



MEMORANDO
1200

FECHA: Medellín, 07 de abril de 2022

PARA:

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

DE:

JUAN DAVID CALLE TOBON
DIRECTOR OPERATIVO

ASUNTO: Remisión informe definitivo de la auditoría legal Avance del Sistema de Control Interno Segundo semestre 2022.

Respetado Doctor,

Con fundamento en Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 1499 de 2017, Decreto 648 de 2017 y la Resolución 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”, me permito comunicarle que la Dirección de Control Interno de la Institución, realizó la auditoría legal al Avance del Sistema de Control Interno, correspondiente al segundo semestre de la 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, se comunicaron los resultados obtenidos con los responsables de la unidad auditable al interior de la





Institución, por tanto, son concededores de las oportunidades de mejora identificadas.

Finalmente, y en aras de la mejora continua de la Institución, de forma respetuosa, le informo que la Institución dispone de cinco (5) días hábiles para presentar el plan de mejoramiento, en el que se establezcan las acciones a que haya lugar a fin de subsanar las deficiencias evidenciadas.

Atentamente,

JUAN DAVID CALLE TOBON
DIRECTOR OPERATIVO
DIRECCIÓN DE CONTROL INTERNO

Anexos: (37)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 AVANCE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO SEMESTRE II 2021

DIRECCIÓN DE CONTROL INTERNO

Equipo:

JUAN DAVID CALLE TOBÓN
Director Operativo de Control Interno

PAULINA RÍOS ARCE
Profesional Control Interno

Medellín

VIGILADO Por el Ministerio de Educación Nacional





Contenido

PRESENTACIÓN	5
1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA	6
2. RIESGOS ASOCIADOS A LA UNIDAD AUDITABLE	7
3. CRITERIOS DE AUDITORÍA	7
4. OBJETIVOS	8
4.1 OBJETIVO GENERAL	8
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
5. METODOLOGÍA	9
6. LIMITACIONES	10
7. MUESTRA	10
8. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	11
8.1 HALLAZGOS	11
9. CONCLUSIONES	11
10. RECOMENDACIONES	15
11. GLOSARIO	21
12. ANEXOS	22





Lista de tablas

Tabla 1. Riesgos Asociados a la Unidad auditable 7

Tabla 2 Relación de la normatividad aplicable 7

Tabla 3. Técnicas de Auditoría..... 9

Tabla 4. Análisis de Resultados 10

Tabla 5. Componente Ambiente de control 12

Tabla 6. Componente Evaluación de Riesgos..... 13

Tabla 7. Componente Actividades de Control 14

Tabla 8. Componente Información y Comunicación..... 14

Tabla 9. Componente Actividades de Monitoreo..... 16

Tabla 10. Plan de mejoramiento.....17

Tabla 11. Evaluación Riesgos 20

Tabla 12. Evaluación Riesgos 21

VIGILADO Por el Ministerio de Educación Nacional





PRESENTACIÓN

La Dirección de Control Interno de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, en cumplimiento a las funciones de evaluación asignadas en la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.4.9, literal k, el Decreto 2106 de 2019, 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”, realizó la auditoría legal para determinar el “avance del sistema de control interno”, de la Institución, para el segundo semestre de la vigencia 2021.

En dicha evaluación se identificaron fortalezas, así como las oportunidades de mejora, para cada uno de los cinco componentes que estructuran el modelo estándar de control interno – MECI, de conformidad con el Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017.

Para el desarrollo de esta auditoría, se practicaron técnicas de auditoría como consulta, indagación y revisión de evidencias. La evaluación se ejecutó, haciendo uso del instrumento dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.





1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Avance del sistema de control interno de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia.

Período a auditar:

- Semestre II de 2021.

Se tuvieron en cuenta, además:

- Modelo de operación por procesos de la Institución universitaria Colegio Mayor de Antioquia.
- Acuerdos, resoluciones internas y circulares.
- Plan de mejoramiento suscrito como resultado de la última auditoría realizada al sistema de control interno de la Institución.
- Matriz de riesgos de gestión Institucional, vigencia 2021.
- Matriz de riesgos de corrupción Institucional, vigencia 2021.
- Acuerdo No. 011 del 1 de octubre de 2020, por la cual se actualiza la Política de Administración del Riesgo de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia.





2. RIESGOS ASOCIADOS A LA UNIDAD AUDITABLE

Tabla 1.

TIPO DE RIESGO	DESCRIPCIÓN	CONTROL
Cumplimiento	Incumplimiento de las disposiciones legales.	Mapa de riesgo de Gestión de la Institución.
Seguridad de la información	Uso inadecuado de la información privilegiada y de la seguridad de la información.	Mapa de Riesgos de Corrupción de la institución.

3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

Tabla 2.

CRITERIOS
1. 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”.
2. Ley 1474 de 2011. - Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
3. 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 (integración de sistemas de gestión).
4. Decreto 648 de 2017. - Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública. (para fortalecer el control interno en las entidades de la Rama Ejecutiva del orden territorial, creando instancias de coordinación y articulación e impartir directrices que permitan la interacción efectiva del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, tanto con el organismo en donde se desempeña, como con su nominador).
5. Decreto 612 de 2018. Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado.
6. Decreto 2106 de 2019. “Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública”. (art 156 El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la





entidad, un informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave).
7. Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.
8. Instructivo General Formato Informe de Evaluación Independiente del estado del Sistema de Control Interno, proferido por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, abril de 2020

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de avance del sistema de control interno de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, para el segundo semestre de la vigencia 2021.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1. Determinar la existencia, aplicación y efectividad de controles establecidos por la Institución para los componentes: ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación y actividades de monitoreo.

4.2.2. Concluir sobre el avance del sistema de control interno de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, para el período evaluado.

4.2.3. Formular recomendaciones que contribuyan a fortalecer el sistema de control interno al interior de la Institución.





5. METODOLOGÍA

Como metodología utilizada en el desarrollo de la auditoría, se aplicaron las técnicas descritas a continuación:

Tabla 3.

Técnica	Descripción
Consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizan preguntas al personal del proceso auditado. • Los tipos de consulta más formales incluyen entrevistas, encuestas y cuestionarios.
Inspección	<ul style="list-style-type: none"> • Se estudian documentos y registros, y en examinar físicamente los recursos tangibles. • Los auditores internos deben reconocer y considerar su nivel de competencia (en otras palabras, su capacidad para comprender lo que leen y lo que ven).
Revisión de comprobantes	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza específicamente para probar la validez de la información documentada o registrada.
Rastreo	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza específicamente para probar la integridad de la información documentada o registrada.

Fuente: Guía de Auditoría para Entidades Públicas – Departamento Administrativo de la Función Pública.

- Se utilizó instrumento dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública (formulario).
- Se verificó información en la herramienta G+ y de la página web de la Institución.
- Se verificaron las actas de las sesiones realizadas por el Comité Institucional Coordinador de Control Interno, en el segundo semestre de 2021.
- Se documentaron los resultados.





El Departamento Administrativo de la Función Pública en el formato parametrizado del Sistema de Control Interno, usado para la presente auditoría, determina el análisis de resultados de la siguiente manera:

Tabla 4.

