



MEMORANDO

1200

FECHA: Medellín, 29 de julio de 2022

PARA:

JUAN DAVID GOMEZ FLOREZ

**RECTOR DE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
RECTORÍA**

DE:

JUAN DAVID CALLE TOBON

DIRECTOR OPERATIVO

ASUNTO: Remisión informe definitivo auditoria de cumplimiento a los planes de mejoramiento internos y externos primer semestre de la vigencia 2022.

Respetado doctor:

Con fundamento en Ley 87 de 1993, la Resolución No. 089 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 hacer entrega del informe definitivo correspondiente a la auditoria de ley que se practicó por parte de la Dirección de Control Interno de la Institución los planes de mejoramiento internos y externos de la vigencia 2022, primer semestre.

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,

Atentamente,

JUAN DAVID CALLE TOBON
DIRECTOR OPERATIVO
DIRECCIÓN DE CONTROL INTERNO

Anexos: (69)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 PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS Y EXTERNOS
VIGENCIA 2022 - 1
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA**

Equipo de trabajo

JUAN DAVID CALLE TOBÓN
Director Operativo de Control Interno

MARYSOL VARELA RUEDA
Profesional de Control Interno

DIRECCIÓN CONTROL INTERNO
Julio 29 de 2022





Contenido

PRESENTACIÓN	6
1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....	7
2. RIESGOS ASOCIADOS A LA UNIDAD AUDITABLE	8
3. CRITERIOS DE AUDITORÍA.....	8
4. OBJETIVOS.....	9
4.1 OBJETIVO GENERAL	9
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
5. METODOLOGÍA	10
6. LIMITACIONES	10
7. MUESTRA	11
8. RESUMEN.....	11
9. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.....	11
9.1 HALLAZGOS.....	14
10. CONCLUSIONES	22
11. RECOMENDACIONES.....	23
12. GLOSARIO	23
13. ANEXOS.....	23
14. BIBLIOGRAFÍA.....	23





Lista de tablas

Tabla 1 Riesgos Evaluados.....	8
Tabla 2 Relación de la normatividad aplicable	9
Tabla 3 Relación de acciones internas evaluadas correspondientes a las vigencias 2017, 2018, 2019 y 2020.....	12
Tabla 4 Acción externa evaluada correspondiente a las vigencias 2019.....	13
Tabla 5 Consolidado de acciones 2017, 2018, 2019 y 2020 tanto acciones internas como externas.....	13
Tabla 6 Consolidado de la evaluación realizada a los planes de mejoramiento internos y externos de las vigencias 2017, 2018, 2019 y 2020.....	15
Tabla 7 Relación de acciones pendientes por cerrar	16
Tabla 8 Análisis y evaluación de los controles (atributos para el diseño del control) Participación en Auditorías de Control Interno / Planes de mejoramiento.....	19
Tabla 9 Análisis y evaluación de los controles (atributos para el diseño del control) Planes de mejoramiento	20





Lista de ilustraciones

Ilustración 1 Matriz de calor - nivel de severidad controles 1-2	22
--	----





PRESENTACIÓN

Con fundamento en Ley 87 de 1993, la Resolución No. 089 29 de abril de 2020, por medio de la cual se actualiza el Manual de Auditoría Interna para la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia y el plan general de auditoría, aprobado por el Consejo Directivo de la Institución, en sesión ordinaria del 09 de diciembre de 2021, la Dirección de Control Interno, realizó la auditoría a los planes de mejoramientos tanto interno como externos, suscritos por la Entidad durante las vigencias 2017, 2018, 2019 y 2020, que contengan acciones pendientes por cerrar.

La actividad de auditoría interna de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad; ayuda a la Institución a cumplir sus objetivos, aportando un enfoque sistemático y disciplinario para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, controles y gobierno, a través de servicios de aseguramiento y consultoría.

Para el desarrollo de esta auditoría, se practicaron técnicas como consulta, observación, e inspección, entre otras, que permitieron establecer conclusiones acerca de la implementación de las diferentes acciones, así como de la efectividad de estas.

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





1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Para el primer semestre de la vigencia 2022, se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por la Institución como resultado de las auditorías realizadas por parte de la Dirección de Control Interno que contengan acciones que permanecían abiertas correspondientes a las vigencias 2017, 2018, 2019 y 2020, en este sentido, se evaluaron sesenta y ocho (68) acciones.

Se realizó seguimiento a los Planes de mejoramiento suscritos por la Institución como resultado de las auditorías realizadas por el ente de control Contraloría General de Medellín, se evaluó una (1) acción.

En la auditoría de planes de mejoramiento internos y externos, se evaluaron en total sesenta y nueve (69) acciones correspondientes a las vigencias 2017, 2018, 2019 y 2020.





2. RIESGOS ASOCIADOS A LA UNIDAD AUDITABLE

A continuación, se relacionan el riesgo asociado a esta unidad auditable, y el cual fue evaluado en el marco de la auditoría.

Tabla 1 Riesgos Evaluados

Tipo de Riesgo	Escenario de riesgo	Controles
Cumplimiento	No acatar las disposiciones y los requerimientos legales vigentes en lo inherente al seguimiento de las acciones propuestas en los planes de mejoramiento suscritos por la Institución como resultado de auditorías internas o externas.	Participación en Auditorías de Control Interno / Planes de mejoramiento
		Planes de mejoramiento.

Fuente: Elaboración propia

Elaboró: Profesional Control Interno

3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

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

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





Tabla 2 Relación de la normatividad aplicable

Norma	
Ley 87 de 1993	“Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.”
Decreto 1499 de 2017	“Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.”
Decreto 648 de 2017	“Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública.”
Resolución No. 999 de 2021	Por medio de la cual se expide la versión 10 sobre la _Rendición y revisión de la Cuenta e Informes para el Municipio de Medellín, sus entidades descentralizadas sobre las cuales la Contraloría General de Medellín ejerce vigilancia y control fiscal.

Fuente: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=300>
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=83433>
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=80915>
<https://www.cgm.gov.co/cgm/Paginaweb/N/Paginas/Resoluciones.aspx>

Elaboró: profesional de control interno

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Verificar el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la efectividad de los controles que se han establecido por parte de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, para formular, implementar y hacer seguimiento a las acciones propuestas en los planes de mejoramiento suscritos como resultado de las auditorías realizadas por la Dirección de Control Interno o por parte de un órgano de control.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el seguimiento realizado por los líderes de proceso a los planes de mejoramiento suscritos durante las vigencias 2017, 2018 2019, 2020 y planes de mejoramiento resultantes en la vigencia 2021.





- Determinar la efectividad de las acciones propuestas en los planes de mejoramiento suscritos como resultado de las auditorías realizadas por la Dirección de Control Interno de la Institución, o por parte de un órgano de control.

5. METODOLOGÍA

- Revisar los planes de mejoramiento suscritos como resultado de la actividad de auditoría interna y externa de las vigencias 2017, 2018, 2019 y 2020.
- Evaluar las acciones propuestas en los planes de mejoramiento que aún se encuentren en estado “abiertas” o “parcialmente cerradas”, a fin de determinar la efectividad de estas.
- Analizar las evidencias que aporte la Institución para determinar la eficacia de las acciones que se implementaron.
- Evaluar la efectividad de los controles dispuestos por la Institución para evitar la materialización de riesgos o minimizar el impacto en caso de que el evento adverso se presente.
- Evaluar la efectividad de las acciones propuestas por la Institución en los planes de mejoramiento suscritos como resultado de la última auditoría.
- Concluir y documentar resultados.

6. LIMITACIONES

No se presentaron limitaciones para esta auditoría.





7. MUESTRA

No se selecciona muestra para esta auditoría, se abarcan todas las acciones pendientes por cerrar o parcialmente cerradas de las vigencias 2017, 2018, 2019 y 2020.

8. RESUMEN

La auditoria legal a los planes de mejoramiento de la vigencia 2017, 2018, 2019 y 2020, se basó en realizar seguimiento a las acciones que se encontraban sin cerrar, por medio de las técnicas de auditoria de consulta, observación, inspección y rastreo, los cuales permitieron dar por cerradas el 87% de las acciones evaluadas lo que equivale a sesenta (60) acciones, con lo anterior, damos cumplimiento a la Ley 87 de 1993, al Decreto 648 de 2017, al Decreto 1499 de 2017, la Resolución No. 999 de 2021 de la Contraloría General de Medellín y a la Resolución 090 de 2020 (interna).

En la ejecución de esta auditoría se puede establecer:

- Cumplimiento de responsabilidades conferidas a la primera y segunda línea de defensa con relación a la gestión de los planes de mejoramiento suscritos.
- Evaluación de los puntos de control establecidos en las caracterizaciones de los procesos auditados, ubicándolos en la matriz de calor con una severidad moderada, estos puntos de control son:
 - *Participación en Auditorías de Control Interno / Planes de mejoramiento.*
 - *Planes de mejoramiento.*

De conformidad con lo anterior, no se materializó ningún riesgo asociado a la unidad auditable.

9. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

A continuación, se relaciona el número de acciones por proceso de las vigencias 2017, 2018, 2019 y 2020 evaluadas en el marco de la auditoría.





Tabla 3 Relación de acciones internas evaluadas correspondientes a las vigencias 2017, 2018, 2019 y 2020

ACCIONES EVALUADAS VIGENCIAS 2017, 2018, 2019 Y 2020		
Proceso	Cantidad de hallazgos Vigencias 2017, 2018, 2019 y 2020	Cantidad de Acciones Pendientes por cerrar
Apoyo para la Enseñanza y el Aprendizaje - Laboratorios	4	4
Comunicación y Mercadeo	4	4
Gestión Administrativa y Financiera	3	3
Gestión Documental	2	2
Gestión Jurídica	14	14
Gestión del Talento Humano	11	11
Gestión de Tecnología y Medios Audiovisuales	6	6
Planeación Institucional	24	24
TOTAL	68	68

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





Tabla 4 Acción externa evaluada correspondiente a las vigencias 2019

ACCIÓN EVALUADA VIGENCIAS 2019		
Proceso	Cantidad de hallazgos Vigencias 2017, 2018, 2019 y 2020	Cantidad de Acciones Pendientes por cerrar
Gestión Administrativa y Financiera	1	1
TOTAL	1	1

Fuente: Información suministrada por los diferentes procesos institucionales.

Elaboró: Profesional de Control Interno

Tabla 5 Consolidado de acciones 2017, 2018, 2019 y 2020 tanto acciones internas como externas

ACCIONES	CANTIDAD ACCIONES A EVALUAR
Internas	68
Externas	1
TOTAL	69

Fuente: Información suministrada por los diferentes procesos institucionales.

Elaboró: Profesional de Control Interno





9.1 HALLAZGOS

9.1.1. Cumplimiento de responsabilidades conferidas a la primera y segunda línea de defensa con relación a la gestión de los planes de mejoramiento suscritos.

Se observó suficiencias en el cumplimiento de las responsabilidades que el Decreto 1499 de 2017, le confiere a la primera y segunda línea de defensa, el cual determina en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 4, de marzo de 2021, en la dimensión control interno y cumplimiento a la Resolución No. 090 del 29 de abril de 2020 por medio de la cual se establece la conformación de las líneas de defensa al interior de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, y se asignan responsabilidades a las mismas, de acuerdo con el Modelo Estándar de Control Interno – MECI, las cuales indican:

Con relación a “*Los aspectos clave para el Sistema de Control Interno (SCI) a tener en cuenta por parte de la 1ª Línea:*”²

*“(…) La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados.”*³

Seguidamente, “*Los aspectos clave para el Sistema de Control Interno (SCI) a tener en cuenta por parte de la 2ª Línea son*⁴:

“(…) Asesoría a la 1ª línea de defensa en temas clave para el Sistema de Control Interno: (...) ii) planes de mejoramiento; (...).

