



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





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





INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
**COLEGIO MAYOR
DE ANTIOQUIA**

Acreditados
en **ALTA CALIDAD**



WWW.COLMAYOR.EDU.CO

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.

VIGILADO Por el Ministerio de Educación Nacional



Alcaldía de Medellín

Cra 78 N° 65 - 46 Robledo
Línea de atención al ciudadano 444 56 11 Ext 101
Línea gratuita 01 8000 415 380



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

Fuente: Elaboración propia

Elaboró: Profesional Control Interno





3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

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

Tabla 2 Relación de la normatividad aplicable

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

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

Elaboró: 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,

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





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

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”².

“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.”³

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

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

³ 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
TOTAL, ACCIONES	48	49

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:*”⁴

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

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.

⁴ https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljUBdeu/view_file/34268003

⁵ 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.
TOTALES	44	12	9	23	

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.

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”⁶.

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

“Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control”.⁸

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.

⁶ https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljUBdeu/view_file/34316499

⁷ Ídem del anterior.

⁸ 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

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: http://colombiacompra.gov.co 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	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. Por tanto, en esta dependencia reposaran los exámenes ocupacionales y la base de datos de aprobación, quien informará a su vez al área jurídica.	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%	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. Por lo tanto, la acción se da por cerrada.
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:	jose.sanchez@colmayor.edu.co	Teléfono y extensión:	4445611 Ext.240
-------------------------	---------------------------	---------------------	--	-----------------------	-----------------

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

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

Fecha de la Auditoria: corresponde a la fecha en que se radico el informe definitivo de 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 le 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	_ 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: http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/downloadFile.public?repositorioArchivo=00000000460&ruta=/documentacion/0000002385/0000000044 _ INV_MC_PROCESO_21-13-12325567_122003000_93797411 _ v2INV_MC_PROCESO_21-13-11542222_122003000_84002547 Soportes 1	No se requiere información adicional	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: http://colombiacompra.gov.co Por lo tanto, la acción se da por cerrada.	Cerrada
Noviembre 10 del 2021	Observación	Relación de contratos en la hoja de pruebas	No se requiere información adicional	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. Por lo tanto, la acción se da por cerrada.	Cerrada
Noviembre 10 del 2021	Observación	Relación de contratos en la hoja de pruebas	No se requiere información adicional	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.	Cerrada

Noviembre 10 del 2021	Observación	Relación de contratos en la hoja de pruebas	No se requiere información adicional	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. Por lo tanto, la acción se da por cerrada.	Cerrada
Noviembre 10 de 2021	Observación	_ 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. Soportes 2	No se requiere información adicional	Con los soportes suministrados se puede observar: _ 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. _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. _ 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. _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. _ 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. _Circular Informativa 02 de 2020 - Supervisión de Contratos del 3 de marzo de 2020: asunto supervisión de contratos. Los documentos antes mencionados, establecen algunos lineamientos respecto a temas importantes en torno a la contratación. La efectividad de las circulares de debe evaluar posteriormente en el marco de otra auditoría, por lo tanto, la acción queda en estado cerrada.	Cerrada

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
2 y 22	Dimensión Talento Humano 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. 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: <u>Capacitación supervisión bajo los parámetros de la Resolución No. 329 de 2013 – entre agosto 12 y septiembre 6 de 2019.</u> 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: 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; 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: 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. 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).	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. 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.	En la clausula No. 5 numeral 3 - Obligacion 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. Dentro del proceso de reinducción institucional realizado los dias 1 y 19 de agosto de 2021, se socializaron los temas de: - 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. - Obligatoriedad en el cumplimiento y actualización de las disposicones legales vigentes.
	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. 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. 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: 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; 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: 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. 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. Soportes: -Listado de Convocados y listado de asistencia - capacitación supervisión bajo los parámetros de la Resolución No. 329 de 2013. - Listado de convocados y listado de asistencia - socialización código de integridad, ética y buen gobierno y lineamientos sobre declaración conflictos de interés. -Listado de convocados y listado de asistencia - capacitación directivos liderazgo transformador. -Listado de convocados y listado de asistencia - Taller de resiliencia.	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. 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.	- 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. Control: planillas de asistencias. Anexo: Programación reinducción y presentación Diego Alejandro Atuesta Acevedo.

Componente información y comunicación 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. Como estrategias para ello se pueden considerar: Desarrollar "(...) ejercicios de participación ciudadana para identificar información de interés para los ciudadanos que deba ser publicada." "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." "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." "Identifique las condiciones de los grupos de interés, para que la información pueda ser transmitida en lenguaje claro y adecuado para su entendimiento." Soporte: Informe de auditoría legal Ley de transparencia y acceso a la información pública, vigencia 2019. https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/	1. Realización capacitación al personal de la institución sobre en el nuevo derecho de acceso a la información pública - Ley de Transparencia. 2. Realización de foros virtuales para identificar información de interés para los ciudadano y ser publicada. 3. Revisar mediante lista de chequeo información que por ley debe estar publicada en la pagina web.	Noviembre 24 y 25: PLANEACIÓN: 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.
---	---	---

Fecha de verificación	Técnica de auditoria 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.	Con los soportes entregados, se puede observar: 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. 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 teres 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. 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.	1. Cerrada 2. Cerrada 3. Cerrada Se concluye que las acciones se dan por cerradas

