación del nuevo software y su socialización se reiteró la importancia de responder en el tiempo establecido y el cumplimiento de normatividad nacional. Se enviará correo socializando informe de PQRSFD y reiterando la importancia de cumplir con los términos establecidos para dar respuesta.	Febrero de 2018	Acción eficaz
88	El nuevo software tiene un sistema de recordatorio que permitirá al líder saber cuánto tiempo le queda para responder. En la socialización llevada a cabo el 13 de febrero se les reiteró el manejo de los derechos de petición, sin embargo se envió correo a Naonsoft solicitando evaluar el procedimiento para la respuesta del mismo por una sugerencia del Secretario General. En cuanto se defina se modificará el procedimiento y se dará a conocer a los involucrados el tema y decisión referente a la respuesta.	Diciembre de 2018	Acción eficaz
	Al implementarse el software el formato desaparece y el inconveniente queda subsanado.	Diciembre de 2018	Acción eficaz
	El nuevo software permite el envío de la respuesta de forma inmediata cuando el líder responsable la suba.	Diciembre de 2018	Acción eficaz
	La respuesta sale vía correo electrónico, un dato obligatorio para todo peticionario. Está acorde con la política de ahorro de papel y a la Ley 1755 de 2015.	Diciembre de 2018	Acción eficaz
	El nuevo software tiene un sistema de recordatorio que permitirá al líder saber cuánto tiempo le queda para responder. En la socialización llevada a cabo el 13 de febrero se les reiteró el manejo de los derechos de petición, sin embargo, se envió correo a Naonsoft solicitando evaluar el procedimiento para la respuesta del mismo por una sugerencia del Secretario General. En cuanto se defina se modificará el procedimiento y se dará a conocer a los involucrados el tema y decisión referente a la respuesta.	Diciembre de 2018	Acción eficaz

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
	Ya no se usarán formatos, todo irá por el sistema.	Diciembre de 2018	Acción eficaz

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2017 por parte de la líder de gestión de Comunicaciones.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

El proceso de Gestión de Comunicaciones, registra veintiocho (28) acciones correspondientes a los planes de mejoramiento números 71, 79, 86 y 88, con el siguiente resultado:

Tabla No. 21: Consolidado proceso de Gestión de Comunicaciones

Estado de la acción	Número de acciones	Porcentaje	Observación
<b>Eficaces</b>	20	71%	Las acciones propuestas alcanzaron los resultados esperados.
<b>Abiertas</b>	8	29%	No se han implementado.
<b>No eficaces</b>	0	0	No aplica.
<b>Acciones no pertinentes</b>	0	0	No aplica.

Fuente: Seguimiento realizado por la Dirección de Control Interno  
Elaboró: Profesional de Control Interno

Tabla No. 22: Proceso Gestión de Tecnología e Informática

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
84	Realizar el Plan SGSI, Debe integrarse con el Sistema de Gestión Integral. Esto se debe dialogar con Planeación y Calidad	Octubre de 2019	Acción eficaz
	Realizar la Política Seguridad y Privacidad de la Información.	Abril 2018	Acción eficaz
	Conformar el comité.	Noviembre de 2018	Acción eficaz
	Realizar documento.	Septiembre de 2018	Acción eficaz
	Socializar Política.	Junio de 2018	Acción eficaz
	Aplicar Política en proyectos.	Diciembre de 2018	Acción eficaz
	Realizar campaña de Tips.	Diciembre de 2018	Abierta
	Realizar Plan de auditorías.	Diciembre de 2018	Acción eficaz
	Realizar revisiones periódicas mediante el comité de Seguridad de la información.	Diciembre de 2018	Acción eficaz

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
	Cerrar observación 222 en Sistema de Calidad.	Diciembre de 2017	Acción eficaz
	Presentar la Política Seguridad y Privacidad de la Información.	Abril del 2018	Acción eficaz
	Realizar un procedimiento mediante el Plan de auditoría de SI.	Diciembre de 2018	Abierta
	Implementar Plan de mejoramiento de acuerdo a los requisitos pendientes de la norma ISO 27001:2013, referenciado manual de gobierno en línea.	Diciembre de 2018	Se auditó el proceso en la <b>vigencia 2017</b> , aplicando un criterio que no correspondía.

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2017 por parte el líder de Tecnología e Informática.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

El proceso de Gestión Tecnología e Informática, registra trece (13) acciones correspondientes al plan de mejoramiento números 83, con el siguiente resultado:

Tabla No. 23: Consolidado proceso de Gestión de Tecnología e Informática

Estado de la acción	Número de acciones	Porcentaje	Observación
Eficaces	10	77%	La acciones propuestas alcanzaron los resultados esperados.
Abiertas	2	15%	No se han implementado.
No eficaces	0	0%	No aplica.
Acciones no pertinentes	0	0%	No aplica.
No aplica	1	8%	Se auditó el proceso en la <b>vigencia 2017</b> , aplicando un criterio que no correspondía.

Fuente: Seguimiento realizado por la Dirección de Control Interno  
Elaboró: Profesional de Control Interno

Tabla No. 24 Gestión del Talento Humano

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
71	Se continuará mejorando el plan de bienestar a partir del análisis de la medición de clima laboral que se hace cada dos años	Abril 218	Acción eficaz
	Se continuará suministrado información a los líderes y Decanos de las evaluaciones de Desempeño de los funcionarios para mejorar los	Febrero de 2018	Acción eficaz

Plan de mejoramiento No.	Acciones	Fecha de obtención de resultados	Estado de la Acción
86	planes de formación, capacitación e incentivos		
	Continuar revisando, actualizando y divulgando en las inducciones y reinducciones algún cambio organizacional, técnico y/o normativo que se presente	Marzo 2018	Acción eficaz
	Continuar realizando seguimiento al desempeño de los servidores mediante el plan de mejoramiento individual.	Abril 2018	Abierta
	Se recordará a la líder de Talento Humano la importancia de contar con el Manual de Cultura Organizacional. Y se le remitirá el documento de Mecanismos de Atención al Usuario para que con base en él se inicie la creación del manual.	Diciembre de 2019	Abierta
	Se reitera a la líder de Talento Humano la necesidad de capacitar al equipo de trabajo de la Institución en temas de servicio y compromiso con los objetivos Institucionales, pero se recuerda que el responsable de aprobar el plan de capacitación es el encargado del mismo tema.	Depende del presupuesto y plan de capacitación aprobado.	Abierta

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2017 por parte de la líder de Gestión del Talento Humano.  
Elaboró: Profesional de Control Interno

El proceso de Gestión del Talento Humano, registra seis (6) acciones correspondientes al plan de mejoramiento números 71, con el siguiente resultado:

Tabla No. 25: Consolidado proceso de Talento Humano

Estado de la acción	Número de acciones	Porcentaje	Observación
<b>Eficaces</b>	3	50%	La acciones propuestas alcanzaron los resultados esperados.
<b>Abiertas</b>	3	50%	No se han implementado.
<b>No eficaces</b>	0	0%	No aplica.
<b>Acciones no pertinentes</b>	0	0%	No aplica.

Fuente: Seguimiento realizado por la Dirección de Control Interno  
Elaboró: Profesional de Control Interno

## 7.1 FORTALEZAS

No se identificaron fortalezas para este ejercicio de auditoría.

## 7.2 HALLAZGOS

Establece el Decreto 1499 de 2019, en su capítulo 3, Modelo Integrado de planeación y gestión, lo siguiente:

*“ARTÍCULO 2.2.22.3.1. Actualización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Para el funcionamiento del Sistema de Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno, se adopta la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG”.*<sup>9</sup>

Determina el Manual Operativo del Sistema de Gestión – MIPG, versión 2, de 2018:

Dimensión de evaluación de resultado:

*“Para MIPG es importante que las entidades conozcan de manera permanente los avances en su gestión y los logros de los resultados y metas propuestas, en los tiempos y recursos previstos y si general los efectos deseados para la sociedad; de igual manera, esto le permite introducir mejoras en la gestión”*<sup>10</sup>.

*“(…) 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, (ii) plantear las acciones para mitigar posibles riesgos que la puedan desviar del cumplimiento de sus metas,(…)”*<sup>11</sup>

En la verificación que se llevó a cabo para determinar la eficacia de las acciones propuestas en los planes de mejoramiento suscritos por parte de la Institución como resultado de las auditorías que se llevaron a cabo en la vigencia 2017, se tiene:

<sup>9</sup> <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=83433>

<sup>10</sup> <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34112007/Manual+Operativo+MIPG.pdf/ce5461b4-97b7-be3b-b243-781bbd1575f3>

<sup>11</sup> Ídem del anterior.

Tabla No. 26 : Síntesis de las verificaciones realizadas a los planes de mejoramiento con acciones abiertas – vigencia 2017

Plan de mejoramiento No.	Responsable	Total de acciones auditadas	Total de acciones cerradas	Porcentaje de Participación	Total de acciones abiertas	Porcentaje de participación	Estado del plan de mejoramiento
71	Planeación Institucional.	12	7	58%	5	42%	Con avance
	Docencia						
	Gestión Administrativa y Financiera						
	Gestión Documental						
	Control Interno						
72	Talento Humano Docencia	5	5	100%	0	0%	Seguimiento completo - cerrado
75	Planeación Institucional	1	0	0%	1	100%	Abierto
77	Planeación Institucional	7	6	86%	1	14%	Con avance
78	Gestión Legal Graduados	2	0	0%	2	100%	Abierto
79	Comunicaciones	10	9	90%	1	10%	Con avance
81	Gestión Administrativa y Financiera	3	3	100%	0	0%	Seguimiento completo - cerrado
84	Tecnología e Informática	13	11*	85%*	2	15%	Con avance
85	Planeación Institucional	9	1	11%	8	89%	Con avance
86	Comunicaciones	9	2	22%	7	78%	Con avance
87	Talento Humano Gestión Legal	13	6	46%	7	54%	Con avance
	Gestión Documental						
88	Comunicaciones	8	8	100%	0	0%	Seguimiento completo - cerrado
90	Planeación Institucional	2	0	0%	2	100%	Abierto
<b>Total Acciones</b>		<b>94</b>	<b>58</b>	<b>62%</b>	<b>36</b>	<b>38%</b>	

Fuente: auditorías realizadas en la vigencia 2017 con planes de mejoramiento sin seguimiento  
Elaboro: profesional de Control Interno

(\*) Se auditó el proceso en la vigencia 2017, aplicando un criterio que no correspondía

Como se establece en la tabla No. 26, las acciones que aún permanecen abiertas, ascienden a 36, equivalente a un 38%, situación que permite determinar deficiencias tanto en la primera como en la segunda línea de defensa al interior de la Institución, de conformidad con el modelo estándar de control interno.

Lo antes expuesto permite establecer la materialización de un riesgo como el de "incumplimiento", normativo, el cual podría derivar en reprocesos, sobre costos, desacierto en la toma de decisiones e inclusive investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control, entre otros aspectos.

### 7.3 OBSERVACIONES

No se evidenciaron observaciones para este ejercicio de auditoría.

### 8. CONCLUSIONES

- Los planes de mejoramiento se constituyen en un indicador que permite evidenciar entre otros aspectos, el nivel de madurez que puede tener la Institución para gestionar las deficiencias que se identifican en las auditorías que realizan, tanto, los organismos de control externos como la Dirección de Control Interno, y convertirlas en oportunidades de mejora, que permitan el fortalecimiento de los procesos que se ejecutan por parte de la Entidad, y a su vez, contribuir a la consolidación de tres principios fundamentales que rigen el modelo estándar de control interno, el autocontrol, la autogestión y la autorregulación.

En este sentido se observan deficiencias al interior de la Institución para gestionar de forma efectiva los diferentes planes de mejoramiento que se suscriben como resultado de las auditorías que se llevan a cabo por parte de los órganos de control o por la Dirección de Control Interno, dado que, un 38% de acciones que aún permanecen abiertas y que se propusieron desde el 2017, es un porcentaje significativo que invita a la revisión de los procesos internos a fin de corregir estas deficiencias.

## 9. RECOMENDACIONES

- Es menester se establezcan acciones que propendan por gestionar de manera efectiva los planes de mejoramiento que suscriba la Institución, como resultado de las auditorías que se ejecutan desde la Dirección de Control Interno.
- Es prioritario que a partir de este informe cada líder de proceso revise con su equipo de trabajo las acciones que aún permanecen abiertas a fin de determinar su pertinencia, las acciones que no fueron eficaces y las que se identificaron como no pertinentes; esto con el único propósito y en caso de ser necesario de replantearlas de manera concienzuda y con la debida justificación, e informando de ello a la Dirección de Control Interno, para su posterior evaluación.

## 10. GLOSARIO

- Acción eficaz: La acción propuesta alcanzó los resultados esperados.
- Acción no eficaz: La acción se implementó por parte de los responsables, no obstante, se evidenció que la misma no logró los resultados esperados. Dado que la deficiencia identificada persiste.
- Acción abierta: la acción no se ha implementado. Se pueden 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 no pertinente: Acción mal formulada o que no es posible su implementación por diferentes situaciones, por tanto, debe ser replanteada.

## 11. ANEXOS

No aplica para esta auditoría.

## 12. 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 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.
- 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. Octubre de 2018.
- Decreto 648. (2017). Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública.

Elaboró:

**Marysol Varela Rueda**  
Profesional de control interno  
Septiembre 26 de 2019.

**Clara Enith Gutiérrez López**  
Profesional de Control Interno  
Septiembre 26 de 2019.

**Jorge Ángel Cortes Cartagena**  
Profesional de Control Interno  
Septiembre 26 de 2019.

Revisó y Aprobó:

**Juan Guillermo Agudelo Arango**  
Director Operativo de Control Interno  
Octubre 15 de 2019.



## MEMORANDO

4

Medellin, 2020/12/15 09:15:48  
RAD: 2020305535  
Institucion Universitaria  
Colegio Mayor de Antioquia  
archivo

FECHA: Medellín, diciembre 15 del 2020

PARA:

**JUAN DAVID GÓMEZ FLÓREZ**

Rector

Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia

DE:

**JUAN GUILLERMO AGUDELO ARANGO**

Director Operativo de Control Interno

ASUNTO: Remisión informe definitivo auditoria legal a planes de mejoramiento internos y externos vigencias 2017, 2018 y 2019.

Respetado doctor:

Con fundamento en la Ley 87 de 1993, en el Decreto 648 de 2017 y la Resolución No. 089 del 29 de abril del 2020, por medio de la cual se actualiza el manual de auditoria interna para la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia" y el Plan general de Auditoria – PGA 2020, aprobado por el Consejo Directivo de la Institución, en sesión ordinaria del enero 31 de 2020, 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.





La auditoría se llevó a cabo de acuerdo al 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 en 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.

Cordialmente,

**JUAN GUILLERMO AGUDELO ARANGO**  
Director Operativo de Control interno

Copia: Luz Mary Ramírez Montoya – Líder de Planeación Institucional.  
Diana Patricia Gómez Ramírez - Secretaria General.  
Rubén Darío Osorio Jiménez - Vicerrector Académico.  
Jorge William Arredondo Arango - Vicerrector Administrativo y Financiero

Anexo ( ) folios  
Transcriptor:



# INFORME DE AUDITORÍA

## CONTROL INTERNO

*Acreditados*  
en **ALTA CALIDAD**

[WWW.COLMAYOR.EDU.CO](http://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  
SEGUNDO SEMESTRE DE LA VIGENCIA 2020  
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**

Diciembre 15 de 2020

VIGILADO Por el Ministerio de Educación Nacional





## 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 .....	8
7. MUESTRA .....	9
8. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.....	9
8.1 HALLAZGOS.....	10
9. CONCLUSIONES .....	15
10. RECOMENDACIONES.....	16
11. GLOSARIO .....	16
12. ANEXOS.....	16
13. BIBLIOGRAFÍA.....	16





**Lista de tablas**

Tabla 1 Riesgos Evaluados ..... 6

Tabla 2 Relación de la normatividad aplicable..... 7

Tabla 3 Relación de acciones internas evaluadas, vigencias 2017, 2018 y 2019 ..... 9

Tabla 4 Relación de acciones externas evaluadas vigencia 2018 y 2019 ..... 10

Tabla 5 Consolidado de acciones evaluadas, vigencia 2017, 2018 y 2019..... 10

Tabla 6 Consolidado de la evaluación realizada a los planes de mejoramiento internos y  
externos de las vigencias 2017, 2018 y 2019 ..... 11

VIGILADO Por el Ministerio de Educación Nacional





## 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 2020, la Dirección de Control Interno, realizó auditoría a los planes de mejoramiento internos y externos suscritos por la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, segundo semestre de la vigencia 2020.

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, inspección y rastreo, que permitieron establecer conclusiones acerca de la eficacia de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento suscritos por la Institución para el período evaluado.

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





## 1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Acciones formulas por la Institución en los planes de mejoramiento suscritos en las vigencias 2017 y 2018 y 2019 como resultado de auditorías tanto internas como externas, realizadas a los diferentes procesos, y que, a la fecha de la última auditoría efectuada a planes de mejoramiento por parte de la Dirección de Control Interno, (primer semestre de 2020), aún no había sido implementadas por la Institución

## 2. RIESGOS ASOCIADOS A LA UNIDAD AUDITABLE

Tabla 1 Riesgos Evaluados

Tipo de Riesgo	Escenario de riesgo	Controles
<b>Cumplimiento</b>	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.	Sin controles establecidos por la Institución.
<b>Fraude</b>	"(...) acto intencional de una o más personas, dentro de la administración, dirección o con los empleados o terceros, que involucra el uso del engaño para obtener una ventaja." <sup>1</sup>	Sin controles establecidos por la Institución.
<b>Corrupción</b>	"Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado." <sup>2</sup>	Sin controles establecidos por la Institución.

Fuente: Elaboración propia  
Elaboró: Profesional Control Interno

<sup>1</sup> <https://www.auditool.org/blog/fraude/363-el-control-interno-en-los-riesgos-de-fraude>

<sup>2</sup> <https://www.fundonpublica.gov.co/eval/es/gestion/riesgos2018>





### 3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

Tabla 2 Relación de la normatividad aplicable

	Norma
<b>Ley 87 de 1993</b>	"Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones."
<b>Decreto 1499 de 2017</b>	"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."
<b>Decreto 648 de 2017</b>	"Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública."
<b>Resolución No. 079 de 2019</b>	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.
<b>Resolución 090 (2020).</b>	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.

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%20Resoluc%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 eficacia 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 externo.





## 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.
- Determinar la eficacia 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.

## 5. METODOLOGÍA

- Revisar los planes de mejoramiento suscritos como resultado de la actividad de auditoría interna y externa, correspondientes a las vigencias 2017, 2018 y 2019.
- Evaluar las acciones propuestas en los planes de mejoramiento que aún se encuentren en estado "abiertas", a fin de determinar la eficacia de las mismas.
- Agendar entrevista virtual con los diferentes líderes de procesos para hacer el respectivo seguimiento a las acciones no evaluadas o abiertas.
- Analizar las evidencias que aporten los diferentes líderes de proceso para determinar la eficacia de las acciones que se implementaron.
- Evaluar la gestión del riesgo.
- Evaluar la eficacia 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

- El aislamiento obligatorio decretado por las autoridades nacionales, departamentales y municipales a causa de la pandemia ocasionada a nivel mundial por el COVID 19,





obligó a establecer diferentes mecanismos para la ejecución de la auditoría, lo cual, sin lugar a dudas dificultó el trabajo de la misma, dado que las pruebas de auditoría se debieron recopilar a través de medios virtuales, ante la imposibilidad de desarrollar procedimientos in situ.

- El no suministro de información lo que implica no hacer el respectivo seguimiento y poder identificar el estado del plan de mejoramiento.

## 7. MUESTRA

No aplica para esta auditoría.

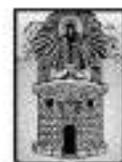
## 8. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

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

**Tabla 3 Relación de acciones internas evaluadas, vigencias 2017, 2018 y 2019**

Proceso	Vigencia 2017 y 2018	Vigencia 2019	Cantidad de Acciones Pendientes
Gestión de Comunicaciones	4	6	10
Gestión Documental	5	0	5
Gestión Legal	10	12	22
Graduados	2	0	2
Planeación Institucional	23	58	81
Gestión del Talento Humano	4	11	15
Tecnología e informática	1	2	3
Gestión Administrativa y Financiera	0	19	19
Docencia – Laboratorios	0	8	8
Bienestar Institucional	0	7	7
<b>TOTAL ACCIONES</b>	<b>49</b>	<b>123</b>	<b>172</b>

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





**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	7
<b>TOTAL ACCIONES</b>			<b>8</b>

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

**Tabla 5 Consolidado de acciones evaluadas, vigencia 2017, 2018 y 2019**

Auditoría	Cantidad de Acciones Pendientes por Evaluar
Total acciones internas	172
Total Acciones externas	8
<b>Total acciones vigencias 2017, 2018 y 2019</b>	<b>180</b>

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

## 8.1 HALLAZGOS

### 8.1.1. Deficiencias para gestionar 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 3, de diciembre de 2019, con relación a "Los aspectos clave para el Sistema de Control Interno SCI a tener en cuenta por parte de la 1ª Línea:"<sup>3</sup>

*"La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados."*<sup>4</sup>

<sup>3</sup> <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34112007/Manual+Operativo+MIPG.pdf/ce5461b4-97b7-be3b-b243-781bbd1575f3>

<sup>4</sup> <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34112007/Manual+Operativo+MIPG.pdf/ce5461b4-97b7-be3b-b243-781bbd1575f3>





Como evidencia de ello, se tiene que, a noviembre 30 de 2020, tal como se presenta en la tabla No. 6, permanecen cuarenta y nueve (49) acciones abiertas, que equivalen a un 27%, considerando, además, que cinco (5) de esas acciones, están fuera de los términos de obtención de resultado.

De otro lado, dos (2) procesos (Gestión del Talento Humano y Planeación Institucional) solicitaron modificar la fecha de implementación para el primer trimestre y primer semestre del 2021, respectivamente.

**Tabla 6 Consolidado de la evaluación realizada a los planes de mejoramiento internos y externos de las vigencias 2017, 2018 y 2019**

Proceso	2017 y 2018			2019			Observaciones
	Número de Acciones	Número de Acciones Eficaces	Número de Acciones Abiertas	Número de Acciones	Número de Acciones Eficaces	Número de Acciones Abiertas	
Gestión de Comunicaciones	4	1	3	0	0	0	Las tres acciones abiertas están dentro de los términos establecidos a diciembre del 2020.
	0	0	0	6	1	5	De las cinco (5) acciones abiertas, dos (2) de ellas están vencidas, las tres (3) restantes están dentro de la fecha de obtención de resultados a diciembre del 2020.
Gestión Documental	6	2	3	0	0	0	Las tres (3) acciones abiertas están dentro de la fecha de obtención de resultados a diciembre del 2020.
Gestión Legal	11	0	11	0	0	0	Las once (11) acciones están dentro de la fecha establecida a diciembre del 2020.
	0	0	0	12	5	7	De las siete (7) acciones abiertas, cinco (5) de ellas están vencidas, las dos (2) restantes están dentro de la fecha de obtención de resultados a diciembre del 2020.
Graduados	2	1	1	0	0	0	La acción abierta están dentro de la fecha de obtención de resultados a diciembre del 2020.
Planeación Institucional	23	21	2	0	0	0	Dado que las acciones no se ejecutaron en esta vigencia solicitaron ampliación de términos hasta junio del 2021
	0	0	0	58	57	1	
Gestión del Talento Humano	4	4	0	0	0	0	N/A
	0	0	0	11	8	3	Dado que las acciones estaban vencidas solicitaron ampliación de términos, hasta el primer trimestre del 2021





Proceso	2017 y 2018			2019			Observaciones
	Número de Acciones	Número de Acciones Eficaces	Número de Acciones Abiertas	Número de Acciones	Número de Acciones Eficaces	Número de Acciones Abiertas	
Tecnología e informática	1	0	1	0	0	0	No se suministró información para el seguimiento del 2020-B
	0	0	0	2	0	2	
Gestión Administrativa y Financiera	0	0	0	26	20	6	Las acciones abiertas están dentro de los términos.
Docencia – Laboratorios	0	0	0	8	4	4	Las acciones abiertas están vencidas, no se ha solicitado ampliación de términos.
Bienestar Institucional	0	0	0	7	7	0	N/A
TOTAL ACCIONES VIGENCIAS 2017 Y 2018						50	
TOTAL ACCIONES VIGENCIAS 2019						130	
TOTAL ACCIONES						180	
TOTAL DE ACCIONES EFICACES (CERRADAS) TODAS LAS VIGENCIAS						131	
% DE EQUIVALENCIA TOTAL						73%	
TOTAL ACCIONES ABIERTAS TODAS LAS VIGENCIA						49	
% DE EQUIVALENCIA TOTAL:						27%	

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."<sup>5</sup>

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.

<sup>5</sup> [http://solucion.colmayor.edu.co/solucion4/BancoConocimiento/UCMA/8/8d15001cb97d4b5a90bf2485359cdc81/8d15001cb97d4b5a90bf2485359cdc81.asp?Id\\_Articulo=25197](http://solucion.colmayor.edu.co/solucion4/BancoConocimiento/UCMA/8/8d15001cb97d4b5a90bf2485359cdc81/8d15001cb97d4b5a90bf2485359cdc81.asp?Id_Articulo=25197)





Ver anexo 1, Plan de mejoramiento con las acciones pendientes por cerrar a diciembre del 2020 y 2021.

Ver anexo 2, Plan de mejoramiento con las acciones cerradas

Soportes	
No. 1	Planes de mejoramiento suministrados por los diferentes procesos de la Entidad con sus debidos soportes.

### 8.1.2 Deficiencias en la implementación de acciones en los planes de mejoramiento

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.
- No se realizaron ajustes a las acciones propuestas en el plan de mejoramiento, considerando el análisis realizado por la Dirección de Control Interno.