Como evidencia de ello, se tiene que, a junio 30 de 2022, tal como se presenta en la tabla No. 6, permanecen nueve (9) acciones abiertas, que equivalen a un 13%, considerando, que seis (6) de ellas se evaluarán en el segundo semestre de la vigencia 2022, dos (2) se evaluarán a junio de la vigencia 2023 a solicitud de los auditados y una (1) estaba dentro de la fecha establecida para la obtención de resultados a julio de 2022 y sesenta (60) acciones se dan por cerradas y fueron efectivas lo que equivale a un 87%.

² <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34112007/Manual+Operativo+MIPG.pdf/ce5461b4-97b7-be3b-b243-781bbd1575f3?t=1638367931337>

³ Ídem del anterior

⁴ Ídem del anterior





Tabla 6 Consolidado de la evaluación realizada a los planes de mejoramiento internos y externos de las vigencias 2017, 2018, 2019 y 2020

Proceso	Cantidad de acciones evaluadas	Cantidad de acciones cerradas	Cantidad de acciones Pendientes por cerrar	Observaciones
Apoyo para la Enseñanza y el Aprendizaje - Laboratorios	4	4	0	Todas las acciones se dan por cerradas y son efectivas.
Comunicación y Mercadeo	4	4	0	Todas las acciones se dan por cerradas y son efectivas.
Gestión Administrativa y Financiera	4	4	0	Todas las acciones se dan por cerradas y son efectivas.
Gestión Documental	2	2	0	Todas las acciones se dan por cerradas y son efectivas.
Gestión Jurídica	14	11	3	Once (11) de las acciones se dan por cerradas y son efectivas. Tres (3) acciones serán evaluadas en el segundo semestre del 2022 por solicitud del auditado de ampliación de fecha de obtención de resultados.
Gestión del Talento Humano	11	9	2	Nueve (9) de las acciones se dan por cerradas y son efectivas. Dos (2) acciones serán evaluadas en el segundo semestre del 2022 por solicitud del auditado de ampliación de fecha de obtención de resultados.
Gestión de Tecnología y Medios Audiovisuales	6	5	1	Dos (2) de las acciones se dan por cerradas y son efectivas. Una (1) acción está abierta, debido a que la misma tiene fecha de implementación a julio del 2022, es decir que esta dentro de la fecha de obtención de resultados.
Planeación Institucional	24	21	3	Veintiuna (21) de las acciones se dan por cerradas y son efectivas. Tres (3) acciones abiertas, debido a que una de ellas será evaluada en el segundo





Proceso	Cantidad de acciones evaluadas	Cantidad de acciones cerradas	Cantidad de acciones pendientes por cerrar	Observaciones
				semestre del 2022 y dos (2) serán evaluadas a junio de la vigencia 2023, por solicitud del auditado de ampliación de fecha de obtención de resultados.
TOTAL	69	60	9	

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

Elaboró: profesional de control interno

Descripción	Número de Acciones	Porcentaje de participación
Total acciones vigencias 2017, 2018, 2019 y 2020	69	No aplica
Tota, acciones evaluadas	69	No aplica
Total de acciones efectivas (cerradas)	60	87%
Total acciones abiertas	9	13%

Tabla 7 Relación de acciones pendientes por cerrar

Consecutivo	Proceso	Acción a implementar	Fecha de verificación de la ejecución de la acción
1	Gestión Jurídica	Se realizará una auditoria interna a partir de una muestra representativa, con el fin de establecer observaciones y mejoras en la elaboración de estudios previos, revisión de contratos, procesos de mínima cuantía y otros procesos de selección pública.	Diciembre de 2022
2		Se revisarán las actividades de control tanto en la caracterización como en los procedimientos del proceso, con el fin de establecer las modificaciones que se consideren necesarias de conformidad con la "Guía para la "Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital", en su versión 4, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, en octubre de 2018".	Diciembre de 2022





Consecutivo	Proceso	Acción a implementar	Fecha de verificación de la ejecución de la acción
3		ajustar el contenido de la resolución No. 138 de 2018, teniendo como referente el “Protocolo para la Gestión de los Comités de Conciliación” de la Agencia Nacional para la Defensa Jurídica del Estado.	Diciembre de 2022
4	Gestión del Talento Humano	La estructura del área está definida de esta manera, sin embargo se escalara el caso a la alta dirección en miras de su fortalecimiento. Si bien la mayoría del personal del área son contratistas, se tiene establecido que se deben tener los backups para cada cargo, esto es, en el evento que algún contratista no pueda realizar las labores, estas deben ser suplidas por otra persona del área. Aún se encuentra en proceso el estudio de modernización administrativa en la cual se definirán las estructuras del área. No obstante en el área se continuara con las personas actuales a fin de prestar el servicio.	Diciembre de 2022
5		Se realizara revisión del procedimiento con la persona encargada de riesgos.	Diciembre de 2022
6	Gestión de Tecnología y Medios Audiovisuales	Revisión de políticas en perfiles de usuarios. Realizar chequeo aleatorio cada tres meses con un muestreo del sobre el total de pc en la Institución.	Julio de 2022
7	Planeación Institucional	Política de manejo del software	Diciembre de 2022
8		Manual de contratación de acuerdo a los requerimientos de SECOP II, ya que el manual de buenas.	Diciembre de 2022
9		Manual de contratación de acuerdo a los requerimientos de SECOP II, ya que el manual de buenas.	Diciembre de 2022

Fuente: Información suministrada por los diferentes procesos de la Institución

Elaboró: profesional de control interno





Con lo antes expuesto, se permite determinar que con estas actuaciones la Institución le dio cumplimiento a la normativa vigente, y con ello, evitó o minimizó la posibilidad de que se materializaran riesgos que pudiesen haber afectado los objetivos de la Institución.

Ver anexo 1, Papel de trabajo con las acciones cerradas de las vigencias 2017, 2018, 2019 y 2020 con corte a junio 30 del 2022.

Ver anexo 2, Papel de trabajo con las acciones pendientes por cerrar de las vigencia 2017, 2018, 2019 y 2020 con corte a junio 30 del 2022.

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

9.1.2. Evaluación puntos de control

Establece la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 5, de diciembre de 2020, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP, lo siguiente:

“La estructura para la descripción del control en pro de entender su tipología y atributos para su valoración”⁵, así:

“Responsable de ejecutar el control: *identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad”⁶.*

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

⁵ https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljUBdeu/view_file/34316499

⁶ Ídem del anterior

⁷ Ídem del anterior.





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

En el análisis realizado se identificó como punto de control en las caracterizaciones de los procesos auditados de la Institución en la interacción con la Dirección de Control Interno, lo siguiente:

- “Participación en Auditorías de Control Interno / Planes de mejoramiento”.
- “Planes de mejoramiento”.

La evaluación para estos dos (2) puntos de control es la siguiente:

**Tabla 8 Análisis y evaluación de los controles (atributos para el diseño del control)
Participación en Auditorías de Control Interno / Planes de mejoramiento**

Control	Características				Peso
Participación en Auditorías de Control Interno / Planes de mejoramiento	Atributos de Eficiencia	Tipo	Preventivo	X	25%
			Detectivo		0%
			Correctivo		0%
		Implementación	Automático		0%
			Manual	X	15%
	*Atributos de Formalización	Documentación	Documentado	X	si
			Sin Documentar		—
		Frecuencia	Continua	X	si
			Aleatoria		
		Evidencia	Con Registro	X	si
			Sin Registro		
Total, valoración del control					40%

Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5 - diciembre de 2020.
Elaboró: Profesional Control Interno

La evaluación realizada a este punto de control permitió determinar:

⁸ Ídem del anterior.





- El control es de carácter preventivo, es decir, el *“control accionado en la entrada del proceso y antes de que se realice la actividad generadora del riesgo, se busca establecer las condiciones que aseguren el resultado final esperado”*⁹
- Se ejecuta de forma manual por parte de la dependencia de la Institución: *“es decir que los controles son ejecutados por personas Se realiza documentación y evidencia de su ejecución”*.¹⁰
- Está documentado: *“el control está documentado en el proceso, ya sea en manuales, procedimientos, flujogramas o cualquier otro documento propio del proceso”*.¹¹
- Su frecuencia es continua: *“el control se ejecuta siempre que se realiza la actividad originadora del riesgo”*.¹²
- Evidencia de su ejecución: en este punto se puede identificar la siguiente característica:
 - *“Con registro: El control deja un registro que permite evidenciar la ejecución del control”*.¹³

**Tabla 9 Análisis y evaluación de los controles (atributos para el diseño del control)
Planes de mejoramiento**

Control	Características			Peso
Planes de mejoramiento	Atributos de Eficiencia	Tipo	Preventivo	0%
			Detectivo	0%
			Correctivo	X 10%
		Implementación	Automático	0%
			Manual	X 15%
		Documentación	Documentado	X si

⁹ https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2lJUBdeu/view_file/34316499

¹⁰ Ídem al anterior

¹¹ Ídem al anterior

¹² Ídem al anterior

¹³ Ídem al anterior





Control	Características				Peso
	*Atributos de Formalización		Sin Documentar		—
		Frecuencia	Continua		—
			Aleatoria	X	si
		Evidencia	Con Registro	X	si
			Sin Registro		—
Total, valoración del control					25%

Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5 - diciembre de 2020.

Elaboró: Profesional Control Interno

La evaluación realizada a este punto de control permitió determinar:

- El control es de carácter correctivo, es decir, el *“control accionado en la salida del proceso y después de que se materialice el riesgo”*,¹⁴
- Se ejecuta de forma manual por parte de la dependencia de la Institución: *“es decir que los controles son ejecutados por personas Se realiza documentación y evidencia de su ejecución”*.¹⁵
- Está documentado: *“el control está documentado en el proceso, ya sea en manuales, procedimientos, flujogramas o cualquier otro documento propio del proceso”*.¹⁶
- Su frecuencia es continua: *“el control se ejecuta siempre que se realiza la actividad originadora del riesgo”*.¹⁷
- Evidencia de su ejecución: en este punto se puede identificar la siguiente característica:
 - *“Con registro: El control deja un registro que permite evidenciar la ejecución del control”*.¹⁸

¹⁴ https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljUBdeu/view_file/34316499