Clasificación	Descripción	Observaciones del Control
Mantenimiento del Control	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 3 (presente) y 3 (funcionando).	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.
Oportunidad de Mejora	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 2 (presente) y 3 (funcionando).	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva
Deficiencia de Control (Diseño o Ejecución)	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 2 (presente) y 2 (funcionando); 3 (presente) y 1 (funcionando); 3 (presente) y 2 (funcionando); 2 (presente) y 1 (funcionando).	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.
Deficiencia de Control Mayor (Diseño y Ejecución)	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 1 (presente) y 1 (funcionando); ;1 (presente) y 2 (funcionando); 1(presente) y 3 (funcionando).	No se encuentra presente por lo tanto no está funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha

6. LIMITACIONES

Se presentó retraso en la entrega de información del área de Tecnología de la Información.

7. MUESTRA

En la presente auditoría no se aplicó muestreo.





8. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

8.1 HALLAZGOS

Se realizó auditoría al Sistema de Control Interno de la Institución, utilizando el instrumento dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, donde se evaluó la existencia y la efectividad de los controles establecidos por la Entidad, para cada uno de los componentes que estructuran el modelo estándar de control interno – MECI; ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación y actividades de monitoreo. La unidad auditable es el segundo semestre de la vigencia 2021.

8.1.1. Componente AMBIENTE DE CONTROL:

La entidad debe asegurar un ambiente de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. El Ambiente de Control es el fundamento de todos los demás componentes del control interno, se incluyen la integridad y valores éticos, la competencia (capacidad) de los servidores de la entidad; la manera en que la Alta Dirección asigna autoridad y responsabilidad, así como también el direccionamiento estratégico definido.

Se obtuvo el siguiente resultado:





Tabla 5.

Componente	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
Ambiente de control	90%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La Entidad demuestra compromiso con la integridad, a través de la adopción y aplicación del Código de Integridad, mecanismos para el manejo de conflictos de interés, monitoreo permanente de riesgos de corrupción y establecimiento de canales de denuncia sobre situaciones irregulares. -Existencia del Comité Institucional Coordinador de Control Interno. -Las reuniones periódicas del comité institucional coordinador de control interno. -La definición y conformación de las líneas de defensa al interior de la Institución y la asignación de responsabilidades, de acuerdo con el Modelo Estándar de Control Interno - MECI. <p>Aspectos a mejorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aunque se realizan actividades relacionadas con el retiro de personal y evaluación estratégica, debe realizarse evaluación de estas actividades. - Deben establecerse mecanismos de detección y prevención de uso inadecuado de información privilegiada.

8.1.2. Componente EVALUACIÓN DE RIESGOS:

Este componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

La condición para la evaluación de riesgos es el establecimiento de objetivos, vinculados a varios niveles de la entidad, lo que implica que la Alta Dirección define objetivos y los agrupa en categorías en todos los niveles de la entidad, con el fin de evaluarlos.

El resultado obtenido es el siguiente:





Tabla 6

Componente	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
Evaluación de riesgos	100%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Entidad considera diferentes elementos para llevar a cabo la identificación y análisis de los riesgos, tales como definición de objetivos, Política de Administración de los Riesgos, esquema de responsabilidades frente a la gestión de los riesgos de acuerdo con las líneas de defensa. - La Alta Dirección recibe y analiza los reportes presentados por la Segunda y Tercera Línea de Defensa en lo referente a los resultados de la evaluación de riesgos.

VIGILADO Por el Ministerio de Educación Nacional

8.1.3. Componente ACTIVIDADES DE CONTROL:

La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso.

Implementa políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en el día a día de las operaciones.

Resultado:





Tabla 7.

Actividades de control	98%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza monitoreo a los riesgos a través de Planeación. - En el diseño y ejecución de controles se tiene la "guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas". <p>Aspecto de mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizar actividades de control de los procesos de gestión de la Seguridad.
-------------------------------	------------	---

8.1.4. Componente INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN:

Este componente verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés.

Se requiere que todos los servidores de la entidad reciban un claro mensaje de la Alta Dirección sobre las responsabilidades de control. Deben comprender su función frente al Sistema de Control Interno.

Se obtuvo lo siguiente:

Tabla 8.

Información y comunicación	96%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La entidad cuenta con canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares y se cuenta con mecanismos específicos para su manejo, que generan la confianza para utilizarlos. - La entidad cuenta con procesos y procedimientos para el manejo de la información entrante y para dar las respuestas requeridas. <p>Aspectos de mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda establecer un cronograma o fecha de publicación de los informes de percepción de los usuarios.
-----------------------------------	------------	---





8.1.5. Componente ACTIVIDADES DE MONITOREO:

Este componente considera actividades en el día a día de la gestión institucional, así como a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías). Su propósito es valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.

Resultados:

Tabla 9.

Monitoreo	100%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría y hace seguimiento a su ejecución. - Las evaluaciones independientes se realizan con base en el análisis de riesgos, para evaluar el diseño y operación de los controles establecidos y definir su efectividad para evitar la materialización de riesgos. - La Alta Dirección hace seguimiento a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el Sistema de Control Interno. - Se evalúa la información suministrada por los usuarios, a través del Sistema de PQRSD y de otras partes interesadas, para la mejorar el Sistema de Control Interno de la Entidad.] - Se verifica el avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones realizadas.
------------------	-------------	---

VIGILADO Por el Ministerio de Educación Nacional

8.1.6 SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES FORMULADAS EN EL PLAN DE MEJORAMIENTO suscrito como resultado de las auditorías realizadas en vigencias anteriores:

Una vez verificado el Plan de Mejoramiento correspondiente a las auditorías de vigencias anteriores del Sistema de Control Interno, se observó lo siguiente:

- Se encuentran vigentes 25 acciones de mejoramiento.
- 2 acciones de mejoramiento correspondientes a la vigencia 2018.
- 1 acción de mejoramiento correspondiente a la vigencia 2020.
- 22 correspondientes a la vigencia 2021.

De conformidad con las evidencias aportadas, verificadas y lo observado durante la ejecución de la presente auditoría, se da cierre a 23 de ellas incluidas las 2 acciones del año 2018 y la del 2020. (ver anexo N.º 2) Las 2 acciones de mejoramiento que no surten cierre son las siguientes:



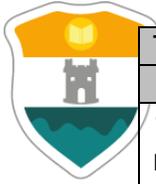


Tabla 10. HALLAZGO	ACCIÓN DE MEJORA	VERIFICACIÓN
<p>DE ANTIOQUIA</p> <p>1. Es menester que en el marco de la política gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público, se revisen, ajusten y fortalezcan los controles automáticos con los que cuenta el aplicativo Sicof ERP, para la expedición de los certificados de disponibilidad presupuestal – CDP.</p>	<p>ALTA CALIDAD</p> <p>Desde el área de presupuesto se implementará para que el sistema de información SICOF, genere la expedición de los compromisos presupuestales CDP, con fechas automáticas, evitando el cambio de fecha en forma manual, garantizando así que estos documentos conserven un número consecutivo y en orden cronológico.</p>	<p>Se brinda la siguiente información: WWW.COLMAYOR.EDU.CO</p> <p>- Desde el Área de Presupuesto se están realizando controles constantes para que los consecutivos de las disponibilidades presupuestales guarden un orden cronológico, estos controles se basan en el seguimiento a las fechas de las solicitudes de las disponibilidades, un control en los correos que ingresan para estas solicitudes, y realizar el cambio de fecha a tiempo para evitar este tipo de inconvenientes, esto mientras el proveedor del sistema estudia la posibilidad que fue relacionada en la acción de mejora.</p> <p>Continúa la acción pues no se ha ejecutado la parametrización solicitada en el aplicativo.</p> <p>Se califica el cumplimiento en 10%, pues se está ejerciendo un control mientras se ajusta el aplicativo.</p> <p>Como la acción continúa no se califica su efectividad.</p>