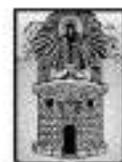
Como evidencia de ello se tiene:

#### Vigencia 2017, 2018 y 2019

- En los planes de mejoramiento suscritos por el proceso de Planeación Institucional, se evidenciaron tres (3) hallazgos a los cuales no se les formuló acción.
- En los planes de mejoramiento suscritos por el proceso de Gestión Administrativa y Financiera, se evidenciaron tres (3) hallazgos a los cuales no se les formuló acción.

#### Vigencia 2020

- Evaluación del Sistema de Control Interno 2020-1.
- Auditoría legal a las PQRSFD primer semestre del 2020.
- Auditoría legal austeridad del gasto público segundo trimestre del 2020.





Lo que permite identificar 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;"<sup>6</sup>*

Se identificaron, además, deficiencias en las responsabilidades de la 1ª línea de defensa:

*"Mantenimiento efectivo de controles interno, 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".<sup>7</sup>*

(...)

*"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."<sup>8</sup>*

Se observó incumplimiento a lo que determina la Resolución 090 de abril de 2020, 1ª línea de defensa, responsabilidades:

*"Mantenimiento efectivo de controles interno, 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".<sup>9</sup>*

(...)

*"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."<sup>10</sup>*

<sup>6</sup> Idem al anterior

<sup>7</sup> <http://solucion.colmayor.edu.co/Isolucion4/BancoConocimiento/UCMA/4/487a6143967b4acb9337547a4da28d5d/Resolucion090de2020PorMediodelacualsehacelaConformacionydesignacionderesponsabilidadessineasdedefensaInstitucionUniversitariaColegioMayordeAntioquia.pdf>

<sup>8</sup> Idem al anterior

<sup>9</sup> <http://solucion.colmayor.edu.co/Isolucion4/BancoConocimiento/UCMA/4/487a6143967b4acb9337547a4da28d5d/Resolucion090de2020PorMediodelacualsehacelaConformacionydesignacionderesponsabilidadessineasdedefensaInstitucionUniversitariaColegioMayordeAntioquia.pdf>

<sup>10</sup> Idem al anterior





Así mismo, se determinó incumplimiento a lo establecido en 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”<sup>11</sup>*

Como posibles causas se identificaron:

- Deficiencias para identificar, diseñar e implementar controles.
- Deficiencias en la cultura del autocontrol.
- Desconocimiento de los procedimientos dispuestos por la Institución.
- Desconocimiento de la normatividad vigente.

Lo anterior permite establecer la materialización de un riesgo como el de “incumplimiento normativo”, 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.

Soportes	
No. 2	Planes de mejoramiento suministrados por los diferentes procesos de la Entidad con sus debidos soportes
No. 3	Planes de mejoramiento suscritos por la institución en l vigencia 2020

## 9. CONCLUSIONES

- Se observan deficiencias al interior de la Institución para gestionar de forma efectiva los diferentes planes de mejoramiento que se suscriben como resultado de las auditorías que se llevan a cabo por parte de los órganos de control o por la Dirección de Control Interno, dado que un 27% de las acciones aún permanecen abiertas.

<sup>11</sup> Ídem al anterior





- Deficiencias con relación a la implementación o ajustes en las acciones establecidas en los planes de mejoramiento suscritos por la Entidad en las diferentes auditorías llevadas a cabo por parte de la Dirección de Control Interno

## 10. RECOMENDACIONES

Es necesario se gestione de manera efectiva los planes de mejoramiento que suscribe la Institución como resultado de las auditorías que se ejecutan desde la Dirección de Control Interno y por parte de los órganos de control externos.

## 11. GLOSARIO

- **Acción eficaz:** la acción propuesta alcanzo 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.

## 12. ANEXOS

- Ver anexo 1. Plan de mejoramiento con las acciones pendientes por cerrar a diciembre del 2020 y 2021.
- Ver anexo 2. Plan de mejoramiento con las acciones cerradas.

## 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 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.

**Elaboró:**

*Marysol Varela Rueda*  
**Marysol Varela Rueda**

Profesional de Control Interno

Fecha: diciembre 03 de 2020

**Revisó y Aprobó:**

*Juan Guillermo Agudelo Arango*

**Juan Guillermo Agudelo Arango**

Director Operativo de Control Interno

Fecha: diciembre 14 de 2020





**INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA**

<b>Unidad auditada</b>	Planes de mejoramiento (internos, externos).																		
<b>Alcance de la auditoría</b>	Vigencia 2017, 2018 y 2019																		
<b>Objetivo de la auditoría</b>	Verificar el acatamiento de las disposiciones legales, así como la eficacia 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.																		
<b>Criterios de auditoría</b>	Ley 87 de 1993. Decreto 648 de 2017. Decreto 1499 de 2017. Resolución No. 079 de 2019, proferida por la Contraloría General de Medellín.																		
<b>Tipo de auditoría</b>	Legal	X	Basada en riesgos																
<b>Riesgos evaluados</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Riesgo</th> <th>Se materializó</th> <th>No se materializó</th> <th>Potencial</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cumplimiento</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fraude</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Corrupción</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Riesgo	Se materializó	No se materializó	Potencial	Cumplimiento	X			Fraude		X		Corrupción		x	
Riesgo	Se materializó	No se materializó	Potencial																
Cumplimiento	X																		
Fraude		X																	
Corrupción		x																	

**RESULTADOS DE LA AUDITORÍA**

**HALLAZGOS**

**Deficiencias para gestionar los planes de mejoramiento**

A noviembre 30 de 2020, permanecen cuarenta y nueve (49) acciones abiertas, que equivalen a un 27%, considerando, además, que cinco (5) de esas acciones, están fuera de los términos de obtención de resultado.

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.

**Deficiencias en la implementación de acciones en los planes de mejoramiento**

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

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

- No se formularon acciones a los hallazgos establecidos en los planes de mejoramiento.
- No se realizaron ajustes a las acciones propuestas en el plan de mejoramiento, considerando el análisis realizado por la Dirección de Control Interno.

Lo anterior permite establecer la materialización de un riesgo como el de "incumplimiento normativo", 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.

#### CONCLUSIONES

Se observan deficiencias al interior de la Institución para gestionar de forma efectiva los diferentes planes de mejoramiento que se suscriben como resultado de las auditorías que se llevan a cabo por parte de los órganos de control o por la Dirección de Control Interno, dado que un 27% de las acciones aún permanecen abiertas.

Deficiencias con relación a la implementación o ajustes en las acciones establecidas en los planes de mejoramiento suscritos por la Entidad en las diferentes auditorías llevadas a cabo por la Dirección de Control Interno.

#### RECOMENDACIONES

Es necesario se gestione de manera efectiva los planes de mejoramiento que suscribe la Institución como resultado de las auditorías que se ejecutan desde la Dirección de Control Interno y por parte de los órganos de control externos.



Nombre y Firma: JUAN GUILLERMO AGUDELO ARANGO

Cargo: Director Operativo de Control Interno

Fecha: diciembre 15 de 2020

MEMORANDO

4

Medellin, 2020/08/05 10:54:28  
RAD: 2020303230  
Institución Universitaria  
Colegio Mayor de Antioquia  
archivo

FECHA: Medellín, agosto 05 del 2020

PARA:

Doctor  
**JUAN DAVID GÓMEZ FLÓREZ**  
Rector  
Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia

DE:

**JUAN GUILLERMO AGUDELO ARANGO**  
Director Operativo de Control Interno

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

Respetado doctor:

Con fundamento en la Ley 87 de 1993, en el Decreto 648 de 2017 y en la Resolución interna 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 2020, aprobado por el Consejo Directivo de la Institución, en sesión ordinaria del enero 31 de 2020, 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 y 2018.

GL-GD-FR-01  
FECHA DE PUBLICACION  
28-05-2019  
VERSION 10

La auditoría se llevó a cabo de acuerdo al 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 esta desarrolló.

Así mismo, por medio de correo electrónico del 28 de julio de la presente anualidad, se comunicaron los resultados de la auditoría a los responsables, con el propósito de que presentaran sus observaciones con relación a estos, sin que se hubiese obtenido pronunciamiento alguno por parte de los auditados; por tanto, se procede a radicar el informe de auditoría, de conformidad con el procedimiento que se tiene dispuesto por parte de la Institución, para adelantar las auditorías legales.

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.

Cordialmente,



**JUAN GUILLERMO AGUDELO ARANGO**  
Director Operativo de Control Interno

Copia: Luz Mary Ramírez Montoya – Líder de Planeación Institucional.  
Diana Patricia Gómez Ramírez - Secretaría General.  
Rubén Darío Osorio Jiménez - Vicerrector Académico.  
Jorge William Arredondo Arango - Vicerrector Administrativo y Financiero

Anexos ( ) folios

Transcriptor:

GL-GD-FR-01  
FECHA DE PUBLICACION  
28-05-2019  
VERSION 10

# INFORME DE AUDITORÍA

## CONTROL INTERNO

**EDUCACIÓN<sup>o</sup>**  
**SUPERIOR**  
**DE CALIDAD**

[WWW.COLMAYOR.EDU.CO](http://WWW.COLMAYOR.EDU.CO)



**INFORME DEFINITIVO  
AUDITORÍA LEGAL A PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS Y  
EXTERNOS  
VIGENCIA 2020  
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 05 de 2020

## 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 .....	7
5. METODOLOGÍA.....	8
6. LIMITACIONES .....	8
7. MUESTRA.....	8
8. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA .....	9
8.1 HALLAZGOS.....	10
9. CONCLUSIONES.....	16
10. RECOMENDACIONES .....	16
11. GLOSARIO.....	17
12. ANEXOS .....	17
13. BIBLIOGRAFÍA .....	17

## Lista de tablas

Tabla 1 Riesgos evaluados .....	6
Tabla 2 Relación de la normatividad aplicable.....	7
Tabla 3 Relación de acciones internas evaluadas, vigencias 2017 y 2018.....	9
Tabla 4 Relación de acciones externas evaluadas, vigencias 2017 y 2018.....	9
Tabla 5 Consolidado de acciones evaluadas, vigencias 2017 y 2018 .....	10
Tabla 6 Consolidado de la evaluación realizada a los planes de mejoramiento internos y externos de las vigencias 2017 y 2018.....	11
Tabla 7 Consolidado de mecanismos de verificación.....	13
Tabla 8 Evaluación punto de control.....	15

## 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 2020, 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 y 2018, y que para el primer semestre de la vigencia 2020, presentaban acciones abiertas.

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, inspección y rastreo, que permitieron establecer conclusiones acerca de la eficacia de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento suscritos por la Institución para el período evaluado.

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

## 1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Acciones formulas por la Institución en los planes de mejoramiento suscritos en las vigencias 2017 y 2018, como resultado de auditorías tanto internas como externas, realizadas a los diferentes procesos, y que, a la fecha de la última auditoría efectuada a planes de mejoramiento por parte de la Dirección de Control Interno, (segundo semestre de 2019), aún no había sido implementadas por la Institución.

## 2. RIESGOS ASOCIADOS A LA UNIDAD AUDITABLE

**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.	Sin controles establecidos por la Institución.
Fraude	"(...) acto intencional de una o más personas, dentro de la administración, dirección o con los empleados o terceros, que involucra el uso del engaño para obtener una ventaja." <sup>1</sup>	Sin controles establecidos por la Institución.
Corrupción	"Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado." <sup>2</sup>	Sin controles establecidos por la Institución.

Fuente: Elaboración propia  
Elaboró: Profesional Control Interno

<sup>1</sup> <https://www.auditool.org/blog/fraude/363-el-control-interno-en-los-riesgos-de-fraude>

<sup>2</sup> <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/es/gestionriesgos2018>

### 3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

**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.

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 eficacia 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 externo.

#### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el seguimiento realizado por los líderes de proceso a los planes de mejoramiento suscritos durante las vigencias 2017 y 2018.
- Determinar la eficacia 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.

## 5. METODOLOGÍA

- Revisar los planes de mejoramiento suscritos como resultado de la actividad de auditoría interna y externa, correspondientes a las vigencias 2017 y 2018.
- Evaluar las acciones propuestas en los planes de mejoramiento que aún se encuentren en estado “abiertas”, a fin de determinar la eficacia de las mismas.
- Agendar entrevista virtual con los diferentes líderes de procesos para hacer el respectivo seguimiento a las acciones no evaluadas o abiertas.
- Analizar las evidencias que aporten los diferentes líderes de proceso para determinar la eficacia de las acciones que se implementaron.
- Evaluar la gestión del riesgo.
- Evaluar la eficacia 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

El aislamiento obligatorio decretado por las autoridades nacionales, departamentales y municipales a causa de la pandemia ocasionada a nivel mundial por el COVID 19, obligó a establecer diferentes mecanismos para la ejecución de la auditoría, lo cual, sin lugar a dudas dificultó el trabajo de la misma, dado que las pruebas de auditoría se debieron recopilar a través de medios virtuales, ante la imposibilidad de desarrollar procedimientos in situ.

## 7. MUESTRA

No aplica para esta auditoría.

**Tabla 5 Consolidado de acciones evaluadas, vigencias 2017 y 2018**

Auditoría	Cantidad de Acciones Pendientes por Evaluar
<b>Total acciones internas</b>	131
<b>Total Acciones externas</b>	15
<b>Total acciones vigencias 2017 y 2018</b>	<b>146</b>

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

## 8.1 HALLAZGOS

### 8.1.1 Deficiencias para gestionar los planes de mejoramiento

Se observaron deficiencias en las responsabilidades que el Decreto 1499 de 2017, le confiere a la primera línea de defensa, el cual determina en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 3, de diciembre de 2019, con relación a “Los aspectos clave para el Sistema de Control Interno SCI a tener en cuenta por parte de la 1ª Línea:”<sup>3</sup>

“La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados.”<sup>4</sup>

Como evidencia de ello, se tiene que, a junio 30 de 2020, tal como se presenta en la tabla No. 6, aún permanecen cincuenta y una (51) acciones abiertas, que equivalen a un 35%, considerando, además, que treinta y cinco (35) de ellas, debieron ser implementadas para la vigencia 2017.

De otro lado, ocho (8) procesos solicitaron modificar la fecha de implementación de igual número de acciones, que debieron ser implementadas por la Institución desde el 2017, como se observa en la tabla No. 6.

<sup>3</sup> <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34112007/Manual+Operativo+MIPG.pdf/ce5461b4-97b7-be3b-b243-781bbd1575f3>

<sup>4</sup> <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34112007/Manual+Operativo+MIPG.pdf/ce5461b4-97b7-be3b-b243-781bbd1575f3>

**Tabla 6 Consolidado de la evaluación realizada a los planes de mejoramiento internos y externos de las vigencias 2017 y 2018**

Proceso	2017			2018			Observaciones
	Número de Acciones	Número de Acciones Eficaces	Número de Acciones Abiertas	Número de Acciones	Número de Acciones Eficaces	Número de Acciones Abiertas	
Docencia	1	1	0	0	0	0	N/A
Graduados	2	0	2	0	0	0	Dado que las acciones estaban vencidas solicitaron ampliación de términos, hasta (junio y diciembre del 2020).
Tecnología e informática	2	1	1	0	0	0	Dado que las acciones estaban vencidas solicitaron ampliación de términos, hasta (julio del 2020).
	0	0	0	3	3	0	N/A
Gestión Documental	8	3	5	0	0	0	Dado que las acciones estaban vencidas solicitaron ampliación de términos, hasta (julio y diciembre del 2020).
	0	0	0	3	1	2	Dado que las acciones estaban vencidas solicitaron ampliación de términos, hasta (julio y diciembre del 2020).
Talento Humano	2	0	2	0	0	0	Dado que las acciones estaban vencidas solicitaron ampliación de términos, hasta (junio y diciembre del 2020).
	0	0	0	6	6	0	N/A
Gestión de Comunicaciones	8	7	1	0	0	0	Dado que las acciones estaban vencidas solicitaron ampliación de términos, hasta (diciembre del 2020).
	0	0	0	9	6	3	Dado que las acciones estaban vencidas solicitaron ampliación de términos, hasta (diciembre del 2020).
Extensión y Proyección Social	0	0	0	14	14	0	N/A
Gestión Administrativa y Financiera	1	1	0	0	0	0	N/A
	0	0	0	6	6	0	N/A
Gestión Legal	0	0	0	15	4	11	Dado que las acciones estaban vencidas solicitaron ampliación de términos, hasta (diciembre del 2020).
Planeación Institucional	12	4	8	0	0	0	Dado que las acciones estaban vencidas solicitaron ampliación de términos, hasta (diciembre del 2020).
	0	0	0	54	38	16	
<b>TOTAL ACCIONES VIGENCIAS 2017 Y 2018:</b>				<b>146</b>			
<b>TOTAL DE ACCIONES EFICACES (CERRADAS):</b>				<b>95</b>			
<b>% DE EQUIVALENCIA TOTAL:</b>				<b>65%</b>			
<b>TOTAL ACCIONES ABIERTAS 2017 Y 2018</b>				<b>51</b>			
<b>% DE EQUIVALENCIA TOTAL:</b>				<b>35%</b>			

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

Lo anterior, permite evidenciar además el incumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley 87 de 1993, que determina:

*“Objetivos del sistema de Control Interno”<sup>5</sup>.*

*“d. Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional”<sup>6</sup>;*

(...)

*“g. Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación”<sup>7</sup>;*

De otro lado, se incumple el contenido de la Resolución interna No. 090 del 29 de abril del 2020, por medio de la cual se establece la 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, la cual señala:

*“ARTÍCULO PRIMERO: Adoptar la conformación de las líneas de defensa y determinar las responsabilidades de las mismas, al interior de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, de conformidad con el Modelo Estándar de Control Interno – MECI, que determina el decreto 1499 de 2017, así”<sup>8</sup>:*

*1a. Línea de defensa:<sup>9</sup>*

*“La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados.”<sup>10</sup>*

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.

Ver anexo 1. Plan de mejoramiento con las acciones pendientes por cerrar a junio 30 de 2020.

<sup>5</sup> <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=300>

<sup>6</sup> Ídem del anterior

<sup>7</sup> Ídem del anterior

<sup>8</sup> <https://s3-us-east-2.amazonaws.com/www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/05/Resolucion-No-090-Modelo-L%C3%ADnes-de-defensa.pdf>

<sup>9</sup> Ídem del anterior

<sup>10</sup> Ídem del anterior

## 8. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

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

**Tabla 3 Relación de acciones internas evaluadas, vigencias 2017 y 2018**

Proceso	Vigencia 2017	Vigencia 2018	Cantidad de Acciones Pendientes
<b>Docencia</b>	1	0	1
<b>Graduados</b>	2	0	2
<b>Tecnología e informática</b>	2	0	2
	0	3	3
<b>Gestión Documental</b>	8	0	8
	0	3	3
<b>Gestión del Talento Humano</b>	2	0	2
	0	6	6
<b>Gestión de Comunicaciones</b>	8	0	8
	0	9	9
<b>Extensión y Proyección Social</b>	0	11	11
<b>Gestión Administrativa y Financiera</b>	0	5	5
<b>Gestión Legal</b>	0	14	14
<b>Planeación Institucional</b>	12	0	12
	0	45	45
<b>TOTAL ACCIONES</b>	<b>35</b>	<b>96</b>	<b>131</b>

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

**Tabla 4 Relación de acciones externas evaluadas, vigencias 2017 y 2018**

Tipo de Auditoría	Vigencia	Proceso	Cantidad de Acciones Pendientes
<b>Fiscal y Financiera</b>	2017	Gestión Administrativa y Financiera	1
<b>Fiscal y Financiera</b>	2018	Gestión Administrativa y Financiera	1
<b>Regular</b>	2018	Planeación Institucional	13
		Extensión y Proyección Social	
		Gestión Legal	
<b>TOTAL ACCIONES</b>			<b>15</b>

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

Ver anexo 2. Plan de mejoramiento con las acciones cerradas a junio 30 de 2020.

Soportes	
No. 1	Soportes enviados por medio de correos electrónicos desde los diferentes procesos institucionales y analizados por la Dirección de Control Interno.

### 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.

**Tabla 7 Consolidado de mecanismos de verificación**

Proceso	Dispone de Mecanismo de Verificación	Observaciones
Docencia	No	No cuenta con mecanismos de seguimiento a los planes de mejoramiento.
Graduados		
Tecnología e informática		
Gestión Documental		
Gestión de Comunicaciones		
Gestión del Talento Humano		
Gestión Legal		
Gestión Administrativa y Financiera	Sí	Disponen del procedimiento GF-PR-O22 seguimiento planes de mejoramiento, versión cero (0) del 13 de junio de 2019, sin adjuntar soportes.
Extensión y Proyección Social	Si	Adjuntan soportes
Planeación Institucional	Sin datos	No se obtuvo respuesta

Fuente: Información suministrada por los diferentes procesos institucionales.

Elaboró: Profesional de Control Interno.

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-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.”<sup>11</sup>

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.

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.

Lo antes expuesto, permite determinar el incumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2º objetivos del sistema de control interno:

*d. Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;*

(...)

*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;*

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.

Soportes	
No. 1	Soportes enviados por medio de correos electrónicos desde los diferentes procesos institucionales y analizados por la Dirección de Control Interno.

11

<http://isolucion.colmayor.edu.co/Isolucion4/BancoConocimientoIUCMA/9/9506c47e82e146e898986cd6e8aec972/9506c47e82e146e898986cd6e8aec972.asp?IdArticulo=23674>

### 8.1.3. Evaluación puntos de control establecidos para los riesgos

Se llevó a cabo la evaluación de los puntos de control establecidos para los riesgos identificados para esta auditoría, y como resultado de la evaluación, se tiene:

**Tabla 8 Evaluación punto de control**

Tipo de riesgo	Punto de control – actividad	Total calificación de la actividad	Solidez individual del control	Debe establecer acciones para fortalecer el control (sí/no)
<b>Cumplimiento</b>	Los riesgos no han sido identificados por la institución, no se dispone de controles formalmente establecidos para los mismos.	0	Débil	Si
<b>Fraude</b>	Sin controles establecidos por la Institución.	0	Débil	Si
<b>Corrupción</b>	Sin controles establecidos por la Institución.	0	Débil	Si

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

La tabla No. 8 permite establecer que el resultado de la evaluación que se llevó a cabo, ubica a la Institución en un rango de calificación **débil**, es decir, que, de acuerdo a la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, el control no se ejecuta por parte del responsable.

Precisa la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – riesgo de gestión, corrupción y seguridad digital, versión 4, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), en octubre de 2018:

*“Al momento de definir si un control o los controles mitigan de manera adecuada el riesgo se deben considerar, desde la redacción del mismo, las siguientes variables”<sup>12</sup>:*

*Pasos para diseñar un control<sup>13</sup>*

*1. Debe tener definido el responsable de llevar a cabo la actividad de control<sup>14</sup>*

<sup>12</sup>

file:///E:/Downloads/Gu%C3%ADa%20para%20la%20administraci%C3%B3n%20del%20riesgo%20y%20el%20dise%C3%B1o%20de%20controles%20en%20entidades%20p%C3%ABlicas%20-%20Riesgos%20de%20gesti%C3%B3n,%20corrupci%C3%B3n%20y%20seguridad%20digital%20-%20Versi%C3%B3n%204%20-%20Octubre%20de%202018%20(1).pdf

<sup>13</sup> Ídem del anterior

<sup>14</sup> Ídem del anterior

2. *Debe tener una periodicidad definida para su ejecución<sup>15</sup>.*
3. *Debe indicar cuál es el propósito del control<sup>16</sup>.*
4. *Debe establecer el cómo se realiza la actividad de control<sup>17</sup>.*
5. *Debe indicar que pasa con las observaciones resultantes de ejecutar el control<sup>18</sup>.*
6. *Debe dejar evidencia de la ejecución del control<sup>19</sup>*

Lo anterior, permite establecer la materialización de un riesgo como el de “incumplimiento normativo”, dado que al no tener riesgos identificados y no contar con actividades de control diseñadas de conformidad con lo que determina la guía antes referenciada, podría dar origen a otro tipo de eventos adversos para la Institución, como reprocesos, sobrecostos, desaciertos en la toma de decisiones, e incluso investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control externos.

## 9. CONCLUSIONES

- Se evidenció falta de eficacia para 51 acciones propuestas desde 2017, equivalente a un 35%, situación que permite determinar deficiencias en las responsabilidades que el Decreto 1499 de 2017 y la Resolución No. 090 de 2020, le confieren a la primera y a la segunda línea de defensa, para lograr una gestión efectiva de los planes de mejoramiento y evitar la materialización de riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

## 10. RECOMENDACIONES

- Como mecanismo de autocontrol y de autogestión, se sugiere que los diferentes equipos de trabajo, adelanten campañas de sensibilización sobre el modelo de las líneas de defensa, adoptado por la Institución, por medio de la Resolución interna No. 090 de 2020 y reglamentado por el Decreto 1499 de 2017; esto, con el propósito, de que cada vez, se vaya logrando una mayor interiorización los funcionarios, contratistas y docentes al servicio de la Entidad.

---

<sup>15</sup> Ídem del anterior

<sup>16</sup> Ídem del anterior

<sup>17</sup> Ídem del anterior

<sup>18</sup> Ídem del anterior

<sup>19</sup> Ídem del anterior

- 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.”<sup>20</sup>, 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.

## 11. GLOSARIO

- **Acción eficaz:** la acción propuesta alcanzo los resultados esperados.
- **Acción abierta:** la acción no se ha implementado.

Se pueden 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.

## 12. ANEXOS

Anexo No. 1. Plan de mejoramiento con las acciones pendientes por cerrar a junio 30 de 2020.

Anexo No. 2. Plan de mejoramiento con las acciones cerradas a junio 30 de 2020.

## 13. BIBLIOGRAFÍA

---

20

<http://isolucion.colmayor.edu.co/Isolucion4/BancoConocimientoIUCMA/9/9506c47e82e146e898986cd6e8aec972/9506c47e82e146e898986cd6e8aec972.asp?IdArticulo=23674>

- 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.
- Guía para la administración de los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital y el diseño de controle en entidades públicas, versión 4, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP-. Octubre de 2018.