¹⁵ Ídem al anterior

¹⁶ Ídem al anterior

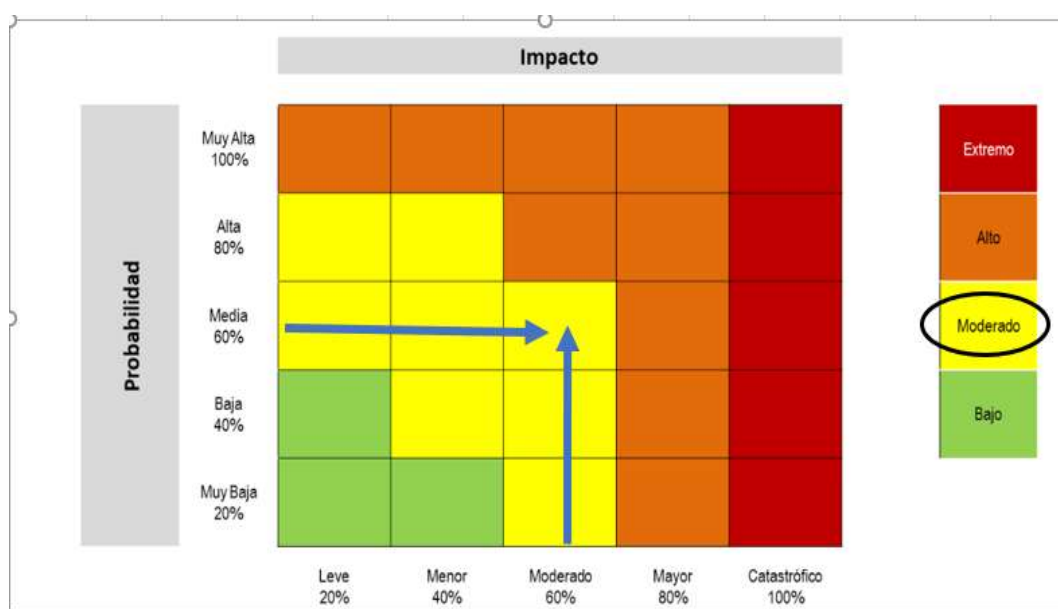
¹⁷ Ídem al anterior

¹⁸ Ídem al anterior



Para estos dos (2) controles, la probabilidad de ocurrencia es media y el impacto moderado, lo ubica en la matriz de calor de severidad moderado, como se detalla en la ilustración que se referencia a continuación:

Ilustración 1 Matriz de calor - nivel de severidad controles 1-2



Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5 - diciembre de 2020.
Elaboró: Profesional Control Interno

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

10. CONCLUSIONES

Se verificó la efectividad de los controles que se han establecido por parte de la Institución Universitaria Colegio Mayor, observando que de manera eficaz se gestiono las acciones registradas en los planes de mejoramiento resultantes de las auditorias tanto internas como externas, esto dado que el 87% que corresponde a sesenta (60) acciones se cerraron de forma efectiva y el 17% restante corresponde a acciones pendientes por cerrar.



11. RECOMENDACIONES

- Es importante se revisen las acciones que aún están abiertas a fin de determinar el cierre de las mismas a finales de la vigencia 2022 y primer semestre de la vigencia 2023.
- Seguir implementando por parte de la institución la metodología u otro mecanismo que permita el cumplimiento / ejecución de las acciones en el tiempo establecido en los planes de mejoramiento suscritos.

12. GLOSARIO

- **Acción cerrada (eficaz):** la acción propuesta alcanzó los resultados esperados.
- **Acción abierta:** la acción no se ha implementado, pudiéndose presentar dos situaciones, la primera los términos ya se vencieron o la segunda posibilidad es que la acción aún está dentro de los tiempos propuestos por la institución.

13. ANEXOS

- Anexo 1, Papel de trabajo con las acciones cerradas de las vigencia 2017, 2018, 2019 y 2020 con corte a junio 30 del 2022.
- Anexo 2, Papel de trabajo con las acciones abiertas de las vigencia 2017, 2018, 2019 y 2020 con corte a junio 30 del 2022.

14. BIBLIOGRAFÍA

- Ley 87. (1993). Por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 648 (2017). Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015.





- Decreto 1499 (2017). Por medio de la cual se modifica el decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido por el artículo 13 de la Ley 1753 de 2015.
- Resolución 090 (2020). Por Medio de la cual se establece la conformación de las líneas de defensa al interior de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, y se asignan responsabilidades a las mismas, de acuerdo con el Modelo Estándar de Control Interno – MECI.
- Resolución No. 999 de 2021: Por medio de la cual se expide la versión 10 sobre la Rendición y revisión de la Cuenta e Informes para el Municipio de Medellín, sus entidades descentralizadas sobre las cuales la Contraloría General de Medellín ejerce vigilancia y control fiscal

Elaboró:


Marysol Varela Rueda

Profesional de Control Interno

Fecha: Julio 15 de 2022

Revisó y Aprobó:


Juan David Calle Tobón

Director Operativo de Control Interno

Fecha: Julio 22 de 2022



**ACCIONES
CERRADAS
VIGENCIAS 2017,
2018, 2019 y 2020**

Seguimiento al plan de mejoramiento de Docencia - Laboratorios Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnico de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
Deficiencias en la información						Para el hallazgo 1, se propone 2 acciones: 1. <u>Adquirir un software para el manejo automatizado de inventario de insumos en los laboratorios.</u> 2. <u>Actualizar inventario de laboratorio de suelos.</u> El soporte "Informe 1 a 8 Gestión del Control", no permite determinar con certeza de la acción propuesta. El documento "Evidencia Inventario Equipo Laboratorio Santa Fe 2021" es un inventario de equipos, por tanto, el mismo no se identifica inventario de insumos, para el laboratorio de suelos. Si no se propone acción con relación a deficiencias en la información que proporcione los laboratorios de suelos y LACMA del inventario de insumos. * En su visita realizada al laboratorio de LACMA, se identificaron deficiencias con relación a los inventarios de insumos, por mismo se evidencian inconsistencias en cantidades de insumos en muestra seleccionada y una deficiencia en fecha de vencimiento, como soporte de ello, se cuenta con Acta N. 132 del 1 de julio de 2021. * En su visita realizada al laboratorio de suelos, se identificó deficiencias con relación a las cantidades en los insumos y deficiencias en la disposición de estos que podrían generar pérdidas de los mismos, como soporte de ello, se cuenta con Acta N. 131 del 1 de julio de 2021.
Determina la Ley 87 de 1993, en su artículo 20, objetivos del sistema de control interno: "e) <u>Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros</u>." Por su parte, el Decreto 1499 de 2017, precisa en el manual del sistema de gestión del modelo integrado de planeación y gestión - MIPG, versión 2 de 2018, para la dimensión de control interno, componente información y comunicación, lo siguiente: "genera y obtiene información relevante, oportuna, confiable, íntegra y segura que da soporte al sistema de control interno" "Comunica la información relevante hacia el interior de la entidad, para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno"	1. <u>Adquirir un software para el manejo automatizado de inventario de equipos en los laboratorios.</u>	Mayo 28 de 2021	Rastrojo	Evidencia 1, 4, Récitación 1 a reunión de software	No se realizó el requerimiento informacional adicional.	En respuesta del día 16 de julio de 2021, se indica: Se <u>requisitó la compra</u> de <u>software</u> <u>14/7/2021</u>. No se aprobó por correo para la compra de este software, lo que implica que se deben seguir usando los datos de datos en word que están actualmente. Se informó al <u>Director Académico</u>, la comunicación escrita de la no aprobación del software para el manejo de inventarios de los laboratorios (correo electrónico). <u>Requisitó la compra a proveedor</u> <u>14/7/2021</u>. Se evidencian inconsistencias en los insumos consignados a los sistemas de medición (los cuales están establecidos para los reactores). Los reactores durante el proceso de almacenamiento pueden absorber humedad (en este caso, pueden ser elementos biogénicos), por ende, para su estabilidad, deben ser almacenados a temperatura constante, para evitar poder producirse como material particulado en el ambiente por acciones como la manipulación o la agitación del frasco. La manipulación de reactores debe ser con fines de pesaje por ejemplo en reaga la integridad del reactivo dado que se expresen en su totalidad a través de la muestra. Por tanto las cantidades reales siempre fueron un poco menor, el uso cambió después de la compra de los reactores. No se pudo contar como hallazgo una diferencia en peso de Decimas de gramos. Tiempo se cuenta con báscula industrial que permita pesar los bultos de arena a cemento. El sistema de medición del material de construcción está en uso por hallarlo una unidad de medida coherente con el tamaño. La existencia de material menor al estándar es lo que los usuarios de los laboratorios gestion en forma de pedido los ordenados en los proyectos de investigación, los cuales representan una acción de apropiación de recursos y calidad del material ambiente. LABOR. DE FÍSICA QUÍMICA (LAB. DE FÍSICA QUÍMICA) (LAB. DE FÍSICA QUÍMICA)
En la verificación que se llevó a cabo a inventario de insumos y equipos se evidenciaron deficiencias en la información que propveyeron los laboratorios de suelos y LACMA.	2. <u>Actualizar inventario de laboratorio de suelos</u>	Julio 23 de 2021		Evidencia 1, 8 Gestión del Cambio		
Lo anterior, considerando que en el inventario de insumos entregado por los laboratorios de suelos no coinciden los insumos referenciados en la información que se generó para la auditoría en la que se citaron tres items, a saber: cemento, cal y soda cáustica, a tal vezificar in situ (laboratorio), además de los insumos anteriores, se hallaron otros, como: formol, lisdio, pino, lisdio de madera y larva de tripe.						
Situación similar se presentó en la entrega de información del laboratorio de LACMA, con la información correspondiente al inventario de equipos, reportaron setenta y cinco (75) equipos, y al corregir la información con la						

