



MEMORANDO
1200

FECHA: Medellín, 30 de junio de 2022

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

DE:
JUAN DAVID CALLE TOBON
DIRECTOR OPERATIVO

ASUNTO: Remisión informe definitivo "Auditoría Legal de seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias PQRSFD"

Respetado Doctor,

Con fundamento en Ley 87 de 1993 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 de seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias PQRSFD" de los meses noviembre - diciembre 2021 y primer semestre 2022.

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 conocedores 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.

Cordialmente,

JUAN DAVID CALLE TOBON
DIRECTOR OPERATIVO
DIRECCIÓN DE CONTROL INTERNO

Anexos: (26)folios



INFORME DE AUDITORÍA

CONTROL INTERNO



WWW.COLMAYOR.EDU.CO

CI-FR-01
VERSIÓN 009
09 DE JUNIO DE 2022



WWW.COLMAYOR.EDU.CO



Alcaldía de Medellín



**INFORME DEFINITIVO
AUDITORÍA LEGAL A LAS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS
FELICITACIONES Y DENUNCIAS (PQRSFD)
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2021 Y PRIMER SEMESTRE 2022**

DIRECCIÓN DE CONTROL INTERNO

Equipo:

JUAN DAVID CALLE TOBÓN
Director Operativo de Control Interno

PAULINA RÍOS ARCE
Profesional Control Interno

Medellín
28 de junio 2022





Contenido

PRESENTACIÓN	5
1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA	6
2. RIESGOS ASOCIADOS A LA UNIDAD AUDITABLE	6
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. RESUMEN.....	11
9. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.....	12
9.1 HALLAZGOS.....	15
10. CONCLUSIONES.....	24
11. RECOMENDACIONES.....	24
12. GLOSARIO.....	25
13. BIBLIOGRAFÍA.....	25





Lista de tablas

Tabla 1. Riesgos Asociados a la Unidad auditable	6
Tabla 2. Criterios de la normatividad aplicable	7
Tabla 3. Consolidado 2021	12
Tabla 4. Consolidado 2022	12
Tabla 5. Consolidado 2021	13
Tabla 6. Consolidado 2022	13
Tabla 7. Denuncias	14
Tabla 8. Evaluación de riesgos	18
Tabla 9. Evaluación de riesgos	20
Tabla 10. Matriz de riesgos	21
Tabla 11. Acciones	22
Tabla 12. Acciones	22





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 a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias – PQRSDF correspondientes a los meses de noviembre y diciembre de 2021 y primer semestre del 2022.

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 y controles.

Para el desarrollo de esta auditoría, se aplicaron técnicas de auditoría tales como consulta, inspección y rastreo.





1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Se realizó muestra del total de la población que fue un total de 173 PQRSDf, se llevó a cabo la revisión de las PQRSDf recibidas y de sus respectivas respuestas por parte de la institución, de los meses de noviembre y diciembre de 2021 y primer semestre de 2022.

Se realizó revisión de las 9 quejas y reclamos recibidos en los meses de noviembre y diciembre de 2021 y de las 16 del primer semestre 2022, con sus respectivas respuestas.

Se revisaron las 2 denuncias presentadas para el periodo auditado con sus respectivas respuestas.

Se tomó la matriz de riesgos de la institución, con el fin de evaluar la eficacia de los puntos de control establecidos para los riesgos identificados.

Comprobación de los planes de mejoramiento.

2. RIESGOS ASOCIADOS A LA UNIDAD AUDITABLE

Tabla 1.

TIPO DE RIESGO	DESCRIPCIÓN	observación
Cumplimiento	Incumplimiento de las disposiciones legales internas y externas.	No se materializó
Operativo	Inexactitud de la Información	No se materializó
Riesgo de corrupción	Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado	No se materializó
Riesgo de imagen o reputacional	Posibilidad de ocurrencia de un evento que afecte la imagen, buen nombre o reputación de una organización ante sus clientes y partes interesadas	No se materializó





3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

Tabla 2.