**Elaboró:**



**Marysol Varela Rueda**  
Profesional de Control Interno  
Fecha: Julio 21 de 2020

**Revisó y Aprobó:**



**Juan Guillermo Agudelo Arango**  
Director Operativo de Control Interno  
Fecha: Agosto 05 de 2020





## 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](http://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 AM



**Alcaldía de Medellín**



## 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.





## 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
<b>Cumplimiento</b>	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.”<sup>1</sup>

Tabla 2 Relación de la normatividad aplicable

	Norma
<b>Ley 87 de 1993</b>	“Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.”
<b>Decreto 1499 de 2017</b>	“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.”
<b>Decreto 648 de 2017</b>	“Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública.”
<b>Resolución No. 079 de 2019</b>	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.
<b>Circular normativa 1000-024 (2021) y la circular informática 1000-015 (2021)</b>	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,

<sup>1</sup> <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
<b>TOTAL, ACCIONES</b>	<b>49</b>	<b>70</b>	<b>119</b>

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
<b>TOTAL, ACCIONES</b>			<b>5</b>

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”<sup>2</sup>*

*“Documentar los resultados de los ejercicios de seguimiento y evaluación”<sup>3</sup>*

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

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.”<sup>5</sup>*

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:

<sup>2</sup>

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

<sup>3</sup> Ídem del anterior

<sup>4</sup> Ídem del anterior

<sup>5</sup> <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 (...)”<sup>6</sup>.*

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.”<sup>7</sup>*

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.

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

<sup>7</sup> 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;”<sup>8</sup>*

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”.<sup>9</sup>*

(...)

*“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.”<sup>10</sup>*

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”<sup>11</sup>*

Como posibles causas se identificaron:

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

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

<sup>10</sup> Ídem al anterior

<sup>11</sup> 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:”<sup>12</sup>

*“La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados.”<sup>13</sup>*

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.

<sup>12</sup> [https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document\\_library/bGsp2ljjUBdeu/view\\_file/34268003](https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljjUBdeu/view_file/34268003)

<sup>13</sup> 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	
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.
<b>TOTALES</b>	<b>49</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>26</b>	<b>70</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>32</b>	

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.
<b>TOTAL, ACCIONES</b>			<b>5</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento 60%</b>

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
<b>Abiertas</b>	26	53%	27	39%
<b>Cerradas</b>	14	29%	19	27%
<b>Cerradas parcialmente</b>	9	18%	19	27%
<b>Sin formulación de acciones</b>	0	0%	5	7%
<b>TOTALES</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

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.*”<sup>14</sup>

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.

<sup>14</sup> <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.

<b>Soportes</b>	
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”<sup>15</sup>.*

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

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

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		
Planes de mejoramiento				Detectivo	
			X	Correctivo	10%

<sup>15</sup> [https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document\\_library/bGsp2lJUBdeu/view\\_file/34316499](https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2lJUBdeu/view_file/34316499)

<sup>16</sup> Ídem del anterior.

<sup>17</sup> 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		-	
<b>Total, valoración del control</b>				<b>25%</b>	

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.

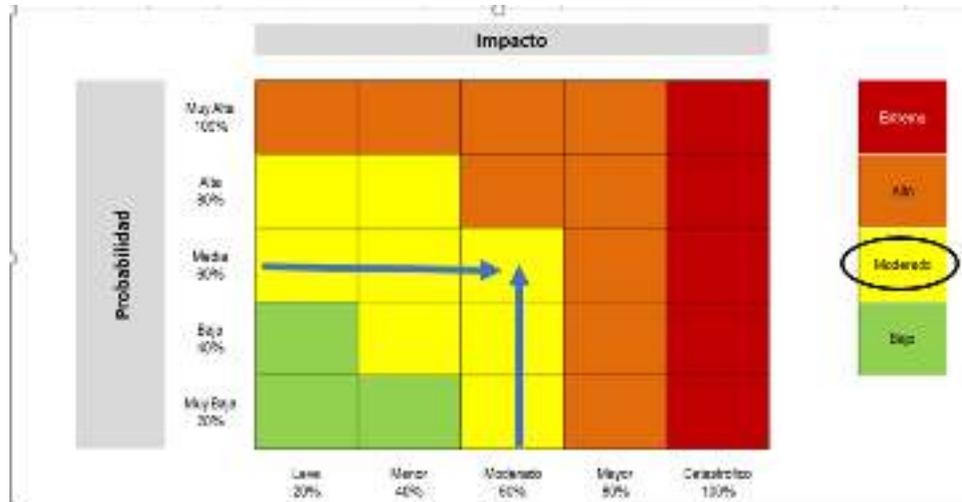
La evaluación realizada al punto de control permitió determinar:

- El control es de carácter correctivo, es decir, es “accionado en la salida del proceso y después de que se materialice un riesgo”<sup>18</sup>.
- 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:

<sup>18</sup> [https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document\\_library/bGsp2IjUBdeu/view\\_file/34316499](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><b>DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS</b></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><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></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
<b>COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL</b>							
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				<b>Enero 23 de 2021:</b>  No se formuló acción por parte de la Institución.
<b>ACTIVIDADES DE CONTROL</b>							
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 las evidencias donde se demuestre que la información documentada del proceso de Gestión de la Mejora está desactualizada.  6. Desde Gestión de la Mejora se mantienen acompañamientos constantes a los procesos que 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.	<b>Enero 23 de 2021:</b>  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.

No se propuso acción  
Agosto 17 de 2021  
No se propone acción.

No se propuso 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 <a href="https://www.colmayor.edu.co/wps/portal/colmayor/2021/06/Atencion-al-ciudadano.docx">https://www.colmayor.edu.co/wps/portal/colmayor/2021/06/Atencion-al-ciudadano.docx</a>	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 <a href="https://www.colmayor.edu.co/wps/content/uploads/2021/06/Atencion-al-ciudadano.docx">https://www.colmayor.edu.co/wps/content/uploads/2021/06/Atencion-al-ciudadano.docx</a> " 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 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	<a href="http://academia.colmayor.edu.co/Servicio7m/index.php?web=7/">http://academia.colmayor.edu.co/Servicio7m/index.php?web=7/</a> <a href="http://emas.colmayor.edu.co/8080/emas/RegistroPublic">http://emas.colmayor.edu.co/8080/emas/RegistroPublic</a> <a href="http://emas.colmayor.edu.co/8080/emas/ConsultaPQRSAnonimaPublic">http://emas.colmayor.edu.co/8080/emas/ConsultaPQRSAnonimaPublic</a>	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 <a href="http://emas.colmayor.edu.co/8080/emas/RegistroPQRSpublic">http://emas.colmayor.edu.co/8080/emas/RegistroPQRSpublic</a> Visualización respuesta radicado PQRSFD <a href="http://emas.colmayor.edu.co/8080/emas/VisualizacionRespuestaRadicadoPublic">http://emas.colmayor.edu.co/8080/emas/VisualizacionRespuestaRadicadoPublic</a> Consulta PQRSFD <a href="http://emas.colmayor.edu.co/8080/emas/ConsultaPQRSAnonimaPublic">http://emas.colmayor.edu.co/8080/emas/ConsultaPQRSAnonimaPublic</a> " 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 <a href="http://emas.colmayor.edu.co/8080/emas/RegistroPQRSpublic">http://emas.colmayor.edu.co/8080/emas/RegistroPQRSpublic</a> ." 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, respuestan 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	Análisis 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. "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. "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 PLANEXAT PQRSF genera informes, cuya información es inexacta, como se detalla 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><a href="http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/RegistroPQRSFpublic">http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/RegistroPQRSFpublic</a></p> <p><a href="http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/VisualizacionRespuestaRadicadoPublic">http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/VisualizacionRespuestaRadicadoPublic</a></p> <p><a href="http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/ConsultaPQRSAnonimaPublic">http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/ConsultaPQRSAnonimaPublic</a></p>	<p><b>Acción 1</b></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><b>Acción 2</b></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> <p>* Plan de trabajo realizado para la adquisición de nuevo software.</p> <p>* Análisis realizado por parte de la Institución para la adquisición del software, con relación al cambio del software actual por el nuevo software G+</p> <p>* Actas de reunión con decisiones que se tomaron para la adquisición de software.</p> <p>* Contrato de compra de software G+.</p> <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 PQRSF</p> <p><a href="http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/RegistroPQRSpublic">http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/RegistroPQRSpublic</a></p> <p>Visualización respuesta radicado PQRSF</p> <p><a href="http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/VisualizacionRespuestaRadicadoPublic">http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/VisualizacionRespuestaRadicadoPublic</a></p> <p>Consulta PQRSF</p> <p><a href="http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/ConsultaPQRSAnonimaPublic">http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/ConsultaPQRSAnonimaPublic</a></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 auditoría 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 <b>abierto</b> 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 <b>abierto</b> .
<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 verificarán 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 <b>abierto</b> .

<p>7.3.5 Actividades de control establecidas para el proceso</p> <p>En las actividades de control descritas en la caracterización del proceso con código GL-CA-001, versión 7 del 16 de noviembre de 2017, y para los procedimientos GL-PR-001, versión 1 del 16 de junio de 2015, Revisión de contratos interadministrativos, convenios de práctica y otros y GL-PR-008, versión 0 del 29 de octubre de 2014, Adquisición de bienes de mínima cuantía, se estableció que las mismas no cumplen con todas las características que debe poseer una actividad de control, tal y como lo precisa la "Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital", en su versión 4, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, en octubre de 2018":</p> <p>Ver Tabla 8. Pasos para el diseño de controles</p> <p>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 <b>abierto</b>.</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 <b>abierto</b>.</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 <b>abierto</b>.</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 interés<sup>22</sup>, 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 <b>abierto</b> 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 <b>abierto</b>.</p>
<p><b>DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS</b></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><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></p> <p><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/</a></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><b>DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS</b></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><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></p> <p><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/</a></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></p> <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"> <li>- Acta del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, del 19 de marzo de 2019</li> <li>- Memorando remitido por parte del Director Operativo de Control Interno al Rector de la Institución, radicado No. 2019301007, de marzo 21 de 2019.</li> <li>- 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.</li> </ul>	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 <b>ablerta</b>.</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><b>En respuesta ofrecida el 14 de julio de 2021, se indica:</b> <u>Con relación a la acción 1 propuesta</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 Vicerector académico, la comunicación escrita de la no aprobación del software para el manejo de inventarios de los laboratorios (correo adjunto)</p> <p><u>Con relación a la acción 2 propuesta</u> 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. <b>PLANES DE MEJORA PROPUESTOS (APLICA PARA TODOS LOS LABORATORIOS)</b> 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><b>Agosto 17 de 2021</b> 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 <b>no</b> 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 cifren sus valores bajo cualquier tipo de presentación. Tal situación, es debido a falta de control por no garantizar lo enmarcado en el artículo 3° de la ley 1712 de 2014 en materia de otros principios de la transparencia y acceso a la información pública, concretamente en lo concerniente al principio de la calidad de la información, con miras a no afectar la fiabilidad de la información y en consecuencia a clientes externos.</p>	<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 <b>abierta</b>, 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"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol> <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 <b>abierta</b>.</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 <b>abierta</b>.</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: <a href="http://www.colmayor.edu.co/load.php?name=Paginas&amp;id=2164">http://www.colmayor.edu.co/load.php?name=Paginas&amp;id=2164</a>  <a href="http://www.colmayor.edu.co/load.php?name=Paginas&amp;id=2164">http://www.colmayor.edu.co/load.php?name=Paginas&amp;id=2164</a></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 <b>abierta</b>.</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 <b>abierta</b>.</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 <b>abierta</b>.</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 <b>abierta</b>.</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.	<b>Acción 1:</b> La acción <b>no es eficaz</b> . 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.  <b>Acción 2:</b> La acción fue <b>parcialmente eficaz</b> , 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.  <b>Acción 3:</b> La acción <b>no fue eficaz</b> . 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.  <b>Acción 4:</b> La acción <b>no fue eficaz</b> . 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 <b>no es eficaz</b> 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 <b>no es eficaz</b> 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 <b>no es eficaz</b> 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 <b>abierta</b> .
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 <b>abierta</b> .
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] <a href="http://solucion.colmayor.edu.co/?solucion4/BancoConocimiento/UCMA/9/9506c47e82e146e898986cd6e8aec972/9506c47e82e146e898986cd6e8aec972.asp?IdArticulo=23674">http://solucion.colmayor.edu.co/?solucion4/BancoConocimiento/UCMA/9/9506c47e82e146e898986cd6e8aec972/9506c47e82e146e898986cd6e8aec972.asp?IdArticulo=23674</a></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><b>Dimensión Talento Humano</b></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><b>Capacitación supervisión bajo los parámetros de la Resolución No. 329 de 2013 – entre agosto 12 y septiembre 6 de 2019.</b></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><b>Acción 1. No se cuenta con soporte de implementación de la acción propuesta.</b></p> <p><b>Acción 3. No se cuenta con soporte de implementación de la acción propuesta.</b></p> <p><b>Acción 2. Se evidenció a través de correo Institucional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 17 de marzo de 2020, participa de la Jornada de rendición de cuentas 2019, virtual.</li> <li>* 17 de marzo de 2020, conoce las herramientas digitales que puede utilizar para la contingencia Covid-19.</li> <li>* 18 de marzo de 2020, familiarízate con la digitalización de contenidos.</li> <li>* 27 de marzo de 2020, "nos unimos con el Ministerio de Educación Nacional (MEN) para coordinar Estrategias TIC."</li> <li>* 30 de marzo, Resolución 26 de 2020, por la cual se declara urgencia manifiesta.</li> <li>* 31 de marzo, nuevas directrices académicas sobre accesibilidad a internet y tenencia de computador - consejo académico.</li> <li>* 9 de abril de 2020, procedimientos de vicerrectoría administrativa y financiera en periodo de aislamiento.</li> <li>* 23 de abril de 2020, comunicados de Rectoría y Vicerrectoría Administrativa, sobre medidas de bioseguridad obligatorias y aportes pensión e impuesto solidario Covid-19.</li> <li>* 27 de abril circular del Archivo General de la Nación, referente a directrices con la documentación durante esta contingencia.</li> <li>* 4 de mayo de 2020, comunicado impuesto solidario contratistas.</li> <li>* 7 de mayo de 2020, memorando declaración juramentada.</li> <li>* 14 de mayo de 2020, Resolución 090 de 2020, por la cual se establecen líneas de defensa.</li> <li>* 20, 22 y 28 de mayo, 3 de junio de 2020, entre otras fechas, Invitación construcción Plan de Desarrollo.</li> <li>* 11 de junio de 2020, cambios que transforman, universidades que rompen esquemas.</li> <li>* 17 de junio de 2020, procedimiento Vicerrectoría Administrativa y Financiera en periodo de contingencia</li> <li>* 13 de agosto de 2020, "Estamos orgullosos de recibir nuestra primera acreditación Institucional de Alta Calidad"</li> <li>* 31 de agosto de 2020, La academia en la cuarta revolución industrial.</li> <li>* 1 de septiembre de 2020, medidas de aislamiento en la LU COLMAYOR.</li> <li>* 3 de septiembre de 2020, boletín semestral de Control Interno.</li> <li>* 17 de septiembre de 2020, Aclaración del comunicado sobre suspensión de actividades para laboratorios.</li> <li>* 22 de octubre de 2020, invitación a reinducción virtual</li> <li>* 5 de noviembre de 2020, Invitación a realizar curso virtual del modelo integrado de Planeación y gestión MIPG.</li> <li>* 12 de noviembre de 2020, Conoce los nuevos modelos de la U, Modelo de Cultura Organizacional y Modelo de Liderazgo Transformacional</li> <li>* 12 de noviembre de 2020, renovación acreditación programa administración empresas turística.</li> <li>* 17 de noviembre de 2020, Conoce los procedimientos de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera, para cierre de año.</li> <li>* 30 de noviembre, Conoce el Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno de la I.U. Colmayo</li> </ul>
7	<p><b>DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS</b></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><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></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"> <li>* 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.</li> <li>* 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.</li> </ul>

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
<b>COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL</b>							
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><b>Enero 23 de 2021:</b></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>
<b>EVALUACION DE RIESGOS</b>							
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><b>Enero 23 de 2021:</b></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><b>Enero 23 de 2021:</b></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>
<b>ACTIVIDADES DE CONTROL</b>							
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><b>Enero 23 de 2021:</b></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"> <li>1. Tiempos de respuesta</li> <li>2. Respuesta de forma y fondo</li> <li>3. Recordarles la responsabilidad de establecer planes de mejoramiento según sea el caso</li> <li>4. Clasificación de entradas por categoría: académica - administrativa y de servicio.</li> </ol>	<p>Mayo 28 de 2021</p> <p>Junio 15 de 2021</p>	Rastreo	<p><a href="https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/04/CIRCULAR-PQRSFD-uy-1.pdf">https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/04/CIRCULAR-PQRSFD-uy-1.pdf</a></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 <b>se cierra</b>.</p>
<p><b>DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS</b></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><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></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><a href="https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/06/informe-de-pqrfd-julio-a-diciembre-control-interno-1.pdf">https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/06/informe-de-pqrfd-julio-a-diciembre-control-interno-1.pdf</a></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: <a href="https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/06/informe-de-pqrfd-julio-a-diciembre-control-interno-1.pdf">https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/06/informe-de-pqrfd-julio-a-diciembre-control-interno-1.pdf</a>"</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. <a href="https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/07/Documento-4.pdf">https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/07/Documento-4.pdf</a></p> <p>- Enlace de grabación del mismo Comité de Control Interno, donde se puede evidenciar al final, la conversación sobre el tema anteriormente mencionado. <a href="https://drive.google.com/file/d/1B1QB8m_fg3NURgE3I2uWaTK_73nXU/view">https://drive.google.com/file/d/1B1QB8m_fg3NURgE3I2uWaTK_73nXU/view</a></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 <b>se cierra</b>.</p>
<p><b>DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS</b></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><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></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><a href="https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/06/informe-de-pqrfd-julio-a-diciembre-control-interno-1.pdf">https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/06/informe-de-pqrfd-julio-a-diciembre-control-interno-1.pdf</a></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: <a href="https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/06/informe-de-pqrfd-julio-a-diciembre-control-interno-1.pdf">https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/06/informe-de-pqrfd-julio-a-diciembre-control-interno-1.pdf</a>"</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. <a href="https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/07/Documento-4.pdf">https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/07/Documento-4.pdf</a></p> <p>- Enlace de grabación del mismo Comité de Control Interno, donde se puede evidenciar al final, la conversación sobre el tema anteriormente mencionado. <a href="https://drive.google.com/file/d/1B1QB8m_fg3NURgE3I2uWaTK_73nXU/view">https://drive.google.com/file/d/1B1QB8m_fg3NURgE3I2uWaTK_73nXU/view</a></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 <b>se cierra</b>.</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 <b>cerrada</b> .
<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 <b>cerrada</b> .

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"> <li>1. Formular y ejecutar políticas de prevención del daño antijurídico</li> <li>2. Diseñar las políticas generales que orientaran la defensa de los intereses de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia</li> <li>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</li> <li>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.</li> </ol> <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 <b>cerrada</b>.</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, pérdida 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 <b>cerrada</b>.</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 <b>cerrada</b>.</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 <b>cerrada</b>.</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 <b>cerrada</b>.</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 <b>nuevos indicadores</b> 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><b>Otros</b></p> <p>* Validaciones realizadas en G+ mayo 28 de 2021.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Graduados vinculados en actividades de docencia investigación y extensión.</li> <li>- Número de graduados que participan en actividades de formación.</li> <li>- Practicantes y graduados atendidos en orientación laboral.</li> <li>- Tasa de actualización de la base de datos de graduados.</li> <li>- Tasa de ocupación graduados a través del servicio de intermediación laboral</li> </ul>	<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><b>Por lo antes descrito, se cierra la acción.</b></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 <b>se cierra</b> .