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
Control de insumos y manejo Determina la Ley 87 de 1993, en su artículo 26, obligación del sistema de control interno: a) Prologar los recursos de la organización, buscando su adecuada administración entre posibles riesgos que los afecten; b) Garantizar la eficiencia, la eficiencia y economía en todas las operaciones, promoviéndole y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional. En la verificación que se llevó a cabo el inventario de equipos se evidenciaron deficiencias en los puntos de control dispuestos por la institución para el manejo de los insumos, toda vez, que al contrastar la información suministrada por los responsables de los laboratorios con los evidencias físicas in situ, se observó:						Para el hallazgo 2, se proponen 2 acciones. 1. Actualizar el procedimiento "recepción y almacenamiento de insumos y materias primas de gastronomía con código DC-LA-PR-002" acorde a la dinámica actual del proceso. 2. Adquirir un software para el manejo automatizado de inventario de insumos, reactivos y equipos en los laboratorios. El soporte "Evidencia 1.4, 8 Gestión del Cambio", no permite determinar cumplimiento de la acción propuesta. No se proponen acciones para implementar "mecanismos de control efectivos que permitan tener el control del inventario de todos los insumos o reactivos que son almacenados en recipientes de vidrio o plástico y que se emplean en los laboratorios de la facultad de salud, LACMA y laboratorio ambiental". En visita realizada a laboratorio de LACMA, se identificaron deficiencias con relación a los equipos de laboratorio, así mismo se evidenció inconsistencias en cantidades de insumos seleccionados y una deficiencia en fecha de vencimiento, como soporte de ello, se cuenta con Acta No. 110 del 16 de agosto de 2021. En respuesta ofrecida el 14 de julio de 2021, se indica: <u>Con relación a la acción 1</u> Respuesta 14 DE JULIO 2021: ya está en G+ la nueva versión del procedimiento, con fecha 14 de junio de 2021 <u>Con relación a la acción 2</u> Respuesta: 14/7/2021. No se aprobaron recursos para la compra de este software, lo que implica que se deben seguir usando las bases de datos en excel que existen actualmente. Se solicita al Vicerrector académico, la comunicación escrita de la no aprobación del software para el manejo de inventarios de los laboratorios Agosto 17 de 2021 Sólo en el desarrollo de esta auditoría la Dirección de Control Interno fue enterada, que no se contaba con los recursos para adquirir el software, y por tanto, el manejo de inventario de insumos de los laboratorios se iba a seguir realizando en Excel. Por lo tanto, la acción queda cerrada parcialmente, considerando que tan solo se llevó a cabo la actualización del procedimiento.
2. Inventario de manejo Se determinaron deficiencias en el manejo del inventario del manejo que requiere el laboratorio de gastronomía (económico), dado que, no se halló registro que permita establecer el control que se debe efectuar mensualmente al menos, de conformidad con el procedimiento "recepción y almacenamiento de insumos y materias primas de gastronomía con código DC-LA-PR-002", versión 2 del 16 de diciembre de 2016, que determina: "Almacén aplica para la recepción, almacenamiento y distribución de materias primas e insumos, que se utilizan para el desarrollo de las actividades académicas realizadas en los laboratorios de gastronomía y novedades del economato". Inventario de manejo e insumos, y descargo de facturas "El inventario de manejo se realizará de forma periódica cada mes o cada vez que se requiera, dejando evidencia en el sistema y en físico como modelo de control (...)". 3. Inventario de insumos y reactivos En la verificación que se llevó a cabo a la muestra seleccionada para el laboratorio de gastronomía, económico, se estableció que los saldos de los insumos que se relacionan en los Anexos No. 3, 4, 5, no están actualizados en el Kardex, de treinta y cuatro (34) insumos seleccionados para efectuar la validación, solo ocho (8) concuerdan en el saldo final, (eficiencia, es decir, ventosa) (2) insumos, presentan saldos por encima o por debajo de la evidencia reportada. Ver Anexo No. 2 con la relación de insumos que presentan diferencias en Kardex.	1. Actualizar el procedimiento "recepción y almacenamiento de insumos y materias primas de gastronomía con código DC-LA-PR-002" acorde a la dinámica actual del proceso 2. Adquirir un software para el manejo automatizado de inventario de insumos, reactivos y equipos en los laboratorios	Mayo 28 de 2021 junio 15 de 2021 junio 23 de 2021	Rastreo	Evidencia 2. Inventario Equipos Lab Suelos Enero 2021	No se realiza requerimiento informacional adicional.	
3. Deficiencias en el control de insumos y reactivos Se observó que la institución no dispone de mecanismos de control efectivos que permitan tener el control del inventario de todos los insumos o reactivos que son almacenados en recipientes de vidrio o plástico y que se emplean en los laboratorios de la facultad de salud, LACMA y laboratorio ambiental. Al respecto se indagó por parte de los responsables de los laboratorios, que estos insumos o reactivos no se podían extraer del envase en el que son almacenados, debido que, en hacerlo, perdían sus propiedades. Ver Anexo No. 3, reactivos e insumos cuya cantidad existente no fue posible verificar. Para estos insumos y reactivos no fue posible validar la cantidad existente al momento de efectuar los pruebas de auditoría, lo cual es una deficiencia clara en los procesos de control de inventario de este tipo de insumos. En el laboratorio de suelos no fue posible pesar los contenidos en los que se almacenan los reactivos, dado que los mismos, no estaban dispuestos de forma adecuada al momento de la verificación. Como posibles causas a las deficiencias antes señaladas, se tienen: - Procedimiento manual. - Deficiencias en los controles dispuestos por la institución. - Falta de entrenamiento o deficiencias en el mismo. - Deficiencias en la planeación. - Deficiencias en el seguimiento interno que se debe efectuar tanto desde las coordinaciones de los laboratorios, como desde cada una de los decanatos y la propia Vicerrectoría Académica. Lo anterior podría acrecer para la institución: - Información incompleta, incompleta, inoportuna. - Pérdidas económicas. - Fraude. Lo anterior, llevó a la institución a la materialización de un riesgo como el de						

Docencia - Laboratorios

Siguimiento realizado por el Proceso Docencia - Laboratorios Fecha: JUNIO 06 DE 2022 (en esta fecha se envió el correo electrónico)	Soportes suministrados por el Proceso de Docencia - Laboratorios
PLANES DE MEJORA PROPUESTOS (APLICA PARA TODOS LOS LABORATORIOS) Para controlar estos elementos REGISTRO REPROVECHABLE, al partir del segundo semestre académico se ingresará en el inventario con la observación de "Recurso reprocheable", esto alineado con la política de austeridad de la institución. Siguimiento a 06-06-2022: Se anexa correo de dirección a personal de laboratorio y fotografía de evidencia.	 C:\Users\101831354\1\Documents\Control
2- Se expedirá concepto técnico con respecto a la manipulación y naturaleza de reactivos que hacen variar las cantidades del inventario. FECHA: 30 DE SEPTIEMBRE 2021. <u>Siguimiento 06-06-2022: Se envía informe técnico el 30 de septiembre de 2021. Anexo informe y correo de envío</u>	 Recurso reprocheable.jpg
	 C:\Users\101831354\1\Documents\Control  C:\Users\101831354\1\Documents\Control

Análisis realizado por la Dirección de Control Interno

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
Junio 23 de 2022	Observación Inspección	Para la acción uno se tiene: 1. Soporte 1: se reenvió un correo del 21 de octubre de 2021, donde se recuerda diligenciar los formatos establecidos para el control de inventarios y el control de los elementos sobresantes con la observación de "recurso aprovechado". 2. Soporte 2: Kardex general de asfalto donde se observa la frase "Donación reaprovechable" Para la acción dos se tiene: 3. Soporte 3: Soporte bibliográfico y cibergráfico: NTP-768, curso de manipulación, NTC-4702-4, A6, guía de comunicación de peligros según SGA_2017, guías ambientales, almacenam_transp y carreteras, sus_quim_res_pelig, informe técnico columna de reactivos (correo electrónico del 30 de septiembre de 2021)	Se solicita reunión virtual, presencial o respuesta por correo electrónico de las inquietudes que se dejan en la siguiente columna de conclusión .	En relación con la Acción 1: ... En seguimientos anteriores, se indica que no se aprobaron recursos para la compra de este software, se indica además que por sugerencia se debe cambiar la acción. La nueva acción consiste en continuar con el manejo de los inventarios de forma manual. Por lo tanto, se da por cerrada la acción. Con respecto a la acción dos: - Se cuenta con las actividades que den cuenta de la actualización de los inventarios del laboratorio de suelos en la vigencia 2022, soporte 5. Acción en estado cerrada.

Seguimiento realizado por el Proceso Docencia - Laboratorios Fecha: 06-06-2022	Soportes suministrados por el Proceso de Docencia - Laboratorios
Acción 2: Se adjunta respuesta de vicerrectoría administrativa (correo electrónico de julio 14 de 2021). Solicitamos se retire la acción, toda vez que Vicerrectoría administrativa y financiera es quien tiene la potestad para tomar la decisión de asignar recursos para un software de manejo de inventarios de laboratorios. Esta acción sobrepasa el alcance de los coordinadores de laboratorios.	Correo de respuesta de la Vicerrectoría Financiera  C. Usmeño 10383354131 DocumentosCorreo

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
Junio 23 de 2022	Observación Inspección	Soporte 1: Correo del 14 de junio del 2021, donde se solicita al vicerrector académico una comunicación escrita que indique que el desarrollo del software para los laboratorios no pudo darse y las posibles causas.	Se solicita reunión virtual, presencial o respuesta por correo electrónico de las inquietudes que se dejan en la siguiente columna de conclusión .	En seguimientos anteriores, se indica que no se aprobaron recursos para la compra de este software, se indica además que por sugerencia se debe cambiar la acción. La nueva acción consiste en continuar con el manejo de los inventarios de forma manual. Por lo tanto, se da por cerrada la acción.