Esta respuesta aplica para dos hallazgos, tienen la misma acción

Noviembre 09 del 2021 Diciembre 01 de 2021	Rastreo y observación	Acta No. 5 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño	No se requiere información adicional	En los soportes entregados por la institución se puede evidenciar que: 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. _ 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. 2. Realización de foros virtuales para identificar información de interés para los ciudadanos y ser publicada. 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. Por lo anterior, la acción se encuentra cerrada 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. Diciembre 01 de 2021: 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. Por lo tanto la acción se da por cerrada.	Cerrada.
---	-----------------------	--	--------------------------------------	---	----------

Seguimiento plan de mejoramiento ASCI, semestre I de 2020.		
N.º del hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta
COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL		
3	Se observan deficiencias en la definición e implementación de mecanismos que propendan por el fortalecimiento del ciclo de vida de sus servidores, para lo cual, herramientas como el plan estratégico del talento humano son fundamentales, y es en este instrumento en el que se deben definir los lineamientos a seguir por la Entidad, que deben tener como propósito el desarrollo integral de sus funcionarios; considerando además las cinco rutas que establece el MIPG, ruta de la felicidad, ruta del crecimiento, ruta del servicio, ruta de la calidad y ruta del análisis de datos, de conformidad con la política de gestión estratégica del talento humano. Lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el decreto 1499 de 2017.	El Líder de Talento Humano revisará y ajustará de acuerdo a los lineamientos y actividades establecidos en la política de Gestión Estratégica de Talento Humano del MIPG, el Plan Estratégico de acuerdo al decreto 1499 de 2017.

OBSERVACIÓN PROCESO PLANEACIÓN INSTITUCIONAL - OCTUBRE 8 DE 2021
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.

N.º del hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta		OBSERVACIÓN PROCESO PLANEACIÓN INSTITUCIONAL - OCTUBRE 8 DE 2021
ACTIVIDADES DE CONTROL				
3	Es menester fortalecer las responsabilidades de evaluación y seguimiento de temas relevantes para la Institución, que le competen al Comité Institucional Coordinador de Control Interno - CICCÍ, 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.	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 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.		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. La propuesta fue aprobada. Memorando radicado 2020304019 del 23 de septiembre de 2020. 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.

INFORMACION Y COMUNICACIÓN			
3	La entidad debe fortalecer sus procedimientos internos que le permitan analizar periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes, considerando lo dispuesto en el decreto 1499 de 2017, en la política de gestión y desempeño "planeación institucional".	Consolidar los informes de percepción de los usuarios respecto a los servicios que presta la entidad: Admisiones, virtualidad, Quédate en Colmayor, Biblioteca, Bienestar, Infraestructura, Tecnología. Planeación consolidará los informes donde se analicen los resultados frente a la evaluación de la percepción de los usuarios o grupos de valor	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.

ACTIVIDADES DE MONITOREO			
2	Es menester fortalecer los mecanismos dispuestos por la Institución para hacer el seguimiento que se debe efectuar por parte de la Alta Dirección, a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el Sistema de Control Interno y determinar su efectividad y si se han cumplido en el tiempo establecido, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1499 de 2017, política de gestión de desempeño "control interno".	Informar a los 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.	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: _ Obligoriedad en el cumplimiento y actualización de las disposicones 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 - 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. - Obligoriedad en el cumplimiento y actualización de las disposicones 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. Control: planillas de asistencias. Anexo: Programación reinducción y presentación Diego Alejandro Atuesta Acevedo. Noviembre 24 y 25 de 2021: RECTORIA: Desde Rectoria 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). Además desde la Secretaria 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).

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.	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: https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/01/PLAN-ESTRATEGICO-TALENTO-HUMANO-COLMAYOR-2021.pdf Por lo tanto, la acción es efectiva y se da por cerrada.	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 entrego soportes para evidenciar la ejecución de la acción.	No se requiere información adicional	Se cuenta con el memorando 2020304019 del 23 de septiembre el 2020, para la vigencia 2020. 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: _ Socialización propuesta del plan general de auditoria a ejecutar por parte de la DCI, durante la vigencia 2021. _ Resultados de las auditorías que se ejecutaron a finales de la vigencia 2020, a cargo de la Dirección de Control Interno. _ Resultados de la evaluación de la actividad de auditoría que realizó la Institución a cargo de la Dirección de Control Interno. _ Estados Financieros enero 2021 a cargo de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera. _ Seguimiento a la ejecución del plan general de auditoría, vigencia 2021. _ Seguimiento a la implementación de la política de administración de riesgos, primer semestre de 2021. _ Seguimiento a la aplicación código de integridad, ética y buen gobierno y _ seguimiento a la gestión adelantada por la Institución frente a los conflictos de interés. _ Informe de seguimiento a las PQRSFD, primer semestre de 2021. _ Presentar resultados del informe fiscal y financiero presentado por la Contraloría General de Medellín, vigencia 2020. _ Seguimiento a la ejecución del plan general de auditoría, vigencia 2021. _ Informe de avance a la implementación de planes de mejoramiento 2021. _ Avance de los proyectos de inversión 2021. La acción es eficaz y se da por cerrada.Se cuenta con el memorando 2020304019 del 23 de septiembre el 2020, para la vigencia 2020. 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: _ Socialización propuesta del plan general de auditoria a ejecutar por parte de la DCI, durante la vigencia 2021. _ Resultados de las auditorías que se ejecutaron a finales de la vigencia 2020, a cargo de la Dirección de Control Interno. _ Resultados de la evaluación de la actividad de auditoría que realizó la Institución a cargo de la Dirección de Control Interno. _ Estados Financieros enero 2021 a cargo de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera. _ Seguimiento a la ejecución del plan general de auditoría, vigencia 2021. _ Seguimiento a la implementación de la política de administración de riesgos, primer semestre de 2021. _ Seguimiento a la aplicación código de integridad, ética y buen gobierno y _ seguimiento a la gestión adelantada por la Institución frente a los conflictos de interés. _ Informe de seguimiento a las PQRSFD, primer semestre de 2021. _ Presentar resultados del informe fiscal y financiero presentado por la Contraloría General de Medellín, vigencia 2020. _ Seguimiento a la ejecución del plan general de auditoría, vigencia 2021. _ Informe de avance a la implementación de planes de mejoramiento 2021. _ Avance de los proyectos de inversión 2021. La acción es eficaz y se da por cerrada.	Cerrada