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 <b>cerrada</b>, 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 <b>cerrada</b>, 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	<p>Presentación de rendición de cuentas correspondiente a la vigencia 2020</p>	<p>No se realiza requerimiento de información adicional.</p>	<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><b>Dimensión Talento Humano</b></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><a href="https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/01/PLAN-ESTRATEGICO-TALENTO-HUMANO-COLMAYOR-2021.pdf">https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/01/PLAN-ESTRATEGICO-TALENTO-HUMANO-COLMAYOR-2021.pdf</a></p>	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p><b>Abril de 2021:</b></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><b>Dimensión Talento Humano</b></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><b>15 de marzo de 2021:</b></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><b>DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN</b></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><b>15 de marzo de 2021:</b></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><b>DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN</b></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><b>15 de marzo de 2021:</b></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><b>DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN</b></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><b>15 de marzo de 2021:</b></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><b>15 de marzo de 2021:</b></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><b>DIMENSIÓN GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN</b></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"> <li>- Efectuar la identificación, "los medios, mecanismos, procedimientos y procesos para capturar, clasificar y organizar conocimiento de la entidad."</li> <li>- "Determinar un programa de gestión del conocimiento con objetivos a corto, mediano y largo plazo para atender las necesidades de conocimiento."</li> </ul> <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> <p>* Certificaciones recibidas por ICONTEC</p> <p>* Cumplimiento de la Resolución 312 de 2019, Autoevaluación por parte de la ARL</p> <p>* Reconocimiento por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá e ICONTEC en el programa de Reconocimiento Empresarial en Sostenibilidad que promueven la gestión social</p> <p>* Adaptar el SGI a las nuevas dinámicas Institucionales como consecuencia</p>	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p><b>15 de marzo de 2021:</b></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"> <li>* En mayo 29 de 2020, Máscaras de protección donadas por la IUCOLMAYOR DE ANTIQUÍA Y EL ITM a diferentes entidades de la salud.</li> <li>* En junio 2 de 2020, estudiantes de biotecnología avanzan en su investigación sobre compuestos de origen natural como medicina para las enfermedades.</li> <li>* 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.</li> <li>* En julio 24 de 2020, Con organizaciones científicas de orden internacional, la Institución participó en el abordaje interdisciplinario del Covi-19.</li> <li>* En julio 29 de 2020, proyectos de investigación aprobados y su respectivo investigador.</li> <li>* En agosto 31 de 2020, Investigaciones que recuperan la historia y la memoria de nuestra ciudad.</li> <li>* En septiembre 29 de 2020, Experiencias, enseñanzas y prácticas en torno a la innovación social y la transformación.</li> <li>* Octubre 21 de 2020, La biotecnología y sus aplicaciones, nuevas técnicas para fortalecer procesos investigativos y científicos.</li> <li>* Noviembre 20 de 2020, Aportando al desarrollo del turismo en los 5 corregimientos de Medellín.</li> <li>* Diciembre 4 de 2020, Aportando conocimiento en la reactivación económica del sector turístico.</li> </ul> <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> <p>* Certificaciones recibidas por ICONTEC</p> <p>* Cumplimiento de la Resolución 312 de 2019, Autoevaluación por parte de la ARL</p> <p>* Reconocimiento por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá e ICONTEC en el programa de Reconocimiento Empresarial en Sostenibilidad que promueven la gestión social</p>
12 y 21	<p>2. 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"> <li>- Efectuar la identificación, "los medios, mecanismos, procedimientos y procesos para capturar, clasificar y organizar conocimiento de la entidad."</li> <li>- "Determinar un programa de gestión del conocimiento con objetivos a corto, mediano y largo plazo para atender las necesidades de conocimiento."</li> </ul> <p>"Identificar los riesgos relacionados con la fuga de capital intelectual de la entidad y las acciones para su tratamiento."</p> <p>"Determinar estrategias de retención y transferencia del conocimiento para las personas próximas a encontrarse en alguna situación administrativa que lo amerite: retiro, traslado, encargo, licencia, comisión, entre otras."</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> <p>* Certificaciones recibidas por ICONTEC</p> <p>* Cumplimiento de la Resolución 312 de 2019, Autoevaluación por parte de la ARL</p> <p>* Reconocimiento por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá e ICONTEC en el programa de Reconocimiento Empresarial en Sostenibilidad que promueven la gestión social</p> <p>* Adaptar el SGI a las nuevas dinámicas Institucionales como consecuencia</p>	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p><b>15 de marzo de 2021:</b></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"> <li>* En mayo 29 de 2020, Máscaras de protección donadas por la IUCOLMAYOR DE ANTIQUÍA Y EL ITM a diferentes entidades de la salud.</li> <li>* En junio 2 de 2020, estudiantes de biotecnología avanzan en su investigación sobre compuestos de origen natural como medicina para las enfermedades.</li> <li>* 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.</li> <li>* En julio 24 de 2020, Con organizaciones científicas de orden internacional, la Institución participó en el abordaje interdisciplinario del Covi-19.</li> <li>* En julio 29 de 2020, proyectos de investigación aprobados y su respectivo investigador.</li> <li>* En agosto 31 de 2020, Investigaciones que recuperan la historia y la memoria de nuestra ciudad.</li> <li>* En septiembre 29 de 2020, Experiencias, enseñanzas y prácticas en torno a la innovación social y la transformación.</li> <li>* Octubre 21 de 2020, La biotecnología y sus aplicaciones, nuevas técnicas para fortalecer procesos investigativos y científicos.</li> <li>* Noviembre 20 de 2020, Aportando al desarrollo del turismo en los 5 corregimientos de Medellín.</li> <li>* Diciembre 4 de 2020, Aportando conocimiento en la reactivación económica del sector turístico.</li> </ul> <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> <p>* Certificaciones recibidas por ICONTEC</p> <p>* Cumplimiento de la Resolución 312 de 2019, Autoevaluación por parte de la ARL</p> <p>* Reconocimiento por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá e ICONTEC en el programa de Reconocimiento Empresarial en Sostenibilidad que promueven la gestión social</p>
13 y 17	<p><b>DIMENSIÓN CONTROL INTERNO</b></p> <p><b>COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL</b></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><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></p>	<p>1.Publicación de la matriz de riesgos en la pagina 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>	Marzo de 2021	Consulta	<p>Análisis de Contexto Estratégico para la Administración de Riesgos DEF</p> <p><a href="https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/04/MAPADERIESGOSDECORRUPCIONC39693N_042021.pdf">https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/04/MAPADERIESGOSDECORRUPCIONC39693N_042021.pdf</a></p> <p><a href="https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/MAPA-DE-RIESGOS-DE-GESTION-2020.pdf">https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/MAPA-DE-RIESGOS-DE-GESTION-2020.pdf</a></p>	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p><b>15 de marzo de 2021:</b></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 pagina 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 auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
<b>COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL</b>							
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><b>Enero 23 de 2021:</b></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><b>Enero 23 de 2021:</b></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><b>Agosto 17 de 2021</b></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><b>Agosto 17 de 2021</b></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.					<b>Enero 23 de 2021:</b>  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.	<b>Enero 23 de 2021:</b>  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.	
<b>EVALUACION DE RIESGOS</b>								
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.					<b>Enero 23 de 2020:</b>  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	<b>Agosto 17 de 2021</b>  Ok cerrada, se cuenta con evaluaciones de impacto del PIC.
Cerrada	<b>Agosto 17 de 2021</b>  Acción cerrada, se ha evidenciado en Comité Institucional Coordinador de Control Interno, la inclusión de socialización de información de Estados Financieros.
Cerrada	<b>Agosto 17 de 2021</b>  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"> <li>1. Gastos no contemplados en el Presupuesto inicial.</li> <li>2. Afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto.</li> <li>3. Reconocimiento errado de los hechos económicos.</li> <li>4. Hechos económicos ocurridos, no registrados en contabilidad.</li> <li>5. Información de los estados contables que no coinciden con los libros de contabilidad.</li> </ol> <p>Dichos riesgos están relacionados de manera directa con la observación realizada por la oficina de control interno.</p>					<p><b>Enero 23 de 2020:</b></p> <p>No se ejecutó la acción.</p> <p>Evidencias matriz de riesgos de gestión.</p>
<b>INFORMACION Y COMUNICACIÓN</b>							
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><b>Enero 23 de 2021:</b></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 auditoría 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 <b>acción queda cerrada parcialmente</b> 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 <b>cerrada parcialmente</b>, 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 <b>cerrada parcialmente</b>.</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><b>Acción 1</b> 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><b>Acción 2</b> 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><b>Acción 3</b> 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 <b>parcialmente cerrada</b>.</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:</p> <p>Decreto 1499 de 2017, con relación a las responsabilidades de la segunda línea de defensa.</p> <p>Ley 87 de 1993, en su artículo No. 2, objetivos del sistema de control interno:</p> <p>"a. proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten;" (...).</p> <p>"e) Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;".</p> <p>Resolución interna No. 296 del 16 de noviembre de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos de tecnología e informática en la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, que establece:</p>	<p>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 <b>cerrada parcialmente</b>, 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"> <li>- Procedimientos manuales.</li> <li>- Deficiencias en los controles dispuestos por la Institución.</li> <li>- Falta de entrenamiento o deficiencias en el mismo.</li> <li>- Deficiencias en la planeación.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Lo anterior podría acarrear para la Institución:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Información inexacta, incompleta, inoportuna.</li> <li>- Pérdidas económicas.</li> <li>- Fraude.</li> </ul> <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><b>Para el hallazgo 2, se proponen 2 acciones.</b></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><b>En respuesta ofrecida el 14 de julio de 2021, se indica:</b></p> <p><u>Con relación a la acción 1.</u></p> <p>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></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 Vicerrector académico, la comunicación escrita de la no aprobación del software para el manejo de inventarios de los laboratorios</p> <p><b>Agosto 17 de 2021</b></p> <p>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 <b>cerrada parcialmente</b>, 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"> <li>- Procedimientos manuales.</li> <li>- Deficiencias en los controles dispuestos por la Institución.</li> <li>- Falta de entrenamiento o deficiencias en el mismo.</li> <li>- Deficiencias en la planeación.</li> <li>- 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.</li> </ul> <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 del os 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><b>Para el hallazgo 3 se proponen 2 acciones.</b></p> <p><u>1. Calibrar los equipos que están pendientes.</u> 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> No se cuenta con soporte que permitan determinar cumplimiento a la acción propuesta,</p> <p><b>En respuesta ofrecida el 14 de julio de 2021, se indica:</b> <u>Con relación a la acción 1.</u> 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> Respuesta Julio 14 de 2021: El documento está en previa revisión por gestión de la mejora antes de entrar a flujo</p> <p><b>Agosto 17 de 2021</b> 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 <b>parcialmente cerrada.</b></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"> <li>- 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.</li> <li>- Determinar qué hacer con aquellos insumos y reactivos vencidos, que ya no pueden ser utilizados en las prácticas académicas.</li> <li>- Actualizar el kárdex de los diferentes laboratorios.</li> <li>- Revisar y ajustar las políticas de compras inherentes a la adquisición de insumos y reactivos.</li> <li>- Revisar mejores prácticas a nivel nacional e internacional en el manejo de insumos y reactivos perecederos a fin de considerarlas para la Institución.</li> </ul> <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><b>Para la observación 1, se proponen 2 acciones.</b></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><b>Respuesta 14 de julio 2021:</b></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><b>En respuesta ofrecida el 14 de julio de 2021, se indica:</b></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><b>Agosto 17 de 2021</b></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 <b>parcialmente cerrada</b> 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 resolutive.</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 <b>cerrada parcialmente</b>, 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><b>Febrero 12 del 2021:</b></p> <p><b>Acción No. 1:</b> No se aportaron evidencias que permitan observar el cumplimiento de la acción.</p> <p><b>Acción No. 2:</b> 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><b>Acción No. 3:</b> 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"> <li>• Activos dados de baja, aún en uso y depreciándose</li> </ul> <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"> <li>• Deficiencias en cálculo de la depreciación según vida útil establecida en políticas contables</li> </ul> <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"> <li>• 3 vehículos se están depreciando a 15 años.</li> <li>• 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</li> <li>• 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</li> </ul>	<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 dará 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><b>Acción 1:</b> Soporte toma física de inventarios</p> <p><b>Acción 2:</b> No se cuenta con evidencias de la depuración de los activos que le falten tres meses para depreciar para su concepto técnico.</p> <p><b>Acción 3:</b> 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><b>DIMENSION GESTION CON VALORES PARA RESULTADOS</b></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:  <a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a>  <a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/</a></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><b>15 de marzo de 2021:</b></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><b>DIMENSION EVALUACION DE RESULTADOS</b></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:  <a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a>  <a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/</a></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:  <a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a>  <a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/</a></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><b>DIMENSION INFORMACION Y COMUNICACION</b></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><b>15 de marzo de 2021:</b></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><b>DIMENSION CONTROL INTERNO</b></p> <p><b>COMPONENTE GESTIÓN DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES</b></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><a href="https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/MAPA-DE-RIESGOS-DE-GESTION-2020.pdf">https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/MAPA-DE-RIESGOS-DE-GESTION-2020.pdf</a></p>	No se realiza requerimiento de información adicional.	<p><b>15 de marzo de 2021:</b></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><b>DIMENSION CONTROL INTERNO</b></p> <p><b>COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b></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><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></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><b>15 de marzo de 2021:</b></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><b>DIMENSION CONTROL INTERNO</b></p> <p><b>COMPONENTE MONITOREO O SUPERVISIÓN CONTINUA</b></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><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></p> <p><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/</a></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><b>15 de marzo de 2021:</b></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:  <a href="http://www.colmayor.edu.co/load.php?name=Paginas&amp;id=2164">http://www.colmayor.edu.co/load.php?name=Paginas&amp;id=2164</a>  <a href="http://www.colmayor.edu.co/load.php?name=Paginas&amp;id=2164">http://www.colmayor.edu.co/load.php?name=Paginas&amp;id=2164</a></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><b>15 de marzo de 2021:</b></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
<b>EVALUACION DE RIESGOS</b>							
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><b>Enero 23 de 2021:</b></p> <p>Se cuenta con análisis de contexto elaborado para el plan de desarrollo 2020 - 2024.</p> <hr/> <p><b>Enero 23 de 2021:</b></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>
<b>ACTIVIDADES DE CONTROL</b>							
3	Es menester fortalecer las responsabilidades de evaluación y seguimiento de temas relevantes para la Institución, que le competen al Comité Institucional Coordinador de Control Interno - CICCI, de conformidad con el artículo 13 de la	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><b>Enero 23 de 2021:</b></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>

	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.
<b>INFORMACION Y COMUNICACIÓN</b>							
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><b>Enero 23 de 2020:</b></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>
<b>ACTIVIDADES DE MONITOREO</b>							
	Es necesario fortalecer los mecanismos						<p><b>Enero 23 de 2021:</b></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><b>Enero 23 de 2021:</b> 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>
---	--	--	---------------	---------	--	---	--

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

<b>INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA</b>											
<b>Unidad auditada</b>	Planes de mejoramiento (internos, externos).										
<b>Alcance de la auditoría</b>	Vigencia 2017, 2018 y 2019 y primer semestre de la vigencia 2020.										
<b>Objetivo de la auditoría</b>	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.										
<b>Criterios de auditoría</b>	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.										
<b>Tipo de auditoría</b>	<b>Legal</b>	<b>X</b>	<b>Basada en riesgos</b>								
<b>Riesgos evaluados</b>	<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

**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 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.

Se da cumplimiento al objetivo del proceso gestión de la mejora, el cual 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”*

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.

 <b>INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA</b>	<b>INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA</b>		
	<b>CI-FR-029</b>		
	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
<b>Total, acciones vigencias 2017, 2018 y 2019</b>	49	No aplica
<b>Total, acciones vigencias 2020</b>	70	No aplica
<b>Total, acciones</b>	119	No aplica
<b>Total, de acciones efectivas (cerradas) todas las vigencias</b>	33	27%
<b>Total, de acciones cerradas parcialmente todas las vigencias</b>	28	24%
<b>Total, acciones abiertas todas las vigencias</b>	53	45%
<b>Total, hallazgos sin acciones propuestas</b>	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.

 <b>INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA</b>	<b>INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA</b>		
	<b>CI-FR-029</b>		
	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

 <b>INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA</b>	<b>INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA</b>		
	<b>CI-FR-029</b>		
	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**



MEMORANDO  
1200

FECHA: Medellín, 03 de diciembre 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 de planes de mejoramiento internos y externos segundo semestre, vigencia 2021.

Respetado Doctor

Con fundamento en Ley 87 de 1993, la Resolución interna No. 089 del 29 de abril de 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 de 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, vigencia 2021.

La auditoría se llevó a cabo de acuerdo al 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 en 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.

Atentamente,

JUAN GUILLERMO AGUDELO ARANGO  
DIRECTOR OPERATIVO  
DIRECCIÓN DE CONTROL INTERNO

Anexos: (72)folios



# INFORME DE AUDITORÍA

## CONTROL INTERNO

*Acreditados*  
en **ALTA CALIDAD**

[WWW.COLMAYOR.EDU.CO](http://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**  
Diciembre 03 de 2021

VIGILADO Por el Ministerio de Educación Nacional





## 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.....	10
8.1 HALLAZGOS.....	11
9. CONCLUSIONES .....	15
10. RECOMENDACIONES.....	15
11. GLOSARIO .....	15
12. ANEXOS.....	16
13. BIBLIOGRAFÍA.....	16





## Lista de tablas

Tabla 1 Riesgos Evaluados ..... 6

Tabla 2 Relación de la normatividad aplicable..... 7

Tabla 3 Auditoría y planes de mejoramiento considerados para la auditoría del segundo semestre ..... 9

Tabla 4 Relación de acciones internas evaluadas, correspondientes a la vigencia 2020..... 10

Tabla 5 Consolidado de la evaluación realizada a los planes de mejoramiento internos de la vigencia 2020..... 12





## 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 suscritos por la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, en la vigencia 2020, que presentaban acciones abiertas o parcialmente cerradas.

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.





## 1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Se auditaron los planes de mejoramiento resultantes de las autorías de la vigencia 2020 que contaban con acciones pendientes por cerrar o parcialmente cerrados los cuales se relacionan a continuación:

- Auditoría basada en riesgos – Talento Humano proceso de nómina.
- Auditoría basada en riesgos – Gestión Legal.
- Auditoría Legalidad del Software.
- Auditoría Modelo Estándar de Control Interno – MECI.
- Auditoría Avance del sistema de Control Interno.
- Auditoría Control Interno Contable.
- Auditoría Austeridad del gasto Público.

## 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
<b>Cumplimiento</b>	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.”<sup>1</sup>

**Tabla 2 Relación de la normatividad aplicable**

	Norma
<b>Ley 87 de 1993</b>	“Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.”
<b>Decreto 1499 de 2017</b>	“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.”
<b>Decreto 648 de 2017</b>	“Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública.”
<b>Resolución No. 079 de 2019</b>	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.
<b>Circular normativa 1000-024 (2021) y la circular informática 1000-015 (2021)</b>	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: Profesional 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,

<sup>1</sup> <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.

#### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el seguimiento realizado por los líderes de proceso a los planes de mejoramiento suscritos durante 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.

#### 5. METODOLOGÍA

- Revisar los planes de mejoramiento suscritos como resultado de la actividad de auditoría interna, correspondientes a la vigencia 2020.
- Evaluar las acciones propuestas en los planes de mejoramiento que aún se encuentren en estado “abiertas” o “parcialmente cerradas”, 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

El proceso de Gestión Administrativa y Financiera no suministró información que permitiera realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento de la vigencia 2020 con acciones sin ejecutar o acciones parcialmente cerradas.

Es menester precisar lo que señala la normativa vigente con relación a la no entrega de información para el desarrollo de las funciones de las oficinas de control interno.

Decreto 403 de 2020, que determina:

*“ARTÍCULO 151. Deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de control interno. Los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno deberán facilitar el acceso y el suministro de información confiable y oportuna para el debido ejercicio de sus funciones, salvo las excepciones establecidas en la ley. Los requerimientos de información deberán hacerse con la debida anticipación a fin de garantizar la oportunidad y completitud de la misma”<sup>2</sup>.*

*“El incumplimiento reiterado al suministro de la información solicitada por la unidad u oficina de control interno dará lugar a las respectivas investigaciones disciplinarias por la autoridad competente.”<sup>3</sup>*

## 7. MUESTRA

Para la auditoría de planes de mejoramiento segundo semestre de la vigencia 2021, se consideraron los siguientes planes de mejoramiento:

**Tabla 3 Auditoría y planes de mejoramiento considerados para la auditoría del segundo semestre**

Proceso relacionado	Auditoría y Planes de mejoramiento Considerados
Talento Humano	Auditoria basada en riesgos – Talento Humano proceso de nómina

<sup>2</sup> <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=110374>

<sup>3</sup> Ídem del anterior.





Proceso relacionado	Auditoría y Planes de mejoramiento Considerados
Tecnología e Informática	Legalidad del Software
Gestión Legal	Auditoría basada en riesgos – Gestión Legal
Planeación Institucional	MECI Avance del sistema de Control Interno
Gestión Administrativa y Financiera	Control Interno Contable Austeridad del gasto Público

Elaboró: Profesional Control Interno

## 8. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

A continuación, se relaciona las acciones internas de la vigencia 2020, evaluadas en el marco de la auditoría.

**Tabla 4 Relación de acciones internas evaluadas, correspondientes a la vigencia 2020**

Proceso	Cantidad de hallazgos Vigencia 2020	Cantidad de Acciones Pendientes
Gestión Legal	6	7
Planeación Institucional	28	28
Gestión del Talento Humano	5	5
Tecnología e informática	4	4
Gestión Administrativa y Financiera	5	5
<b>TOTAL, ACCIONES</b>	<b>48</b>	<b>49</b>

Fuente: Información suministrada por los diferentes procesos institucionales.

Elaboró: Profesional de Control Interno

**Nota aclaratoria:** En el seguimiento realizado a las acciones abiertas o parcialmente cerradas, se excluye el proceso de Gestión Administrativa y Financiera dado que no suministró la información para determinar nivel de ejecución o avance de las acciones formuladas en los planes de mejoramiento vigencia 2020, situación que permite establecer deficiencias en el sistema de control interno de la Institución y falta de controles efectivos para el monitoreo que la segunda línea de defensa debe realizar a la formulación e implementación de los planes de mejoramiento.





Por lo anterior, el total de las acciones evaluadas fue solo de cuarenta y cuatro (44).

## 8.1 HALLAZGOS

### 8.1.1. 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:”<sup>4</sup>

*“La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados.”<sup>5</sup>*

Como evidencia de ello, se tiene que, a octubre 12 de 2021, tal como se presenta en la tabla No. 5, permanecen veintitrés (23) acciones abiertas, que equivalen a un 52%, considerando, que diez (10) de ellas están dentro de la fecha de obtención de resultados y nueve (9) acciones se encuentran cerradas parcialmente.

Se precisa que de las veintitrés (23) acciones en estado abiertas, para trece (13) de ellas los términos están vencidos, lo que permite determinar, como se indicó en párrafos precedentes, deficiencias en el cumplimiento de responsabilidades conferidas a la primera línea de defensa con relación a la gestión efectiva de los planes de mejoramiento.

<sup>4</sup> [https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document\\_library/bGsp2ljUBdeu/view\\_file/34268003](https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljUBdeu/view_file/34268003)

<sup>5</sup> Ídem del anterior





**Tabla 5 Consolidado de la evaluación realizada a los planes de mejoramiento internos de la vigencia 2020**

Proceso	No. de Acciones	No. de Acciones Eficaces	No. de acciones cerradas parcialmente	No. de Acciones Abiertas	Observaciones
Gestión Legal	7	5	0	2	Dos (2) acciones pendientes por cerrar: _ Las dos (2), acciones están dentro de la fecha establecida para la obtención de resultados a enero y junio de 2022.
Planeación Institucional	28	7	9	12	Doce (12) acciones pendientes por cerrar así: _ Una (1), está dentro de la fecha establecida para la vigencia 2022. _ Once (11) acciones están fuera de la fecha de obtención de resultados.  Nota: dentro de las acciones del proceso de planeación que están pendiente por cerrar, se incluyen a la rectoría, y los procesos de: comunicaciones, tecnología e informática y gestión legal.
Gestión del Talento Humano	5	0	0	5	Cinco (5) acciones pendientes por cerrar así: _ Una (1) acción no cuentan con la fecha de obtención de resultados. _ Una (1) acción con fecha de obtención de resultados permanente. _ Tres (3) acciones están dentro de la fecha de obtención de resultados a diciembre de 2021.
Tecnología e informática	4	0	0	4	Cuatro (4) acciones pendientes por cerrar así: _ Cuatro (4) acciones esta fuera de los términos establecidos, a noviembre y diciembre del 2020, y a marzo del 2021.  En I transcurso de la ejecución de la auditoría y como respuesta a la comunicación de resultados, el Proceso de Tecnología e Informática, solicito ampliación de la fecha de obtención de resultados a julio de 2022.
<b>TOTALES</b>	<b>44</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>23</b>	

Fuente: Información suministrada por los diferentes procesos de la Institución.

Elaboró: profesional de control interno

Descripción	Número de Acciones	Porcentaje de participación
Total acciones vigencia 2020	49	No aplica
Tota, acciones evaluadas	44	No aplica
Total de acciones efectivas (cerradas)	12	27%
Total de acciones cerradas parcialmente	9	21%
Total acciones abiertas	23	52%

Fuente: Información suministrada por los diferentes procesos de la Institución

Elaboró: profesional de control interno





Como posibles causas se identificaron:

- Deficiencias en el sistema de control interno de la Institución y falta de controles efectivos para el monitoreo que la segunda línea de defensa debe realizar a 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 incurra 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 1, Papel de trabajo con las acciones cerradas de la vigencia 2020 con corte a octubre 12 del 2021.

Ver anexo 2, Papel de trabajo con las acciones pendientes cerrar de vigencias 2020 con corte a octubre 12 del 2021.

Ver anexo 3, Papel de trabajo con las acciones cerradas parcialmente con corte a octubre 12 de la vigencia 2021.

Por el Ministerio de Educación Nacional

VIGILADO

Soportes	
No. 1	Planes de mejoramiento suministrados por los diferentes procesos de la Entidad con sus debidos soportes.
No. 2	Papeles de trabajo con los respectivos análisis realizados por la profesional de control interno.

### 8.1.2. 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*”<sup>6</sup>.

**“Acción:** *se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control.*”<sup>7</sup>

**“Complemento:** *corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control*”.<sup>8</sup>

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”.

La evaluación de este punto de control se realizó en auditoría llevada a cabo en el primer semestre, se puede observar en el informe que tiene por radicado No. CI2021300347 del 23 de agosto de 2021 y se encuentra publicado en la página web institucional en el siguiente link: <https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/08/Informe-de-auditor%C3%ADa-planes-de-mejoramiento-internos-y-externos-2020-1.pdf>, en el mismo informe se concluye para el punto de control lo siguiente:

- 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.

En el desarrollo de la auditoría legal a los planes de mejoramiento internos y externos segundo semestre, no se observó modificaciones a este punto de control, ni controles nuevos determinados por parte de la Institución.

<sup>6</sup> [https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document\\_library/bGsp2ljUBdeu/view\\_file/34316499](https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljUBdeu/view_file/34316499)

<sup>7</sup> Ídem del anterior.

<sup>8</sup> Ídem del anterior.





## 9. CONCLUSIONES

- Se observó al interior de la Institución deficiencias para gestionar de manera eficaz las acciones propuestas en los planes de mejoramiento suscritos durante la vigencia 2020, dado que, el 52% corresponde a veintitrés (23) acciones que aún permanecen abiertas y nueve (9) acciones se encuentran en estado parcialmente cerradas que corresponde a 21%.
- 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.

## 10. RECOMENDACIONES

- Es necesario que se gestione de manera efectiva los planes de mejoramiento que suscribe la Institución como resultados de las auditorías que se ejecutan desde la Dirección de Control Interno.
- Es importante se revisen las acciones cuyos términos ya están vencidos y aún están abiertas o parcialmente cerradas a fin de determinar la viabilidad de estas, o si es necesario modificarlas y establecer nuevos términos.
- Es necesario que la Institución implemente acciones que garanticen la entrega oportuna y completa de información a la Dirección de Control Interno, para el cabal cumplimiento de sus funciones.

## 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

Ver anexo 1, Papel de trabajo con las acciones cerradas de la vigencia 2020 con corte a octubre 12 del 2021.

Ver anexo 2, Papel de trabajo con las acciones pendientes cerrar de vigencias 2020 con corte a octubre 12 del 2021.

Ver anexo 3, Papel de trabajo con las acciones cerradas parcialmente con corte a octubre 12 de la vigencia 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: noviembre 18 de 2021

**Revisó y Aprobó:** **Juan Guillermo Agudelo Arango**  
Director Operativo de Control Interno  
Fecha: noviembre 19 de 2021

**Original firmado**



**ANEXO No. 1**  
**ACCIONES CERRADAS**  
**VIGENCIA 2020**



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

PROCESO:	GESTION LEGAL											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 %	
2020305680	21/12/2020	8.1.1	cronograma en los procesos de mínima cuantía y subasta inversa se debe señalar el plazo, para el registro presupuestal, la publicación en el secop	Se adicionará en el cronograma de mínimas cuantías, la fecha de celebración del contrato en SECOP. Para las demás actuaciones, se publicarán de acuerdo con lo reglado por el Estatuto de Contratación de la Administración pública y sus normas reglamentarias.	4/01/2021	Permanente	Cumplir con lo prescrito en el Estatuto general de Contratación de la Administración Pública	4/01/2022	Gestión legal	Coordinador Jurídico	100%	100%	En el soporte suministrado por la institución, formato GL-FR-018, versión 004, del 31 de agosto de 2021, se puede establecer: la fecha de la comunicación de aceptación y el lugar donde se debe a publicar, la cual registra que es en Colombia compra eficiente: <a href="http://colombiacompra.gov.co">http://colombiacompra.gov.co</a>  Por lo tanto, la acción se da por cerrada.
2020305680	21/12/2020	8.1.3	Idoneidad del contratista: Se encontró una deficiencia respecto a la experiencia de un contratista.	Construir el perfil en los estudios previos de acuerdo con el tipo de experiencia requerida.	4/01/2021	Permanente	Garantizar que el contratista cumpla a cabalidad con el perfil exigido, facilitando la revisión por parte de los abogados y los entes de control.	4/01/2022	Gestión legal	Coordinador Jurídico	100%	100%	De los dieciocho (18) expedientes contractuales suministrados por la Institución, se observa que trece (13) de ellos tienen relación entre el perfil de los estudios previos y la experiencia, con respecto a la diferencia de expedientes, es decir, cinco (5), la información era insuficiente o no se podía acceder a SECOP II.  Por lo tanto, la acción se da por cerrada.
2020305680	21/12/2020	8.1.4	Deficiencias en la revisión de expedientes contractuales	Mayor control en el archivo de la documentación que reposa en los expedientes contractuales, para ello se establece una lista de chequeo para controlar que los documentos precontractuales y contractuales que se revisan y aprueban por el equipo jurídico reposen correctamente en los archivos de la entidad.	4/01/2021	Permanente	Que los documentos que se revisan por parte del área jurídica, reposen en cada expediente contractual.	4/01/2022	Gestión legal	Coordinador Jurídico	100%	100%	De las dieciocho (18) carpetas suministradas por la Institución, se observa que trece (13) de ellas tienen la lista de chequeo, con respecto a la diferencia, es decir, cinco (5) expedientes, la información era insuficiente o no se podía acceder a SECOP II.  Por lo tanto, la acción se da por cerrada.