<p>2. Se reitera la importancia de definir una política con relación a contratar desarrollos de software, u optar por desarrollos propios o adquirir software, a fin de dar cumplimiento a la política de "gobierno digital", que precisa el Decreto 1499 de 2017.</p>	<p>Desde el proceso de Tecnología se está estructurando la política de administración y manejo del software, de acuerdo con las dinámicas institucionales y para dar cumplimiento a la Política de Gobierno Digital (Decreto 1499). La estructuración de la política está siendo revisada por el proceso de Planeación Institucional. Una vez esté totalmente estructurada y revisada por las instancias correspondientes se presentará al Comité Institucional de Gestión y Desempeño.</p>	<p>Se informa y se anexa lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Desde el proceso de Tecnología se está desarrollando la política de administración y manejo del software, acorde con las dinámicas institucionales. <p>Se anexa:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anexo propuesta de Política de Administración y Desarrollo de sistemas de información y software. <p>Como no se encuentra aprobada la Política, no se da cierre a la acción.</p> <p>Se califica el cumplimiento en el 50% pues se ha realizado el análisis y propuesta, faltando su aprobación. No se califica la efectividad porque no se ha cumplido completamente.</p>
--	---	---





8.1.6. EVALUACIÓN DE RIESGOS.

Conforme la “Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas” versión 5 de diciembre de 2020, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, se evaluaron los riesgos identificados en la unidad auditable, con el fin de establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y su impacto.

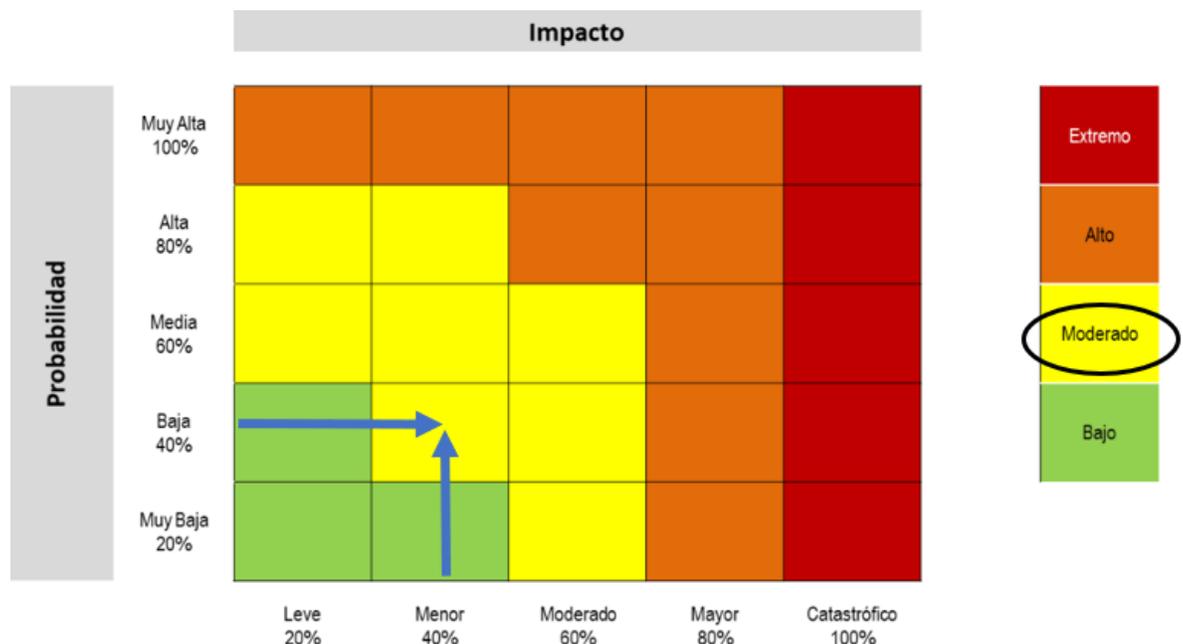
Acorde con la guía, “determinar la probabilidad”, se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo. La “probabilidad inherente” será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año.

Para “determinar el impacto”, se definen los criterios de impactos económicos y reputacionales como variables principales.

Acorde con lo anterior, los 2 riesgos identificados en la unidad auditable se evaluaron de la siguiente manera:

- Riesgo de cumplimiento: incumplimiento de las disposiciones legales.

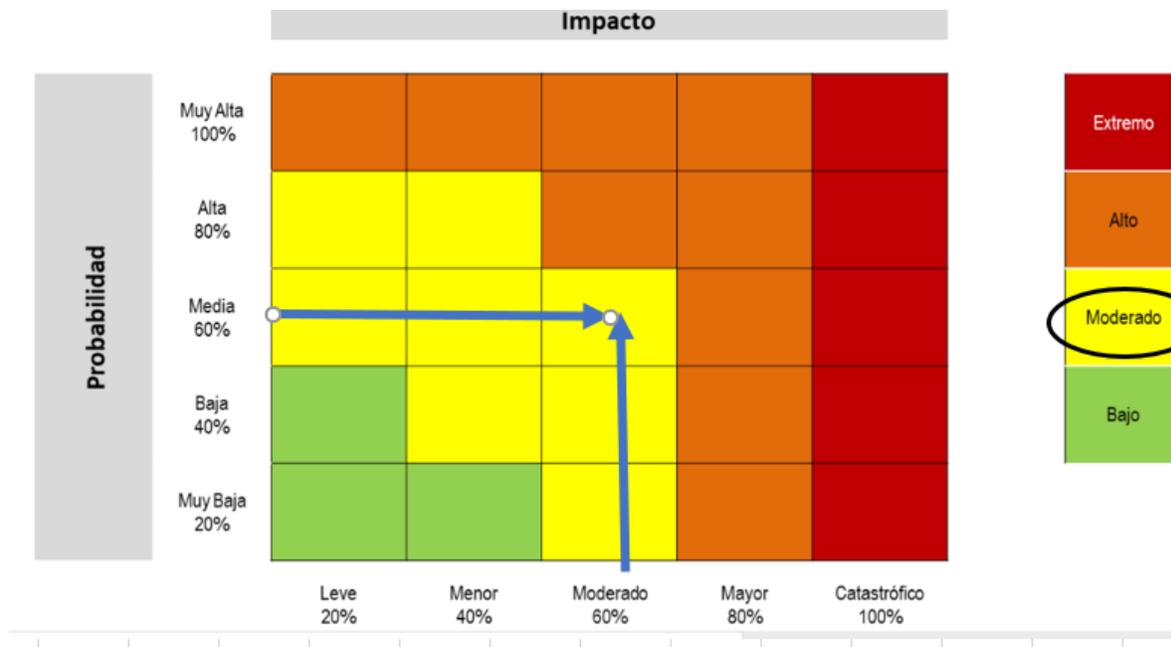
Tabla 11.





- Seguridad de la información: Uso inadecuado de la información privilegiada y de la seguridad de la información.

Tabla 12.