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

Noviembre 09 de 2021 Diciembre 01 del 2021	Rastreo	Programación reinducción y presentación Diego Alejandro Atuesta Acevedo. Circular Informativa cumplimiento de plans de mejoramiento. Acta No. 4 del 9 de noviembre del CICCI	No se requiere información adicional	Desde el proceso de reinducción institucional, se trataron los siguientes temas: _ Obligoriedad 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 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. Diciembre 01 de 2021: Se observa con los nuevos soportes entregados por la institución: _ 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. _ 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. Acta No. 04 del 2021 del CICCI: punto 3 el orden del día Informe de avance a la implementación de planes de mejoramiento 2021. El estado de la acción es cerrado.	cerrada
--	---------	---	--------------------------------------	--	---------

ANEXO No. 2

ACCIONES

ABIERTAS 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	8.1.2	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:				Teléfono y extensión:	
								jose.sanchez@colmayor.edu.co				4445611 Ext.240	

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

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

Fecha de la Auditoria: corresponde a la fecha en que se radico el informe definitivo de 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 le 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	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	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 %	
			8.1.1 Actualización manual de nómina Se identificó que la Institución realizó actualización al manual de nómina, denominado "Manual de Usuario Nómina" para el software SicoERP, en el que se indica: -Forma de ingreso al sistema -Información para administrador del sistema - 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. 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. 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.	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. Se realizará consulta nuevamente al Proveedor sobre la actualización del manual de nomina. No obstante los despliegues que se realizan de actualizacion del sistema son informados y se tienen en cuenta para el proceso								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). Es de anotar que si un usuario nuevo requiere capacitación mas especifica, estas se programa con el proveedor. Noviembre 08 del 2021, análisis realizado por control Interno: 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. 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. Es necesario se plantee una acción que evite la materialización de un riesgo y la misma se evaluará posteriormente.	
2020305624	18/12/2020		8.1.2 Deficiencias en el software Sicoof - ERP Se evidenciaron deficiencias en el software de que dispone la Institución para el manejo de nómina, considerando que: 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: Lo antes descrito podría dar lugar demandas e incluso implicaciones penales al incumplir con lo dispuesto en la normatividad vigente. 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. Como soporte de ello, se cuenta con ticket generado 30 de octubre de 2020. Lo que implica para la Institución reprocesos, sobrecostos e incluso pérdida de credibilidad de la información suministrada. Las situaciones antes descritas permiten identificar la materialización de un riesgo de incumplimiento a lo establecido en Decreto 1990 de 2016, que determina:	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 caletra 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. Por lo tanto, al sistema calcular y redondear la deducción en cada nomina independiente, al realizar el calculo sobre el total acumulado podría dar diferencia. Significa entonces que el sistema realiza los cálculos correctos en cada nomina. 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. No obstante se pondrá a consideración del proveedor las inquietudes y se hará los análisis respectivos. En aras de garantizar el control, se seguira revisando la liquidacion de seguridad social en excel verificando los calculos y acogiendo la normatividad establecida respecto al redondeo de 100.	1/03/2021	31/12/2021	Dar cumplimiento a la normatividad	31/12/2021	Permanente	Talento Humano	Lider TH		Como se dijo anteriormente, el sistema realiza el calculo en cada periodo y por líneas y por cada nomina liquidada. Se anexa respuesta que habia dado el proveedor al respecto de como el sistema realiza los cálculos. Para la liquidación de Seguridad Social, se ha venido presentado estabilidad de las novedades presentadas. 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. Noviembre 08 del 2021, análisis realizado por control Interno: 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. Dado lo anterior, 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 evaluará posteriormente, ya que la fecha de obtención de resultados es a diciembre del 2021.