Calibración de equipos La Ley 87 de 1998, precisa en su artículo 2º objetivos del sistema de control interno: a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten; b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones, promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Verificar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad. (...) f) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos. Por su parte, el procedimiento interno "calibración de equipos", código DC-LI-PR-001, versión cero (0) de septiembre 8 de 2016, determina el paso a paso que debe seguir la Institución para realizar la calibración de los equipos de los laboratorios, "con el fin de garantizar la trazabilidad de las medidas realizadas con estos." Entendiéndose por calibración: operación que bajo las condiciones especificadas analíticas, en una primera etapa, una relación entre los valores y sus incertidumbres de medida asociadas obtenidas a partir de los patrones de medida, y las correspondientes indicaciones con sus incertidumbres asociadas y, en una segunda etapa, utiliza esta información para obtener una relación que permita obtener un resultado de medida a partir de una indicación (...). Es importante calibrar los equipos por: El envejecimiento de los componentes, los cambios de temperatura y el estrés mecánico que soportan los equipos deterioran poco a poco sus funciones. Cuando esto sucede, los ensayos y las mediciones comienzan a perder confianza y se refleja tanto en el diseño como en la calidad del producto. Este tipo de situaciones puede ser evitado, por medio del proceso de calibración. La correcta calibración de los equipos proporciona la seguridad de que los productos o servicios que se ofrecen reúnen las especificaciones requeridas. Cada vez son más numerosas las razones que llevan a los fabricantes a calibrar sus equipos de medida, con el fin de: Mantener y verificar el buen funcionamiento de los equipos Responder a los requisitos establecidos en las normas de calidad Garantizar la fiabilidad y trazabilidad de las medidas Lo anterior, considerando que los equipos de los laboratorios que se refieren a continuación requieren de calibración periódica, sin que la Institución le esté dando cumplimiento a dicho requisito: Como posibles causas de la deficiencia antes señalada, se tienen: - Procedimientos manuales. - Deficiencias en los controles dispuestos por la Institución. - Falta de entrenamiento o deficiencias en el mismo. - Deficiencias en la planeación. - Deficiencias en el seguimiento interno que se debe efectuar tanto desde las coordinaciones de los laboratorios, como desde cada una de las decanaturas y la propia Vicerrectoría Académica. Lo anterior, lleva la Institución a la materialización de un riesgo como el de "incumplimiento" normativo, que, a su vez, podría derivar en deficiencia en la: Control de insumos y reactivos Determina la Ley 87 de 1998, en su artículo 2º, objetivos del sistema de control interno: a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten; b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones, promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; Por su parte el Decreto 1499, señala en el manual operativo del sistema de gestión –MOPS, con relación a las responsabilidades que tienen las líneas de defensa las siguientes: "Asegurar que los controles y los procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente." Además, plantea dicho decreto: "Generar el control y la gestión de riesgos, las funciones de cumplimiento, seguridad, calidad y otras similares." "Supervisar la implementación de prácticas de gestión del riesgo eficaces por parte de la primera línea (...)" En las verificaciones que se llevaron a cabo se observaron algunas situaciones que son susceptibles de mejorar, a saber: 1. Insumos y reactivos vencidos En las pruebas practicadas se evidenciaron insumos y reactivos vencidos, así: este tipo de insumos, considerando que, para varios de ellos, como se observa en las anexas que se refieren en la tabla No. 10, tienen hasta 20 años de estar vencidos, o los que se refieren en la tabla No. 11, que no se han utilizado por la Entidad en los últimos años, por tanto, es importante que la Institución establezca acciones que le permitan determinar: - Cúales de esos reactivos e insumos que se encuentran vencidos, pueden ser utilizados en prácticas, en que ello vaya a afectar los resultados que se esperan obtener o que puedan generar consecuencias adversas para los estudiantes, docentes, comunidad universitaria en general, a la infraestructura, ambientales o de otra índole. - Determinar qué hacer con aquellos insumos y reactivos vencidos, que ya no pueden ser utilizados en las prácticas académicas. - Actualizar el listado de los diferentes laboratorios. - Revisar y ajustar las políticas de compra orientadas a la adquisición de insumos y reactivos. - Revisar mejores prácticas a nivel nacional e internacional en el manejo de insumos y reactivos perteneceros a fin de considerarlas para la Institución. La situación antes enunciada, genera riesgos para la Institución que de no gestionarse efectivamente podrían afectar la integridad de los estudiantes, docentes o comunidad universitaria en general, o el cumplimiento de los objetivos de los laboratorios de las facultades de administración, salud e ingeniería y arquitectura, pérdidas económicas, afectación de la imagen institucional e inclusive sanciones y/o investigaciones por parte de los órganos de control.	1. Calibrar los equipos que están pendientes 2. Actualizar procedimiento de calibración DC-LI-PR-001	Mayo 28 de 2021 Junio 15 de 2021 Julio 23 de 2021	Rastreo Sin evidencias.	No se realizó requerimiento de información adicional.	Para el hallazgo 3 se proponen 2 acciones. 1. Calibrar los equipos que están pendientes No se cuenta con evidencias que permitan determinar cumplimiento de la acción propuesta, 2. Actualizar procedimiento de calibración DC-LI-PR-001 No se cuenta con soporte que permitan determinar cumplimiento a la acción propuesta, En respuesta ofrecida el 14 de julio de 2021, se indica: San relación a la acción 1 Respuesta julio 14 de 2021: En los laboratorios de gastronomía, se hizo calibración de equipos según el plan para el año 2019, existen reportes que sustentan dicho proceso. En el año 2020 no se hicieron calibraciones por efecto de tiempo y recursos. Actualmente están en aprobación los estudios previos para llevar a cabo la calibración en el segundo semestre San relación a la acción 2 Respuesta julio 18 de 2021: El documento está en previa revisión por gestión de la mejora antes de entrar a flujo Agosto 17 de 2021 En correo enviado por proceso el 14 de julio de 2021, se enviaron soportes de calibración de equipos referidos en el hallazgo No. 7.2.3 Calibración de equipos de la auditoría basada en riesgos, realizada en la vigencia 2019 al proceso de Docencia (equipos vs certificados de calibración). La actualización del procedimiento de calibración se encuentra pendiente. Por tanto, la acción se encuentra parcialmente cerrada.
Para la observación 1, se proponen 2 acciones. 1. Definir con la alta dirección cuál debe ser el manejo que se le dará a los reactivos vencidos y los que se encuentran en proceso. Se evidenció procedimiento DC-LA-PR-002, actualizado al 14 de mayo de 2021 con: "Manejo de productos no conformes (matéria prima)." 2. Adquirir un software para el manejo automatizado de inventario de insumos, reactivos y equipos en los laboratorios "Evidencia 1.4, 8 Gestión del Cambio", no permite determinar cumplimiento de la acción propuesta. En visita realizada al laboratorio de LACMA, se identificaron deficiencias con relación a los equipos de laboratorio, así mismo se evidenció inconsistencias en cantidades de insumos en muestra seleccionada y una deficiencia en fecha de vencimiento, como soporte de ello, se cuenta con fecha No. 110 del 1 de julio de 2021. Respuesta 14 de julio 2021: PLAN DE MEJORAMIENTO : 1. Se expedirá concepto técnico con respecto a la manipulación y naturalización de reactivos que hacen variar las cantidades del inventario. FECHA: 30 DE SEPTIEMBRE 2021 2. Para la deficiencia en la fecha de vencimiento fue corregida inmediatamente y no se considera pertinente plantear un plan de acción En visita realizada al laboratorio de suelos, se identificó deficiencias con relación a las cantidades en los insumos y deficiencias en la disposición de estos que podrían generar pérdidas de los mismos, como soporte de ello, se cuenta con Acta No. 111 del 1 de julio de 2021. En respuesta ofrecida el 14 de julio de 2021, se indica: San relación a la acción 1 Respuesta 14 de julio 2021 OK, Acción cerrada San relación a la acción 2 Respuesta 14/07/2021: No se aprobaron recursos para la compra de este software, lo que implica que se deben seguir usando las bases de datos en excel que osten actualmente. Se solicita al Vicerector académico, la comunicación escrita de la no aprobación del software para el manejo de inventarios de los laboratorios Agosto 17 de 2021 Con relación a la adquisición de software, solo en el desarrollo de esta auditoría la Dirección de Control Interno fue enterada, que no se contaba con los recursos para adquirir el software, y por tanto, el manejo de inventario de insumos de los laboratorios se iba a seguir realizando en Excel. Por tanto, la acción queda parcialmente cerrada y la efectividad será evaluada posteriormente.	1. Definir con la alta dirección cuál debe ser el manejo que se le dará a los reactivos vencidos y los que se encuentran en proceso. 2. Adquirir un software para el manejo automatizado de inventario de insumos, reactivos y equipos en los laboratorios	Mayo 28 de 2021 Junio 15 de 2021 Julio 23 de 2021	Rastreo Sin evidencias.	requerimiento de información	

Acción2: Actualización de procedimiento de calibración: se encuentra en versión 2, fecha 23-03-2022. Se adjunta archivo de word con fotografía de evidencia	Fotografía de procedimiento actualizado
Acción 2: Se adjunta respuesta de vicerrectoría administrativa (correo electrónico de julio 14 de 2021). Solicitamos se retire la acción, toda vez que Vicerrectoría administrativa y financiera es quien tiene la potestad para tomar la decisión de asignar recursos para un software de manejo de inventarios de laboratorios. Esta acción sobrepasa el alcance de ellos coordinadores de laboratorios.	Correo de respuesta de la Vicerrectoría Financiera  

Junio 23 de 2022	Observación Inspección	Soporte 2: documento que contiene el encabezado del prodimiento de calibración de equipos EA-1B-13-PR-001, del laboratorio facultad de arquitectura e ingeniería, versión 2 del 28-03-2022	No se requiere de información adicional	La acción se da por cerrada.	CERRADA
Junio 23 de 2022	Observación Inspección	Soporte 1: Correo del 14 de junio del 2021, donde se solicita al vicerrector académico una comunicación escrita que indique que el desarrollo del software para los laboratorios no pudo darse y las posibles causas. Se solicita reunión virtual, presencial o respuesta por correo electrónico de las inquietudes que se dejan en la siguiente columna de conclusión . En seguimientos anteriores, se indica que no se aprobaron recursos para la compra de este software, se indica además que por sugerencia se debe cambiar la acción. La nueva acción consiste en continuar con el manejo de los inventarios de forma manual. Por lo tanto, se da por cerrada la acción			CERRADA

Seguimiento al plan de mejoramiento de Gestión de Comunicaciones Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
Dimensión Información y Comunicación 1. Es importante definir un plan que permita determinar las acciones necesarias para cerrar las brechas identificadas en el autodiagnóstico que se llevó a cabo para esta dimensión.	Coordinar con la Jefe de Planeación una reunión en la que me socialice los resultados de los autodiagnósticos para que una vez comprenda la situación, de manera conjunta se propongan las acciones de mejora a las que haya lugar	Mayo 28 de 2021 Junio 15 de 2021 Julio 23 de 2021	Rastreo	Participación-ciudadana- _2021-1 Servicio-al-Ciudadano_2021-1 Enlace https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/06/Atención-al-ciudadano.docx	No se realiza requerimiento de información adicional Se envía comunicacón de resultados	En los link referenciados en el informe de seguimiento planes de mejoramiento, se evidencia autodiagnóstico de participación ciudadana y autodiagnóstico de servicio al ciudadano diligenciados. No obstante no se cuenta con evidencias que permitan determinar que se establecen acciones a que haya lugar, como se indica en la acción propuesta. La acción continúa abierta, teniendo en cuenta que, no se establecen acciones que propendan por evitar o mitigar la materialización del riesgo. En respuesta enviada por Líder del Proceso el 24 de junio de 2021, a la comunicación de resultados, se indicó: "Se trabaja en la creación de la política de servicio al ciudadano que se encuentra en revisión por parte de Gestión Legal, para luego presentar al Consejo directivo. Esta con el fin de dar mejora a los resultados del autodiagnostico https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2021/06/Atención-al-ciudadano.docx " Y en correo enviado por Líder del proceso el 15 de julio a la comunicación de resultados enviada, se indico: "1. En reunión con la Gestión de Planeación de la institución, la semana del 7 de julio de 2021, se acordó la realización de 2 políticas que nacen del autodiagnóstico del MIPG, estas son: Política de Participación Ciudadana Política de Servicio al ciudadano Ambas políticas se encuentran realizadas y en proceso de aprobación por parte de Secretaría General y Gestión Legal." Es importante considerar que, lo que se se indica en el seguimiento es que no se establecieron acciones. Al ingresar al enlace que referencian en la respuesta, se evidencia borrador de política de servicio al ciudadano, por tanto, la acción continúa abierta.
Con el propósito de determinar el nivel de satisfacción de los ciudadanos que durante el segundo semestre de 2017 y primero de 2018, interpusieron ante la Institución una petición, queja, reclamo, solicitud o denuncia, se formularon a través de la herramienta google drive dos preguntas, a saber : ¿Cómo le parece la plataforma dispuesta por la Institución para presentar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones o denuncias - PQRSFD? Califique la pertinencia de la respuesta dada por la Institución a su petición, queja, reclamo, sugerencia, felicitación o denuncia - PQRSFD. A la pregunta : ¿Cómo le parece la plataforma dispuesta por la Institución, para presentar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones o denuncias - PQRSFD? Se estableció que el 20%, manifestaron que la plataforma les pareció excelente, bueno el 53.3%, regular el 20% y deficiente el 6.7%. Ninguno de los ciudadanos a los que se les formuló la pregunta le asignó calificación mala. Como se observa el 26.7% calificaron la plataforma entre regular y deficiente. Si bien, el número de personas que respondieron a las dos preguntas tan solo representa el 24% de la muestra evaluada y el 7% del total de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones o denuncias – PQRSFD, recibidas en el periodo auditado, es importante se consideren dichos resultados por parte de la Institución a fin de identificar oportunidades de mejora. Ver ilustración 1: Plataforma dispuesta por la Institución A una segunda pregunta que se les formuló se tiene: B Califique la pertinencia de la respuesta dada por la Institución a su petición, queja, reclamo, sugerencia, felicitación o denuncia - PQRSFD. Excelente, el 20%, buena el 33.3%, regular el 26.7%, deficiente el 13.3% y mala el 6.7%. Para esta segunda pregunta, el 46.7% de los ciudadanos a los que se les indagó acerca de la pertinencia de la respuesta, le asignaron calificación entre regular y mala. Ver Ilustración 2: Pertinencia de la respuesta Si bien, el número de personas que respondieron a las dos preguntas tan solo representa el 24% de la muestra evaluada y el 7% del total de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones o denuncias – PQRSFD, recibidas en el periodo auditado, es importante se consideren dichos resultados por parte de la Institución a fin de identificar oportunidades de mejora.	Los resultados de la encuesta están acordes a lo que ocurría cuando se evaluaba la satisfacción con la respuesta y debido a su subjetividad, en un comité de Control Interno, se determinó no incluirla, puesto que era una constante mala calificación para la Institución por peticiones que no estaban dentro de la gobernanza de la misma o se salían de los procedimientos Institucionales. Respecto a la pregunta del software, se contrarresta con las auditorías y se observa una gran diferencia, puesto que en términos de accesibilidad, cumplimiento de ley, optimización, éste es más eficiente. Se han venido realizando una serie de cambios en el mismo, acordes a las recomendaciones y oportunidades de mejora del mismo, evidenciadas durante su usabilidad en este año. Se analizará su funcionamiento y se determinará si se requiere o no algún otro cambio.	Mayo 28 de 2021 Junio 15 de 2021 Julio 23 de 2021	Rastreo	http://academia.colmayor.edu.co/servicios7/modules/pgw_web2/ http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/RegistroPQRS.public http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/VisualizacionRespuestaRadicado.public http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/ConsultaPQRSAnonima.public	No se realiza requerimiento de información adicional Se envía comunicacón de resultados	No se cuenta con evidencias que permitan determinar que se da cumplimiento a "Se analizará su funcionamiento y se determinará si se requiere o no algún otro cambio." En el seguimiento realizado en febrero de 2021, se indicó que se realizará implementación en el nuevo software G+. No obstante, en correo recibido el 16 de junio, líder del proceso se indicó con relación a al requerimiento de información: Respondiendo a tu solicitud, me permito informar que para el momento que se realizó esta acción propuesta, aún no se sabía que se contrataría un software por el lado de otras dependencias y por ello, desde Gestión de Comunicaciones se pretendía hacerlo, por lo cual informo: * Plan de trabajo realizado para la adquisición de nuevo software. * Análisis realizado por parte de la Institución para la adquisición del software, con relación al cambio del software actual por el nuevo software G+ * Actas de reunión con decisiones que se tomaron para la adquisición de software. * Contrato de compra de software G +. "El anterior fue un trabajo colaborativo entre Gestión Documental, Autoevaluación, Tecnología y Calidad, en este proceso Gestión de la Comunicación no tuvo papel alguno en la toma de decisiones, simplemente fuimos notificados de que el nuevo sistema G+, tendría un módulo para la atención de PQRSFD al cual nos acomodamos, al evidenciar luego de su presentación, que era un software adecuado para nuestra necesidad, por lo tanto no contamos con documentación ni las evidencias solicitadas." En respuesta enviada por líder del proceso el 24 de junio de 2021, se indica: "Desde Calidad y Gestión Documental, se realiza la compra de un nuevo portal donde se alojará el servicio de PQRSFD (G+), este se espera lanzar el 15 de julio cuando los operadores realicen todos los ajustes solicitados para así cumplir con los requerimientos del MinTIC. Registro de PQRSFD http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/RegistroPQRS.public Visualización respuesta radicado PQRSFD http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/VisualizacionRespuestaRadicado.public Consulta PQRSFD http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/ConsultaPQRSAnonima.public " Y en correo enviado por Líder del proceso el 15 de julio a la comunicación de resultados, se indico: "2. Si bien, la Líder de Gestión de Comunicaciones, da como respuesta que el software G+ no fue adquirido con recursos y gestión de contratación de Comunicaciones, el módulo de atención de PQRSFD que se alberga dentro de G+, se encuentra próximo a funcionar, se está en estos momentos, finalizando ajustes de funcionamiento y de cumplimiento legal y se espera tenerlo al aire lo más pronto posible. Se adjunta como evidencia el enlace donde se encuentra alojado este módulo anteriormente mencionado: http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/RegistroPQRS.public " Si bien, se evidencia avance de la implementación de software, a la fecha (23 de julio de 2021), no se encuentra en funcionamiento. Por tanto, la acción continúa abierta.