9. CONCLUSIONES

- Los componentes del Sistema de Control de Interno de la Institución Colegio Mayor de Antioquia, operan de manera integrada, pues se observa que se aseguran las condiciones para el ejercicio del Control Interno, se gestionan los riesgos institucionales para evitar su materialización, se implementan mecanismos para dar tratamiento a los riesgos, la comunicación es efectiva para la operación de la entidad y se monitorea y evalúa la gestión institucional. Así mismo, desde la alta dirección se analizan y se toman decisiones sobre asuntos referentes a todos y cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno.
- La Institución presenta un sistema de control interno con seguridad razonable, considerando que la entidad tiene dispuestos mecanismos que le permiten articular los procesos, procedimientos, instructivos y otros instrumentos, con los objetivos estratégicos de la Institución.
- La Institución cuenta con la Resolución 090 del 29 de abril de 2020, por medio de la cual se establece la conformación de las líneas de defensa de la Institución, así mismo, se observó que se está aplicando efectivamente.
- Respecto a las evaluaciones anteriores, la Institución presenta un avance significativo, lo que evidencia el compromiso de cada una de las áreas implicadas.





10.RECOMENDACIONES

- Mejorar los mecanismos para la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada y los procesos de gestión de la seguridad.
- Realizar la evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano y evaluación de las actividades relacionadas con el retiro de personal.
- Se recomienda establecer un cronograma o fechas para la publicación de los informes de percepción de los usuarios.





11. GLOSARIO

Ver formato parametrizado de la Función Pública para Auditoría SCI.

12. ANEXOS

1. Formato CI-FR-18 Plan de Mejoramiento - Hallazgos y observaciones de auditorías de control interno. (archivo Excel).

Elaboró:

Paulina Ríos A

Paulina Ríos Arce – Profesional de Control Interno.

Revisó y Aprobó:

Juan David Calle

Juan David Calle Tobón – Director Operativo de Control Interno.





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

PROCESO:		PLANEACIÓN INSTITUCIONAL				
Radicado de la Auditoría	Fecha de la Auditoría	Nº del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo	
					Fecha de inicio	Fecha de terminación
COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL						
		1	Es menester fortalecer la implementación del modelo de líneas de defensa adoptado formalmente por la Institución, y en el marco de este modelo la definición de líneas de reporte en temas claves para la toma de decisiones.	Dentro del proceso de reinducción institucional que se llevó a cabo el día 17 y 19 de agosto de 2021 se socializó el modelo de las líneas de defensa. (Esquema de asignación de roles y responsabilidades).	Agosto 17 de 2021	Agosto 19 de 2021
		2	Es prioritario que la Institución identifique y gestione riesgos estratégicos que de materializarse podrían afectar la operación de la Entidad.	Se cuenta con una propuesta de Riesgos Estratégicos, construida con los objetivos del Plan de Desarrollo, la cual se terminará de definir con los líderes de proceso, para ser presentada a la Alta Dirección en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.	Julio 1 de 2021	Noviembre 30 de 2021
		3	Monitorear el cumplimiento de los estándares de conducta y la práctica de los principios y valores del servicio público, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.	En el proceso de reinducción institucional que se realizó los días 17 y 19 de agosto se socializó nuevamente el Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno, posteriormente se va a generar una encuesta a la comunidad Institucional con el fin de monitorear el cumplimiento de conducta y la práctica de los principios y valores del servicio público, adicionalmente se realizará informe el cual será socializado en el Comité de Integridad, Ética y Buen Gobierno y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	Agosto 17 de 2021	Diciembre 31 de 2021.
		4	Se reiteran las deficiencias en la definición e implementación de mecanismos que propendan por el fortalecimiento del ciclo de vida de los servidores de la Institución, 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, del crecimiento, del servicio, de la calidad y del análisis de datos, de conformidad con la política de gestión estratégica del talento humano. Lo anterior considerando lo dispuesto en el Decreto 1499 de 2017.	Dentro del Plan Estratégico de Talento Humano están inmersos estos lineamientos en los diferentes aspectos que lo conforman. Por medio de la herramienta del autodiagnóstico de la Función Pública se obtiene la valoración de cada una de las rutas que establece el MIPG. En reunión del Comité Institucional de Gestión y Desempeño realizada el día 18 de agosto de 2021 se socializó Plan Estratégico año 2021, no se presentó observación alguna.		
COMPONENTE EVALUACIÓN DEL RIESGO						

PROCESO:		PLANEACIÓN INSTITUCIONAL				
Radicado de la Auditoría	Fecha de la Auditoría	Nº del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo	
					Fecha de inicio	Fecha de terminación
		5	Es menester fortalecer la información que la segunda línea de defensa (oficina de planeación) consolida frente a la gestión de riesgos institucionales, a fin de que la misma se constituya en insumo para análisis y toma de decisiones por parte de la Alta Dirección.	Desde Planeación Institucional se fortalecerá la presentación informes periódicos al Comité Institucional de Gestión y Desempeño relacionados con el análisis de la gestión del riesgo y al Comité Institucional de Control Interno el análisis de los riesgos materializados y críticos, con el fin de que se constituya en herramienta para la toma de decisiones.	Enero 1 de 2021	Diciembre 31 de 2021.
		6	Es prioritario que las líneas de defensa (estratégica, primera y segunda), realicen seguimiento a las acciones que se establezcan para subsanar las situaciones que se presentan tras la materialización de riesgos.	Presentar informes relacionados con la gestión de los riesgos y riesgos materializados al Comité Institucional de Gestión y Desempeño y al Coordinador de Control Interno, para realizar seguimiento y evitar que se vuelvan a materializar.	Enero 1 de 2021	Diciembre 31 de 2021.
		7	Es menester para un adecuado desarrollo de las actividades de control, que la Institución considere una adecuada segregación de funciones para minimizar la materialización de acciones fraudulentas.	Dando alcance a la auditoría correspondiente al sistema de control interno contable del año 2018 hallazgo número 6, se establecieron los controles y restricciones indicados en la acción de mejora planteada para este hallazgo. Adicionalmente el manual específico de funciones y competencias fue modificado el pasado 27 de diciembre del año 2020		

PROCESO:		PLANEACIÓN INSTITUCIONAL				
Radicado de la Auditoría	Fecha de la Auditoría	Nº del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo	
					Fecha de inicio	Fecha de terminación
		8	Es menester que en el marco de la política gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público, se revisen, ajusten y fortalezcan los controles automáticos con los que cuenta el aplicativo Sicof ERP, para la expedición de los certificados de disponibilidad presupuestal – CDP. Ver Anexo.	Desde el área de presupuesto se implementará para que el sistema de información SICOF, genere la expedición de los compromisos presupuestales CDP, con fechas automáticas, evitando el cambio de fecha en forma manual, garantizando así que estos documentos conserven un numero consecutivo y en orden cronológico.	Septiembre 1 de 2021	permanente
		9	Se reitera la importancia de fortalecer 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 ".	En la nueva política de Administración del Riesgo se establece que el contexto se revisará mínimo una vez al año o de acuerdo con los cambios en los factores internos o externos que afecten la Institución. En el año 2020 se elaboró el contexto y se realizó seguimiento en el mes de abril de 2021.	Enero 1 de 2021	Diciembre 31 de 2021.
		10	Es prioritario que la Institución considere que en la evaluación del riesgo de fraude debe tener presente "(...) riesgo de fraude por adquisiciones no autorizadas, uso o enajenación de activos, alteración de los registros de información u otros actos inapropiados.", de acuerdo con lo que determina el Decreto 1499 de 2017, en la política "planeación institucional".	Desde el proceso de Planeación se planteará la identificación y tratamiento de estos riesgos de fraude utilizando la nueva clasificación que propone la guía.	Septiembre 1 de 2021.	Noviembre 30 de 2021.
COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL						
		11	Es importante que la Institución identifique y documente las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones con el propósito de establecer actividades de control que propendan por cubrir los riesgos identificados	Dando alcance a la auditoría correspondiente al sistema de control interno contable del año 2018 hallazgo número 6, se establecieron los controles y restricciones indicados en la acción de mejora planteada para este hallazgo. Adicionalmente el manual específico de funciones y competencias fue modificado el pasado 27 de diciembre del año 2020.		
		12	Es menester definir acciones orientadas a lograr una mejor comprensión por parte de los funcionarios frente a la integración del sistema de gestión de la Institución con la estructura de control y con el modelo integrado de planeación – MIPG, de la Entidad.	El día 19 de agosto del presente año, en el proceso de reinducción en la presentación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión se realizó sensibilización frente a la integración del sistema de gestión de la Institución con la estructura de control y con el Modelo Integrado de Planeación - MIPG que aplica para la entidad.	Agosto 19 de 2021	Agosto 19 de 2021