			8.1.3 Transferencia de conocimiento 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. 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 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: "En síntesis, la gestión del conocimiento y la innovación dentro del MIPG busca que las entidades: (...) ☐ Mitiguen la fuga de conocimiento. (...) ☐ Identifiquen y transfieran el conocimiento, fortaleciendo los canales y espacios para su apropiación. – Promuevan la cultura de la difusión y la comunicación del conocimiento en los servidores	La estructura del área esta definida de esta manera, sin embargo se escalara el caso a la alta dirección en miras de su fortalecimiento. 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. Aun se encuentra en proceso el estudio de modernización administrativa en la cual se definirán las estructuras del area. No obstante en el area se continuara con las personas actuales a fin de prestar el servicio.	1/04/2021		estabilización en el área a fin de no incurrir en riesgos	Talento Humano- Directivas	Lider TH		Actualmente se esta realizando el estudio de Modernización Administrativa con la finalidad de identificar y establecer la planta de personal apta para la entidad. 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. Noviembre 08 del 2021, análisis realizado por control Interno: 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 evaluaa posteriormente, sin fecha de obtención de resultados.
			8.1.4 Deficiencias en la Identificación de riesgos Al verificar la matriz riesgos de gestión de la Institución, se evidencia identificación de riesgos y controles que pueden aplicar a la unidad auditable. No obstante, no se evidencia la identificación de riesgos, ni el diseño de controles directamente relacionados con el proceso de nómina. Lo que permite determinar el incumplimiento de La Ley 87 de 1993, artículo 2º, objetivos de control interno, que precisa: "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;".	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. La matriz de riesgos fue actualizada	1/05/2021	31/12/2021	Identificar los riesgos asociados al proceso de nomina.	Talento humano - Riesgos	Lider TH - responsable de riesgos		Se considera que este no es un hallazgo toda vez que la matriz si tiene riesgos asociados al proceso de nomina. No obstante con la revisión que se esta realizando actualmente con la persona responsable de los riesgos, la finalidad es su fortalecimiento y mejoramiento. Se anexa plantilla de reuniones Noviembre 08 del 2021, análisis realizado por control Interno: 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: https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/MAPA-DE-RIESGOS-DE-GESTION-2020.pdf 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.
			8.1.5 Evaluación actividades de control 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: 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:	Se realizara revisión del procedimiento con la persona encargada de riesgos. Estamos en proceso de actualizacion.	1/05/2021	31/12/2021		Talento humano - Riesgos	Lider TH - responsable de riesgos		Revisio el procedimiento se puede observar que en varias de las actividades se tienen acciones de control tales como la revisión de..... 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. Con la revisión de las matriz de riesgos se esta fortaleciendo la identificación de estos. Noviembre 08 del 2021, análisis realizado por control Interno: 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.
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 le 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 08 del 2021 Noviembre 30 del 2021	Observación	Correo enviado el 07 de octubre del 2021, enviado desde la auxiliar de nómina al líder de talento humano. Soporte 1.	No se requiere información adicional	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. 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. Es necesario se plantee una acción que evite la materialización de un riesgo y la misma se evaluará posteriormente. Noviembre 30: No se propone nueva acción. Por lo tanto, se reitera que la acción continúa abierta y se evaluara posteriormente, fecha programada a diciembre del 2021.	Abierta
Noviembre 08 del 2021 Noviembre 30 del 2021	Observación	Captura del tiket, con respuesta al incidente reportado. Soporte 2.	No se requiere información adicional	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. Dado lo anterior, 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 evaluará posteriormente, ya que la fecha de obtención de resultados es a diciembre del 2021. Noviembre 30: Se propone nueva acción. Por lo tanto, se reitera que la acción continúa abierta y se evaluara posteriormente, fecha programada permanente	Abierta

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: https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/MAPA-DE-RIESGOS-DE-GESTION-2020.pdf 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	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 página 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 y bienes y servicios dejando 1 acta como constancia en el tercer trimestre Actualización base de datos de equipos de computo del área de tecnología de manera trimestral	Noviembre 08 y 09 de 2021 Diciembre 01 del 2021	Observación	1. Correo masivo cada semestre advertencia de citación de pruebas covid y comparendos Correo de Institución Universitaria Colegio Mayor de Ant Correo de Institución Universitaria Colegio Mayor de Ant Correo de Institución Universitaria Colegio Mayor de Ant Correo de Institución Universitaria Colegio Mayor de Ant Correo de Institución Universitaria Colegio Mayor de Ant Evidencia correo que son los centros de datos 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 2. Documentario en los inventarios realizados en cada área 2020-1 Acta de Reunión 2021-1 Acta de Reunión Control y verificación de Inventario 3. Socialización específica con todos los integrantes de TI y Bienes Socialización Acta de Reunión #1	No se solicita información adicional	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 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. 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. 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. 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	1. Abierta 2. Cerrada 3. Abierta 4. Abierta
							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) 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. 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 23 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 manejaron 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. 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, 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. La acción se encuentra fuera de la fecha establecida a diciembre del 2020: Diciembre del 2021: 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.	Se concluye en general que las acciones están en estado abiertas.
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.	Noviembre 08 y 09 de 2021 Diciembre 01 del 2021	Observación	Aplicativo para control de licencias Acta de Reunión #1	No se solicita información adicional	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. Sin embargo, no se cuenta con una evidencia que permita establecer un cumplimiento de avance del 80%. Por lo tanto, la acción continúa abierta y se evaluara posteriormente, la acción se encuentra fuera de la fecha establecida a marzo del 2021. Diciembre del 2021: 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

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 evaluara posteriormente. La acción se encuentra fuera de la fecha establecida a noviembre del 2020. Diciembre del 2021: 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, II) 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. Diciembre del 2021: 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	DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS 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”. Soporte: Informe de auditoría peticiones, quejas, reclamos, solicitudes, denuncias y felicitaciones primer semestre 2019. https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/	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.	Funcionamiento canal PQRSFD, informe que se publica trimestralmente en la página web de la institución. COMUNICACIONES. Noviembre 24 y 25: En la pagina web se encuentra publicado el informe PQRSFD con su respectivo analisis. 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).