Se evidenciaron deficiencias en el proceso de gobierno corporativo, considerando que este tiene entre otras responsabilidades "Asegurar la gestión y responsabilidad eficaces en el desempeño de la organización" Dicha situación permite determinar el incumplimiento a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, en su artículo 2. Objetivos del sistema de control interno: (...) "f. Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos;" Se presentó además la inobservancia al Decreto 1499 de 2017; que determina en el manual operativo del sistema de gestión del modelo integrado de planeación y gestión, como responsabilidades de la primera línea de defensa: - Se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, ejecutar procedimientos de riesgo y el control sobre una base del día a día. La gestión operacional identifica, evalúa controla y mitiga los riesgos" - Son responsables de implementar acciones correctivas, igualmente detecta las deficiencias de control. Se estableció que para cuatro (4), es decir el 22%, de las peticiones, quejas y sugerencias, seleccionadas para la muestra, requerían formulación de acciones por parte de la Institución y las mismas no se generaron por parte de los responsables. Ver Anexo 1. Respuestas que requerían formulación de acciones Lo antes expuesto lleva a la Institución a la materialización de un riesgo como el de "incumplimiento normativo", que podría derivar en reprocesos, sobrecostos, pérdidas económicas, pérdida de credibilidad, investigaciones y/o sanciones por parte de órganos de control, entre otros.	Analizar desde Calidad y Comunicaciones mensualmente las entradas al canal de PQRSFD para determinar y reportar ante el comité de desempeño las entradas que tienen que ver con el servicio y son objeto de generar acciones de mejora. Se reclasificarán mensualmente de las entradas por motivos académicos, administrativos y de servicio y desde el correo de la líder de Gestión de la Mejora se enviará correo a los líderes de procesos donde se presentaron entradas que estaban directamente relacionadas con el servicio y se les orientará generar acción correctiva al respecto, con un plazo máximo de final de mes siguiente a la entrada.	Mayo 28 de 2021 Junio 15 de 2021 Julio 23 de 2021	Rastreo	Cons-PQRSF-Enero-a-Marzo-2021-Abril-14 Informes auditoría micro sitio Conton Interno.	No se realiza requerimiento de información adicional Se envía comunicacón de resultados	En informe de auditoría a las PQRSFD, noviembre - diciembre de 2019, primer y segundo semestres de la vigencia 2020 y primer semestre de 2021, se observó falta de implementación de acciones por parte de Líderes de procesos. En respuesta enviada por líder del proceso el 24 de junio de 2021, se indica: "Se envía también ecard por medio de flash institucional para hacer hincapié al tema:" Y en correo enviado por Líder del proceso el 15 de julio a la comunicación de resultados enviada, se indico: Se solicita replantear esta acción de mejoramiento propuesta anteriormente, pues indica que se realizará reclasificación de manera mensual, lo cual no es viable debido a que los tiempos de respuesta que la ley tiene disponibles y/o habilitados no concuerdan con la medición mensual. No obstante, no se describe la nueva acción a proponer. En informes antes referenciados en el primer párrafo, se evidenció que la situación se sigue presentando, por tanto, la acción continúa abierta.
Deficiencias "Informe detalles por solicitud" La Ley 87 de 1993, en su artículo 2º, Objetivos del Sistema de Control Interno, determina entre otros: (...) "e. Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;" Además, el Decreto 1499 de 2017, señala en el Manual Operativo Sistema de Gestión - MIPG, versión 2 de agosto de 2018: En la política de Gobierno Digital: (...) "Lograr procesos internos, seguros y eficientes a través del fortalecimiento de las capacidades de gestión de tecnologías de información." En la Dimensión: Evaluación de Resultados 8 Seguimiento y evaluación del desempeño institucional "Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua". En la Dimensión: Información y Comunicación (...) Por su parte, la comunicación hace posible difundir y transmitir la información de calidad que se genera en toda la entidad, tanto entre dependencias como frente a los grupos de valor. Lo anterior, considerando que en el seguimiento de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias – PQRSFD, para el periodo comprendido entre el primero (1º) de julio y el treinta y uno (31) de octubre de 2019, se evidenció que el software PLANNEAT PQRS, genera informes, cuya información es inexacta, como se detalla a continuación: Ver tabla 4. Deficiencias en "Informe detalles por solicitud" Lo descrito en la tabla No. 4, podría llevar a la Institución a la materialización de un riesgo de "incumplimiento", de inexactitud en la información y podría verse expuesta a un riesgo de pérdida de imagen o reputacional que podrían derivar en reprocesos, sobrecostos, investigaciones y/o sanciones por parte de órganos de control, entre otros aspectos. Se precisa que esta situación se identificó en el informe de auditoría de PQRSDF, correspondiente al primer semestre de 2019, no obstante, considerando que la misma es recurrente para el periodo evaluado, es necesario, dar cuenta de ello, a fin de que la Institución tome las acciones a que haya lugar.	Procedimentar el mecanismo de contratación de software a nivel Institucional. Revisar la pertinencia de contratar un software que incluye un módulo de PQRSFD, dado que la plataforma de PQRSFD, de la que dispone la Institución se adquirió hace poco., en segundo lugar, se decidió revisar el tema de desarrollos propios y definir políticas claras frente a ello.	Mayo 28 de 2021 Junio 15 de 2021 Julio 23 de 2021	Rastreo	http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/RegistroPQRS.public http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/VisualizacionRespuestaRadicado.public http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/ConsultaPQRSAnonima.public	No se realiza requerimiento de información adicional Se envía comunicacón de resultados	Acción 1 Procedimentar el mecanismo de contratación de software a nivel Institucional. No se cuenta con evidencias que permitan determinar su cumplimiento. Acción 2 Revisar la pertinencia de contratar un software que incluye un módulo de PQRSFD, dado que la plataforma de PQRSFD, de la que dispone la Institución se adquirió hace poco., en segundo lugar, se decidió revisar el tema de desarrollos propios y definir políticas claras frente a ello. Las acciones propuestas no contribuyen a subsanar las situaciones identificadas. En correo recibido el 16 de junio, líder del proceso se indicó con relación a al requerimiento de información: Respondiendo a tu solicitud, me permito informar que para el momento que se realizó esta acción propuesta, aún no sabía que se contrataría un software por el lado de otras dependencias y por ellos, desde Gestión de Comunicaciones sepretendía hacerlo, por lo cual informo: * Plan de trabajo realizado para la adquisición de nuevo software. * Análisis realizado por parte de la Institución para la adquisición del software, con relación al cambio del software actualpor el nuevo software G+ * Actas de reunión con decisiones que se tomaron para la adquisición de software. * Contrato de compra de software G +. "El anterior fue un trabajo colaborativo entre Gestión Documental, Autoevaluación, Tecnología y Calidad, en este procesoGestión de la Comunicación no tuvo papel alguno en la toma de decisiones, simplemente fuimos notificados de que elnuevo sistema G+, tendría un módulo para la atención de PQRSFD al cual nos acomodamos, al evidenciar luego de supresentación, que era un software adecuado para nuestra necesidad, por lo tanto no contamos con documentación ni las evidencias solicitadas." En correo recibido el 24 de junio se indicó: por aptre de la Líder del proceso: "Acción1: La contratación del software se realizó con la supervisión de Calidad, Gestión Legal, Tecnología y Autoevaluación. Acción 2: Desde Calidad y Gestión Documental, se realiza la compra de un nuevo portal donde se alojará el servicio de PQRSFD (G+), este se espera lanzar el 15 de julio cuando los operadores realicen todos los ajustes solicitados para así cumplir con los requerimientos del MinTIC. Registro de PQRS http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/RegistroPQRS.public Visualización respuesta radicado PQRS http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/VisualizacionRespuestaRadicado.public Consulta PQRS http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/ConsultaPQRSAnonima.public" Y en correo enviado por Líder del proceso el 15 de julio a la comunicación de resultados, se indico: "Esta acción no corresponde a la potestad de Gestión de Comunicaciones, pues el proceso no con cuenta con la autoridad para determinar la pertinencia de contratación de un software institucional que incluye módulo de PQRSFD, debido a que esta, sería una labor del proceso de Tecnología. Sin embargo, se hace una anotación adicional, y es que el nuevo software G+ adquirido por la institución, en cabeza de las dependencias anteriormente mencionadas, incluye consigo un Módulo de PQRSFD,