PROCESO:		PLANEACIÓN INSTITUCIONAL				
Radicado de la Auditoría	Fecha de la Auditoría	Nº del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo	
					Fecha de inicio	Fecha de terminación
		13	Es importante que se fortalezcan los mecanismos dispuestos por la Institución, orientados a considerar que en el diseño de controles se evalúe frente a la gestión del riesgo, es decir, que los controles que se establecen estén orientados a evitar la materialización del riesgo o a minimizar el impacto de un evento adverso cuando este no se pueda evitar.	Actualmente se aplica la estructura de los controles definidos en la guía para la administración del riesgo, se esta sensibilizando a los procesos para que los controles cumplan con los requisitos y correspondan actividades que eviten la materialización del riesgo.	Septiembre 1 de 2021.	Noviembre 30 de 2021.
		14	Se reitera la importancia de fortalecer los mecanismos con los que cuenta la Institución que permitan monitorear y actualizar oportunamente, las actividades de control en los procesos, procedimientos, instructivos, manuales u otras herramientas para garantizar una aplicación adecuada de los mismos, de conformidad con el Decreto 1499 de 2017, política de evaluación y desempeño fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.	<p>GESTIÓN DE LA MEJORA</p> <p>En Auditoría del primer semestre de 2020, en el cual había quedado la misma acción la Líder de Gestión de la Mejora expuso lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El SGC está implementado bajo la norma ISO 9001:2015, cumpliendo los requisitos allí establecidos, en los cuales en ninguno de ellos pone periodicidad (tiempo) para actualizar la información documentada de este. 2. En cuanto a " Fortalecer los mecanismos que permitan monitorear.." como lo expresa el hallazgo, se cuenta con el procedimiento GM-PR-002 Elaboración y control de documentos del sistema de gestión integrado, donde se describe claramente el control, por lo tanto el hallazgo carece de validez. 3. En cuanto a " Fortalecer los mecanismos que permitan actualizar.." es responsabilidad de cada proceso revisar y mantener su información documentada actualizada, dependiendo de en normatividad, en procedimientos institucionales, en tecnología e infraestructura, en los servicios, en la estructura organizacional, en políticas internas, etc. 4. No quiere decir que si un proceso no cambia la versión de un documento en el tiempo, este desactualizado. 5. Por favor enviarme las evidencias donde se demuestre que la información documentada del proceso de Gestión de la Mejora está desactualizada. 6. Desde Gestión de la Mejora se mantienen acompañamientos constantes a los procesos que lo requieran, en actualizaciones, eliminaciones y creación de información documentada. 7. No conozco la política de evaluación y desempeño fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos de la Institución, por lo tanto como se hace un hallazgo referenciando un tema que no existe. 8. Como dice que es de conformidad "con el Decreto 1499 de 2017, política de evaluación y desempeño fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos", buscando en el decreto la política 6 es Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, pero es una política de gestión y desempeño no de evaluación como dice el enunciado. Para los SGC hay diferencia entre gestión y evaluación. Por lo tanto no está bien definido el hallazgo. 9. Donde está definido que la política "Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos" es responsabilidad de Gestión de la Mejora, por favor me compartes los soportes donde me fue socializado este tema y se me entrega esta responsabilidad a nivel Institucional. <p>Por todo lo anterior no se va a implementar ningún plan de mejoramiento por parte de Gestión de la Mejora.</p>		
		15	Se reitera la importancia de definir 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.	Desde el proceso de Tecnología se esta estructurando la política de administración y manejo del software, de acuerdo con las dinámicas institucionales y para dar cumplimiento a la Política de Gobierno Digital (Decreto 1499). La estructuración de la política esta siendo revisada por el proceso de Planeación Institucional. Una vez este totalmente estructurada y revisada por las instancias correspondientes se presentara al Comité Institucional de Gestión y Desempeño.	Julio 1 de 2021	Diciembre 31 de 2021.
		16	Monitorear y evaluar la exposición al riesgo relacionadas con tecnología nueva y emergente. La actividad deben realizarla los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos) y desde el sistema de control interno efectuar su verificación."	Revisar con los procesos involucrados en Tecnología para la virtualidad la evaluación de la exposición al riesgos y los controles para mitigarlos.	Septiembre 1 de 2021.	Noviembre 30 de 2021.

PROCESO:		PLANEACIÓN INSTITUCIONAL				
Radicado de la Auditoría	Fecha de la Auditoría	Nº del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo	
					Fecha de inicio	Fecha de terminación
		17	Contemplar la elaboración de informes a las instancias correspondientes sobre las deficiencias de los controles, dentro de la evaluación a la gestión del riesgo (...) que hacen el jefe de planeación y los líderes de otros sistemas de gestión al interior de la Institución	Incluir en el informe sobre la gestión de los riesgos que se presenta al Comité Institucional de Gestión y Desempeño las deficiencias que se han presentado en los controles.	Septiembre 1 de 2021.	Noviembre 30 de 2021.
			COMPONENTE DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN			
		18	Se reitera la importancia de 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".	Desde Gestión de Comunicaciones se actualizaron en el SGI los mecanismos de atención al ciudadano y los demás formatos, de acuerdo con las dinámicas institucionales. Este es un proceso que se realiza periódicamente, con el fin de garantizar una comunicación interna efectiva.		
		19	Es importante que la Institución revise, ajuste y fortalezca los mecanismos dispuestos para llevar a cabo la actualización de información relevante tanto interna y externa.	Desde de Gestión de Comunicaciones realiza la difusión de las comunicaciones por medio de redes sociales, página web, correo electrónico, mensaje de texto.		
		20	Es importante que la Institución revise, ajuste y fortalezca las actividades de control que ha desarrollado e implementado para garantizar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes.	Desde el proceso de Planeación se ha trabajado en la implementación de diferentes software para el manejo de la información institucional, como son: Indicadores, Plan de Acción, Plan Indicativo, manejo de estadísticas institucionales, información que desde Planeación se le solicita a los procesos, se verifica y se consolida. En el momento de requerimientos de información esta es solicitada al proceso de Planeación.		
			COMPONENTE DE ACTIVIDADES DE MONITOREO			