CRITERIOS
1. Ley 1474 de 2011 “Estatuto Anticorrupción”: Artículo 76 el cual establece “en toda entidad pública, deberá existir por lo menos una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen, y que se relacionen con el cumplimiento de la misión de la entidad. La Oficina de Control Interno deberá vigilar que la atención se preste de acuerdo con las normas legales vigentes y rendirá a la Administración de la entidad un informe semestral sobre el particular...”.
2. Ley 1437 de 2011” Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”: Artículo 5 “Derechos de las personas ante las autoridades. Presentar peticiones en cualquiera de sus modalidades, verbalmente, o por escrito, o por cualquier otro medio idóneo y sin necesidad de apoderado, así como a obtener información oportuna y orientación acerca de los requisitos que las disposiciones vigentes exijan para tal efecto (...)”
3. Ley 1712 de 2014. “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones”
4. Ley 1755 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”.
5. Decreto 1166 de 2016, “Por el cual se adiciona el capítulo 12 al Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, relacionado con la presentación, tratamiento y radicación de las peticiones presentadas verbalmente”.





6. Decreto 491 de 2020, “Por el cual se adoptan medidas de urgencia para garantizar la atención y la prestación de los servicios por parte de las autoridades públicas y los particulares que cumplan funciones públicas y se toman medidas para la protección laboral y de los contratistas de prestación de servicios de las entidades públicas, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica”: Artículo 5. Ampliación de términos para atender peticiones.
7. Procedimiento de Gestión de comunicación CM-PR-001: Atención de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Verificar el cumplimiento de las disposiciones legales por parte Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, en la atención de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias, presentadas en el periodo auditado.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el cumplimiento de los términos que la normatividad vigente establece para dar respuesta a las PQRSDf, formuladas por los ciudadanos.
- Verificar si las respuestas a PQRSDf cumplen con los requisitos calidad que establece la norma y la jurisprudencia.
- Seguimiento a planes de mejoramiento y las acciones propuestas suscritas como resultado de la auditoria de la vigencia 2021.





5. METODOLOGÍA

- Verificar la normatividad interna para la atención de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias – PQRSFD.
- Verificar la normatividad externa para la atención de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias – PQRSFD.
- Estudiar la normatividad vigente aplicable de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias – PQRSFD.
- Verificar el número de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias (PQRSFD) recibidas en la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, para los meses de noviembre y diciembre de 2021, primer semestre de 2022 y segundo semestre de 2022.
- Seleccionar muestra de forma aleatoria de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias (PQRSFD), recibidas en la Institución para los meses de noviembre, diciembre de 2021 y primer semestre de 2022, que permita establecer conclusiones sobre el tratamiento dado por parte de la Entidad a las mismas.
- Verificar los riesgos identificados en la unidad auditable.
- Evaluar la eficacia de las actividades de control establecidas por la Institución para los riesgos identificados.
- Determinar si los riesgos identificados se han materializado.
- Verificar las acciones propuestas en los planes de mejoramiento suscritos como resultado de las auditorías realizadas al seguimiento de PQRSDF que se hayan ejecutado y que hayan sido eficaces, para la vigencia 2021.





6. LIMITACIONES

No se presentaron limitaciones en el desarrollo de la auditoría.

7. MUESTRA

Se basa en un muestreo estadístico de distribución normal, que requiere fórmulas para su cálculo. En este caso el total de la población fue un total de 173 PQRSDF, se siguió la tabla de tamaño de muestra de Casals en la que se señala que en el intervalo del total de población de 151 a 280, el tamaño de la muestra es de 32, posteriormente se eligieron estas de manera aleatoria.





8. RESUMEN

Se realizó muestra del total de la población que fue de 173 PQRSDF que arrojó un total de 32, se realizó la revisión de solicitudes recibidas y de sus respectivas respuestas por parte de la institución, de los meses de noviembre y diciembre de 2021 y primer semestre de 2022.

Se realizó revisión de las 9 quejas y reclamos recibidos en los meses de noviembre y diciembre de 2021 y de las 16 del primer semestre 2022, con sus respectivas respuestas.

Se revisaron las 2 denuncias presentadas para el periodo auditado con sus respectivas respuestas.