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

10 y 18	DIMENSIÓN EVALUACIÓN DE RESULTADOS 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. 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. Soportes: https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/ https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/	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 registro 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.	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). 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. En las reuniones del Comité Instittucional 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. 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.
	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. 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. Soportes: https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/ https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/	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). 2. Enviar a la Alta Dirección un informe del comportamiento de estos riesgos que incluya el seguimiento a los controles implementados. 3. Incluir en el Comité de Desempeño, el Informe de Gestión de Riesgos ubicados en niveles Alta y Extrema. 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. 5. Entrenamiento en los puestos de trabajo a los lideres de proceso en materia de riesgos institucionales. Actividad que se programará para el segundo semestre del año.	

16	DIMENSIÓN CONTROL INTERNO COMPONENTE MONITOREO O SUPERVISIÓN CONTINUA 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/	Seguimiento permanente a los riesgos, indicadores, compromisos de la Alta Dirección, informe PQURSFD	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. Noviembre 24 y 25: PLANEACION: 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. Se realizo seguimiento a los compromisos generandos en la reunion de la Alta Direccion del 2020 y en la reunion del 2021 se presento informe con el seguiimiento a los compromisos establecidos. (ver informe Revisi´pon Alta Dirección).
----	---	---	---

Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
Noviembre 09 de 2021 Diciembre 02 del 2021	Rastreo	No se suministran evidencias para soportar la accion.	No se requiere información adicional.	Se puede observar en la página web institucional, en el siguiente link: https://www.colmayor.edu.co/institucional/ley-de-transparencia/informes-de-pqrsfd/, los informes de las PQRSFD, así: _ Informe de PQRSFD enero a marzo 2021. _ Informe de PQRSFD abril a junio 2021. _ Informe de PQRSFD julio a septiembre 2021 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. Los informes son estadísticos sin ningún tipo de análisis, por lo tanto, la acción no es eficaz y continua en estado abierta. Diciembre: 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. 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 infoma que los derechos de peticion predominan y que se creo una nueva categoria llamada solicitud de infomación, seguidamente anuncian cual proceso a tenido mayor participación de entradas en la PQRSFD. Sin embargo no se observa las acciones de mejora de los procesos con el fin de evitar la materilaizar riesgos. Por lo tanto, se reitera que la acción continúa abierta.	Abierta

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

Noviembre 09 del 2021	Observación	Acta No. 3 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño Acta No. 4 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño	No se requiere información adicional	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. Por lo tanto, el estado de la acción es abierta y se evaluara posteriormente. 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. 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. Por lo tanto, el estado de la acción es abierta y se evaluara posteriormente. 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. Por lo tanto, el estado de la acción es abierta y se evaluara posteriormente. Diciembre: 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. Como se anunció anteriormente, 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. Por lo tanto, el estado de la acción es abierta y se evaluara posteriormente. 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. Por lo tanto, el estado de la acción es abierta y se evaluara posteriormente.	1. Abierta 2. Abierta 3. Abierta Se conluye el estado de la acción como abierta
Noviembre 09 del 2021	Observación	Acta No. 3 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño Acta No. 4 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño	No se requiere información adicional	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. 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. Por lo tanto, el estado de la acción es abierta y se evaluara posteriormente. 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. Por lo tanto, el estado de la acción es abierta y se evaluara posteriormente. Diciembre: 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. Como se anunció anteriormente, 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. Por lo tanto, el estado de la acción es abierta y se evaluara posteriormente. 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. Por lo tanto, el estado de la acción es abierta y se evaluara posteriormente.	1. Abierta 2. Abierta Se conluye el estado de la acción como abierta

Noviembre 10 del 2021 Diciembre 01 de 2021:	Rastreo	Informe de riesgos Informe de la alta dirección	No se requiere información adicional	... 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: https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/04/MAPADERIESGOSDECORRUPCI%C3%93N_042021.pdf https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/09/MAPA-DE-RIESGOS-DE-CORRUPCI%C3%93N_PUBLIC30082021.pdf ... para la vigencia 2020 se observa el mapa de riesgos anticorrupción con corte a los meses de diciembre, agosto y abril, link: https://www.colmayor.edu.co/institucional/planeacion-institucional/planeacion-institucional-7/ 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: tps://www.colmayor.edu.co/institucional/planeacion-institucional/planeacion-institucional-7/. 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. Diciembre: 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: https://www.colmayor.edu.co/institucional/ley-de-transparencia/informes-de-pqrsfd/ ... Se cuenta con soportes que da cuenta del seguimiento a los indicadores. Por lo tanto, el estado de la acción es abierta	Abierta
--	---------	--	--------------------------------------	--	---------

Seguimiento plan de mejoramiento ASCI, semestre I de 2020.		
N.º del hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta
COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL		
EVALUACION DE RIESGOS		
2	Es menester definir cursos de acción cuando se materialicen riesgos al interior de la Institución, así como efectuar seguimiento a los mismos por parte de la primera y segunda línea de defensa, de conformidad con lo dispuesto en el decreto 1499 de 2017, políticas de gestión y desempeño "de seguimiento y evaluación al desempeño institucional" y de "control Interno".	En la propuesta de aprobación de políticas están definidas las acciones a seguir en el caso de materialización de un riesgo. (Tipo de riesgo, responsable y acción a seguir). Además en la matriz de riesgo se 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.
ACTIVIDADES DE CONTROL		
1	No se han identificado ni documentado situaciones específicas, que permitan determinar la imposibilidad de segregar adecuadamente las funciones, situación que se constituye en un factor de alto riesgo para la Institución, contrariando lo dispuesto en lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, política de “planeación institucional”.	Para cumplir con esta observación, se está buscando la modernización administrativa como una propuesta enmarcada dentro del Plan de Desarrollo 2020-2024. En este sentido, esta modernización busca desconcentrar las funciones, en aras del cumplimiento de los principios de la función administrativa.