2020305680	21/12/2020	8.1.4	Deficiencias en la revisión de expedientes contractuales	<p>Sobre la ausencia de exámenes preocupacionales en algunos expedientes. Se resalta que se seguirá implementando el visto bueno por parte del área de seguridad y salud en el trabajo, toda vez que es el proceso encargado e idóneo para la validación, aprobación y archivo de la información relacionada con los datos sensibles sobre el estado de salud de los contratistas. En su defecto, nos enviarán una base de datos desde seguridad y salud en el trabajo en la que se avale las personas que se van a contratar.</p> <p>Por tanto, en esta dependencia reposaran los exámenes ocupacionales y la base de datos de aprobación, quien informará a su vez al área jurídica.</p>	4/01/2021	Permanente	Garantizar la idoneidad a la hora de validar los exámenes pre ocupacionales entregados por los contratistas.	4/01/2022	Gestión legal	Coordinador Jurídico	100%	100%	<p>De las dieciocho (18) carpetas suministradas por la Institución, se observa que trece (13) de ellas cuentan con los exámenes preocupacionales, con respecto a la diferencia, es decir, cinco (5) expedientes, la información era insuficiente o no se podía acceder a SECOP II.</p> <p>Por lo tanto, la acción se da por cerrada.</p>
2020305680	21/12/2020	8.1.5.	Deficiencias en la supervisión	Emitir una circular donde se desarrollen los aspectos a fortalecer sobre la correcta ejecución técnica, administrativa y financiera de los contratos, dirigidas a los supervisores. Lo anterior, con base en los hallazgos relacionados con el tema.	1/07/2021	1/08/2021	Garantizar el mejoramiento del rol de supervisión.	1/08/2021	Gestión legal	Gestión legal	100%	50%	

Nombre del responsable:	José Luis Sánchez Cardona	Correo electrónico:	<a href="mailto:jose.sanchez@colmayor.edu.co">jose.sanchez@colmayor.edu.co</a>	Teléfono y extensión:	4445611 Ext.240
-------------------------	---------------------------	---------------------	--	-----------------------	-----------------

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.

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
Noviembre 10 del 2021	Observación	<p>_ Cronograma de los procesos contractuales que se desarrollan a través de la modalidad de mínima cuantía, formato denominado "Invitación pública de Mínima Cuantía" que se encuentra disponible para consulta en el Sistema G+ en el siguiente link:  <a href="http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/downloadFile.public?repositorioArchivo=00000000460&amp;ruta=/documentacion/0000002385/0000000044">http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/downloadFile.public?repositorioArchivo=00000000460&amp;ruta=/documentacion/0000002385/0000000044</a></p> <p>_ INV_MC_PROCESO_21-13-12325567_122003000_93797411</p> <p>_ v2INV_MC_PROCESO_21-13-11542222_122003000_84002547</p> <p>Soportes 1</p>	No se requiere información adicional	<p>En el soporte suministrado por la institución, formato GL-FR-018, versión 004, del 31 de agosto de 2021, se puede establecer: la fecha de la comunicación de aceptación y el lugar donde se debe a publicar, la cual registra que es en Colombia compra eficiente: <a href="http://colombiacompra.gov.co">http://colombiacompra.gov.co</a></p> <p>Por lo tanto, la acción se da por cerrada.</p>	Cerrada
Noviembre 10 del 2021	Observación	Relación de contratos en la hoja de pruebas	No se requiere información adicional	<p>De los dieciocho (18) expedientes contractuales suministradas por la Institución, se observa que trece (13) de ellos tienen relación entre el perfil de los estudios previos y la experiencia, con respecto a la diferencia de expedientes, es decir, cinco (5), la información era insuficiente o no se podía acceder a SECOP II.</p> <p>Por lo tanto, la acción se da por cerrada.</p>	Cerrada
Noviembre 10 del 2021	Observación	Relación de contratos en la hoja de pruebas	No se requiere información adicional	<p>De las dieciocho (18) carpetas suministradas por la Institución, se observa que trece (13) de ellas tienen la lista de chequeo, con respecto a la diferencia, es decir, cinco (5) expedientes, la información era insuficiente o no se podía acceder a SECOP II.</p> <p>Por lo tanto, la acción se da por cerrada.</p>	Cerrada

<p>Noviembre 10 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>Relación de contratos en la hoja de pruebas</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>De las dieciocho (18) carpetas suministradas por la Institución, se observa que trece (13) de ellas cuentan con los exámenes pre-ocupacionales, con respecto a la diferencia, es decir, cinco (5) expedientes, la información era insuficiente o no se podía acceder a SECOP II.</p> <p>Por lo tanto, la acción se da por cerrada.</p>	<p>Cerrada</p>
<p>Noviembre 10 de 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>_ Circular 007 de 2020 Plan de austeridad          _ Circular 008 de 2020 Contratos de apoyo logístico          _ Circular 026 de 2021 -EXPEDICION-Y-CANCELACION-DE-CDP-Y-RP-FINAL          _ Circular 030 de 2021 plan de austeridad          _ Circular 31 de 2021 exigencia libreta militar          _ Circular Informativa 02 de 2020 - Supervisión de Contratos.</p> <p>Soportes 2</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>Con los soportes suministrados se puede observar:</p> <p>_ Circular 007 de 2020 Plan de austeridad: del 11 de agosto del 2020 con asunto: plan de austeridad del gasto - Decreto 1009 del 14 de julio de 2020.</p> <p>_Circular 008 de 2020 Contratos de apoyo logístico: del 26 de febrero del 2021: con asunto: precisiones respecto al alcance del objeto y actividades de un contrato de prestación de servicios de apoyo logístico.</p> <p>_ Circular 026 de 2021 -EXPEDICION-Y- CANCELACION-DE-CDP-Y-RP-FINAL: del 31 de mayo de 2021 con asunto expedición y cancelación de CDP y RP.</p> <p>_Circular 030 de 2021 plan de austeridad: del 18 de junio del 2021, con asunto: plan de austeridad del gasto público - decreto 371 de 2021.</p> <p>_ Circular 31 de 2021 exigencia libreta militar: del 18 de junio de 2021, con asunto precisiones respecto a la exigencia de la libreta militar para contratar con la institución.</p> <p>_Circular Informativa 02 de 2020 - Supervisión de Contratos del 3 de marzo de 2020: asunto supervisión de contratos.</p> <p>Los documentos antes mencionados, establecen algunos lineamientos respecto a temas importantes en torno a la contratación.</p> <p>La efectividad de las circulares de debe evaluar posteriormente en el marco de otra auditoría, por lo tanto, la acción queda en estado cerrada.</p>	<p>Cerrada</p>

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

N.º de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	OBSERVACIÓN PROCESO PLANEACIÓN INSTITUCIONAL <b>OCTUBRE 8 DE 2021</b>
2 y 22	<p><b>Dimensión Talento Humano</b></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 referencian a continuación y a las que convocó la Institución durante el período auditado, a saber:</p> <p><b>Capacitación supervisión bajo los parámetros de la Resolución No. 329 de 2013 – entre agosto 12 y septiembre 6 de 2019.</b></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;  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;  c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;  d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;  (...)  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;</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 continua:</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>Adicionalmente, es pertinente precisar que para realizar la capacitación en supervisión bajo los parámetros de la Resolución No. 329 de 2013 – entre agosto 12 y septiembre 6 de 2019, la Institución celebró el contrato JU-475-2019, por valor inicial de dos millones de pesos (\$2.000.000).</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 referencian a continuación y a las que convocó la Institución durante el período 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;  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;  c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;  d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;  (...)  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;</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 continua:</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>Dicha situación permite determinar la materialización de riesgos como el de incumplimiento normativo, así como el riesgo de G. LEGAL /Probabilidad de no realizar una supervisión técnica, administrativa, jurídica y financiera de los contratos” lo que, a su vez, podría derivar para la Institución en pérdidas económicas e inclusive investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control.</p> <p>Soportes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Listado de Convocados y listado de asistencia - capacitación supervisión bajo los parámetros de la Resolución No. 329 de 2013.</li> <li>- Listado de convocados y listado de asistencia - socialización código de integridad, ética y buen gobierno y lineamientos sobre declaración conflictos de interés.</li> <li>-Listado de convocados y listado de asistencia - capacitación directivos liderazgo transformador.</li> <li>-Listado de convocados y listado de asistencia - Taller de resiliencia.</li> </ul>	<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. 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> <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>	<p>En la clausula No. 5 numeral 3 - Obligación de los contratistas, esta estipulado asistir a las reuniones informativas a las cuales sean convocados. Verificar minuta de contrato cargada en G+. Contrato Prestación de Servicios personas naturales.</p> <p>Dentro del proceso de reinducción institucional realizado los días 1 y 19 de agosto de 2021, se socializaron los temas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal Administrativo y docente de Planta: Capacitaciones y temas de relevancia a nivel institucional la asistencia es obligatoria. Solo se podía dirigir al personal de planta.</li> <li>- Obligatoriedad en el cumplimiento y actualización de las disposiciones legales vigentes.</li> <li>- Acciones por parte de la entidad que propendan por evitar que el riesgo de cumplimiento se siga materializando en forma recurrente.</li> <li>- Consecuencias derivadas de la materialización de riesgos de corrupción: responsabilidades fiscales, disciplinarias y penales. Conductas calificadas como inadecuadas y sus respectivas sanciones.</li> </ul> <p>Control: planillas de asistencias.</p> <p>Anexo: Programación reinducción y presentación Diego Alejandro Atuesta Acevedo.</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>"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>Soporte: Informe de auditoría legal Ley de transparencia y acceso a la información pública, vigencia 2019. <a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realización capacitación al personal de la institución sobre en el nuevo derecho de acceso a la información pública - Ley de Transparencia.</li> <li>2. Realización de foros virtuales para identificar información de interés para los ciudadano y ser publicada.</li> <li>3. Revisar mediante lista de chequeo información que por ley debe estar publicada en la pagina web.</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Noviembre 24 y 25: PLANEACIÓN:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Información Ley de Transparencia se encuentra actualizada de acuerdo a lista de chequeo. Solo esta pendiente la aprobación de la política por parte del Consejo Directivo.</b></p>
--	--	---

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
Noviembre 09 del 2021	Rastreo	No se suministran evidencias para soportar las acciones.	No se requiere información adicional.	<p>Con los soportes entregados, se puede observar:</p> <p>1. Se cuenta con el formato GL-FR-041 - Contrato de prestación de servicios profesionales con persona natural, Versión: 07 con Fecha: 25-05-2020, en el mismo se puede observar: en la "CLAUSULA QUINTA - OBLIGACIONES DE LAS PARTES: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. Para dar cumplimiento al objeto del presente contrato, el CONTRATISTA se obliga con la INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA a: (...) 3. Asistir a las reuniones informativas para las que sea convocado(a)", soporte 5. Por lo tanto, la acción es eficaz y se da por cerrada.</p> <p>2. La institución realizó el proceso de reinducción institucional, en el cual se observan diferentes temas de relevancia para la institución estos son: Agosto 17 de 2021: Lenguaje claro, ley de transparencia y acceso a la información pública, secretaria de transparencia, plan anticorrupción y de atención al ciudadano, administración del riesgo, obligatoriedad en el cumplimiento y actuación de las disposiciones legales vigentes, acciones por parte de la entidad que propendan por evitar que el riesgo de cumplimiento se siga materializando en forma recurrente, consecuencias derivadas de la materialización de riesgos de corrupción responsabilidades fiscales, disciplinarias y penales, conductas calificadas como inadecuadas y sus respectivas sanciones. Agosto 19 de 2021: Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, seguridad digital (estadística): generación, procesamiento, reporte o difusión de información estadística, política de prevención del daño antijurídico, manual declaración conflicto de intereses, servicio al ciudadano y participación ciudadana, PQRSFD, manual de supervisión, Código de integridad, ética y buen gobierno, Gobernanza para la paz, que impacte en las tres dimensiones de las competencias del ser, hacer y saber, reforzar el significado a los servidores públicos del ejercicio y de la función pública y sus responsabilidades con la ciudadanía. En la programación de la reinducción, se establece que "personal administrativo, y docente de planta: capacitaciones y temas de relevancia a nivel institucional la asistencia es obligatoria", soporte 4 programación reinducción. Por lo tanto, la acción es eficaz y se da por cerrada.</p> <p>3. Se evidencia que como control sobre la concurrencia a la reinducción convocada y de temas de relevancia institucional, se cuenta con el soporte 6, asistencia a la reinducción institucional, soporte 6. Por lo tanto la acción es eficaz y se da por cerrada.</p>	<p>1. Cerrada</p> <p>2. Cerrada</p> <p>3. Cerrada</p> <p>Se concluye que las acciones se dan por cerradas</p>

Esta respuesta aplica para dos hallazgos, tienen la misma acción

<p>Noviembre 09 del 2021 Diciembre 01 de 2021</p>	<p>Rastreo y observación</p>	<p>Acta No. 5 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>En los soportes entregados por la institución se puede evidenciar que:</p> <p>1. En la reinducción institucional, el 17 de agosto del 2021, se trató el tema de ley de transparencia y acceso a la información pública.</p> <p>En el acta No. 5 del 18 de agosto del 2021, se puede observar en el orden del día la presentación de ajustes finales para la aprobación de la política de (...) y ley de transparencia y acceso a la información pública, esta política no ha sido aprobada por el Consejo Directivo.</p> <p>2. Realización de foros virtuales para identificar información de interés para los ciudadanos y ser publicada.</p> <p>Se cuenta con el soporte 9, el cual contiene la Sensibilización en redes sociales por medio de imágenes informativas y preguntas sobre la rendición de cuentas, estas socializaciones fueron realizadas en los meses de febrero y marzo del 2021.</p> <p>Por lo anterior, la acción se encuentra cerrada</p> <p>3. Se cuenta con la lista de ley de transparencia, Resolución 1510 de 2020, información que por ley debe estar publicada en la página web soporte 8.</p> <p><b>Diciembre 01 de 2021:</b> La acción registrada es: "1. Realización capacitación al personal de la institución sobre en el nuevo derecho de acceso a la información pública - Ley de Transparencia", En la reinducción institucional, el 17 de agosto del 2021, se trató el tema de ley de transparencia y acceso a la información pública.</p> <p>Por lo tanto la acción se da por cerrada.</p>	<p>Cerrada.</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
<b>COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL</b>		
3	<p>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.</p>	<p>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>

OBSERVACIÓN PROCESO PLANEACIÓN INSTITUCIONAL - OCTUBRE 8 DE 2021
<p>En reunión realizada el día 18 de agosto de 2021 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño el Líder de Talento Humano presentó el Plan Estratégico de Talento Humano – PETH - 2021, el cual no tuvo ninguna observación por parte de los miembros del Comité y el señor Rector solicitó que se publicará en la web. Anexo acta No. 5 del comité.</p>

N.º del hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	OBSERVACIÓN PROCESO PLANEACIÓN INSTITUCIONAL - OCTUBRE 8 DE 2021
<b>ACTIVIDADES DE CONTROL</b>			
<b>3</b>	<p>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 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.</p>	<p>El Jefe de Control Interno expresa como acción de mejora establecer una agenda anual, de forma tal, que garantice la inclusión en el orden del día, de las reuniones del Comité Institucional Coordinador de Control Interno, que por disposiciones legales deben ser monitoreados por esta instancia y de otros temas estratégicos de la Institución. Como el Rector es el Presidente del Comité y Control Interno ejerce la secretaria, este entregará al Rector propuesta de orden del día para su aprobación.</p>	<p>Desde la Dirección de Control Interno, 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 style="text-align: center;">La propuesta fue aprobada.</p> <p style="text-align: center;">Memorando radicado 2020304019 del 23 de septiembre de 2020.</p> <p>En reuniones del Comité Institucional Coordinador de Control Interno, se incorporaron en el orden del día temas como revisión estados financieros, seguimiento a PQRSDF, seguimiento Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno y estatuto de la actividad de auditoría.</p>

INFORMACION Y COMUNICACIÓN			
3	<p>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".</p>	<p>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>	<p>Esta actividad esta incluida dentro del Plan Anticorrupción y atención al Ciudadano - 2020 y 2021 y se ha venido dando cumplimiento con dicha actividad. Ver soportes de los seguimiento al Plan.</p>

ACTIVIDADES DE MONITOREO			
2	<p>Es menester fortalecer los mecanismos dispuestos por la Institución para hacer el seguimiento que se debe efectuar por parte de la Alta Dirección, a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el Sistema de Control Interno y determinar su efectividad y si se han cumplido en el tiempo establecido, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1499 de 2017, política de gestión de desempeño "control interno".</p>	<p>Informar a los lideres 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>	<p>Para fortalecer el tema sobre el cumplimiento de las acciones previstas en los planes de mejoramiento, la institución dentro del proceso de reinducción institucional realizado los días 17 y 19 de agosto de 2021, realizó socialización a los siguientes temas: _ Obligación en el cumplimiento y actualización de las disposiciones legales vigentes. _ Acciones por parte de la entidad que propendan por evitar que el riesgo de cumplimiento se siga materializando en forma recurrente. _ Consecuencias derivadas de la materialización de riesgos de corrupción: responsabilidades fiscales, disciplinarias y penales. Conductas calificadas como inadecuadas y sus respectivas sanciones</p> <p>- Personal Administrativo y docente de Planta: Capacitaciones y temas de relevancia a nivel institucional la asistencia es obligatoria. Solo se podía dirigir al personal de planta.</p> <p>- Obligación en el cumplimiento y actualización de las disposiciones legales vigentes.</p> <p>- Acciones por parte de la entidad que propendan por evitar que el riesgo de cumplimiento se siga materializando en forma recurrente.</p> <p>- Consecuencias derivadas de la materialización de riesgos de corrupción: responsabilidades fiscales, disciplinarias y penales. Conductas calificadas como inadecuadas y sus respectivas sanciones.</p> <p>Control: planillas de asistencias.</p> <p>Anexo: Programación reinducción y presentación Diego Alejandro Atuesta Acevedo.</p> <p><b>Noviembre 24 y 25 de 2021: RECTORIA:</b></p> <p>Desde Rectoría se envió circular informativa a los procesos sobre la obligación de cumplir con las acciones previstas en los planes de mejoramiento de acuerdo con las auditorias realizadas. (Abril 5 y mayo 10 de 2021).</p> <p>Además desde la Secretaría General se esta solicitando a los procesos el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento , estos informes se socializaron al Comité Coordinador de Control Interno (ver acta) y al Consejo Directivo (ver acta).</p>

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
Noviembre 09 de 2021	Observación	Acta No. 5 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño	No se requiere información adicional.	<p>En el soporte entregado por la institución, se puede observar en el orden del día en el numeral 4, plan estratégico de talento Humano PETH, en la misma se detalla que no se presentaron observaciones por parte de los integrantes del comité y por solicitud del señor rector, el plan debe ser publicado en la página web institucional, el mismo se observa en el siguiente link:</p> <p><a href="https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/01/PLAN-ESTRATEGICO-TALENTO-HUMANO-COLMAYOR-2021.pdf">https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/01/PLAN-ESTRATEGICO-TALENTO-HUMANO-COLMAYOR-2021.pdf</a></p> <p>Por lo tanto, la acción es efectiva y se da por cerrada.</p>	Cerrada

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
Noviembre 09 de 2021	Rastreo	No se entregó soportes para evidenciar la ejecución de la acción.	No se requiere información adicional	<p>Se cuenta con el memorando 2020304019 del 23 de septiembre del 2020, para la vigencia 2020.</p> <p>En cuanto a las temáticas desarrolladas para la vigencia 2021, estas son acordadas son propuestas por la secretaria del comité y aprobadas por la rectoría, las temáticas abordadas para esta vigencia son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Socialización propuesta del plan general de auditoría a ejecutar por parte de la DCI, durante la vigencia 2021.</li> <li>_ Resultados de las auditorías que se ejecutaron a finales de la vigencia 2020, a cargo de la Dirección de Control Interno.</li> <li>_ Resultados de la evaluación de la actividad de auditoría que realizó la Institución a cargo de la Dirección de Control Interno.</li> <li>_ Estados Financieros enero 2021 a cargo de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.</li> <li>_ Seguimiento a la ejecución del plan general de auditoría, vigencia 2021.</li> <li>_ Seguimiento a la implementación de la política de administración de riesgos, primer semestre de 2021.</li> <li>_ Seguimiento a la aplicación código de integridad, ética y buen gobierno y</li> <li>_ seguimiento a la gestión adelantada por la Institución frente a los conflictos de interés.</li> <li>_ Informe de seguimiento a las PQRSFD, primer semestre de 2021.</li> <li>_ Presentar resultados del informe fiscal y financiero presentado por la Contraloría General de Medellín, vigencia 2020.</li> <li>_ Seguimiento a la ejecución del plan general de auditoría, vigencia 2021.</li> <li>_ Informe de avance a la implementación de planes de mejoramiento 2021.</li> <li>_ Avance de los proyectos de inversión 2021.</li> </ul> <p>La acción es eficaz y se da por cerrada. Se cuenta con el memorando 2020304019 del 23 de septiembre del 2020, para la vigencia 2020.</p> <p>En cuanto a las temáticas desarrolladas para la vigencia 2021, estas son acordadas son propuestas por la secretaria del comité y aprobadas por la rectoría, las temáticas abordadas para esta vigencia son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Socialización propuesta del plan general de auditoría a ejecutar por parte de la DCI, durante la vigencia 2021.</li> <li>_ Resultados de las auditorías que se ejecutaron a finales de la vigencia 2020, a cargo de la Dirección de Control Interno.</li> <li>_ Resultados de la evaluación de la actividad de auditoría que realizó la Institución a cargo de la Dirección de Control Interno.</li> <li>_ Estados Financieros enero 2021 a cargo de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.</li> <li>_ Seguimiento a la ejecución del plan general de auditoría, vigencia 2021.</li> <li>_ Seguimiento a la implementación de la política de administración de riesgos, primer semestre de 2021.</li> <li>_ Seguimiento a la aplicación código de integridad, ética y buen gobierno y</li> <li>_ seguimiento a la gestión adelantada por la Institución frente a los conflictos de interés.</li> <li>_ Informe de seguimiento a las PQRSFD, primer semestre de 2021.</li> <li>_ Presentar resultados del informe fiscal y financiero presentado por la Contraloría General de Medellín, vigencia 2020.</li> <li>_ Seguimiento a la ejecución del plan general de auditoría, vigencia 2021.</li> <li>_ Informe de avance a la implementación de planes de mejoramiento 2021.</li> <li>_ Avance de los proyectos de inversión 2021.</li> </ul> <p>La acción es eficaz y se da por cerrada.</p>	Cerrada

<p>Noviembre 09 de 2021</p>	<p>Rastreo</p>	<p>No se entrego soportes para evidenciar la ejecución de la acción.</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>Se cuenta con el Informes de percepción consolidados de los usuarios respecto de los servicios que presta la entidad: a junio 30 de 2021.</p> <p>La acción es eficaz y se da por cerrada</p>	<p>Cerrada</p>
-----------------------------	----------------	--	---	---	----------------

<p>Noviembre 09 de 2021 Diciembre 01 del 2021</p>	<p>Rastreo</p>	<p>Programación reinducción y presentación Diego Alejandro Atuesta Acevedo.</p> <p>Circular Informativa cumplimiento de plans de mejoramiento.</p> <p>Acta No. 4 del 9 de noviembre del CICCI</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>Desde el proceso de reinducción institucional, se trataron los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Obligoriedad en el cumplimiento y actualización de las disposiciones legales vigentes.</li> <li>_ Acciones por parte de la entidad que propendan por evitar que el riesgo de cumplimiento se siga materializando en forma recurrente.</li> <li>_ Consecuencias derivadas de la materialización de riesgos de corrupción: responsabilidades fiscales, disciplinarias y penales. Conductas calificadas como inadecuadas y sus respectivas sanciones</li> </ul> <p>El estado de la acción es abierta, ya que no se observan soportes que evidencien como se informó a los líderes de proceso, sobre la obligación de cumplir con las acciones previstas en los planes de mejoramiento de acuerdo a auditorías realizadas.</p> <p><b>Diciembre 01 de 2021:</b> Se observa con los nuevos soportes entregados por la institución:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Circular 1000 - 015 del 5 de abril de 2021 con asunto: cumplimiento de planes de mejoramiento implementados en el marco de las auditorías internas y externas.</li> <li>_ Circular 1000 - 024 del 07 de mayo de 2021 con asunto: cumplimiento de planes de mejoramiento implementados en el marco de las auditorías internas y externas.</li> </ul> <p>Acta No. 04 del 2021 del CICCI: punto 3 el orden del día Informe de avance a la implementación de planes de mejoramiento 2021.</p> <p>El estado de la acción es cerrado.</p>	<p>cerrada</p>
---	----------------	---	---	--	----------------

**ANEXO No. 2**  
**ACCIONES**  
**ABIERTAS VIGENCIA**  
**2020**



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

PLAN DE MEJORAMIENTO - HALLAZGOS Y OBSERVACIONES DE AUDITORIAS DE CONTROL INTERNO													
PROCESO: GESTIÓN LEGAL											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 %	
2020305680	21/12/2020	8.1.2	Deficiencias en controles para el perfeccionamiento de contratos: Las hojas de vida dispuestas para persona natural, no cuentan con la firma del jefe de recursos humanos y/o contratos.	La validación correspondiente en la hoja de vida de la función se hará mediante la plataforma de información-SIGEP- por conducto de los supervisores en los procesos de contratación.	4/01/2021	Permanente	Lograr el correcto diligenciamiento y validación del formato de hoja de vida de la función pública	4/01/2022	Gestión Legal - y supervisores de los contratos	Coordinación Extensión Académica - Coordinador Jurídico			Con la información suministrada por la institución en cuanto a estos dieciocho (18) contratos se tiene:  De dieciocho (18) contratos entregados, seis (6) contratos no cuentan con la firma del jefe de recursos humanos y/o contratos (33%), cinco (5) contratos cuentan con la firma del jefe de recursos humanos y/o contratos (28%), y la diferencia, es decir siete (7) contratos que no pueden ser revisados ya que se presentaron algunas de las siguientes situaciones: información insuficiente, carpeta sin documentos o no se puede acceder a SECOP II (39%)  Por lo anterior la acción continúa abierta y se evaluará posteriormente
2020305680	21/12/2020	8.1.6	Actividades de control	Se realizará una auditoria interna a partir de una muestra representativa, con el fin de establecer observaciones y mejoras en la elaboración de estudios previos, revisión de contratos, procesos de mínima cuantía y otros procesos de selección pública.	1/05/2021	30/05/2021	Fortalecer la evaluación de puntos de control y riesgos	1/06/2021 30/06/2022	Gestión legal	Gestión legal			

Nombre del responsable:	José Luis Sánchez Cardona	Correo electrónico:	<a href="mailto:jose.sanchez@colmayor.edu.co">jose.sanchez@colmayor.edu.co</a>	Teléfono y extensión:	4445611 Ext.240
-------------------------	---------------------------	---------------------	--	-----------------------	-----------------

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.