Se realizaron las siguientes verificaciones:

- Calidad de las respuestas: la Institución dio respuesta de fondo a cada una de ellas, cumpliendo con los criterios de calidad y exigencias de Ley.
- Término de respuesta:
 - a) solo 1 de ellas no se respondió dentro del término.
 - b) En la casilla de información del remitente de G+, no se observó en todos los casos que este diligenciada.
 - c) Ni en las respuestas que son cargadas en G+, ni en la casilla de información de remitente, ni en la respuesta adjunta, se observó la evidencia del envío de la contestación al peticionario, sea por correo electrónico o servicio de mensajería.
- Quejas y reclamos:
 - a) 4 solicitudes se clasificaron como reclamos.
 - b) 9 reclamos se encuentran clasificados como quejas.
 - c) Se encuentra en el consolidado que para mes de diciembre se presentaron 3 quejas, pero solo se observaron 2.
- Planes de mejoramiento: de las 3 acciones identificadas se da cierre a 1 de ellas y continúan 2.

Para el periodo auditado no se identificó la materialización de riesgos.





9. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

De conformidad con el reporte aportado al equipo auditor por el área de Gestión de Comunicaciones y Mercadeo, se identificó que para los meses de noviembre y diciembre de 2021 se recibieron un total de 59 PQRSDF y para el primer semestre de la vigencia 2022 a corte 25 de abril, un total de 114 PQRSDF:

Tabla 3.

CONSOLIDADO POR MES 2021		
Motivo	Noviembre	Diciembre
Solicitud de Información	10	6
Derecho de Petición	13	15
Queja	4	3
Reclamo	2	
Sugerencia	1	
Felicitaciones	3	2
Total	33	26
	59	

Tabla 4.

CONSOLIDADO POR MES 2022				
Motivo	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Solicitud de Información	12	14	11	6
Derecho de Petición	3	23	16	9
Queja		2	8	1
Reclamo		3	2	
Sugerencia			1	
Felicitaciones	1		2	
Total	16	42	40	16
	114			





La dependencia que concentró mayor número de PQRSDf es “Extensión Académica y Proyección Social”, con 13 solicitudes para los meses de noviembre y diciembre de 2021 y 30 para el periodo auditado de la vigencia 2022.

El tipo de PQRSDf con más registros es la “petición”:

Tabla 5.

CONSOLIDADO POR MES 2021		
Motivo	Noviembre	Diciembre
Solicitud de Información	10	6
Derecho de Petición	13	15
Queja	4	3
Reclamo	2	
Sugerencia	1	
Felicitaciones	3	2

Tabla 6.

CONSOLIDADO POR MES 2022				
Motivo	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Solicitud de Información	12	14	11	6
Derecho de Petición	3	23	16	9
Queja		2	8	1
Reclamo		3	2	
Sugerencia			1	
Felicitaciones	1		2	





Sobre el comportamiento de las “quejas y reclamos”, se evidenció que para los meses de noviembre y diciembre de 2021 se presentaron 9 y para el primer semestre de la vigencia 2022 un total de 16.

Para el primer semestre del 2022, las dependencias que mayor número de “quejas y reclamos” presentaron fueron Tecnología de la Información con 4 y Facultad de Ciencias de la Salud y Facultad de Administración con 2 respectivamente.

Para el periodo auditado se presentaron las siguientes denuncias:

Tabla 7.

DENUNCIAS				
noviembre y diciembre de 2021 - enero a 25 de abril de 2022				
Fecha de recepción	No. Radicado	fecha de respuesta	No. Radicado	Estado
22/03/2022	PQ2022200088	6/04/2022	CE2022101042	Se encuentra en etapa de averiguación, para determinar si existe una conducta disciplinable.
14/03/2022	PQ2022200079	6/04/2022	CE2022101043	Se encuentra en etapa de averiguación, para determinar si existe una conducta disciplinable.

Dentro del periodo auditado se recibieron 8 felicitación para la Institución.