OBSERVACIÓN PROCESO PLANEACIÓN INSTITUCIONAL - OCTUBRE 8 DE 2021
Noviembre 24 y 25
El proceso de Planeación Institucional tiene propuesta de Riesgos Estratégicos la cual se va a presentar al Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
Noviembre 24 y 25: PLANEACIÓN:
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.
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.
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.

4	Es importante que la Institución defina una política con relación a contratar desarrollos de software, u optar por desarrollos propios o adquirir software, a fin de dar cumplimiento a la política de "gobierno digital", que precisa el decreto 1499 de 2017.	se inicio un trabajo con la ingeniería de la información, donde en el primer análisis, encontramos que todos los desarrollos de software que existen en la actualidad son realizados por empresas externas se han realizado de acuerdo a las necesidades de cada una de la áreas de la institución y solicitadas independientemente por los líderes de los procesos, quienes se 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, 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.	
INFORMACION Y COMUNICACIÓN			
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.	El proceso de Gestión de Comunicaciones ha revisado y actualizado sus procedimientos en G+. 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. Anexo: listado de asistencia.
ACTIVIDADES DE MONITOREO			
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	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. La propuesta fue aprobada. Memorando radicado 2020304019 del 23 de septiembre de 2020. 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. 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).

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
EVALUACION DE RIESGOS		
3	Es fundamental que la Institución fortalezca los mecanismos que tiene dispuestos para efectuar el monitoreo a los factores internos y externos, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes; de acuerdo con lo dispuesto en el decreto 1499 de 2017, política de gestión y desempeño " planeación institucional ".	Según lo informado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño se está trabajando en la formulación de una tabla para elaborar el contexto estratégico desde el tema de los riesgos, el cual es requerimiento de ley y se está estructurando para trabajarlo a través de la metodología PESTAL, que son los factores políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ambientales y legales, que afectan la institución, se debe analizar los factores que afectan positivamente y negativamente (amenazas y oportunidades) y en este análisis se va a incluir todo el tema de la pandemia.

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 incluyo todo el tema de la pandemia. PLANEACIÓN: Envío 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
Noviembre 09 de 2021 Diciembre 01 de 2021	Rastreo	No se cuenta con evidencias que soporten el cumplimiento de esta acción Informe de riesgos abril 2021	No se requiere información adicional.	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. La acción continúa abierta y se evaluara posteriormente. Diciembre: 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". Por lo tanto, se reitera que la acción continúa abierta.	Abierta
Noviembre 09 de 2021	Rastreo	No se cuenta con evidencias que soporten el cumplimiento de esta acción	No se requiere información adicional.	La Institución está adelantando el estudio de modernización administrativa, la cual está contemplada dentro del Plan de Desarrollo. Acción sin avance, ya que cuenta con el diagnostico que se está llevando por la UDEA lo tanto continúa abierta y se evaluara posteriormente.	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 evaluara posteriormente.	Abierta
Noviembre 09 de 2021	Observación	Evidencia plan de comunicaciones, soporte 3.	No se requiere información adicional.	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. 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. Por lo anterior, la acción queda en estado abierta y será evaluada posteriormente.	Abierta
Noviembre 09 de 2021	Rastreo	No se cuenta con evidencias que soporten el cumplimiento de esta acción	No se requiere información adicional.	En las reuniones que se han llevado a cabo por parte del CICCÍ 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. Por parte del secretario del CICCÍ se propuso el tema, el mismo no fue aprobado por rectoría.	Abierta

Noviembre 09 de 2021	Observación	Programación reinducción Presentación-líneas de defensa	No se requiere información adicional	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. Por lo tanto la acción queda abierta. Diciembre: 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. En las auditorías realizadas pro la Dirección de Control Interno, se identifican aún incumplimientos por parte de las líneas de defensa institucionales,. Por lo tanto, la acción queda en estado abierta	Abierta
----------------------	-------------	---	---	--	---------

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
Noviembre 09 de 2021 Diciembre 01 del 2021	Rastreo	No se entrego soportes para evidenciar la ejecución de la acción.	No se requiere información adicional	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. Por lo anterior, la acción queda en estado abierta parcialmente y se evaluara posteriormente. Diciembre: 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. 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 Estado de la acción abierta.	Abierta

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	DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS 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. 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. Soportes: https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/ https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/	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.	La institución dentro del proceso de reinducción institucional realizado los días 17 y 19 de agosto de 2021, se socializaron los siguientes aspectos: - Manual de Supervisión. - Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno. - 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. - Obligatoriedad 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.	
	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. 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. Soportes: https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/ https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/	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.	Los temas anteriores con el fin de minimizar los riesgos de incumplimiento normativo. Control: planillas de asistencias. Anexo: Programación reinducción y presentación Diego Alejandro Atuesta Acevedo. Adicionalmente desde el Area Juridica se realizó sensibilización a los coordinadores de los convenios sobre el tema de Manual de Supervisión. Noviembre 24 y 25: GESTIÓN LEGAL. Se va a revisar y actualizar el Manual de Contratación. Para la proxima reinducción (2022) se socializará el Manual de Contratación y Buenas Prácticas.	