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
Noviembre 10 del 2021	Observación	Relación de contratos en la hoja de pruebas	No se requiere información adicional	<p>Con la información suministrada por la institución en cuanto a estos dieciocho (18) contratos se tiene:</p> <p>De dieciocho (18) contratos entregados, seis (6) contratos no cuentan con la firma del jefe de recursos humanos y/o contratos (33%), cinco (5) contratos cuentan con la firma del jefe de recursos humanos y/o contratos (28%), y la diferencia, es decir siete (7) contratos que no pueden ser revisados ya que se presentaron algunas de las siguientes situaciones: información insuficiente, carpeta sin documentos o no se puede acceder a SECOP II (39%)</p> <p>Por lo anterior la acción continúa abierta y se evaluará posteriormente</p>	Abierta
Noviembre 10 de 2021 Diciembre 01 de 2021		No se entrega soportes	Se solicita informar la nueva fecha de obtención de resultados	Diciembre: La nueva fecha de obtención de resultados es a junio del 2022, por lo tanto, la Acción continúa abierta dentro de la fecha establecida y se evaluará posteriormente.	Abierta



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

PROCESO:		AUDITORÍA BASADA EN RIESGOS PROCESO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO ALCANCE NÓMINA										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 / RESPUESTA ENTREGADA POR EL LÍDER DEL PROCESO (octubre 11 del 2021)
					Fecha de inicio	Fecha de terminación			Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %	
			<p>8.1.1 Actualización manual de nómina</p> <p>Se identificó que la Institución realizó actualización al manual de nómina, denominado "Manual de Usuario Nómina" para el software Sicoferp, en el que se indica:</p> <p>-Forma de ingreso al sistema</p> <p>-Información para administrador del sistema</p> <p>- Como ingresar información con relación sueldos, crear, modificar, borrar o consultar liquidaciones empleados, generar liquidaciones, provisiones, retención en la fuente, embargos, liquidaciones de seguridad social, incapacidades, comprobantes, entre otros aspectos necesarios para el proceso de nómina.</p> <p>No obstante, es importante que se establezcan actividades más específicas a fin de que algún usuario nuevo, que llegue a ejecutar el proceso, pueda realizar el procedimiento de nómina teniendo en cuenta las acciones allí registradas.</p> <p>Lo antes descrito permite determinar la adopción de mejores prácticas, lo que lleva a la Entidad a evitar la materialización de riesgos e impedir que se presenten situaciones que puedan afectar el logro del objetivo del proceso.</p>	<p>El Manual de usuario de Nomina, es de autoría directamente del proveedor, por lo que en talento humano no tenemos acceso a modificación ni actualización. No obstante se consulto con el proveedor e indica que esta en proceso de actualización del manual.</p> <p><b>Se realizará consulta nuevamente al Proveedor sobre la actualización del manual de nomina. No obstante los despliegues que se realizan de actualización del sistema son informados y se tienen en cuenta para el proceso</b></p>			Tener un manual mas especifico y claro para el proceso.	30/12/2021	Talento Humano	Proveedor			<p>De acuerdo a consulta realizada al proveedor e indican que como tal no realizan actualización al manual sino que cuando se realiza una actualización envían el instructivo con los nuevos cambios. ( se adjunta copia correo e instructivos).</p> <p>Es de anotar que si un usuario nuevo requiere capacitación mas especifica, estas se programa con el proveedor.</p> <p><b>Noviembre 08 del 2021, análisis realizado por control Interno:</b></p> <p>Al verificar el soporte entregado, se puede observar que el manual no se puede actualizar por ser de autoría del proveedor, por parte del mismo se envían los instructivos con los cambios realizados.</p> <p>Dado lo anterior, no se propone acción para este hallazgo y por lo tanto tampoco fecha de obtención de resultados, quedando la acción en estado abierta y se evaluará posteriormente.</p> <p>Es necesario se plantee una acción que evite la materialización de un riesgo y la misma se evaluará posteriormente.</p>
2020305624	18/12/2020		<p>8.1.2 Deficiencias en el software Sicoferp - ERP</p> <p>Se evidenciaron deficiencias en el software de que dispone la Institución para el manejo de nómina, considerando que:</p> <p>1. En la muestra seleccionada para las nóminas de Docentes de Cátedra, Ocasiones y Planta, en la deducciones realizadas por concepto de salud, pensión y fondo de solidaridad pensional, se estableció que no para todas las deducciones se redondea al múltiplo de cien más cercano, por el contrario, se realizan aproximaciones por encima de los \$100, como se detalla a continuación:</p> <p>Lo antes descrito podría dar lugar demandas e incluso implicaciones penales al incumplir con lo dispuesto en la normatividad vigente.</p> <p>2. Errores en liquidación de seguridad social, por lo que las responsables del manejo de nómina deben realizar revisión en Excel cada vez que se liquida la nómina, (información suministrada en reunión sostenida el 19 de noviembre de 2020), para no incurrir en errores y de presentarse, se generan tickets para que el proveedor del software revise que sucedió, Lo que permite determinar que se requiere de un trabajo muy manual para la liquidación de la nómina, por tanto, el margen de error es mayor.</p> <p>Como soporte de ello, se cuenta con ticket generado 30 de octubre de 2020.</p> <p>Lo que implica para la Institución reprocesos, sobrecostos e incluso pérdida de credibilidad de la información suministrada.</p> <p>Las situaciones antes descritas permiten identificar la materialización de un riesgo de incumplimiento a lo establecido en Decreto 1990 de 2016, que determina:</p>	<p>El sistema realiza el calculo de las deducciones de seguridad social en cada periodo liquidado, es decir en cada nomina quincenal de manera independiente. Para cada una la deducción la realiza de acuerdo a cada tipo de nomina ( si es institucional o convenios) ya que un docente puede estar en nomina de diferentes convenios.</p> <p>Por lo tanto, al sistema calcular y redondear la deducción en cada nomina independiente, al realizar el calculo sobre el total acumulado podria dar diferencia.</p> <p>Significa entonces que el sistema realiza los calculos correctos en cada nomina.</p> <p>Respecto a la liquidación de la seguridad social y en vista de que el sistema puede presentar algún tipo de error, precisamente por ello se realizan las revisiones y controles necesarios a fin de garantizar que la información sea correcta.</p> <p>No obstante se pondrá a consideración del proveedor las inquietudes y se hará los análisis respectivos.</p> <p><b>En aras de garantizar el control, se seguira revisando la liquidacion de seguridad social en excel verificando los calculos y accogiendo la normalidad establecida respecto al redondeo de 100.</b></p>	1/03/2021	31/12/2021	Dar cumplimiento a la normatividad	31/12/2021 <b>Permanente</b>	Talento Humano	Lider TH			<p>Como se dijo anteriormente, el sistema realiza el calculo en cada periodo y por lineas y por cada nomina liquidada. Se anexa respuesta que habia dado al proveedor al respecto de como el sistema realiza los calculos.</p> <p>Para la liquidación de Seguridad Social, se ha venido presentado estabilidad de las novedades presentadas.</p> <p>Es de aclarar que la información es revisada independiente si el sistema realiza los cálculos correctos, esto nos da mayor tranquilidad y sirve como control.</p> <p><b>Noviembre 08 del 2021, análisis realizado por control Interno:</b></p> <p>Al verificar la respuesta del ticket se aclara que los ajustes al redondeo del IBC se redondean al peso superior y en cuanto a la seguridad social e intereses se redondea al 100 superior.</p> <p>Dado lo anterior, no se propone acción para este hallazgo, quedando en estado abierta.</p> <p>Es necesario se plantee una acción que evite la materialización de un riesgo y la misma se evaluará posteriormente, ya que la fecha de obtención de resultados es a diciembre del 2021.</p>

		<p>8.1.3 Transferencia de conocimiento</p> <p>Lo que permite identificar que, en su mayoría el equipo de Gestión del Talento Humano está conformado por contratistas y que dos (2) de ellas, son responsables del proceso de nómina.</p> <p>El que el equipo de trabajo responsable del procedimiento de la nómina esté conformado en su mayoría por contratistas, representa un riesgo de gestión para la Institución, considerando que sus contratos son por prestación de servicios y cabe la posibilidad de que no sean renovados, situación que se constituye en un riesgo por toda la operatividad que se debe efectuar para liquidar las diferentes nóminas de la Institución</p> <p>Al respecto determina el Decreto 1499 de 2017 a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y gestión – MIPG, versión 3 de diciembre de 2019:</p> <p>"En síntesis, la gestión del conocimiento y la innovación dentro del MIPG busca que las entidades:</p> <p>(...)</p> <p><input type="checkbox"/> Mitiguen la fuga de conocimiento.</p> <p>(...)</p> <p><input type="checkbox"/> Identifiquen y transfieran el conocimiento, fortaleciendo los canales y espacios para su apropiación.</p> <p><i>— Promuevan la cultura de la difusión y la comunicación del conocimiento en los servidores</i></p>	<p>La estructura del área esta definida de esta manera, sin embargo se escalara el caso a la alta dirección en miras de su fortalecimiento.</p> <p>Si bien la mayoría del personal del área son contratistas, se tiene establecido que se deben tener los backups para cada cargo, esto es, en el evento que algún contratista no pueda realizar las labores, estas deben ser suplidas por otra persona del área.</p> <p><b>Aun se encuentra en proceso el estudio de modernización administrativa en la cual se definirán las estructuras del área. No obstante en el área se continuara con las personas actuales a fin de prestar el servicio.</b></p>	1/04/2021		estabilización en el área a fin de no incurrir en riesgos	Talento Humano-Directivas	Líder TH		<p>Actualmente se esta realizando el estudio de Modernización Administrativa con la finalidad de identificar y establecer la planta de personal apta para la entidad.</p> <p>No obstante mientras ello sucede, se continua la estructura actual con los contratistas a fin de ejecutar el proceso y no ver afectada la institución.</p> <p><b>Noviembre 08 del 2021, análisis realizado por control Interno:</b></p> <p>No se propone acción para este hallazgo, quedando en estado abierta.</p> <p>Es necesario se plantee una acción que evite la materialización de un riesgo y la misma se evaluara posteriormente, sin fecha de obtención de resultados.</p>
		<p>8.1.4 Deficiencias en la Identificación de riesgos</p> <p>Al verificar la matriz riesgos de gestión de la Institución, se evidencia identificación de riesgos y controles que pueden aplicar a la unidad auditable.</p> <p>No obstante, no se evidencia la identificación de riesgos, ni el diseño de controles directamente relacionados con el proceso de nómina.</p> <p>Lo que permite determinar el incumplimiento de La Ley 87 de 1993, artículo 2º, 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>La matriz de riesgos si contempla riesgos asociados al proceso de nomina de forma general . Sin embargo se retomara el tema con la persona encargada de los riesgos para su análisis.</p> <p><b>La matriz de riesgos fue actualizada</b></p>	1/05/2021	31/12/2021	Identificar los riesgos asociados al proceso de nomina.	Talento humano - Riesgos	Líder TH - responsable de riesgos		<p>Se considera que este no es un hallazgo toda vez que la matriz si tiene riesgos asociados al proceso de nomina.</p> <p>No obstante con la revisión que se esta realizando actualmente con la persona responsable de los riesgos, la finalidad es su fortalecimiento y mejoramiento.</p> <p>Se anexa plantilla de reuniones</p> <p><b>Noviembre 08 del 2021, análisis realizado por control Interno:</b></p> <p>En los soportes suministrados, se puede observar el riesgo "4. Errores en liquidación de nómina" y los siguientes controles:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión detallada del informe que genera el programa de nómina con las novedades.</li> <li>2. Análisis y revisión de novedades y verificación con la fuente en caso de alguna desviación.</li> <li>3. Capacitación y actualización permanente en la normatividad relacionada.</li> </ol> <p>Los mismos se pueden evidenciar en la página institucional en el siguiente link: <a href="https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/MAPA-DE-RIESGOS-DE-GESTION-2020.pdf">https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/MAPA-DE-RIESGOS-DE-GESTION-2020.pdf</a></p> <p>Por lo antes observado, la acción queda en estado abierta hasta tanto se verifique la efectividad de los controles dispuestos por parte de la Institución.</p>
		<p>8.1.5 Evaluación actividades de control</p> <p>El Departamento Administrativo de la Función pública, establece en la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital, versión 4 de octubre de 2018, las "variables a evaluar para el adecuado diseño de controles", como se detalla a continuación:</p> <p>En evaluación de actividades definidas en el procedimiento de nómina, código TH-PR-013, versión 3 del 22 de septiembre de 2020, se determinó que las mismas no dan cumplimiento a lo establecido en la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, como se detalla a continuación:</p>	<p>Se realizara revisión del procedimiento con la persona encargada de riesgos.</p> <p><b>Estamos en proceso de actualización.</b></p>	1/05/2021	31/12/2021		Talento humano - Riesgos	Líder TH - responsable de riesgos		<p>Revisio el procedimiento se puede observar que en varias de las actividades se tienen acciones de control tales como la revisión de.....</p> <p>No obstante con apoyo del área de riesgos se evaluara mas a fondo el procedimiento y se realizara los cambios, correcciones o actualizaciones a que de lugar.</p> <p>Con la revisión de las matriz de riesgos se esta fortaleciendo la identificación de estos.</p> <p><b>Noviembre 08 del 2021, análisis realizado por control Interno:</b></p> <p>Se cuenta con el soporte 04, en el mismo se puede observar que el procedimiento de nómina, código TH-PR-013, versión 3 del 22 de septiembre de 2020, no se encuentra actualizado.</p> <p>Por lo tanto, la acción queda en estado abierta y se encuentra dentro de la fecha de obtención de resultados a diciembre del 2021.</p>

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

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

**SEGUIMIENTO**

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

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

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

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

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
<p>Noviembre 08 del 2021</p> <p>Noviembre 30 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>Correo enviado el 07 de octubre del 2021, enviado desde la auxiliar de nómina al líder de talento humano. Soporte 1.</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>Al verificar el soporte entregado, se puede observar que el manual no se puede actualizar por ser de autoría del proveedor, por parte del mismo se envían los instructivos con los cambios realizados.</p> <p>Dado lo anterior, no se propone acción para este hallazgo y por lo tanto tampoco fecha de obtención de resultados, quedando la acción en estado abierta y se evaluará posteriormente.</p> <p>Es necesario se plantee una acción que evite la materialización de un riesgo y la misma se evaluará posteriormente.</p> <p><b>Noviembre 30:</b> No se propone nueva acción.</p> <p>Por lo tanto, se reitera que la acción continúa abierta y se evaluará posteriormente, fecha programada a diciembre del 2021.</p>	<p>Abierta</p>
<p>Noviembre 08 del 2021</p> <p>Noviembre 30 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>Captura del tiket, con respuesta al incidente reportado. Soporte 2.</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>Al verificar la respuesta del tiket se aclara que los ajustes al redondeo del IBC se redondean al peso superior y en cuanto a la seguridad social e intereses se redondea al 100 superior.</p> <p>Dado lo anterior, no se propone acción para este hallazgo, quedando en estado abierta,</p> <p>Es necesario se plantee una acción que evite la materialización de un riesgo y la misma se evaluará posteriormente, ya que la fecha de obtención de resultados es a diciembre del 2021.</p> <p><b>Noviembre 30:</b> Se propone nueva acción.</p> <p>Por lo tanto, se reitera que la acción continúa abierta y se evaluará posteriormente, fecha programada permanente</p>	<p>Abierta</p>

Noviembre 08 del 2021	Observación		No se requiere información adicional	No se propone acción para este hallazgo, quedando en estado abierta, Es necesario se plantee una acción que evite la materialización de un riesgo y la misma se evaluara posteriormente, sin fecha de obtención de resultados.	Abierta
Noviembre 08 del 2021	Observación	Copia de plantilla asesoría riesgos de gestión. Soporte 3. Mapa de riesgos de gestión. Soporte 3.	No se requiere información adicional	En los soportes suministrados, se puede observar el riesgo "4. Errores en liquidación de nómina" y los siguientes controles: _ 1. Revisión detallada del informe que genera el programa de nómina con las novedades. _ 2. Análisis y revisión de novedades y verificación con la fuente en caso de alguna desviación. _ 3. Capacitación y actualización permanente en la normatividad relacionada. Los mismos se pueden evidenciar en la página institucional en el siguiente link: <a href="https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/MAPA-DE-RIESGOS-DE-GESTION-2020.pdf">https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/MAPA-DE-RIESGOS-DE-GESTION-2020.pdf</a> Por lo antes observado, la acción queda en estado abierta hasta tanto se verifique la efectividad de los controles dispuestos por parte de la Institución.	Abierta
Noviembre 08 del 2021	Rastreo	No se suministraron evidencias.	No se requiere información adicional	Se cuenta con el soporte 04, en el mismo se puede observar que el procedimiento de nómina, código TH-PR-013, versión 3 del 22 de septiembre de 2020, no se encuentra actualizado. Por lo tanto, la acción queda en estado abierta y se encuentra dentro de la fecha de obtención de resultados a diciembre del 2021.	Abierta

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	Estado de la acción
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	<p>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.</p> <p>Documentarlo en los inventarios realizados en cada área, realizar chequeo aleatorio a los inventarios ejecutados cada semestre.</p> <p>socialización específica con todos los integrantes de TI y bienes y servicios dejando 1 acta como constancia en el tercer trimestre</p> <p>Actualización base de datos de equipos de computo del área de tecnología de manera trimestral</p>	<p>Noviembre 08 y 09 de 2021</p> <p>Diciembre 01 del 2021</p>	Observación	<p>1. Correo masivo cada semestre advertencia de citación de pruebas covid y comparendos Correo de Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia - 1 de junio Correo de Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia - 7 de mayo Correo de Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia - 14 de mayo Correo de Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia - 20 de mayo Correo de Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia - 26 de mayo Correo de Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia - 28 de mayo</p> <p>Evidencia correo que son los centros de datos fraudes electrónicos movimiento de equipos de computo préstamo de pc , fraudes electrónicos , lineamientos seguridad y p de la informa préstamo de pc , fraudes electrónicos , lineamientos seguridad y p de la informa préstamo de pc , fraudes electrónicos , lineamientos seguridad y p de la informa préstamo de pc , fraudes electrónicos , lineamientos seguridad y p de la informa préstamo de pc , fraudes electrónicos , lineamientos seguridad y p de la informa</p> <p>2. Documentario en los inventarios realizados en cada área 2020-1 Acta de Reunión #1 2021-1 Acta de Reunión #2 Control y verificación de inventario</p> <p>3. Socialización específica con todos los integrantes de TI y Bienes Socialización Acta de Reunión #1</p>	No se solicita información adicional	<p>1. En los soportes suministrados se puede evidenciar: _No se deje engañar: delincuentes citan a fallas pruebas de coronavirus y notificación de comparendos. _CAMBIOS EN SOLICITUD DE PRÉSTAMO DE EQUIPOS, FRAUDES ELECTRÓNICOS. _FRAUDES ELECTRÓNICOS _FRAUDES ELECTRÓNICOS _FRAUDES ELECTRÓNICOS _FRAUDES ELECTRÓNICOS _FRAUDES ELECTRÓNICOS _Antes de realizar un movimiento de un equipo de cómputo, debes hacer el reporte al área de tecnología, con el fin de que esta pueda realizar los ajustes necesarios para su uso. _CAMBIOS EN SOLICITUD DE PRÉSTAMO DE EQUIPOS, FRAUDES ELECTRÓNICOS _CAMBIOS EN SOLICITUD DE PRÉSTAMO DE EQUIPOS, FRAUDES ELECTRÓNICOS. _CAMBIOS EN SOLICITUD DE PRÉSTAMO DE EQUIPOS, FRAUDES ELECTRÓNICOS.</p> <p>Si bien se observa que los soportes suministrados por la institución son piezas página web, en las mismas no se observa la socialización a todas las áreas del Acuerdo No.012-2019, específicamente lo establecido para el préstamo, traslado y retiro de bienes institucionales, ni tampoco el correo masivo en cada semestre, por lo tanto, la acción queda en estado abierta.</p> <p>2. En el soporte suministrado por la institución, se puede observar los siguientes temas tratados: Acta No. 1: I. Control e inventario tecnológico. II. Diseño de plan de confrontación de inventario entre Gestión de Tecnología y Bienes y servicios. III. Determinar y establecer cómo se ejecutará el chequeo y verificación de inventario.</p> <p>Acta No. 2: I. Seleccionar equipos a los cuales se va a realizar la confrontación de inventario físico vs teórico entre Gestión de Tecnología y Bienes y servicios. II. evaluar la forma en la que se está realizando el chequeo y control de inventario. III. Análisis de resultados de las confrontaciones</p> <p>Soporte: Control y verificación de inventario: Control de inventario 2020-2 de: medios audiovisuales, bienestar, control interno, talento humano, secretaria general, virtualidad, comunicaciones (uno por dependencia). Control y verificación de inventario 2021-1: Medios audiovisuales, bienestar, admisiones, talento humano, gestión legal, virtualidad, comunicaciones (uno por dependencias)</p> <p>Se puede observar la documentación de los inventarios realizados en las áreas relacionadas anteriormente, en el semestre 2020-2 y 2021-1, por lo tanto, esta acción se da por cerrada.</p> <p>3. socialización específica con todos los integrantes de TI e infraestructura dejando un acta como constancia en el tercer trimestre, en los soportes suministrados por la institución se puede observar el acta No. 01 del 22 de febrero del 2021, entre el líder del proceso de tecnología e informática y la líder el sub proceso de bienes y servicios, encontrando que se manejan los siguientes temas: I. Acuerdo suministro de información de inventarios tecnológicos por parte de bienes y servicios al área de tecnología e informática. II. Determinar procedimiento de cómo se debe actuar cuando no coincide la información. III. Planificación de inventarios tecnológicos.</p> <p>Sin embargo, no se observa la socialización específica a todos los integrantes de TI, el acta no fue elaborada en el tercer trimestre, seguidamente, no se cuenta con evidencias que den cuenta del desarrollo de las actividades establecidas en el acta como lo son: el cruce de información entre estos dos procesos para identificar diferencias o algún tipo de novedad entre las bases de datos y la verificación física de los bienes, ni la realización permanente de inventarios rotativos, por tanto la acción continúa abierta y se evaluará posteriormente,</p> <p>4. No se cuenta con soportes de la actualización de la base de datos de equipos de cómputo del área de tecnología de manera trimestral.</p> <p>La acción se encuentra fuera de la fecha establecida a diciembre del 2020:</p> <p><b>Diciembre del 2021:</b> Se solicita ampliación de la fecha de obtención de resultados a julio del 2022, por lo tanto, se reitera que la acción continúa abierta y será evaluada posteriormente.</p>	<p>1. Abierta</p> <p>2. Cerrada</p> <p>3. Abierta</p> <p>4. Abierta</p> <p>Se concluye en general que las acciones están en estado abiertas.</p>
2	No se halló evidencia que permita determinar que licencias se encuentran instaladas en cada equipo de cómputo, no observando 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.	<p>Noviembre 08 y 09 de 2021</p> <p>Diciembre 01 del 2021</p>	Observación	Aplicativo para control de licencias Acta de Reunión #1	No se solicita información adicional	<p>En el soporte suministrado por la institución (acta del 05 de mayo del 2021), se manejan los siguientes temas: I. Aplicativo para el control de licencias. II. Porcentaje de avance en la construcción. III. Bondades del aplicativo. IV. Descripción del proceso.</p> <p>Sin embargo, no se cuenta con una evidencia que permita establecer un cumplimiento de avance del 80%.</p> <p>Por lo tanto, la acción continúa abierta y se evaluara posteriormente, la acción se encuentra fuera de la fecha establecida a marzo del 2021.</p> <p><b>Diciembre del 2021:</b> Se solicita ampliación de la fecha de obtención de resultados a julio del 2022, por lo tanto, se reitera que la acción continúa abierta y será evaluada posteriormente.</p>	Abierta

3	Deficiencias en la aplicación de la resolución 296 del 16 de noviembre de 2018, ya que los equipos de cómputo con placas 13857 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.	Noviembre 08 y 09 de 2021 Diciembre 01 del 2021	Observación	_Políticas en perfiles de usuarios _Revisión de políticas en perfiles de usuarios - Acta reunión # 3 _Revisión de políticas en perfiles de usuarios - Acta reunión # 1 _Revisión de políticas en perfiles de usuarios - Acta reunión # 2 _Revisión de políticas en perfiles de usuarios - Acta reunión # 4	No se solicita información adicional	Se observa en las actas suministradas por la institución lo siguiente:  Acta No. 1 del 10 de agosto del 2020, orden del día: I) Verificación aleatoria de política en perfiles de usuarios, II) Aportar ideas para la implementación, III) establecer y determinar la mejor forma de realizar el procedimiento.  Acta No. 2 del 18 de noviembre del 2020, orden del día: I) Evaluar cumplimiento de verificación, II) registro la verificación., III), conclusión de la verificación (todos los equipos verificados cumplen con las políticas de perfiles de los usuarios debido a que no permite instalar software sin autorización.  Acta No. 3 de febrero 4 de 2021, orden del día: I) evaluar cumplimiento de verificación, II) registro de verificación, III) conclusión de la verificación.  Acta No. 4 de mayo 5 de 2021, orden del día: I) evaluar cumplimiento de verificación, II) registro de verificación, III) conclusión de la verificación.  En el seguimiento que se llevó a cabo en el primer semestre de la vigencia 2021, no se contaba con evidencias de la revisión trimestral al 30 de noviembre del 2020.  La acción continúa abierta, ya que la información suministrada no es coherente con la recibida en el seguimiento anterior en especial con las actas No.1 y No. 2, y se evaluará posteriormente.  La acción se encuentra fuera de la fecha establecida a noviembre del 2020.  <b>Diciembre del 2021:</b> Se solicita ampliación de la fecha de obtención de resultados a julio del 2022, por lo tanto, se reitera que la acción continúa abierta y será evaluada posteriormente.	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 auditoria 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	Noviembre 08 y 09 de 2021 Diciembre 01 del 2021	Observación	_ Plan de mejoramiento - Acta de Reunión #1 _ Plan de mejoramiento - Acta de Reunión #2 _ Plan de mejoramiento - Acta de Reunión #3 _ Plan de mejoramiento - Acta de Reunión #4	No se solicita información adicional	Se observa en las actas suministradas por la institución lo siguiente:  Acta No. 1 del 12 de agosto del 2020, orden del día: I) Consolidar el plan de mejoramiento, II) Dar a conocer el plan de mejora pendiente de tecnología, III) definir compromisos.  Acta No. 2 del 20 de noviembre del 2020; orden del día: I) Implementar los temas de acción de mejora, II) Funciones y compromisos que desempeña cada integrante. III) evidencias en los diferentes ítems del plan de mejoramiento, IV) presentar ideas para cumplir con lo requerido en el plan de mejoramiento.  Acta N. 3 del 09 de febrero de 2021, orden del día: I) determinar cada uno de los puntos de acción de mejora, II) Evaluar el cumplimiento de las actividades que desempeña cada integrante, III) evidenciar las actividades planteadas en el plan de mejoramiento, IV) objetivos propuestos para cumplir con la meta.  Acta No. 4 del 11 de mayo del 2021, orden del día: I) Presentación del plan de mejoramiento, II) Medir el cumplimiento de las funciones que desempeña cada integrante del equipo de trabajo, III) Analizar las actividades planteadas en el plan de mejoramiento, IV) Compromisos para continuar con los objetivos trazados, V) Programar con el equipo de trabajo la fecha para la siguiente reunión.  Se observa según los soportes entregados la periodicidad de las actas cada tres meses, mas no se cuenta con los soportes que permitan evidencia la acción ejecutada (seguimiento de manera trimestral sobre las acciones presentadas para plan de mejoramiento).  En cuanto a la acción por parte de 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, no se cuenta con los respectivos soportes.  La acción continúa abierta, ya que la información suministrada no es coherente con la recibida en el primer semestre de la vigencia 2021, en especial con las actas No.1 y No. 2, la acción se evaluará posteriormente.  La acción se encuentra fuera de la fecha establecida a noviembre del 2020.  <b>Diciembre del 2021:</b> Se solicita ampliación de la fecha de obtención de resultados a julio del 2022, por lo tanto, se reitera que la acción continúa abierta y será evaluada posteriormente.	Abierta