Una vez se ingresó y uso la plataforma G+ - reporte de PQRSDf, para revisión de las solicitudes recibidas y sus respuestas, se evidenció que es una plataforma muy amigable, de fácil acceso y manejo, esto mismo se observó del módulo para realizar las solicitudes y consulta del estado en el que se encuentra el trámite y de la consulta de las PQRSDf anónimas.





9.1 HALLAZGOS

9.1.1. Calidad de las respuestas.

Conforme la jurisprudencia,¹ las autoridades públicas y los particulares, en los casos definidos por la ley, tienen el deber de resolver de fondo las peticiones interpuestas, es decir, les es exigible una respuesta que aborde de manera clara, precisa, congruente y conducente cada una de ellas:

Clara: inteligible y contentiva de argumentos de fácil comprensión.

Precisa: que atienda directamente lo pedido sin reparar en información impertinente y sin incurrir en fórmulas evasivas o elusivas.

Congruente: que abarque la materia objeto de la petición y sea conforme con lo solicitado.

Consecuente: con el trámite que se ha surtido, si la respuesta se produce con motivo de un derecho de petición elevado dentro de un procedimiento del que conoce la autoridad de la cual el interesado requiere la información, no basta con ofrecer una respuesta como si se tratara de una petición aislada

De la muestra de 32 PQRSDf, se procedió a analizar cada una de las solicitudes y sus respectivas respuestas, encontrándose que la Institución dio respuesta de fondo a cada una de ellas, cumpliendo con los criterios de calidad y exigencias de Ley.

9.1.2. Término de respuesta.

De conformidad con el artículo 5 de la Ley 491 de 2020, se ampliaron los términos para dar respuestas a las peticiones:

“Para las peticiones que se encuentren en curso o que se radiquen durante la vigencia de la Emergencia Sanitaria, se ampliarán los términos señalados en el artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, así:

Salvo norma especial toda petición deberá resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción.

¹ Sentencia T-206/18, Corte Constitucional.





Estará sometida a término especial la resolución de las siguientes peticiones:

- (i) Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los veinte (20) días siguientes a su recepción.*
- (ii) Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta y cinco (35) días siguientes a su recepción.*

Cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos aquí señalados, la autoridad debe informar esta circunstancia al interesado, antes del vencimiento del término señalado en el presente artículo expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, que no podrá exceder del doble del inicialmente previsto en este artículo.

En los demás aspectos se aplicará lo dispuesto en la Ley [1437](#) de 2011.

PARÁGRAFO. *La presente disposición no aplica a las peticiones relativas a la efectividad de otros derechos fundamentales.”*

Una vez verificada la muestra de 32 PQRSD correspondiente a cada una de las solicitudes y sus respectivas respuestas por parte de la institución, se observó que solo 1 de ellas no se respondió dentro del término; dándosele respuesta un día después a lo establecido por la norma:

- Petición con radicado N° PQ2022200020 del 3 de febrero de 2020, asunto: Pago de honorarios:

Al no tener norma especial el término para darle respuesta a este asunto, debía darse dentro de los 30 días hábiles siguientes a su recepción, es decir el 17 de marzo de 2022, pero la fecha del documento es del 18 de marzo de 2022.

No se encontró registro en la plataforma G+ del siguiente radicado:

PQ2022200018 - correspondiente al mes de abril.





Una vez solicitada aclaración a personal de Atención a la Ciudadanía se resolvió que el número de radicado es: PQ202200118.

Durante la ejecución de la prueba de acceso al aplicativo, se observó con el rol de Atención al Ciudadano y de Gestión documental que en la casilla de la información del remitente, se ingresa el número de radicado y correo del destinatario, pero al revisar se observó que no en todos los casos se está diligenciado por los responsables:

Radicado: CE2022100981 Fecha: 01-04-2022 10:54:13 Asunto: Respuesta a la comunicación oficial con serie documental PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, FELICITACIONES Y DENUNCIAS radicado PQ202220069	Radicado: CE2022100981 Correos: dec.cienciasociales@colmayor.edu.co - 01-04-2022 10:54:14 lilderciao@visiongerencial.com.co - 01-04-2022 10:54:14 lina.jimenez@colmayor.edu.co - 01-04-2022 10:54:14
Radicado: CE2022100982 Fecha: 01-04-2022 11:21:06 Asunto: Respuesta a la comunicación oficial con serie documental CONSECUTIVOS DE COMUNICACIONES OFICIALES RECIBIDAS radicado CR2022200687	Radicado: CE2022100982 Correos: admisiones@colmayor.edu.co - 01-04-2022 11:21:06
Radicado: CE2022100983 Fecha: 01-04-2022 11:28:40 Asunto: Respuesta a la comunicación oficial con serie documental CONSECUTIVOS DE COMUNICACIONES OFICIALES RECIBIDAS radicado CR2022200683	Radicado: CE2022100983 Correos: cordoba89@hotmail.com - 01-04-2022 11:28:41
Radicado: CE2022100984 Fecha: 01-04-2022 11:42:34 Asunto: Respuesta a la comunicación oficial con serie documental CONSECUTIVOS DE COMUNICACIONES OFICIALES RECIBIDAS radicado CR2022200613	Radicado: CE2022100984 Correos: voyata@est.colmayor.edu.co - 01-04-2022 11:42:35
Radicado: CE2022100985 Fecha: 01-04-2022 11:45:20 Asunto: Respuesta a la comunicación oficial con serie documental CONSECUTIVOS DE COMUNICACIONES OFICIALES	Radicado: CE2022100985 Correos: amarin@est.colmayor.edu.co - 01-04-2022 11:45:20

Esto obedece a que los responsables al momento de dar respuesta en el módulo de “reporte comunicaciones oficiales” no están siguiendo las indicaciones establecidas para este trámite en el aplicativo G+, en las que se les indica que deben realizar la acción desde el botón “responder” para que no se pierdan las vinculaciones (trazabilidad) de la PQRSDf y no realizar las respuestas desde “redactar”.





Así mismo, dentro de las respuestas que son cargadas en G+, ni en la casilla de información de remitente tratada en el punto anterior, ni en la respuesta adjunta, se observó la evidencia del envío de la contestación al peticionario, sea por correo electrónico o servicio de mensajería.

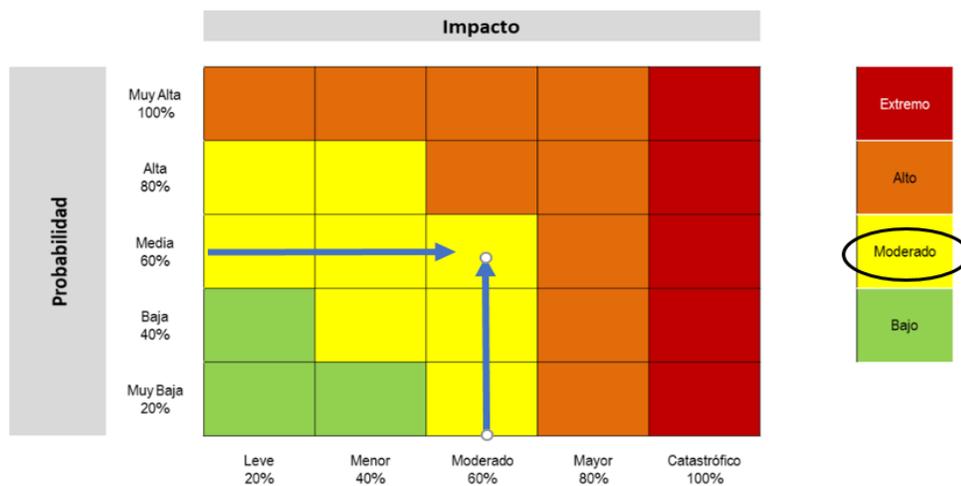
Esto se debe a que no se encuentra establecido dentro del trámite de la institución el cargue de las evidencias de envío y recibo de las respuestas.

Lo anterior puede ocasionar un incumplimiento en dar respuestas o darlas dentro de los términos de ley a los peticionarios, lo que puede traer como consecuencia que se instauren acciones de tutela contra la Institución.