PROCESO:		PLANEACIÓN INSTITUCIONAL				
Radicado de la Auditoría	Fecha de la Auditoría	Nº del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo	
					Fecha de inicio	Fecha de terminación
		21	Es menester establecer acciones que propendan por el fortalecimiento de los procedimientos de 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.	Realizar sensibilización sobre la importancia del fortalecimiento de los procedimientos de monitoreo continuo, con el fin de poder contar con información clave para la toma de decisiones.		
		22	Es prioritario 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 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.	Desde Rectoría como presidente del Comité de Control Interno y desde la Oficina de Control Interno como secretario de dicho comité, se debe agendar dentro del orden del día, el análisis de los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros), para que se realice la socialización y análisis el contenido de los informes recibidos por parte de los entes de control.	Septiembre 1 de 2021	permanente
		23	Es pertinente que la Alta Dirección realice seguimiento a la implementación oportuna, así como la efectividad de las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias del sistema de control interno, de conformidad con el Decreto 1499 de 2017.	Se realizará antes del cierre de la vigencia por parte de la Alta Dirección seguimiento a la implementación oportuna, así como la efectividad de las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias del Sistema de Control Interno.	Septiembre 1 de 2021	permanente
		24	Es importante que se lleve a cabo la "verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea)."	No se levanta acción de mejora, dado que el requerimiento de la autoevaluación del proceso en lo que tiene que ver con los diferentes seguimientos realizados a riesgos, indicadores, planes de acción, otros informes se realizan desde el proceso de Planeación y son publicados en la página web de la Institución, además los informes y seguimientos a planes de mejoramiento los realiza la Oficina de Control Interno de manera periódica a través de las auditorías internas.		
		25	Es menester que la Institución fortalezca la gestión frente a los planes de mejoramiento que se suscriben como resultado de las auditorías que realiza la Dirección de Control Interno, que contribuyan a subsanar las deficiencias identificadas en la evaluación independiente y en las auditorías que se lleven a cabo por parte de esta dependencia.	Se realizará antes del cierre de la vigencia por parte de la Alta Dirección seguimiento a la implementación oportuna, así como la efectividad de las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias del Sistema de Control Interno.	Septiembre 1 de 2021	permanente

Nombre del responsable:	
--------------------------------	--

PLAN DE MEJORAMIENTO - HALLAZGOS Y OBSERVACIONES DE AUDITORIAS DE CONTROL INTERNO CI-FR-18		
Versión: 004	Fecha: 05-08-2016	Página 1 de 1

)

PLAN DE MEJORAMIENTO N°:

Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias
		Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %	

Fortalecer la implementación del modelo de defensa.	Agosto 19 de 2021	Planeación	Luz Mary Ramírez Montoya	100%	100%	verificación marzo 16 de 2021: Se aporta el 10 de marzo lo siguiente: - programación y presentación realizada el día agosto 17 de 2021 en el proceso de reinducción a la comunidad institucional sobre el modelo de las líneas de defensa - Resolución 090 de 2020. Teniendo en cuenta que se cumple con la acción de mejora propuesta se da por cerrada.
Identificación de riesgos estratégicos para el cumplimiento de las metas alineadas con las estrategias institucionales.	24 de enero 2022	Planeación	Luz Mary Ramírez Montoya Martha Lucia Pérez Barrios	100%	100%	Verificación marzo 16 de 2021: se aporta lo siguiente: -anexo archivo y acta No. 1 del 24 de enero de 2022 donde se aprobó los riesgos estratégicos para la Institución. Aunque se realizaron las acciones por fuera del termino que era 30 de noviembre de 2021 y se efectuaron el 24 de enero de 2022, se da por cerrada.
Seguimiento al cumplimiento de la conducta, valores y principios en el servicio público.	Diciembre 31 de 2021	Planeación Talento Humano	Luz Mary Ramírez Montoya Henry García Toro	100%	100%	Verificación realizada el 16 de marzo de 2021: Se anexa el 10 de marzo: -Anexo programación y presentación realizada a la comunidad el día agosto 19 de 2021 en el proceso de reinducción a la comunidad institucional sobre la socialización del Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno. -Anexo informe donde se realizó el monitoreo al cumplimiento de conducta y la práctica de los principios y valores del servicio público. - Se verificaron las actas del CICI en sesión de julio de 2021 se socializó el manual. Se da por cumplida y se cierra la acción.
		Talento Humano	Henry García Toro	100%	100%	Verificación realizada el 16 de marzo. Se anexa como evidencia el 10 de marzo: -link donde se publicó el Plan Estratégico de Talento Humano. https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2022/01/Plan-Estrategico-Talento-Humano-2022.pdf . Teniendo en cuenta que se adjunta plan estratégico 2022 y que cumple con los lineamientos establecido, se cierra la acción.

						PLAN DE MEJORAMIENTO N°:
Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias
		Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %	
Presentar informes periódico frente a la gestión del riesgo a la Alta Dirección a través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, que sirva de insumo para la toma de decisiones.	Diciembre 31 de 2021.	Planeación Institucional	Luz Mary Ramírez Montoya Martha Lucia Pérez Barrios	100%	100%	Verificación realizada el 16 de marzo. se aporta el 10 de marzo lo siguiente: - actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño - 2022, donde se presentaron informes con el análisis de la gestión del riesgo, la cual se constituye en herramienta para la toma de decisiones. -Ver actas del Comité Institucional Coordinador de Control Interno donde se presento informe sobre la gestión de los riesgos institucionales: se verificaron las actas del CICI de la vigencia 2021 encontrándose lo siguiente: *en acta N° 3 del 15 de julio de 2021 se realiza seguimiento al primer semestre la implementación de la política de administración del riesgo. Se da por cumplida se cierra la acción.
Presentar informes periódico frente a la gestión del riesgo a la Alta Dirección a través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, que sirva de insumo para la toma de decisiones.	Diciembre 31 de 2021.	Planeación Institucional	Luz Mary Ramírez Montoya Martha Lucia Pérez Barrios	100%	100%	Verificación realizada el 16 e marzo, se aporta el 10 de marzo lo siguiente: - actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño - 2021, donde se presentaron informes con el análisis de la gestión del riesgo, la cual se constituye en herramienta para la toma de decisiones: Una vez verificadas estas actas se encuentra lo siguiente: - acta N° 1 del 1 de enero de 2022, presentación propuesta riesgos estratégicos. - acta N° 2 del 18 de febrero 2021, no se trata el tema. - acta N° 3 del 16 de junio de 2021, informe de gestión del riesgo a abril 2021. -acta N° 5 del 18 de agosto de 2021, propuesta política administración del riesgo. -acta N°6 del 29 de noviembre de 2021, ajuste política administración del riesgo. -acta N° 7 del 14 de diciembre de 2021, ajuste política administración del riesgo. En las actas del CICI se encuentran las siguientes: acta N° 3 del 15 de julio de 2021 se realiza seguimiento al primer semestre la implementación de la política de administración del riesgo, se presenta seguimiento al primer semestre 2021. Se cierra la acción pues se da por cumplida.
				100%	100%	Verificación realizada el 16 de marzo. El 10 de marzo se informa: - Se realizó estudio técnico sobre reestructuración administrativa (estructura organizacional y planta de cargos), la cual esta en proceso de aprobación. Así mismo, en la auditoría se identificó que en el diseño y ejecución de los controles se tienen en cuenta las características descritas en la guía para la administración del riesgo donde se debe especificar un responsable y se debe revisar que se encuentren segregadas en diferentes funcionarios. Se puede observar en el mapa de riesgos de Gestión Financiera. Acorde con lo anterior se cierra la acción.