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

N.º de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	OBSERVACIÓN PROCESO PLANEACIÓN INSTITUCIONAL OCTUBRE 8 DE 2021 Noviembre 24 y 25 d 2021
7	<p><b>DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS</b></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><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></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>	<p>Funcionamiento canal PQRSFD, informe que se publica trimestralmente en la página web de la institución.</p> <p><b>COMUNICACIONES.</b></p> <p>Noviembre 24 y 25: En la pagina web se encuentra publicado el informe PQRSFD con su respectivo analisis.</p> <p>En la revisión de la Alta Dirección, una de las entradas es el analisis de las PQRSFD. (anexo informe Revisión Alta Dirección pag. 66 y 67).</p>

N.º de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento	OBSERVACIONES PRESENTADAS POR PLANEACIÓN OCTUBRE 8 DE 2021 Noviembre 24 y 25

10 y 18	<p><b>DIMENSIÓN EVALUACIÓN DE RESULTADOS</b></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:</p> <p><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></p> <p><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/</a></p>	<p>Para los riesgos que están en alta o extrema aumentar la frecuencia de seguimiento cada cuatro meses, de igual manera en caso de que un riesgo se materialice se registre en la propuesta de la política los pasos en caso de que se materialice. Incluir en la matriz de riesgos de que en caso de que el riesgo se materialice que protocolo se debe seguir.</p>	<p>En la política están definidas las acciones a seguir en el caso de materialización de un riesgo. (Tipo de riesgo, responsable y acción a seguir).</p> <p>Además en la matriz de riesgo se adiciono una columna "Acciones implementadas ante posible materialización del riesgo", donde se dejará el registro de las acciones a seguir en caso de materialización del riesgo.</p> <p>En las reuniones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y en reunión del Comité Coordinador de Control Interno se han venido presentando informes de gestión de los riesgos ubicados en altos y extremos y sus controles implementados para mitigar los riesgos y riesgos materializados. Ver actas del Comité.</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:</p> <p><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></p> <p><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/</a></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumentar la frecuencia del seguimiento a los riesgos cuyo riesgo residual se encuentre en Alta y Extrema a cada 4 meses (En concordancia con la Política de Administración del Riesgo, que está en proceso de aprobación).</li> <li>2. Enviar a la Alta Dirección un informe del comportamiento de estos riesgos que incluya el seguimiento a los controles implementados.</li> <li>3. Incluir en el Comité de Desempeño, el Informe de Gestión de Riesgos ubicados en niveles Alta y Extrema.</li> <li>4. Utilizar los canales virtuales para recordar a los líderes de proceso (1a. línea de defensa) las responsabilidades frente a la Administración de los Riesgos.</li> <li>5. Entrenamiento en los puestos de trabajo a los líderes de proceso en materia de riesgos institucionales. Actividad que se programará para el segundo semestre del año.</li> </ol>	<p><b>Noviembre 24 y 25: Informe elaborado de riesgos operativos elaborado con corte a abril 30 de 2021 se presentan los riesgos ubicados en nivel altos y extremos y los controles para mitigar los riesgos. Anexo informe.</b></p>

<p>16</p>	<p><b>DIMENSIÓN CONTROL INTERNO</b></p> <p><b>COMPONENTE MONITOREO O SUPERVISIÓN CONTINUA</b></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:  “(…) 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”  – 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. (…)  Como soporte de ello se tienen los informes que pueden ser consultados en:</p> <p><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></p> <p><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/</a></p>	<p>Seguimiento permanente a los riesgos, indicadores, compromisos de la Alta Dirección, informe PQRSFD</p>	<p>La Oficina de Planeación realiza los siguientes seguimientos:  Riesgos de corrupción, cada 4 meses  Riesgos de Gestión, cada año y los riesgos ubicados en alto y extremo, cada 4 meses  Indicadores, cada 6 meses  Comunicaciones realizará seguimiento mensual e informes trimestrales a las PQRSFD.</p> <p><b>Noviembre 24 y 25: PLANEACION:</b></p> <p><b>Informe elaborado de riesgos operativos elaborado con corte a abril 30 de 2021 se presentan los riesgos ubicados en nivel altos y extremos y los controles para mitigar los riesgos. Anexo informe.</b></p> <p><b>Se realizo seguimiento a los compromisos generados en la reunion de la Alta Direccion del 2020 y en la reunion del 2021 se presento informe con el seguimiento a los compromisos establecidos. (ver informe Revisi'pon Alta Dirección).</b></p>
-----------	---	--	--

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
<p>Noviembre 09 de 2021</p> <p>Diciembre 02 del 2021</p>	Rastreo	No se suministran evidencias para soportar la acción.	No se requiere información adicional.	<p>Se puede observar en la página web institucional, en el siguiente link: <a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/ley-de-transparencia/informes-de-pqrsfd/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/ley-de-transparencia/informes-de-pqrsfd/</a>, los informes de las PQRSFD, así:</p> <p>_ Informe de PQRSFD enero a marzo 2021.            _ Informe de PQRSFD abril a junio 2021.            _ Informe de PQRSFD julio a septiembre 2021</p> <p>En los mismo se puede observar: la introducción, el detallado de PQRSFD, el informe por tipo de PQRSFD, PQRSFD por estado, PQRSFD año y resultado.</p> <p>Los informes son estadísticos sin ningún tipo de análisis, por lo tanto, la acción no es eficaz y continua en estado abierta.</p> <p><b>Diciembre:</b> Acción: 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> <p>Verificando la información en el soporte suministrado por la Instrucción, se puede observar que, se tiene información con corte a octubre 20 de 2021, en el mismo se especifica el total de las PQRSFD separadas por motivo y el porcentaje, se informa que los derechos de petición predominan y que se creo una nueva categoría llamada solicitud de información, seguidamente anuncian cual proceso a tenido mayor participación de entradas en la PQRSFD.</p> <p>Sin embargo no se observa las acciones de mejora de los procesos con el fin de evitar la materializar riesgos.</p> <p>Por lo tanto, se reitera que la acción continúa abierta.</p>	Abierta

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
-----------------------	-------------------------------	-----------------------	---	------------	---------------------

<p>Noviembre 09 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>Acta No. 3 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño</p> <p>Acta No. 4 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>1. Si bien la institución cuenta con el acuerdo No. 011 del 2020, política administración del riesgo, donde se definen las acciones en caso de materialización del riesgo, y se cuenta en la matriz de riesgos con una columna de "acciones a implementar ante posible materialización de riesgos", la política debe ser revisada y ajustada de ser necesario de acuerdo a la nueva guía dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública.</p> <p>Por lo tanto, el estado de la acción es abierta y se evaluara posteriormente.</p> <p>2. En los soportes entregados por la institución, se puede observar: Acta No. 3: en su orden de día en el punto cuatro (4) informe de gestión de riesgos.</p> <p>En la misma, no se observa la presentación del informe de los riesgos ubicados en niveles Alto y Extremo, con frecuencia cuatrimestral, ni los controles que se tienen implementados para mitigar estos riesgos.</p> <p>Por lo tanto, el estado de la acción es abierta y se evaluara posteriormente.</p> <p>3. En las actas suministradas por Institución, no se evidencia en el orden del día el seguimiento y evaluación a los planes de mejoramiento de los riesgos que se han materializado.</p> <p>Por lo tanto, el estado de la acción es abierta y se evaluara posteriormente.</p> <p><b>Diciembre:</b> Actividad: "Para los riesgos que están en alta o extrema aumentar la frecuencia de seguimiento cada cuatro meses, de igual manera en caso de que un riesgo se materialice se registró en la propuesta de la política los pasos en caso de que se materialice. Incluir en la matriz de riesgos de que en caso de que el riesgo se materialice que protocolo se debe seguir.</p> <p>Como se anunció anteriormente,</p> <p>1. Si bien la institución cuenta con el acuerdo No. 011 del 2020, política administración del riesgo, donde se definen las acciones en caso de materialización del riesgo, y se cuenta en la matriz de riesgos con una columna de "acciones a implementar ante posible materialización de riesgos", la política debe ser revisada y ajustada de ser necesario de acuerdo a la nueva guía dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública.</p> <p>Por lo tanto, el estado de la acción es abierta y se evaluara posteriormente.</p> <p>En el nuevo soporte entregado por la institución, se puede observar el análisis monitoreo de los riesgos, con corte a abril del 2021, el soporte entregado, no da cuenta de que para los riesgos que están en alta o extrema aumentar la frecuencia de seguimiento cada cuatro meses.</p> <p>Por lo tanto, el estado de la acción es abierta y se evaluara posteriormente.</p>	<p>1. Abierta</p> <p>2. Abierta</p> <p>3. Abierta</p> <p>Se conluye el estado de la acción como abierta</p>
<p>Noviembre 09 del 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>Acta No. 3 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño</p> <p>Acta No. 4 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>1. En los soportes entregados por la institución, se puede observar: Acta No. 3: en su orden de día en el punto cuatro (4) informe de gestión de riesgos.</p> <p>En la misma, no se observa la presentación del informe de los riesgos ubicados en niveles Alto y Extremo, con frecuencia cuatrimestral, ni los controles que se tienen implementados para mitigar estos riesgos.</p> <p>Por lo tanto, el estado de la acción es abierta y se evaluara posteriormente.</p> <p>2. En las actas suministradas por Institución, no se evidencia en el orden del día el seguimiento y evaluación a los planes de mejoramiento de los riesgos que se han materializado.</p> <p>Por lo tanto, el estado de la acción es abierta y se evaluara posteriormente.</p> <p><b>Diciembre:</b> Actividad: "Para los riesgos que están en alta o extrema aumentar la frecuencia de seguimiento cada cuatro meses, de igual manera en caso de que un riesgo se materialice se registró en la propuesta de la política los pasos en caso de que se materialice. Incluir en la matriz de riesgos de que en caso de que el riesgo se materialice que protocolo se debe seguir.</p> <p>Como se anunció anteriormente,</p> <p>1. Si bien la institución cuenta con el acuerdo No. 011 del 2020, política administración del riesgo, donde se definen las acciones en caso de materialización del riesgo, y se cuenta en la matriz de riesgos con una columna de "acciones a implementar ante posible materialización de riesgos", la política debe ser revisada y ajustada de ser necesario de acuerdo a la nueva guía dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública.</p> <p>Por lo tanto, el estado de la acción es abierta y se evaluara posteriormente.</p> <p>En el nuevo soporte entregado por la institución, se puede observar el análisis monitoreo de los riesgos, con corte a abril del 2021, el soporte entregado, no da cuenta de que para los riesgos que están en alta o extrema aumentar la frecuencia de seguimiento cada cuatro meses.</p> <p>Por lo tanto, el estado de la acción es abierta y se evaluara posteriormente.</p>	<p>1. Abierta</p> <p>2. Abierta</p> <p>Se conluye el estado de la acción como abierta</p>

<p>Noviembre 10 del 2021 Diciembre 01 de 2021:</p>	<p>Rastreo</p>	<p>Informe de riesgos Informe de la alta dirección</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>... En la página web institucional se pueden observar los seguimientos realizados a los riesgos de corrupción cada cuatro meses, se cuenta con los el mapa de riesgos anticorrupción con corte al 30 de abril del 2021, mapa de riesgos de corrupción con corte a agosto 30 de 2021, los links son los siguientes:  <a href="https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/04/MAPADERIESGOSDECORRUPCI%C3%93N_042021.pdf">https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/04/MAPADERIESGOSDECORRUPCI%C3%93N_042021.pdf</a>  <a href="https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/09/MAPA-DE-RIESGOS-DE-CORRUPCI%C3%93N_PUBLICA30082021.pdf">https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/09/MAPA-DE-RIESGOS-DE-CORRUPCI%C3%93N_PUBLICA30082021.pdf</a>  ... para la vigencia 2020 se observa el mapa de riesgos anticorrupción con corte a los meses de diciembre, agosto y abril, link:  <a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/planeacion-institucional/planeacion-institucional-7/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/planeacion-institucional/planeacion-institucional-7/</a>  En cuanto a los riesgos de gestión, se realiza seguimiento cada año, se observa en la página web institución el mapa de riesgos de gestión de diciembre 2020, 2019, 2018, link relacionado: <a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/planeacion-institucional/planeacion-institucional-7/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/planeacion-institucional/planeacion-institucional-7/</a>.  No se cuenta con soportes que permitan determinar que la oficina de planeación realiza seguimiento a los riesgos ubicados en alto y extremo ni a los compromisos de la Alta Dirección y Comunicaciones realizará seguimiento mensual a los informes PQRSFD  Por lo anterior la acción queda abierta y se evaluara posteriormente.  <b>Diciembre:</b> Con los soportes suministrados puede observar:  ... En el nuevo soporte entregado por la institución, se puede observar el análisis monitoreo de los riesgos, con corte a abril del 2021, el soporte entregado, no da cuenta de que para los riesgos que están en alta o extrema aumentar la frecuencia de seguimiento cada cuatro meses.  ... se observa en el informe de la revisión por la dirección, en el numeral 1.2 el estado de las acciones de las revisiones previas o seguimiento a los compromisos de la revisión por la dirección anterior.  ... Los informe de las PQRSFD, se encuentran publicados en la página web institucional en el siguiente link:  <a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/ley-de-transparencia/informes-de-pqrsfd/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/ley-de-transparencia/informes-de-pqrsfd/</a>  ... Se cuenta con soportes que da cuenta del seguimiento a los indicadores.  Por lo tanto, el estado de la acción es abierta</p>	<p>Abierta</p>
--	----------------	--	---	--	----------------

Seguimiento plan de mejoramiento ASCI, semestre I de 2020.		
N.º del hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta
<b>COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL</b>		
<b>EVALUACION DE RIESGOS</b>		
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 adiciono una columna donde se dejará el registro de las acciones a seguir en caso de materialización de un riesgo.
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.
<b>ACTIVIDADES DE CONTROL</b>		
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.

<b>OBSERVACIÓN PROCESO PLANEACIÓN INSTITUCIONAL - OCTUBRE 8 DE 2021</b>
<b>Noviembre 24 y 25</b>
<p>El proceso de Planeación Institucional tiene propuesta de Riesgos Estratégicos la cual se va a presentar al Comité Institucional de Gestión y Desempeño.</p> <p><b>Noviembre 24 y 25: PLANEACIÓN:</b></p> <p>Se anexa informe eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos, las oportunidades y sus tendencias, el cual fue soporte en la Revisión por la Alta Dirección, sobre los controles implementados para evitar la materialización de los riesgos y determinar el nivel de riesgo de la Institución.</p>
<p>La Institución esta adelantando el estudio de modernización administrativa, la cual esta contemplada dentro del Plan de Desarrollo, lo que busca segregar adecuadamente las funciones, en aras del cumplimiento de los principios de la función administrativa.</p>
<p>Desde el proceso de Tecnología se esta estructurando con el apoyo de Planeación la nueva política manejo del software, la cual esta programada su aprobación para el mes de diciembre de 2021.</p>

4	Es importante que la Institución defina una política con relación a contratar desarrollos de software, u optar por desarrollos propios o adquirir software, a fin de dar cumplimiento a la política de "gobierno digital", que precisa el decreto 1499 de 2017.	<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 información esta integrada, además, que el manejo de las bases de datos estaba en un 100% a cargo de los proveedores del software,</p> <p>Por lo anterior, ya se definieron algunas normas que ya se están aplicando en la institución, las cuales tienen que ver con que cualquier desarrollo de software nuevo / modificación / adición / eliminación / compra, debe ser analizada en primera instancia por el área de Informática (Tecnología), donde se revisa el qué, cómo, cuándo y porqué de la misma, y determinar con los proveedores la necesidad concretamente, por otra parte, la institución en aras de tener el control pleno de sus bases de datos, esta recibiendo por áreas el control total de la misma, lo que nos permitirá determinar según lo estipulado que para el año 2021 ya tengamos el control pleno de toda la información, como también, se esta analizando la posibilidad que la institución de igual forma obtenga los programas fuente de todos los desarrollos con el fin de poder en un futuro cercano darle continuidad a los desarrollos directamente desde la misma con desarrolladores propios, que cubran las necesidades de todo el campus y extensiones de la institución. Se revisará con el Vicerrector Administrativo la propuesta de política para la contratación del software.</p>
<b>INFORMACION Y COMUNICACIÓN</b>		
1	Es importante revisar y fortalecer las políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva, de conformidad con el Decreto 1499 de 2017, política de gestión y desempeño "información y comunicación".	Gestión de Comunicaciones se compromete a revisar las políticas y procedimientos, con el fin de presentar nuevos y mejores procesos de comunicación internos que permitan al público Institucional (estudiantes, docentes, administrativos y contratistas) vivenciar mejores procesos de información y actualización de noticias internas.
<b>ACTIVIDADES DE MONITOREO</b>		
1	Es necesario que el Comité Institucional Coordinador de Control Interno, como instancia responsable del mantenimiento y fortalecimiento del sistema de control interno, efectúe el análisis de los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros), consolide y de concluya sobre el impacto en el Sistema de Control Interno, a fin de determinar los cursos de acción. Lo anterior, con fundamento en el artículo 13 de la Ley 87 de 1993 el artículo 2.2.21.1.6 del Decreto 648 de 2017, así como con la Resolución interna No. 199 de 2017.	En aras del cumplimiento de este compromiso, se presentarán al Comité Institucional Coordinador de Control Interno los informes externos presentados por los diferentes órganos de control y los organismos interno

<p>El proceso de Gestión de Comunicaciones ha revisado y actualizado sus procedimientos en G+.</p> <p>Como complemento a la acción el proceso de Gestión de Comunicaciones presentó a los líderes de los procesos el Plan de Comunicaciones y Mercadeo con el objetivo de sensibilizar y afianzar los procedimientos y las comunicaciones en el manejo y correcto funcionamiento de todo el proceso.</p> <p>Anexo: listado de asistencia.</p>
<p>Desde la Dirección de Control Interno, 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> <p>Memorando radicado 2020304019 del 23 de septiembre de 2020.</p> <p>En reuniones del Comité Institucional Coordinador de Control Interno, se incorporaron en el orden del día temas como revisión estados financieros, seguimiento a PQRSDF, seguimiento Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno y estatuto de la actividad de auditoría.</p> <p>El Director Operativo de Control Interno, como secretario del Comité Institucional Coordinador de Control Interno, debe solicitar e incluir dentro del orden del día los análisis de los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros).</p>

3	Es importante fortalecer los mecanismos dispuestos por la Institución, acorde con el esquema de líneas de defensa, para efectuar el monitoreo continuo como parte de las actividades de la 2a línea de defensa, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones, de conformidad con el decreto 1499 de 2017, política de gestión y desempeño de "control interno".	Socialización responsabilidades líneas de defensa. PENDIENTE ACLARAR.
---	---	--

Dentro del proceso de reinducción realizado los días 17 y 19 de agosto de 2021, se incluyó la socialización de las responsabilidades de las líneas de defensa. Resolución 090 de 2020.  
Ver Programación reinducción 2021 y presentación líneas de defensa.

**Noviembre 24 y 25: PLANEACIÓN:**

**La acción de mejoramiento hace referencia socialización de las responsabilidades de las líneas de defensa.**

Seguimiento plan de mejoramiento ASCI, semestre I de 2020.		
N.º del hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta
<b>EVALUACION DE RIESGOS</b>		
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.

**OBSERVACIÓN PROCESO PLANEACIÓN INSTITUCIONAL - OCTUBRE 8 DE 2021**

**Noviembre 24 y 25**

Se cuenta con análisis de contexto elaborado para el plan de desarrollo 2020 - 2024. (Ver Plan de Desarrollo Institucional).

Desde el proceso de Planeación se trabajó en la formulación del contexto estratégico desde el tema de los riesgos, el cual es requerimiento de ley y se estructuró para trabajarlo a través de la metodología PESTAL, que son los factores políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ambientales y legales, que afectan la institución, se analizó los factores que afectan positivamente y negativamente (amenazas y oportunidades) y en este análisis se incluyó todo el tema de la pandemia.

**PLANEACIÓN:**

Envió el análisis del contexto actualizado a abril 30 de 2021 resultado del cruce con los riesgos identificados por proceso a la fecha.

El contexto inicial fue elaborado en el mes de septiembre de 2020.

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
<p>Noviembre 09 de 2021</p> <p>Diciembre 01 de 2021</p>	Rastreo	<p>No se cuenta con evidencias que soporten el cumplimiento de esta acción</p> <p>Informe de riesgos abril 2021</p>	No se requiere información adicional.	<p>No se cuenta con los Riesgos Estratégicos definidos para la IUCMA, se cuenta con una propuesta de los mismos la cual se va a presentar al Comité Institucional de Gestión y Desempeño.</p> <p>La acción continúa abierta y se evaluará posteriormente.</p> <p><b>Diciembre:</b> En las nuevas evidencias entregadas por la institución, se puede observar que el informe con corte a abril de 2021 contiene los siguientes temas: Introducción, marco legal, plan de trabajo administración de los riesgos 2021, actividades realizadas, análisis monitoreo de los riesgos (riesgos de gestión, riesgos de corrupción, conclusiones), inobservando el tema de " la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos, las oportunidades y sus tendencias".</p> <p>Por lo tanto, se reitera que la acción continúa abierta.</p>	Abierta
<p>Noviembre 09 de 2021</p>	Rastreo	<p>No se cuenta con evidencias que soporten el cumplimiento de esta acción</p>	No se requiere información adicional.	<p>La Institución está adelantando el estudio de modernización administrativa, la cual está contemplada dentro del Plan de Desarrollo.</p> <p>Acción sin avance, ya que cuenta con el diagnóstico que se está llevando por la UDEA lo tanto continúa abierta y se evaluará posteriormente.</p>	Abierta

Noviembre 09 de 2021	Rastreo	No se cuenta con evidencias que soporten el cumplimiento de esta acción	No se requiere información adicional.	Acción sin avance, por lo tanto continúa abierta y se evaluará posteriormente.	Abierta
Noviembre 09 de 2021	Observación	Evidencia plan de comunicaciones, soporte 3.	No se requiere información adicional.	<p>En el soporte entregado por la institución, se puede observar el listado de asistencia: evento plan de comunicaciones y mercadeo del 22 de julio del 2021.</p> <p>No se cuenta con los soportes de la revisión de las políticas y procedimientos del proceso de comunicaciones con el fin de presentar nuevos y mejores procesos de comunicación internos.</p> <p>Por lo anterior, la acción queda en estado abierta y será evaluada posteriormente.</p>	Abierta
Noviembre 09 de 2021	Rastreo	No se cuenta con evidencias que soporten el cumplimiento de esta acción	No se requiere información adicional.	<p>En las reuniones que se han llevado a cabo por parte del CICCI y como instancia responsable del mantenimiento y fortalecimiento del sistema de control interno, no se ha efectuado un análisis de los informes recibidos de entes externos y concluya sobre el impacto en el Sistema de Control Interno.</p> <p>Por parte del secretario del CICCI se propuso el tema, el mismo no fue aprobado por rectoría.</p>	Abierta

<p>Noviembre 09 de 2021</p>	<p>Observación</p>	<p>Programación reinducción Presentación-líneas de defensa</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>Si bien en la reinducción institucional llevada a cabo el 17 de agosto del 2021, se socializo las responsabilidades de las líneas de defensa, resolución 090 de 2020, la misma no da cuenta de que se efectuó el monitoreo continuo de las actividades de la 2a línea de defensa, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones.</p> <p>Por lo tanto la acción queda abierta.</p> <p><b>Diciembre:</b> Se aclara por parte de la líder del proceso de planeación institucional, que la acción hace referencia a la socialización de la resolución de las tres líneas de defensa.</p> <p>En las auditorías realizadas pro la Dirección de Control Interno, se identifican aún incumplimientos por parte de las líneas de defensa institucionales.,</p> <p>Por lo tanto, la acción queda en estado abierta</p>	<p>Abierta</p>
-----------------------------	--------------------	--	---	--	----------------