Riesgos identificados:

- Riesgo de cumplimiento: incumplimiento de las disposiciones legales.
- Riesgo de cumplimiento: acción de tutela por no respuesta a derecho de petición.

Tabla 8.





9.1.3. Quejas y reclamos.

El procedimiento CM-PR-001001 - Atención de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias de la institución, realiza las siguientes definiciones:

QUEJA: Cualquier expresión verbal, escrita o en medio electrónica de insatisfacción con la conducta o la acción de los servidores públicos o de los particulares que llevan a cabo una función estatal y que requiere una respuesta.

RECLAMO: Cualquier expresión verbal, escrita o en medio electrónico, de insatisfacción referida a la prestación de un servicio o la deficiente atención de una autoridad pública, es decir, es una declaración formal por el incumplimiento de un derecho que ha sido perjudicado o amenazado, ocasionado por la deficiente prestación o suspensión injustificada del servicio. (Subrayas fuera de texto).

Se procedió a realizar la verificación de las 9 quejas y reclamos recibidos en los meses de noviembre y diciembre de 2021 y de las 16 del primer semestre 2022, con sus respectivas respuestas encontrando lo siguiente:

- Radicados PQ2021200106, PQ2022200046, PQ2022200050 y PQ2022200105 se clasificaron como reclamos, pero son solicitudes.
- Radicados PQ2021200135, PQ2022200017, PQ2022200029, PQ2022200061, PQ2022200062, PQ2022200063, PQ2022200068, PQ2022200072, PQ2022200091, se encuentran clasificados como quejas, pero son reclamos por referirse a insatisfacción de la prestación de un servicio o de la atención.

Se identificó que en el consolidado entregado por el área de comunicaciones, se indica que para el mes de diciembre de 2021 se presentaron 3 quejas, pero solo se identificaron 2.

Lo anterior se debe, a falta de claridad en los conceptos por los responsables de realizar la clasificación de las PQRSDf, con respecto a las “quejas y reclamos”.

Lo que conlleva a riesgo de incumplimiento de lo establecido en los procedimientos internos de la Institución, así como, riesgo de inexactitud de la información.





Riesgos identificados:

- Cumplimiento: Incumplimiento de las disposiciones internas.
- Operativo: Inexactitud de la información.

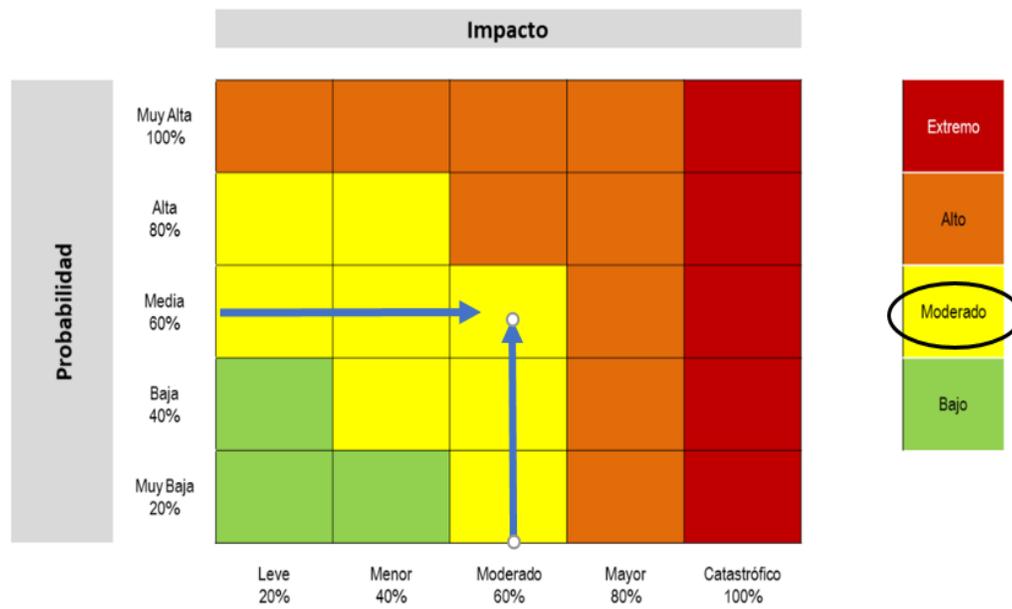


Tabla 9.