				PLAN DE MEJORAMIENTO N°:		
Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias
		Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %	
Garantizar que los controles automáticos del sistema de información SICOFG garanticen la correcta expedición de compromisos presupuestales.	permanente	Vicerrectoría Administrativa y Financiera	Wilson Yoanny Arango Puerta	10%		<p>Verificación realizada el 16 de marzo. El 10 de marzo se informa: Desde el Área de Presupuesto se están realizando controles constantes para que los consecutivos de las disponibilidades presupuestales guarden un orden cronológico, estos controles se basan en el seguimiento a las fechas de las solicitudes de las disponibilidades, un control en los correos que ingresan para estas solicitudes, y realizar el cambio de fecha a tiempo para evitar este tipo de inconvenientes, esto mientras el proveedor del sistema estudia la posibilidad que fue relacionada en la acción de mejora.</p> <p>Continua la acción pues no se ha ejecutado la parametrización solicitada en el aplicativo.</p> <p>Se califica en 10% pues se esta ejerciendo un control mientras se ajusta el aplicativo.</p>
Seguimiento factores internos y externos en riesgos con el fin de que estén acorde a las dinámicas institucionales.	Diciembre 31 de 2021.	Planeación Institucional	Luz Mary Ramírez Montoya Martha Lucia Pérez Barrios	100%	100%	<p>Verificación realizada el 16 de marzo de 2021, el 10 de marzo se aporta la siguiente información: -Política aprobada por el Consejo Directivo el día 25 de febrero de 2022. (Estamos a la espera que nos entreguen el documento firmado por el Presidente del Consejo Directivo).</p> <p>En realización de la auditoría se evidenció, que se cumple con este pues se elabora el contexto interno y externo con los líderes de los procesos y se actualiza anualmente o ante cambios que se puedan presentar en los procesos. se anexa documento Contexto para la administración de los riesgos realizado en el año 2021.</p> <p>Se cierra la acción.</p>
Actualización riegos de fraude de acuerdo a los lineamientos del decreto 1499 de 2017.	Diciembre 31 de 2021.	Planeación Institucional	Luz Mary Ramírez Montoya Martha Lucia Pérez Barrios	100%	100%	<p>Verificación realizada el 16 de marzo de 2021, el 10 de marzo se aporta matriz de riesgo donde se encuentran identificados los riesgos de fraude.</p> <p>Se cierra la acción.</p>
				100%	100%	<p>Verificación realizada el 16 de marzo de 2021, el 10 de marzo se aporta: - estudio técnico sobre reestructuración administrativa (estructura organizacional y planta de cargos), la cual esta en proceso de aprobación.</p> <p>Así mismo, en la auditoría se evidenció que se ha identificado en el proceso de Extensión y Proyección Social y se encuentra documentado en el mapa de riesgos, por lo tanto, se cierra la acción.</p>
Sensibilización a los procesos	Agosto 19 de 2021	Planeación	Planeación	100%	100%	<p>Verificación realizada el 16 de marzo de 2021, el 10 de marzo se aporta: - programación y presentación realizada a la comunidad Institucional el día 19 de agosto de 2021 sobre la socialización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG. Así mismo, se evidencio inducción del SGI realizada en el 2022 .</p> <p>Se cierra la acción.</p>

				PLAN DE MEJORAMIENTO N°:		
Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias
		Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %	
Sensibilización a los procesos para que con unos buenos controles eviten la materialización de los riesgos.	Diciembre 31 de 2021.	Planeación Institucional	Luz Mary Ramírez Montoya Martha Lucia Pérez Barrios	100%	100%	Verificación realizada el 16 de marzo, el 10 de marzo se anexo: - programación y presentación realizada a la comunidad Institucional el día 17 de agosto de 2021 sobre la sensibilización realizada a los procesos para que con unos buenos controles eviten la materialización de los riesgos, consecuencias derivadas en la materialización de los riesgos (responsabilidades fiscales, penales y disciplinarias). - El proceso de reinducción también se socializó el siguiente tema: Acciones por parte de la entidad que propendan por evitar que el riesgo de cumplimiento se siga materializando en forma recurrente. Se cierra la acción.
				100%	100%	Verificación realizada el 16 de marzo, el 10 de marzo se informa: Actualización de procedimientos, instructivos, manuales u otras herramientas para garantizar una aplicación adecuada de los mismos, de conformidad con el Decreto 1499 de 2017. Información actualizada en el sistema de Gestión de la Mejora G+. Teniendo en cuenta lo anterior y las respuesta dada por el área de gestión de mejora, se cierra la acción.
Política de administración y manejo del software de acuerdo con las dinámicas institucionales.	Diciembre 31 de 2021	Tecnología	Francisco Javier Restrepo Naranjo	50%		Verificación realizada el 16 de marzo, el 10 de marzo se informa: Desde el proceso de Tecnología se esta desarrollando la política de administración y manejo del software, acorde con las dinámicas institucionales. Se anexa: -Anexo propuesta de Política de Administración y Desarrollo de sistemas de información y software. Como no se encuentra aprobada no se cierra la acción. Se califica en 50% pues se ha realizado el análisis y propuesta, faltando su aprobación. no se califica la efectividad por que no se ha cumplido completamente.
Seguimiento a riesgos relacionados con la tecnología nueva y emergente, establecer controles para mitigar los riesgos.	Diciembre 31 de 2021.	Planeación Institucional	Luz Mary Ramírez Montoya Martha Lucia Pérez Barrios	100%	100%	Verificación realizada el 16 de marzo, el 10 de marzo se aporta : -Matriz seguimientos a riesgos tecnologicos.Ver matriz de riesgos. https://www.colmayor.edu.co/institucional/planeacion-institucional/planeacion-institucional-7/ . Se cierra la acción.

				PLAN DE MEJORAMIENTO N°:		
Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias
		Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %	
Sensibilización a los procesos para que con unos buenos controles eviten la materialización de los riesgos.	Diciembre 31 de 2021.	Planeación Institucional	Luz Mary Ramírez Montoya Martha Lucia Pérez Barrios	100%	100%	Verificación realizada el 16 de marzo, el 10 de marzo se aporta : -Anexo programación y presentación realizada a la comunidad Institucional el día 17 de agosto de 2021 sobre la sensibilización realizada a los procesos para que con unos buenos controles eviten la materialización de los riesgos, consecuencias derivadas en la materialización de los riesgos (responsabilidades fiscales, penales y disciplinarias). -El proceso de reinducción también se socializó el siguiente tema: Acciones por parte de la entidad que propendan por evitar que el riesgo de cumplimiento se siga materializando en forma recurrente.
				100%	80%	Verificación realizada el 16 de marzo, el 10 de marzo se informa: Desde Gestión de Comunicaciones se actualizaron en el SGI los mecanismos de atención al ciudadano y los demás formatos, de acuerdo con las dinámicas institucionales. Este es un proceso que se realiza periódicamente, con el fin de garantizar una comunicación interna efectiva. Ver documentación en G+ Gestión de Comunicaciones. Se cierra la acción, pero se deja una efectividad del 80% pues en el desarrollo de la auditoría del segundo semestre de 2021, no se evidenciaron políticas y/o procedimientos para la comunicación interna.
				100%	100%	Se verifica el 16 de marzo de 2022, la información se aporta el 10 de marzo: -Desde de Gestión de Comunicaciones realiza la difusión de las comunicaciones por medio de redes sociales, página web, correo electrónico, mensaje de texto. Así mismo, en la realización de la auditoría se encuentra :Inventario de Activos de Información que se encuentra publicado en la página web de la institución pestaña de Transparencia/datos abiertos: https://www.colmayor.edu.co/institucional/ley-de-transparencia/ . Seguimiento con la implementación del Plan Institucional de Archivos - PINAR . Acorde con lo anterior se cierra la acción.
				100%	100%	Se verifica el 16 de marzo de 2022, el 10 de marzo se informa :Desde el proceso de Planeación se ha trabajado en la implementación de diferentes software para el manejo de la información institucional, como son: Indicadores, Plan de Acción, Plan Indicativo, manejo de estadísticas institucionales, información que desde Planeación se le solicita a los procesos, se verifica y se consolida. Software funcionando. Así mismo en la auditoría se evidenció : TABLAS DE CONTROL DE ACCESO; instrumento archivístico contemplado en el Decreto 1080 de 2015 el cual se encuentra publicado en la página web, y el Índice de Información Reservada y Clasificada que igualmente se encuentra publicado en la página web de la institución pestaña transparencia/datos abiertos. Por lo tanto, se cierra la acción.