Proceso de Gestión de Comunicaciones	
Seguimiento realizado por el Proceso de Gestión de Comunicaciones Fecha: 07 de junio de 2022 (fecha del envío del correo electrónico)	Soportes suministrados por el Proceso de Gestión de Comunicaciones
6/06/2022	El proceso de Comunicaciones y el de Planeación, se reunieron para revisar los resultados del autodiagnóstico para dar solución a las acciones. Planilla de asistencia: https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2022/06/IMG-9932.jpg Se realizo la presentación de la Política ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, donde se hicieron algunos ajustes. Estamos a la espera de nueva fecha de la presentación de la misma en un nuevo comité. Acta de comité: https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2022/06/Acta-No.-5-de-2021-Comité-Institucional-de-Gestión-y-Desempeño-firmada-1.pdf Política: https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2022/06/5.-Politica-de-Servicio-al-Ciudadano-1.docx
6/06/2022	Se cuenta con un módulo funcional y con todos los requerimientos necesarios para la atención a las solicitudes de los ciudadanos, esto se puede evidenciar en la ejecución de los informes trimestrales a las PQRSFD, donde se asignan las solicitudes al proceso implicado y se ve el flujo de tiempos de respuestas. Informes: https://www.colmayor.edu.co/institucional/ley-de-transparencia/informes-de-pqrsfd/ Módulo: http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/RegistroPQRS.public

Análisis realizado por la Dirección de Control Interno				
Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
Junio 23 de 2022	Observación Inspección	1. Soporte 1: acta No. 05, del comité institucional de gestión y desempeño, observando en el orden del día ...3) Propuesta de Política de Servicio al Ciudadano. Responsable: Gestión de Comunicaciones. 2. Soporte 2: documento de creación o actualización de políticas institucionales, con fecha de agosto de 2021, política a crear "política de servicio al ciudadano de la IUCMA"	Se solicita los soportes que den cuenta de "Coordinar con la Jefe de Planeación una reunión en la que me socialice los resultados de los autodiagnósticos"	Los soportes suministrados dan cuenta de la acción propuesta: "Coordinar con la jefe de Planeación una reunión en la que me socialice los resultados de los autodiagnósticos". Acción en estado cerrada.
Junio 23 de 2022	Observación Inspección	Soporte3, Registro PQRSFD en G+	Se solicita los soportes que den cuenta de "Se analizará su funcionamiento y se determinará si se requiere o no algún otro cambio."	Si bien se observa en G+ el módulo para el registro de una PQRSFD, con la información suministrada se da por cerrada la acción.

CERRADA

CERRADA

	Se solicita cambio a la acción de mejora por la siguiente: Realizar reclasificación de las entradas por motivos académicos, administrativos y de servicio en el consolidado de QRSFD CM-FR-002 en las columnas T, U y W Área encargada: Comunicaciones y Mercadeo Evidencia: https://www.colmayor.edu.co/wp-content/uploads/2022/06/Consolidado-PQRSF-2022-1.xlsx						
6/06/2022		Junio 23 de 2022	Observación Inspección	Soporte 4, CONSOLIDADO PQRSF GC- FR - 002	Se solicita aclarar la información enviada como soporte	Con el soporte enviado CONSOLIDADO PQRSF GC-FR - 002, no es clara la información, se observa vigencia 2021 y 2022, se puede observar el cumplimiento de la acción "Realizar reclasificación de las entradas por motivos académicos ".	CERRADA
6/06/2022	Se cuenta con un módulo funcional y con todos los requerimientos necesarios para la atención a las solicitudes de los ciudadanos: http://gmas.colmayor.edu.co:8080/gmas/Registro PQRS.public	Junio 23 de 2022	Observación Inspección	Soporte3, Registro PQRSFD en G+	No se requiere información adicional	Se observa en G+ el módulo de PQRSFD, funcionando.	CERRADA

Seguimiento al plan de mejoramiento Vicerrectoría Administrativa y Financiera Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acciones propuestas	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
7.1.1 Con relación al flujo de información y su incidencia en el sistema de control interno institucional Se observaron deficiencias en el control de la información y comunicación institucional, daño que se efectuaron cambios a la resolución No. 009 de enero 14 de 2019, por la cual se reglamenta la constitución y funcionamiento de la caja menor de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia vigencia fiscal 2019, específicamente al artículo 4º, en lo inherente a la asignación de los rubros presupuestales comunicación y transporte y gastos legales. Dichos cambios se llevaron a cabo sin que se hubiese expedido un nuevo acto administrativo modificando la resolución en mención. Los mismos tampoco fueron comunicados a las partes interesadas, situación que lleva a que se tengan dos actos administrativos con el mismo número, el mismo objeto y con la misma fecha de expedición, ambos vigentes, cuya diferencia radica en el contenido del artículo cuarto de la parte resolutoria. Lo anterior, contraría lo dispuesto en el manual del sistema de gestión del modelo integrado de planeación y gestión – MIPGS, versión 2 de 2018, el mismo determina para la dimensión de control interno, componente información y comunicación, lo siguiente: "Genera y obtiene información relevante, oportuna, confiable, íntegra y segura que da soporte al Sistema de Control Interno." – Comunica la información relevante hacia el interior de la entidad, para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno – Se comunica con los grupos de valor, sobre los aspectos claves que afectan el funcionamiento del Sistema de Control interno y proporciona información hacia las partes externas en respuesta a las necesidades y expectativas. Adicionalmente, se inobservó el contenido del procedimiento "Generación de actos administrativos, código GL-PR-003, versión 1, de agosto de 2015, que señala: Cuando el Acto Administrativo es de interés general se envía al Archivo Central para digitalización y publicación en el sistema "Document" para la consulta inmediata. Además se debe solicitar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de este Acto en la página web de la Institución. Lo expuesto, conllevó a la Institución a la materialización de un riesgo como el de inexactitud en la información, que a su vez, podría derivar en reprocesos, incumplimiento normativo, desacuerdo en la toma de decisiones, entre otros aspectos.	Realizar actos administrativos modificatorios en caso que se deba cambiar o actualizar lo dispuesto en los documentos iniciales. Dar cumplimiento a los establecido en el procedimiento código GL-PR-003, versión 1, de agosto de 2015.	Mayo 31 del 2021	observación, inspección, confirmación	Resolución No 009 2019 Resolución No 047 2019 Resolución 288 2019 RESOLUCION 010 2020 RESOLUCION No. 216 2020 Resolución 220 2020 Resolución 249 2020 Resolución No.013 2021	No se realiza requerimiento de información adicional	La acción se encuentra cerrada parcialmente, considerando que la situación identificada no tuvo acciones correctivas por parte de la institución durante la vigencia, no obstante, para la vigencia 2020 ya perdían vigencia, los actos administrativos caducaban. Una (1) acción en estado cerrada parcialmente, para la cual no se implementaron las acciones dispuestas por la Institución para la vigencia en la que se identificó la situación. No obstante, en vigencias posteriores (2020 y 2021), se identificó: Que cuando ha sido necesario modificar el reglamento del fondo fijo reembolsable, se ha efectuado a través de una nueva resolución. Con relación a la actividad: "Dar cumplimiento a los establecido en el procedimiento código GL-PR-003, versión 1, de agosto de 2015.", no se cuenta con evidencias que permitan determinar el cumplimiento de la misma, para las vigencias 2020 y 2021. En correo suministrado por el auditado el 23/06/2021, informó que las acciones en estado abiertas, no se le presentan soportes, dado que, se encuentran dentro de los términos de su vencimiento.

Hallazgo	Acciones propuestas	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
No se cuenta con evidencias que permitan verificar que se llevan a cabo autoevaluaciones en el proceso contable, incumpliendo lo establecido en el Anexo de la Resolución 193 de 2016, que determina: Numeral 4.3 Evaluación del control interno contable para efectos de gestión (...) En términos de la autoevaluación, los funcionarios que tienen bajo su responsabilidad la ejecución directa de las actividades relacionadas con el proceso contable harán las evaluaciones que correspondan con el propósito de mejorar la calidad de la información financiera pública. Lo anterior puede llevar a la Institución a incurrir en la materialización de un riesgo como el de incumplimiento y derivar en reprocesos, sobrecostos investigaciones y/o sanciones por parte de órganos de control, entre otros aspectos.	Consolidar un instructivo que permita al área financiera verificar todas las etapas del proceso financiero (presupuesto, nomina, tesorería, contabilidad, bienes y servicios); para el final de cada periodo constatar antes del cierre el cumplimiento del objetivo de producir información financiera con las características fundamentales de relevancia y representación fiel establecidas en el Régimen de Contabilidad Pública.	Mayo 31 del 2021	observación, inspección, confirmación	Instructivo GF-IT-003, versión 01 del 07 de septiembre del 2020 y el cual tiene por nombre ingreso y flujo de información al área financiera.	No se realiza requerimiento de información adicional	La acción no pertinente, considerando que la efectividad de la acción es de un cero (0)%, ya que el soporte entregado no da cuenta de la implementación de la acción formulada para este hallazgo. La acción formulada fue la creación de un instructivo de flujo de información, el cual fue publicado con código GF-IT-003, versión 01 del 07 de septiembre del 2020, fue nombrado Ingreso y flujo de información al área financiera. El mismo, no constituye una acción pertinente que subsane la situación evidenciada como se informó al auditado en el momento de analizar las acciones formuladas, considerando que, no determina la eficacia de los controles implementados en cada una de las actividades del proceso contable. Al 31/05/2021 se sigue observando la misma oportunidad de mejora, puesto que, en la evaluación de control interno contable, se determinó la falta de evidencias que permitan verificar que se llevan a cabo autoevaluaciones en el proceso contable, incumpliendo lo establecido en el Anexo de la Resolución 193 de 2016. Una (1) acción no pertinente. (Proceso de autoevaluación). En correo suministrado por el auditado el 23/06/2021, informó que las acciones en estado abiertas, no se le presentan soportes, dado que, se encuentran dentro de los términos de su vencimiento.
Al verificar la información reportada en el Consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP) con destino a Organismos de Control (Contraloría General de la República, 4 trimestre 2019) en materia presupuestal (Programación ingresos, ejecución ingresos, programación gastos, ejecución gastos) vs la misma información reportada en rendición de cuentas a la Contraloría General de Medellín, se presentan diferencias en varios ítems bajo la misma denominación Las enunciadas diferencias una vez presentadas a la Entidad, son aclaradas, es decir, son conscientes de las mismas, dadas sus explicaciones, no obstante, en razón de que aluden al mismo ítem presupuestal, en tal sentido no se citen sus valores bajo cualquier tipo de presentación. Tal situación, es debido a falta de control, por no garantizar lo enmarcado en el artículo 3º de la ley 1712 de 2014 en materia de otros principios de la transparencia y acceso a la información pública, concretamente en lo concerniente al principio de la calidad de la información, con miras a no afectar la fiabilidad de la información y en consecuencia a clientes externos.	Teniendo en cuenta que la rendición del CHIP para la vigencia 2020 se debe realizar según la resolución reglamentaria orgánica 035 de 2020, conforme al artículo 13: ARTÍCULO 13. CATÁLOGO INTEGRADO DE CLASIFICACIÓN PRESUPUESTAL. Es un instrumento para la clasificación ordenada y detallada de los registros de las operaciones de carácter presupuestal, del sector público, compuesto por la nomenclatura, definiciones y atributos de las cuentas de la contabilidad presupuestal. PARÁGRAFO. El Catálogo Integrado de Clasificación Presupuestal es parte integral del Consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP), respecto del cual, todas las entidades que deben rendir información para uniformar, centralizar y consolidar la contabilidad de la ejecución del presupuesto General del Sector Público, se sujetan de forma obligatoria. No es posible unificar para esta vigencia la estructura de la información rendida en el CHIP y la rendida a la Contraloría General de Medellín. Sin embargo, con la implementación del nuevo catálogo de clasificación presupuestal que comienza a regir para la vigencia 2021 conforme a la resolución 3832 de 2019, la estructura será unificada para todas entidades públicas.	Mayo 31 del 2021	No se aplica ninguna técnica de auditoría ya que la ejecución de la acción es a diciembre del 2021	No se ha ejecutado la acción , por lo tanto, no se cuenta con evidencias.	No se ha ejecutado la acción por lo tanto, al día del seguimiento mayo 27 el 2021, no se requiere información adicional.	La acción se encuentra abierta, considerando que dentro de la fecha establecida para su ejecución a diciembre del 2021. La acción se evaluará posteriormente. Si bien, la fecha de obtención de resultados es 31/12/2021, durante la vigencia 2021 se evidencia la implementación del nuevo catálogo de clasificación presupuestal, conforme a la resolución 3832 de 2019. La acción se evaluará posteriormente. Una (1) acción en estado abierta dentro de los términos, la cual será auditada posteriormente. En correo suministrado por el auditado el 23/06/2021, informó que las acciones en estado abiertas, no se le presentan soportes, dado que, se encuentran dentro de los términos de su vencimiento.
PLAN DE MEJORAMIENTO FINANCIERO 2019 - CGM						
La Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, recaudó ingresos por concepto de matrículas por valor de \$1.638.409.214 en el mes de diciembre del año 2019 correspondientes al periodo 2020-01, sin el debido registro presupuestal en la vigencia fiscal 2019, lo cual, constituyen hechos o recursos por fuera del presupuesto de la referida vigencia fiscal, actuación causada y catalogada de normal por la Institución por efecto de inaplicación de la norma, según se expresa en el Capítulo XII ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS, numeral 127 del Decreto Municipal 1018 de 2018 (Por medio del cual se liquida el Presupuesto General del Municipio de Medellín para la vigencia fiscal 2019), en los siguientes términos: "Registro de los ingresos recibidos por anticipado: Los ingresos recibidos por anticipado por los establecimientos públicos, presupuestalmente deberán reflejarse en la ejecución de ingresos como un mayor valor recaudado en la vigencia. Dichos recursos, en cumplimiento de los principios presupuestales de anualidad y universalidad, se incorporarán al presupuesto para financiar el gasto autorizado para la vigencia fiscal." Conocido el hecho anterior por parte de la Institución, efectivamente COL MAYOR asevera, "...si bien es cierto que no se registra presupuestalmente el recaudo en la vigencia 2019...". Así las cosas, ello, conlleva a dineros o recursos públicos por fuera del control presupuestal como herramienta administrativa dentro de cada vigencia fiscal, posibilitando falta de control de los mismos.	Conforme al numeral 126 "Registro de los ingresos recibidos por anticipado" de las disposiciones generales del Acuerdo 142 de 2019 y Decreto 2405 de 2019, se adicionara un rubro en el presupuesto de ingresos en el mes de diciembre llamado "matriculas recibidas por anticipado" con el fin de realizar el recaudo por este concepto.	Mayo 31 del 2021	observación, inspección, confirmación	Auxiliar cuenta	No se realiza requerimiento de información adicional	Para esta acción no se presenta avance debido a que en la vigencia 2020 no se recaudaron ingresos por matrícula correspondiente al periodo 2021-1. La acción se evaluar posteriormente. Una (1) acción en estado abierta pendiente por evaluar considerando que la situación no se presentó para vigencia 2021. En correo suministrado por el auditado el 23/06/2021, informó que las acciones en estado abiertas, no se le presentan soportes, dado que, se encuentran dentro de los términos de su vencimiento.