9.2. Evaluación de controles

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 verificaron los controles establecidos por la institución.

De conformidad con la guía, un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Para la valoración de controles se debe tener en cuenta lo siguiente:





- Identificación de controles se debe realizar a cada riesgo a través de las entrevistas con los líderes de procesos o servidores expertos en su quehacer. En este caso sí aplica el criterio experto.
- Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.

Una vez verificada la matriz de riesgos de gestión 2021 de la institución, se encuentran los siguientes controles establecidos con su respectiva evaluación:

Tabla10.

Evaluación del riesgo - Valoración de los controles							Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual						
Descripción del Control	Afectación	Atributos						Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento
		Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia						
La persona de Atención al usuario es encargada de monitorear diariamente el ingreso de las PQRSFD, verificar la solicitud y direccionar al proceso o área encargada de dar respuesta.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	
La persona de Atención al usuario verifica diariamente el estado de la solicitud y en caso encontrar retrasos se comunica con el proceso para agilizar el trámite.	Probabilidad	Defectivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Sin Registro	Baja	25%	Moderado	60%	Moderado	
El sistema de PQRSFD alojado en G+ arroja alertas al responsable del trámite de la PQRSF de acuerdo con el tiempo de respuesta por correo electrónico .	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	Muy Baja	13%	Moderado	60%	Moderado	
Los abogados de apoyo del área jurídica validan la respuesta antes de enviar al solicitante.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Muy Baja	8%	Moderado	60%	Moderado	
El personal de Comunicaciones elabora informe sobre el trámite de las PQRSFD que es publicado en la página web y se presenta en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño donde se valida la información y se toman las acciones correctivas o de mejoramiento pertinentes.	Impacto	Correctivo	Manual	25%	Documentado	Continua	Con Registro	Muy Baja	8%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar





9.3 SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES FORMULADAS EN EL PLAN DE MEJORAMIENTO:

Una vez verificado el plan de mejoramiento correspondiente a la vigencia 2021, se identifican 3 acciones de mejora.

La siguiente acción de mejora se cierra teniendo en cuenta que se le dio cumplimiento:

Tabla 11.

Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Evidencias
<p>8.1.1 Deficiencias en la implementación de la política de fortalecimiento Institucional. la Institución dispuso que el módulo para la atención de las PQRSDF, que forma parte del nuevo aplicativo Gmas, entrase en producción, a partir de agosto de 2021, sin haber efectuado la actualización de los procedimientos internos, decisión que no solo es antitécnica sino que va en contravía de lo que señala la política de gestión de desempeño que determina el Decreto 1499 de 2017. "fortalecimiento institucional y simplificación de procesos", sino también de uno de los principios de un sistema de gestión de la calidad, como lo es el "enfoque a procesos", dando lugar así, a la posible materialización de riesgos en la atención de las PQRSDF: reprocesos, deficiencias administrativas y posibles sobrecostos. Como posible causa se identificó: - Deficiencias en planeación institucional.</p>	<p>Socializar, a través de correo electrónico la actualización del procedimiento de atención a las PQRSDF publicado en el módulo G+. (La socialización se realizó también en la Capacitación de Cultura del Servicio, el pasado 24 de noviembre de 2021)</p>	<p>1 de junio de 2022: se aporta como evidencia la socialización del protocolo CM-PR-001 en la Capacitación de Cultura del Servicio , realizado el 24 de noviembre de 2021. https://drive.google.com/file/d/1keSwJpMu4o3tan8cyM2xjSvs_e0QCxy4u/view Teniendo en cuenta que se cumple con la acción de mejora propuesta se cierra la acción.</p>

Las que se describen a continuación, siguen pendientes de ejecutarse:





Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Evidencias
<p>8.1.2 Deficiencias en la gestión eficaz de las PQRSDF teniendo en cuenta, que las PQRSDF relacionadas a continuación, se clasificaron de forma inadecuada, considerando las acepciones que establece el procedimiento interno de "Atención de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias", código GC-PR-001, versión 11, de octubre 11 de 2018</p>	<p>Se realizara sensibilización por medio de redes sociales con el público externo, socializando el correcto uso del canal de pqrsfd y que significa cada una de las sigas: PQRSFD</p>	<p>1 de junio de 2022: sobre esta acción se manifiesta: Esta estrategia no se ha iniciado porque se hará mediante performance con el grupo de teatro de la institución y se está planeando para la tercera semana de junio.</p> <p>Teniendo en cuenta que no se ha llevado a cabo, continua pendiente la acción y por este motivo no se califica la efectividad.</p>
<p>8.1.3 Seguimiento al plan de mejoramiento Se realizó seguimiento al plan de mejoramiento suscrito por la Institución como resultado de la auditoría realizada a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencia, felicitaciones y denuncias – PQRSFD, durante el semestre I de 2021.</p>	<p>Se realizará seguimiento a los planes de mejoramiento en los comités primarios de comunicaciones para dar solución a las acciones propuestas pendientes. El seguimiento quedará por escrito en las actas.</p>	<p>1 de junio de 2022: se manifiesta que mediante los Comités Primarios de Comunicaciones se gestiona las ideas para materialización de las acciones propuestas:</p> <p>https://drive.google.com/drive/folders/1kpubTKGC_IWBQVISdHp1Z9hUZUXHJ97Y?usp=sharing</p> <p>Revisada las actas aportadas: actas 25 y 31 de enero 2022, 14 de febrero, 28 de marzo 2, 9 y 23 de mayo, 4, 18 y 3 de abril de 2022, se observa que no se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento que tienen acciones pendientes, por lo tanto, la acción continúa y no se califica la efectividad.</p>

Tabla 12.





10. CONCLUSIONES

- Se identifica que la institución durante el periodo auditado, presenta un control adecuado de respuesta de PQRSDf, cumpliendo en el 99% de la muestra seleccionada con los términos determinados por Ley y dando respuesta de fondo a los peticionarios.
- Se invita a la institución a continuar con estos controles, teniendo en cuenta que ya fue derogada la ampliación de términos de respuesta, otorgada durante la declaración de estado de emergencia.
- Se cuenta con una plataforma amigable para realizar solicitudes, dar respuesta y llevar a cabo las verificaciones pertinentes.
- Debe fortalecerse al personal implicado, en la clasificación de las “quejas y reclamos”.

11. RECOMENDACIONES

- Realizar capacitaciones, campañas y/o flashes informativos, a los Líderes de cada área, para que, al momento de dar respuestas a las solicitudes, se realice de manera adecuada en la plataforma G+, realizando esta acción desde el botón “redactar” para que no se pierdan las vinculaciones y permita diligenciar la información del destinatario.
- Analizar la viabilidad en la plataforma G+ del cargue junto con la respuesta de la evidencia del envío de la contestación, si no es posible, establecer un control para que se cuente con dichos soportes.
- Realizar un fortalecimiento de los conceptos de “quejas y reclamos” a los responsables de la clasificación de las PQRSDf.
- Realizar en los comités primarios del área de Comunicación y Mercadeo, seguimiento a los planes de mejoramiento que tienen acciones pendientes.





12. GLOSARIO

Las definiciones se encuentran en el procedimiento CM-PR-001.

13. BIBLIOGRAFÍA

Normas externas:

- Ley 1474 de 2011.
- Ley 1437 de 2022.
- Ley 1712 de 2014.
- Ley 1755 de 2015.
- Decreto 1166 de 2016.
- Decreto 491 de 2020.

Normas Internas:

- Procedimiento CM – PR – 001 Atención de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias.

Jurisprudencia:

- Sentencia T-206/18, Corte Constitucional.





Elaboró:

Paulina Ríos A

**Paulina Ríos Arce – Profesional de Control Interno.
28 de junio de 2022**

Revisó y Aprobó:

Juan David Calle Tobón

**Juan David Calle Tobón – Director Operativo de Control Interno.
29 de junio de 2022**