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
<p>Noviembre 09 de 2021</p> <p>Diciembre 01 del 2021</p>	<p>Rastreo</p>	<p>No se entregó soportes para evidenciar la ejecución de la acción.</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>Si bien se cuenta con el análisis de contexto elaborado para el plan de desarrollo 2020-2024, no se cuenta con el seguimiento de la efectividad del análisis de contexto interno y externo.</p> <p>Por lo anterior, la acción queda en estado abierta parcialmente y se evaluará posteriormente.</p> <p><b>Diciembre:</b> Se cuenta con el nuevo soportes suministrado por la Institución, en el se evidencia el análisis de contexto estratégico para administración de riesgos con corte a abril y marzo por proceso.</p> <p>Sin embargo, no se tiene 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</p> <p>Estado de la acción abierta.</p>	<p>Abierta</p>

**ANEXO No. 3**  
**ACCIONES CERRADAS**  
**PARCIALMENTE**  
**VIGENCIA 2020**

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

N.º de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	OBSERVACIONES PRESENTADAS POR PLANEACIÓN	
			OCTUBRE 8 DE 2021	
			Noviembre 24 y 25 del 2021	
9 y 24	<p><b>DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS</b></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><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></p> <p><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/</a></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 conlleven 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>La institución dentro del proceso de reinducción institucional realizado los días 17 y 19 de agosto de 2021, se socializaron los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manual de Supervisión.</li> <li>- Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno.</li> <li>- Personal Administrativo y docente de Planta: Capacitaciones y temas de relevancia a nivel institucional la asistencia es obligatoria. Solo se podía dirigir al personal de planta.</li> <li>- Obligatoriedad en el cumplimiento y actualización de las disposiciones legales vigentes.</li> <li>- Acciones por parte de la entidad que propendan por evitar que el riesgo de cumplimiento se siga materializando en forma recurrente.</li> <li>- Consecuencias derivadas de la materialización de riesgos de corrupción: responsabilidades fiscales, disciplinarias y penales. Conductas calificadas como inadecuadas y sus respectivas sanciones.</li> </ul>	
	<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:</p> <p><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></p> <p><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/</a></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 conlleven 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>Los temas anteriores con el fin de minimizar los riesgos de incumplimiento normativo.</p> <p>Control: planillas de asistencias.</p> <p>Anexo: Programación reinducción y presentación Diego Alejandro Atuesta Acevedo.</p> <p>Adicionalmente desde el Area Juridica se realizó sensibilización a los coordinadores de los convenios sobre el tema de Manual de Supervisión.</p> <p><b>Noviembre 24 y 25: GESTIÓN LEGAL.</b></p> <p><b>Se va a revisar y actualizar el Manual de Contratación. Para la proxima reinducción (2022) se socializará el Manual de Contratación y Buenas Prácticas.</b></p>	

14 y 19	<p><b>DIMENSIÓN CONTROL INTERNO</b></p> <p><b>COMPONENTE GESTIÓN DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES</b></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>		<p>En las reuniones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y en el Comité Coordinador de Control Interno se han venido presentando informes de gestión de los riesgos y sus controles implementados para mitigar los riesgos ya materializados. Ver actas del Comité.</p> <p>Todos los procesos tienen incluidos riesgos de fraude. Ver informe seguimiento riesgos pagina web.</p>
14 y 19	<p>2. 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, 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>		

<p>20</p>	<p>Componente actividades de control</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":</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:  <a href="http://www.colmayor.edu.co/load.php?name=Paginas&amp;id=2164">http://www.colmayor.edu.co/load.php?name=Paginas&amp;id=2164</a>  <a href="http://www.colmayor.edu.co/load.php?name=Paginas&amp;id=2164">http://www.colmayor.edu.co/load.php?name=Paginas&amp;id=2164</a>  <a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></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>La institución dentro del proceso de reinducción institucional realizado los días 17 y 19 de agosto de 2021, se socializaron los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal Administrativo y docente de Planta: Capacitaciones y temas de relevancia a nivel institucional la asistencia es obligatoria. Solo se podía dirigir al personal de planta.</li> <li>- Obligatoriedad en el cumplimiento y actualización de las disposiciones legales vigentes.</li> <li>- Acciones por parte de la entidad que propendan por evitar que el riesgo de cumplimiento se siga materializando en forma recurrente.</li> <li>- Consecuencias derivadas de la materialización de riesgos de corrupción: responsabilidades fiscales, disciplinarias y penales. Conductas calificadas como inadecuadas y sus respectivas sanciones.</li> </ul> <p>Control: planillas de asistencias.</p> <p>Anexo: Programación reinducción y presentación Diego Alejandro Atuesta Acevedo.</p> <p>Además desde el Área Jurídica se realizó sensibilización a los coordinadores de los convenios sobre el tema de Manual de Supervisión.</p> <p><b>Noviembre 24 y 25: GESTIÓN LEGAL.</b></p> <p><b>Se va a revisar y actualizar el Manual de Contratación. Para la próxima reinducción (2022) se socializará el Manual de Contratación y Buenas Prácticas.</b></p>
<p>11 y 25</p>	<p><b>DIMENSIÓN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b></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>Soporte:</p> <p>Informe de auditoría legal Ley de transparencia y acceso a la información pública, vigencia 2019.</p> <p><a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></p>	<p>Con el fin de tener un mejor control sobre la información publicada en la página web institucional, se informará lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol> <p>Además se programa capacitación en temas de Ley de Transparencia.</p>	<p>Se elaboró la política de Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la cual está aprobada inicialmente por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, esta pendiente por aprobación por parte del Consejo Directivo.</p> <p>En el proceso de reinducción realizado los días 17 y 19 de agosto de 2021 se realizó la sensibilización de Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.</p> <p>Desde el proceso de Planeación mediante lista de chequeo verifica el cumplimiento en la publicación de toda la información requerida por Ley de Transparencia.</p> <p>Anexo lista de chequeo.</p> <p>Se realizó 2 actividades de interacción mediante las redes sociales institucionales por medio de preguntas a través de las historias de Instagram y Facebook, para fomentar la cultura de la rendición de cuentas. Actividad programada y ejecutada en el PAAC-2021.</p> <p>En el mes de octubre se realizará 1 foro virtual aplicando la metodología del diálogo de doble vía con los diferentes grupos de valor y de interés con la participación ciudadana para que se propongan temas de impacto para la comunidad. Actividad programada dentro del PAAC - 2021.</p> <p><b>Noviembre 24 y 25 PLANEACIÓN:</b></p> <p><b>El seguimiento se debe de realizar de acuerdo con las acciones propuestas por el proceso de Planeación, las cuales fueron la elaboración de la política, socialización proceso de reinducción institucional y la lista de chequeo. Las cuales fueron realizadas.</b></p>

<p>15, 26 y 27</p>	<p><b>DIMENSIÓN CONTROL INTERNO</b></p> <p><b>COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b></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>Soporte:  <a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></p>	<p>Funcionamiento software de indicadores, Plan Indicativo y Plan de Acción sistematizado, se solicitara el manejo de los riesgos se pueda realizar mediante software con el fin de agilizar y minimizar problemas en el manejo de los riesgos institucionales.</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:  <a href="https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/">https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/</a></p>	<p>Se están implementando y actualizando nuevos software para que el Proceso de Planeación coordine el diligenciamiento y actualización de toda la información de la Institución, los cuales son: Indicadores, Estadísticas, Plan de Acción, Plan Indicativo, proyectos. Se va a proceder a implementar software para el manejo de Riesgos y Planes de Mejoramiento. Los líderes de los procesos son los responsables de tener actualizada la información y Planeación revisa, consolida y entrega las solicitudes de informes.</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.</p> <p>Para el manejo de los riesgos este se empezará a manejar por el software de G+ con el fin de agilizar y minimizar problemas en el manejo de los riesgos institucionales.</p> <p><b>Diciembre: PLANEACIÓN:</b></p> <p><b>Los softwares de indicadores, estadísticas, Plan Indicativo y Plan de Acción, están funcionando lo cual lo pueden verificar con el proceso de Planeación.</b></p> <p><b>Desde de Control Interno favor verificar el funcionamiento de los softwar en el proceso de Planeación.</b></p>

Componente monitoreo o supervisión continua

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:

"(...) 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"

– 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. (...)

Como soporte de ello se tienen los informes que pueden ser consultados en:

<https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/>  
<https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/>

Se están implementando y actualizando nuevos software para que el Proceso de Planeación coordine el diligenciamiento y actualización de toda la información de la Institución, los cuales son: Indicadores, Estadísticas, Plan de Acción, Plan Indicativo, proyectos. Se va a proceder a implementar el manejo de Riesgos y Planes de Mejoramiento. Los líderes de los procesos son los responsables de tener actualizada la información y Planeación revisa, consolida y entrega las solicitudes de informes. Herramientas que permite realizar el monitoreo a la operación de la entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso.

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
<p>Noviembre 09 del 2021 Diciembre 01 del 2021</p>	<p>Rastreo</p>	<p>No se entregan soportes que den cuenta del cumplimiento de la acción</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>En la reinducción institucional llevada a cabo los días 17 y 19 de agosto, se trataron temas como: _ Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno. _ Manual de Supervisión.</p> <p>No se cuenta con soportes en cuanto a: Manual de Contratación, Manual de Buenas Prácticas.</p> <p>Dado lo anterior, la acción queda en estado de parcialmente cerrada y posteriormente será evaluada.</p> <p><b>Diciembre1 del 2021:</b> No se cuenta con soportes en cuanto a: Manual de Contratación, Manual de Buenas Prácticas (revisión y actualización).</p> <p>Dado lo anterior, se ratifica que la acción queda en estado de parcialmente cerrada y posteriormente será evaluada.</p>	<p>Parcialmente cerrada.</p>
<p>Noviembre 09 del 2021 Diciembre 01 del 2021</p>	<p>Rastreo</p>	<p>No se entregan soportes que den cuenta del cumplimiento de la acción</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>En la reinducción institucional llevada a cabo los días 17 y 19 de agosto, se trataron temas como: _ Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno. _ Manual de Supervisión.</p> <p>No se cuenta con soportes en cuanto a: Manual de Contratación, Manual de Buenas Prácticas.</p> <p>Dado lo anterior, la acción queda en un estado de parcialmente cerrada y posteriormente será evaluada.</p> <p><b>Diciembre1 del 2021:</b> No se cuenta con soportes en cuanto a: Manual de Contratación, Manual de Buenas Prácticas (revisión y actualización).</p> <p>Dado lo anterior, se ratifica que la acción queda en estado de parcialmente cerrada y posteriormente será evaluada.</p>	<p>Parcialmente cerrada.</p>

<p>Noviembre 10 del 2021 Diciembre 01 el 2021</p>	<p>Rastreo y observación</p>	<p>Acta No. 5 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño</p> <p>Acta No. 3 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Soporte 9.</p> <p>Acta No. 4 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Soporte 9.</p> <p>Informe para la revisión por la Dirección</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>En los soportes suministrados por la institución se puede observar:</p> <p>1. Acta No.3, se trataron los siguientes temas:  Propuesta política de Planeación Institucional.  _ Informe medición MIPG – Función Pública  _ Propuesta política Prevención Daño Antijurídico  _ Informe Gestión de Riesgos  _ Plan implementación actualización guía para la administración de los riesgos.</p> <p>Acta No. 4, se trataron los siguientes temas:  _ Revisión ajuste de Propuesta política de Planeación Institucional.  _ Propuesta Política Gestión Información de Estadística.  _ Propuesta Política Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  _ Socialización plan de auditoría interna del Sistema de Gestión Integral -SGI de 2021.</p> <p>Acta No. 5, se trataron los siguientes temas:  _ Presentación de ajustes finales para aprobación de Políticas de Planeación Institucional, Gestión Información Estadísticas y Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Responsable: Planeación.</p> <p>_ Propuesta Política de Administración de Riesgos. Responsable: Planeación.  _ Propuesta de Política de Servicio al Ciudadano. Responsable: Gestión de Comunicaciones.  _ Plan Estratégico de Talento Humano – PETH. Responsable: Gestión del Talento Humano</p> <p>Acta No. 003 del CCICJ llevado a cabo el 15 de julio del 2021, tema socializado: Seguimiento a la implementación de la política de administración de riesgos, primer semestre de 2021.</p> <p>En la actas que se tienen como soportes, no se observa 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. Se cuenta con el mapa de riesgos de gestión publicado en la página web institucional con corte a diciembre del 2020, en el siguiente link: <a href="https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/MAPE-DE-RIESGOS-DE-GESTION-2020.pdf">https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/MAPE-DE-RIESGOS-DE-GESTION-2020.pdf</a>.</p> <p>Los procesos que tiene identificados riesgos de fraude son:  admisiones, registro y control graduado, apoyos educativo internacionalización, aseguramiento de la calidad, investigación, bienes y servicio, laboratorios institucionales, bienestar institucional, iacma, control interno, quédate en colmayor, docencia, sg-sis, gestión ambiental, virtualidad, infraestructura, g. de la mejora, g. de tecnología e informática, g. comunicación, g. documental, extensión y proyección social, g.legal, graduados.</p> <p>Por lo anterior la acción se da por cerrada</p> <p><b>Diciembre:</b> Actividad 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>Si bien en el informe para la revisión por la dirección, en su numeral 1.10, se observa los resultados de la gestión realizada sobre los riesgos y oportunidades, allí se identifican la cantidad de riesgos y como se encuentran distribuidos en el mapa de calor, seguidamente, se identifican la cantidad de riesgos de corrupción y como se distribuye en el mapa de calor, inobservando el análisis sobre los controles implementados para evitar la materialización de los riesgos y determinar el nivel de riesgo de la Institución.</p> <p>Por lo anterior, la acción continúa abierta.</p> <p>la segunda acción se dio por cerrada en el seguimiento realizado el 09 de noviembre del 2021.</p> <p>Por lo tanto se ratifica que el estado de la acción es parcialmente cerrada.</p>	<p>Parcialmente cerradas.</p>
<p>Noviembre 10 del 2021 Diciembre 01 el 2021</p>	<p>Rastreo y observación</p>	<p>Acta No. 5 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño</p> <p>Acta No. 3 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Soporte 9.</p> <p>Acta No. 4 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Soporte 9.</p> <p>Informe para la revisión por la Dirección</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>En los soportes suministrados por la institución se puede observar:</p> <p>1. Acta No.3, se trataron los siguientes temas:  Propuesta política de Planeación Institucional.  _ Informe medición MIPG – Función Pública  _ Propuesta política Prevención Daño Antijurídico  _ Informe Gestión de Riesgos  _ Plan implementación actualización guía para la administración de los riesgos.</p> <p>Acta No. 4, se trataron los siguientes temas:  _ Revisión ajuste de Propuesta política de Planeación Institucional.  _ Propuesta Política Gestión Información de Estadística.  _ Propuesta Política Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  _ Socialización plan de auditoría interna del Sistema de Gestión Integral -SGI de 2021.</p> <p>Acta No. 5, se trataron los siguientes temas:  _ Presentación de ajustes finales para aprobación de Políticas de Planeación Institucional, Gestión Información Estadísticas y Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Responsable: Planeación.</p> <p>_ Propuesta Política de Administración de Riesgos. Responsable: Planeación.  _ Propuesta de Política de Servicio al Ciudadano. Responsable: Gestión de Comunicaciones.  _ Plan Estratégico de Talento Humano – PETH. Responsable: Gestión del Talento Humano</p> <p>Acta No. 003 del CCICJ llevado a cabo el 15 de julio del 2021, tema socializado: Seguimiento a la implementación de la política de administración de riesgos, primer semestre de 2021.</p> <p>En la actas que se tienen como soportes, no se observa 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. Se cuenta con el mapa de riesgos de gestión publicado en la página web institucional con corte a diciembre del 2020, en el siguiente link: <a href="https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/MAPE-DE-RIESGOS-DE-GESTION-2020.pdf">https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/MAPE-DE-RIESGOS-DE-GESTION-2020.pdf</a>.</p> <p>Los procesos que tiene identificados riesgos de fraude son:  admisiones, registro y control graduado, apoyos educativo internacionalización, aseguramiento de la calidad, investigación, bienes y servicio, laboratorios institucionales, bienestar institucional, iacma, control interno, quédate en colmayor, docencia, sg-sis, gestión ambiental, virtualidad, infraestructura, g. de la mejora, g. de tecnología e informática, g. comunicación, g. documental, extensión y proyección social, g.legal, graduados.</p> <p>Por lo anterior la acción se da por cerrada</p> <p><b>Diciembre:</b> Actividad 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>Si bien en el informe para la revisión por la dirección, en su numeral 1.10, se observa los resultados de la gestión realizada sobre los riesgos y oportunidades, allí se identifican la cantidad de riesgos y como se encuentran distribuidos en el mapa de calor, seguidamente, se identifican la cantidad de riesgos de corrupción y como se distribuye en el mapa de calor, inobservando el análisis sobre los controles implementados para evitar la materialización de los riesgos y determinar el nivel de riesgo de la Institución.</p> <p>Por lo anterior, la acción continúa abierta.</p> <p>la segunda acción se dio por cerrada en el seguimiento realizado el 09 de noviembre del 2021.</p> <p>Por lo tanto se ratifica que el estado de la acción es parcialmente cerrada.</p>	<p>Parcialmente cerradas.</p>

<p>Noviembre 09 del 2021 Diciembre 01 de 2021</p>	<p>Rastreo</p>	<p>No se entregan soportes que den cuenta del cumplimiento de la acción</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>En la reinducción institucional llevada a cabo los días 17 y 19 de agosto, se trataron temas como:        _ Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno.        _ Manual de Supervisión.        No se cuenta con soportes en cuanto a: Manual de Contratación, Manual de Buenas Prácticas.        Dado lo anterior, la acción queda en un estado de parcialmente cerrada y posteriormente será evaluada.  <b>Diciembre:</b> No se cuenta con soportes en cuanto a: Manual de Contratación, Manual de Buenas Prácticas (revisión y actualización).        Dado lo anterior, se ratifica que la acción queda en estado de parcialmente cerrada y posteriormente será evaluada.</p>	<p>Parcialmente cerrada.</p>
<p>Noviembre 09 del 2021 Diciembre 01 del 2021</p>	<p>Rastreo</p>	<p>No se entregan soportes que den cuenta del cumplimiento de la acción</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>Se puede evidenciar que las actividades propuestas no son acciones.        Sin embargo, se cuenta con el canal de información como lo es la página web y funcionando.        Por consiguiente, la acción continúa abierta.  <b>Diciembre 01:</b> Desde planeación se propone: la elaboración de la política, socialización proceso de reinducción institucional y la lista de chequeo.        Con la información suministrada, se puede establecer:        _ Se elaboró la política de Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la cual está aprobada inicialmente por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, está pendiente por aprobación por parte del Consejo Directivo.        Se establece que la acción se encuentra parcialmente cerrada.        La institución realizó el proceso de reinducción institucional, en agosto 17 de 2021 se presentó el tema: ley de transparencia y acceso a la información pública.        Se establece que la acción se encuentra cerrada.        _ Se cuenta con la lista de ley de transparencia, Resolución 1510 de 2020, información que por ley debe estar publicada en la página web        Se establece que la acción se encuentra cerrada.        Se concluye que el estado de la acción es parcialmente cerrada.</p>	<p>Parcialmente cerrada</p>

<p>Noviembre 10 del 2021</p> <p>Diciembre 01 el 2021</p>		<p>No se entregan soportes que den cuenta del cumplimiento de la acción</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>No se cuenta con soportes que permitan determinar que se encuentren funcionando los softwares de indicadores, estadísticas, Plan Indicativo y Plan de Acción.</p> <p>Como se indica en la respuesta dada por planeación, "Para el manejo de los riesgos este se empezará a manejar por el software de G+ ".</p> <p>Por lo anterior la acción queda abierta y la efectividad de la misma se evaluará posteriormente.</p> <p><b>Diciembre:</b> En reunión con las diferentes funcionarias de la institución y que hacen parte del proceso de planeación se puedo constatar que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ El software de Indicadores, Estadísticas: se encuentra funcionando.</li> <li>_ Plan de Acción: se encuentra funcionando.</li> <li>_ Plan Indicativo: se encuentra funcionando.</li> <li>_ Proyectos (banco de proyectos): esta funcionando.</li> <li>_ Riesgos: en este momento está contratado con G+, la implementación es en la vigencia 2022.</li> <li>_ Planes de Mejoramiento: se está cargando la información en G+ (los seguimientos), para poner al día el sistema con los planes de mejoramiento de los programas académicos, se tiene previsto utilizarlo desde planeación institucional para el 2022.</li> </ul> <p>Por lo anterior, la acción se da por cerrada parcialmente y posteriormente se le hara seguimieto a los sotware de riesgos y de planes de mejoramiento.</p>	<p>Parcialmente cerrada</p>
<p>Noviembre 10 del 2021</p>		<p>No se entregan soportes que den cuenta del cumplimiento de la acción</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>No se cuenta con soportes que permitan determinar que se encuentren funcionando los softwares de indicadores, estadísticas, Plan Indicativo y Plan de Acción.</p> <p>Como se indica en la respuesta dada por planeación, "Para el manejo de los riesgos este se empezará a manejar por el software de G+ ".</p> <p>Por lo anterior la acción queda abierta y la efectividad de la misma se evaluará posteriormente.</p> <p><b>Diciembre:</b> En reunión con las diferentes funcionarias de la institución y que hacen parte del proceso de planeación se puedo constatar que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ El software de Indicadores, Estadísticas: se encuentra funcionando.</li> <li>_ Plan de Acción: se encuentra funcionando.</li> <li>_ Plan Indicativo: se encuentra funcionando.</li> <li>_ Proyectos (banco de proyectos): esta funcionando.</li> <li>_ Riesgos: en este momento está contratado con G+, la implementación es en la vigencia 2022.</li> <li>_ Planes de Mejoramiento: se está cargando la información en G+ (los seguimientos), para poner al día el sistema con los planes de mejoramiento de los programas académicos, se tiene previsto utilizarlo desde planeación institucional para el 2022.</li> </ul> <p>Por lo anterior, la acción se da por cerrada parcialmente y posteriormente se le hara seguimieto a los sotware de riesgos y de planes de mejoramiento.</p>	<p>Parcialmente cerrada</p>

<p>Noviembre 10 del 2021</p>		<p>No se entregan soportes que den cuenta del cumplimiento de la acción</p>	<p>No se requiere información adicional</p>	<p>No se cuenta con soportes que permitan determinar que se encuentren funcionando los softwares de indicadores, estadísticas, Plan Indicativo y Plan de Acción.</p> <p>Como se indica en la respuesta dada por planeación, "Para el manejo de los riesgos este se empezará a manejar por el software de G+ ".</p> <p>Por lo anterior la acción queda abierta y la efectividad de la misma se evaluará posteriormente.</p> <p><b>Diciembre:</b> En reunión con las diferentes funcionarias de la institución y que hacen parte del proceso de planeación se pudo constatar que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ El software de Indicadores, Estadísticas: se encuentra funcionando.</li> <li>_ Plan de Acción: se encuentra funcionando.</li> <li>_ Plan Indicativo: se encuentra funcionando.</li> <li>_ Proyectos (banco de proyectos): esta funcionando.</li> <li>_ Riesgos: en este momento está contratado con G+, la implementación es en la vigencia 2022.</li> <li>_ Planes de Mejoramiento: se está cargando la información en G+ (los seguimientos), para poner al día el sistema con los planes de mejoramiento de los programas académicos, se tiene previsto utilizarlo desde planeación institucional para el 2022.</li> </ul> <p>Por lo anterior, la acción se da por cerrada parcialmente y posteriormente se le hará seguimiento a los software de riesgos y de planes de mejoramiento.</p>	<p>Parcialmente cerrada</p>
------------------------------	--	---	---	--	-----------------------------



**INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA**

<b>Unidad auditada</b>	Planes de mejoramiento (internos, externos).										
<b>Alcance de la auditoría</b>	Vigencia 2020.										
<b>Objetivo de la auditoría</b>	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.										
<b>Criterios de auditoría</b>	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.										
<b>Tipo de auditoría</b>	Legal	X	Basada en riesgos								
<b>Riesgos evaluados</b>	<table border="1"> <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>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**

**1. 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 octubre 12 de 2021, permanecen veintitrés (23) acciones abiertas, que equivalen a un 52%, considerando, que diez (10) de ellas están dentro de la fecha de obtención de resultados las restantes, es decir, trece (13) 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 la vigencia 2020:

Descripción	Número de Acciones	Porcentaje de participación
<b>Total acciones vigencia 2020</b>	49	No aplica
<b>Tota, acciones evaluadas</b>	44	No aplica
<b>Total de acciones efectivas (cerradas)</b>	12	27%
<b>Total de acciones cerradas parcialmente</b>	9	21%



**Total acciones abiertas**

23

52%

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.

**1. 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”.**

La evaluación de este punto de control se realizó en auditoría llevada a cabo en el primer semestre, se puede observar en el informe que tiene por radicado No. CI2021300347 del 23 de agosto de 2021 y se encuentra publicado en la página web institucional en el siguiente link: <https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/08/Informe-de-auditor%C3%ADa-planes-de-mejoramiento-internos-y-externos-2020-1.pdf>, en el mismo informe se concluye para el punto de control lo siguiente:

- 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.

En el desarrollo de la auditoría legal a los planes de mejoramiento internos y externos segundo semestre, no se observó modificaciones a este punto de control, ni controles nuevos determinados por parte de la Institución.

**CONCLUSIONES**

Se observó al interior de la Institución deficiencias para gestionar de manera eficaz las acciones propuestas en los planes de mejoramiento suscritos durante la vigencia 2020, dado que, el 52% corresponde a veintitrés (23) acciones que aún permanecen abiertas y nueve (9) acciones se encuentran en estado parcialmente cerradas que corresponde a 21%.

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.

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

#### RECOMENDACIONES

Es necesario que se gestione de manera efectiva los planes de mejoramiento que suscribe la Institución como resultados de las auditorias que se ejecutan desde la Dirección de Control Interno.

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

Es necesario que la Institución implemente acciones que garanticen la entrega oportuna y completa de información a la Dirección de Control Interno, para el cabal cumplimiento de sus funciones.

Nombre y Firma: JUAN GUILLERMO AGUDELO ARANGO

Cargo: Director Operativo de Control Interno

Fecha: Diciembre 03 de 2021

**Original firmado**