14 y 19	DIMENSIÓN CONTROL INTERNO COMPONENTE GESTIÓN DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES A fin de continuar fortaleciendo la gestión del riesgo al interior de la Institución es importante que la segunda línea de defensa: "Informar sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evaluar si la valoración del riesgo es la apropiada." "Asegurar que las evaluaciones de riesgo y control incluyen riesgos de fraude." 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"	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. 2. Continuar con la identificación de los riegos de fraude en los procesos.		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. Todos los procesos tienen incluidos riegos de fraude. Ver informe seguimiento riesgos pagina web.
	2. A fin de continuar fortaleciendo la gestión del riesgo al interior de la Institución es importante que la segunda línea de defensa: "Informar sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evaluar si la valoración del riesgo es la apropiada." "Asegurar que las evaluaciones de riesgo y control incluyen riesgos de fraude." 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"	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. 2. Continuar con la identificación de los riegos de fraude en los procesos.		

20	Componente actividades de control 1. Es menester de las entidades públicas establecer mecanismos que garanticen el cumplimiento de las disposiciones legales que le apliquen. 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 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. 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. Soportes: http://www.colmayor.edu.co/load.php?name=Paginas&id=2164 http://www.colmayor.edu.co/load.php?name=Paginas&id=2164 https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/	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.	La institución dentro del proceso de reinducción institucional realizado los días 17 y 19 de agosto de 2021, se socializaron los siguientes aspectos: - 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. - Obligatoriedad 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. Control: planillas de asistencias. Anexo: Programación reinducción y presentación Diego Alejandro Atuesta Acevedo. Además desde el Área Jurídica se realizó sensibilización a los coordinadores de los convenios sobre el tema de Manual de Supervisión. Noviembre 24 y 25: GESTIÓN LEGAL. Se va a revisar y actualizar el Manual de Contratación. Para la próxima reinducción (2022) se socializará el Manual de Contratación y Buenas Prácticas.
11 y 25	DIMENSIÓN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN 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. Como estrategias para ello se pueden considerar: Desarrollar “(...) ejercicios de participación ciudadana para identificar información de interés para los ciudadanos que deba ser publicada.” “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.” “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.” “Identifique las condiciones de los grupos de interés, para que la información pueda ser transmitida en lenguaje claro y adecuado para su entendimiento.” Soporte: Informe de auditoría legal Ley de transparencia y acceso a la información pública, vigencia 2019. https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/	Con el fin de tener un mejor control sobre la información publicada en la página web institucional, se informará lo siguiente: 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. 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 programa capacitación en temas de Ley de Transparencia.	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. 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. Desde el proceso de Planeación mediante lista de chequeo verifica el cumplimiento en la publicación de toda la información requerida por Ley de Transparencia. Anexo lista de chequeo. 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. 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. Noviembre 24 y 25 PLANEACIÓN: 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.

15, 26 y 27	DIMENSIÓN CONTROL INTERNO COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN 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 (...)". 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. Soporte: https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/	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.		
	2. La oportunidad en la entrega de la información, así como la calidad de misma, juegan un papel preponderante par 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 (...)". 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. Soporte: https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/	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 proceso son los responsable de tener actualizada la información y Planeación revisa, consolida y entrega las solicitudes de informes.		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 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. Diciembre: PLANEACIÓN: Los softwares de indicadores, estadísticas, Plan Indicativo y Plan de Acción, estan funcionando lo cual lo pueden verificar con el proceso de Planeación. Desde de Control Interno favor verificar el funcionamiento de los softwar en el proceso de Planeación.

	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 proceso son los responsable 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 atreves de la medición de los resultados generados en cada proceso.	
--	--	---	--

Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
Noviembre 09 del 2021 Diciembre 01 del 2021	Rastreo	No se entregan soportes que den cuenta del cumplimiento de la acción	No se requiere información adicional	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 estado de parcialmente cerrada y posteriormente será evaluada. Diciembre01 del 2021: 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.	Parcialmente cerrada.
Noviembre 09 del 2021 Diciembre 01 del 2021	Rastreo	No se entregan soportes que den cuenta del cumplimiento de la acción	No se requiere información adicional	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. Diciembre01 del 2021: 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.	Parcialmente cerrada.