				PLAN DE MEJORAMIENTO N°:		
Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias
		Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %	
				100%	100%	<p>Verificación realizada el 16 de marzo, el 10 de marzo se informo: -En la reinducción realizada el 17 de agosto de 2021, se socializó la obligatoriedad en el cumplimiento y actualización de las disposiciones legales vigentes, con el fin de fortalecer los procedimientos de monitoreo continuo y poder contar con información clave para la toma de decisiones.</p> <p>Así mismo, en la realización de la auditoría se encontró lo siguiente: La Institución cuenta con procesos, procedimientos, instructivos, manuales, políticas, entre otros, para efectuar el monitoreo continuo de las actividades que se realizan.</p> <p>De conformidad con lo anterior se cierra la acción.</p>
Socialización y análisis del contenido de los informes recibidos por parte de los organismos de Control.	Permanente	Rectoría Oficina de Control Interno	Juan David Gómez Flórez Juan Guillermo Arango Agudelo			<p>Se realiza verificación el 16 de marzo : la Oficina de control interno consolida y publica en el microsítio, los informes de los entes externos. Se consolidan y concluyen en los planes de mejoramiento que presenta sobre estos.</p> <p>Como no se identificó que se tratará el tema en el CICI, del 2 semestre del 2021 continúa la acción.</p> <p>No se califica pues no se ha evidenciado.</p>
Seguimiento a la efectividad de las acciones correctivas.	Permanente	Alta Dirección	Alta Dirección	100%	100%	<p>Verificación realizada el 16 de marzo, las evidencias se aportaron el 10 de marzo: Desde la Secretaría General se ha venido realizando seguimiento a las acciones formuladas por los procesos en los planes de mejoramiento. Además los informes y seguimientos a planes de mejoramiento los realiza la Oficina de Control Interno de manera periódica a través de las auditorías internas.</p> <p>Así mismo, en la auditoría se señala que se da cumplimiento en las reuniones realizadas por el CICI.</p> <p>Acorde con lo anterior se cierra la acción.</p>
				100%	100%	<p>Verificación realizada el 16 de marzo, se aporó respuesta el 10 de marzo: Desde la Secretaría General se ha venido realizando seguimiento a las acciones formuladas por los procesos en los planes de mejoramiento. Además los informes y seguimientos a planes de mejoramiento los realiza la Oficina de Control Interno de manera periódica a través de las auditorías internas.</p> <p>Así mismo, en la realización de la auditoría se evidenció: En reunión del Comité de Control Interno la Secretaría General presentó un informe con el seguimiento a los planes de mejoramiento.</p> <p>Además, este seguimiento se presentó al Consejo Directivo.</p> <p>De este tema no se levantó acción por lo que no continuara.</p>
Seguimiento a la efectividad de las acciones correctivas.	Permanente	Alta Dirección	Alta Dirección	100%	100%	<p>Verificación realizada el 16 de marzo, se aporó respuesta el 10 de marzo: Desde la Secretaría General se ha venido realizando seguimiento a las acciones formuladas por los procesos en los planes de mejoramiento.</p> <p>Además los informes y seguimientos a planes de mejoramiento los realiza la Oficina de Control Interno de manera periódica a través de las auditorías internas.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior y las revisiones de los planes de mejoramiento</p>
Correo electrónico:	planeacion@colmayor.edu.co			Teléfono y extensión:	4445611 Ext. 164	

 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	Avance del sistema de control interno institucional			
Alcance de la auditoría	Segundo semestre 2021 Sistema de control interno de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia			
Objetivo de la auditoría	Evaluar el nivel de avance del sistema de control interno de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, para el segundo semestre de la vigencia 2021			
Criterios de auditoría	Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 1499 de 2017, Decreto 648 de 2017, Decreto 612 de 2018 y Decreto 2106 de 2019.			
Tipo de auditoría	Legal		Basada en riesgos	
Riesgos evaluados	Riesgo	Se materializó	No se materializó	Potencial
	Riesgo de corrupción		X	
	Riesgo de fraude		X	
	Incumplimiento	X		
	Uso inadecuado de la información privilegiada y de la seguridad de la información		X	
RESULTADOS DE LA AUDITORÍA				
HALLAZGOS				
Resultados cuantitativos por componente				
Componente	Nivel de cumplimiento, II semestre 2021	Observaciones		
AMBIENTE DE CONTROL	90%	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer a mejorar su diseño y/o ejecución.		



EVALUACIÓN DE RIESGOS	100%	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.
ACTIVIDADES DE CONTROL	98%	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer a mejorar su diseño y/o ejecución.
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	96%	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer a mejorar su diseño y/o ejecución.
ACTIVIDADES DE MONITOREO	100%	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.

CONCLUSIONES

- Los componentes del Sistema de Control de Interno de la Institución Colegio Mayor de Antioquia, operan de manera integrada, pues se observa que se aseguran las condiciones para el ejercicio del Control Interno, se gestionan los riesgos institucionales para evitar su materialización, se implementan mecanismos para dar tratamiento a los riesgos, la comunicación es efectiva para la operación de la entidad y se monitorea y evalúa la gestión institucional. Así mismo, desde la alta dirección se analizan y se toman decisiones sobre asuntos referentes a todos y cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno.
- La Institución presenta un sistema de control interno con seguridad razonable, considerando que la entidad tiene dispuestos mecanismos que le permiten articular los procesos, procedimientos, instructivos y otros instrumentos, con los objetivos estratégicos de la Institución.
- La Institución cuenta con la Resolución 090 del 29 de abril de 2020, por medio de la cual se establece la conformación de las líneas de defensa de la Institución, así mismo, se observó que se está aplicando efectivamente.
- Respecto a las evaluaciones anteriores, la Institución presenta un avance significativo, lo que evidencia el compromiso de cada una de las áreas implicadas.

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

RECOMENDACIONES

- Mejorar los mecanismos para la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada y los procesos de gestión de la seguridad.
- Realizar la evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano y evaluación de las actividades relacionadas con el retiro de personal.
- Se recomienda establecer un cronograma o fechas para la publicación de los informes de percepción de los usuarios.



Nombre y Firma: Juan David Calle Tobón

Cargo: Director Operativo de Control Interno.