Noviembre 10 del 2021 Diciembre 01 el 2021	Rastreo y observación	Acta No. 5 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño Acta No. 3 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Soporte 9. Acta No. 4 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Soporte 9. Informe para la revisión por la Dirección	No se requiere información adicional	En los soportes suministrados por la institución se puede observar: 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. 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. 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. ... 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 Acta No. 003 del CICCI 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. 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. 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: https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/MAPA-DE-RIESGOS-DE-GESTION-2020.pdf. 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, acma, control interno, quédate en colmayor, docencia, sg-is, gestión ambiental, virtualidad, infraestructura, g. de la mejora, g. de tecnología e informática, g. comunicación, g. documental, extensión y proyección social, g.legal, graduados. Por lo anterior la acción se da por cerrada Diciembre : 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. 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. Por lo anterior, la acción continua abierta. la segunda acción se dio por cerrada en el seguimiento realizado el 09 de noviembre del 2021. Por lo tanto se ratifica que el estado de la acción es parcialmente cerrada.	Parcialmente cerradas.
Noviembre 10 del 2021 Diciembre 01 el 2021	Rastreo y observación	Acta No. 5 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño Acta No. 3 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Soporte 9. Acta No. 4 de 2021 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Soporte 9. Informe para la revisión por la Dirección	No se requiere información adicional	En los soportes suministrados por la institución se puede observar: 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. 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. 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. ... 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 Acta No. 003 del CICCI 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. 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. 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: https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/MAPA-DE-RIESGOS-DE-GESTION-2020.pdf. 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, acma, control interno, quédate en colmayor, docencia, sg-is, gestión ambiental, virtualidad, infraestructura, g. de la mejora, g. de tecnología e informática, g. comunicación, g. documental, extensión y proyección social, g.legal, graduados. Por lo anterior la acción se da por cerrada Diciembre : 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. 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. Por lo anterior, la acción continua abierta. la segunda acción se dio por cerrada en el seguimiento realizado el 09 de noviembre del 2021. Por lo tanto se ratifica que el estado de la acción es parcialmente cerrada.	Parcialmente cerradas.

Noviembre 09 del 2021 Diciembre 01 de 2021	Rastreo	No se entregan soportes que den cuenta del cumplimiento de la acción	No se requiere información adicional	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. Diciembre: 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.	Parcialmente cerrada.
Noviembre 09 del 2021 Diciembre 01 del 2021	Rastreo	No se entregan soportes que den cuenta del cumplimiento de la acción	No se requiere información adicional	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. Diciembre 01: 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.	Parcialmente cerrada

Noviembre 10 del 2021 Diciembre 01 el 2021		No se entregan soportes que den cuenta del cumplimiento de la acción	No se requiere información adicional	No se cuenta con soportes que permitan determinar que se encuentren funcionando los softwares de indicadores, estadísticas, Plan Indicativo y Plan de Acción. 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+ ". Por lo anterior la acción queda abierta y la efectividad de la misma se evaluará posteriormente. Diciembre: En reunión con las diferentes funcionarias de la institución y que hacen parte del proceso de planeación se puedo constatar que : _ El software de Indicadores, Estadísticas: se encuentra funcionando. _ Plan de Acción: se encuentra funcionando. _ Plan Indicativo: se encuentra funcionando. _ Proyectos (banco de proyectos): esta funcionando. _ Riesgos: en este momento está contratado con G+, la implementación es en la vigencia 2022. _ 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. 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.	Parcialmente cerrada
Noviembre 10 del 2021		No se entregan soportes que den cuenta del cumplimiento de la acción	No se requiere información adicional	No se cuenta con soportes que permitan determinar que se encuentren funcionando los softwares de indicadores, estadísticas, Plan Indicativo y Plan de Acción. 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+ ". Por lo anterior la acción queda abierta y la efectividad de la misma se evaluará posteriormente. Diciembre: En reunión con las diferentes funcionarias de la institución y que hacen parte del proceso de planeación se puedo constatar que : _ El software de Indicadores, Estadísticas: se encuentra funcionando. _ Plan de Acción: se encuentra funcionando. _ Plan Indicativo: se encuentra funcionando. _ Proyectos (banco de proyectos): esta funcionando. _ Riesgos: en este momento está contratado con G+, la implementación es en la vigencia 2022. _ 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. 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.	Parcialmente cerrada

Noviembre 10 del 2021		No se entregan soportes que den cuenta del cumplimiento de la acción	No se requiere información adicional	No se cuenta con soportes que permitan determinar que se encuentren funcionando los softwares de indicadores, estadísticas, Plan Indicativo y Plan de Acción. 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+ ". Por lo anterior la acción queda abierta y la efectividad de la misma se evaluará posteriormente. Diciembre: En reunión con las diferentes funcionarias de la institución y que hacen parte del proceso de planeación se puedo constatar que : _ El software de Indicadores, Estadísticas: se encuentra funcionando. _ Plan de Acción: se encuentra funcionando. _ Plan Indicativo: se encuentra funcionando. _ Proyectos (banco de proyectos): esta funcionando. _ Riesgos: en este momento está contratado con G+, la implementación es en la vigencia 2022. _ 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. 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.	Parcialmente cerrada
-----------------------	--	--	--------------------------------------	--	----------------------

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

INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA											
Unidad auditada	Planes de mejoramiento (internos, externos).										
Alcance de la auditoría	Vigencia 2020.										
Objetivo de la auditoría	Verificar el acatamiento de las disposiciones legales, así como la efectividad de los controles que se han establecido por parte de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, para formular, implementar y hacer seguimiento a las acciones propuestas en los planes de mejoramiento suscritos como resultado de las auditorías realizadas por la Dirección de Control Interno.										
Criterios de auditoría	Ley 87 de 1993. Decreto 648 de 2017. Decreto 1499 de 2017. Resolución No. 079 de 2019, proferida por la Contraloría General de Medellín. Circular informativa 1000-015 de abril 5 de 2021, expedida por el Rector de la Institución.										
Tipo de auditoría	Legal	X	Basada en riesgos								
Riesgos evaluados	<table border="1"> <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
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%

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

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.		

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA	INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA		
	CI-FR-029		
	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