Vicerrectoría Administrativa y Financiera	
Seguimiento realizado por el Proceso Vicerrectoría Administrativa y Financiera Fecha: junio 09 de 2022 (fecha del envío de la información)	Soportes suministrados por el Proceso de Vicerrectoría Administrativa y Financiera
No se han realizado modificaciones a los actos administrativos generados, diferentes a los reportados en la última auditoría	

Análisis realizado por la Dirección de Control Interno				
Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
Junio 28 de 2022	Confirmación por el proceso auditado	No se suministraron soportes	No se requiere información adicional	La acción se da por cerrada toda vez que no se han presentado más modificaciones a los actos administrativos diferentes a los reportados en la vigencia 2021.

CERRADA

Seguimiento realizado por el Proceso Vicerrectoría Administrativa y Financiera Fecha: JUNIO 09 DE 2022 (fecha de envío de la información)	Soportes suministrados por el Proceso de Vicerrectoría Administrativa y Financiera
El instructivo permite identificar como intervienen las tres áreas de contabilidad, presupuesto y tesorería en el proceso financiero, desde la Vicerrectoría Administrativa y Financiera se considera pertinente la acción de mejora, garantizando el cumplimiento de la resolución 193 de la Contaduría General de la Nación.	
Durante la vigencia 2021 se evidencia la implementación del nuevo catálogo de clasificación presupuestal, conforme a la resolución 3832 de 2019. Debido a la nueva clasificación presupuestal, no es procedente el hallazgo.	

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
28 de junio de 2022	Rastreo	No se suministran evidencias	No se requiere de información adicional	La acción se da por cerrada, toda vez que como dice el auditado "El instructivo permite identificar como intervienen las tres áreas de contabilidad, presupuesto y tesorería en el proceso financiero". Instructivo en el sistema de calidad G+, ingreso y flujo de información al área financiera con código GF-IT-003, versión 01 del 07-09-2020
28 de junio de 2022	Confirmación del auditado	No se suministran evidencias	No se requiere de información adicional	La acción se da por cerrada, toda vez que como dice el auditado "Durante la vigencia 2021 se evidencia la implementación del nuevo catálogo de clasificación presupuestal, conforme a la resolución 3832 de 2019. Debido a la nueva clasificación presupuestal, no es procedente el hallazgo"

CERRADA

CERRADA

Para esta acción no se presenta avance debido a que en la vigencia 2021 no se recaudaron ingresos por matrícula correspondiente al periodo 2022-1.	
--	--

28 de junio de 2022	Confirmación del auditado	No se suministran evidencias	No se requiere de información adicional	La acción se da por cerrada toda vez que desde la vigencia 2020 y 2021 se viene presentado matrícula cero, adicional a esto, no se presenta avance debido a que en la vigencia 2021 no se recaudaron ingresos por matrícula correspondiente al periodo 2022-1.
---------------------	---------------------------	------------------------------	---	--

CERRADA

Seguimiento al plan de mejoramiento de Gestión de Documental Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
En cuanto se tenga la convalidación aprobada de las TRD por parte del Consejo Departamental de Archivos, se procederá a registrar en la pagina de la AGN el respectivo RUDS.	Se remitirán las TRD en esta oportunidad ante el Comité Evaluador de Documentos del Archivo General de la Nación.	Mayo 25 del 2021	observación	Evidencia 1 Oficio Convalidación AGN.	No se realiza requerimiento de información adicional	La acción cuenta con un cumplimiento del 100%. La acción se evaluará posteriormente para determinar la efectividad de la actividad con respecto a la respuesta entregada por parte del comité evaluador. La acción está dentro de la fecha de ejecución a diciembre del 2021, por lo tanto se encuentra abierta.
Publicación No se cumple con el art 10 literal B del Acuerdo 004 de 2013, el cual indica que las “...inscripción de las TRD y TVD en el registro único de series documentales del archivo general de la nación, siguiendo el procedimiento indicado para tal fin” Lo que induce al no cumplimiento en el procedimiento de presentación, revisión y ajustes de las TRD y las TVD	Se remitirán las TRD en esta oportunidad ante el Comité Evaluador de Documentos del Archivo General de la Nación. En cuanto a las TVD, se continuara en el mes de febrero 2021 con su elaboración para su posterior convalidación ante el CTA	Mayo 25 del 2021	observación, confirmación	Documento fechado con el día 8 de febrero del 2021 y con radicado No. 2021100371, enviado al comité evaluador de documentos - archivo general de la nación (Evidencia 1 Oficio Convalidación AGN), su efectividad se analizará posteriormente.	No se realiza requerimiento de información adicional	La acción cuenta con un cumplimiento del 100%. La acción se evaluará posteriormente para determinar la efectividad con respecto a la respuesta entregada por parte del comité evaluador. La acción está dentro de la fecha de ejecución a diciembre del 2021, por lo tanto se encuentra abierta.

Proceso de Gestión Documental	
Seguimiento realizado por el Proceso de Gestión Documental Fecha: 07 de junio de 2022 (fecha de envío de correo)	Soportes suministrados por el Proceso de Gestión Documental
Posterior al envío de las TRD ante el Comité Evaluador de Documentos del AGN, se realiza devolución de las tablas por esta misma instancia, con la observación de seguir adelantando el proceso de convalidación de las TRD con el Consejo Territorial de Archivos - CTA; recordando que el proceso de convalidación de instrumentos archivísticos como las TRD y TVD tienen una duración de 90 días hábiles. Dada la devolución desde la institución se revisan las TRD en general, se corrigen y se remite nuevamente para el proceso de convalidación ante el CTA.	Comunicaciones oficiales (Carpeta TRD): - Oficio remisorio del AGN sobre las observaciones a las TRD. - Oficio remisorio del envío de las TRD ante el CTA - Acta de Comité de Archivo donde se socializan las observaciones y se aprueba nuevamente el envío de las TRD ante el CTA
Finalizada la elaboración de las Tablas de Valoración Documental - TVD, se aprueba el instrumento por parte del Comité de Archivo de la institución y se procede a radicar el comunicado con el cual se remiten ante el Consejo Territorial de Archivos - CTA. Durante el proceso de revisión de las TVD por parte del CTA se realiza una devolución con una duda sobre el carácter de autonomía que tenía el Colmayor desde su fundación; dicha duda es aclarada con ayuda del Ministerio de Educación Nacional y el Archivo General de la Nación. Aclarado este punto se remiten nuevamente las TVD ante el Consejo Territorial de Archivos.	Comunicaciones oficiales (Carpeta TVD): - Oficio Remisorio del envío de las TVD ante el CTA - Oficio respuesta por parte del CTA donde describen las dudas presentadas frente a las TVD. - Oficios remisorios de las dudas presentadas por el CTA ante el Ministerio de Educación Nacional y el Archivo General de la Nación. - Solicitud de tiempo ante el CTA para finalización de las TVD - Acta de Comité de Archivo donde se socializa la observación, su subsanación y se aprueban las TVD para su envío. - Oficio remisorio de envió TVD ante CTA

Análisis realizado por la Dirección de Control Interno				
Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
26 de julio de 2022	Observación Inspección	Archivos enviados: 1. Oficio AGN sobre observaciones: documentyo con radicado, Ref. Radicado de entrada No. 1-2021-1251, del 22 de junio de 2021 con asunto: Concepto técnico de evaluación y convalidación Tablas de Retención Documental - TRD. 2. Concepto tecnico con observaciones AGN: FECHA DE EMISIÓN DEL CONCEPTO: 18 de junio de 2021. 3. Oficio para el Consejo Departamental de Archivos: del 25 de junuo de 2021. 4. Reunión del comité de archivo del 09 de noviembre del 2021. 4.1. Documento con fecha del 08 de febrero de 2021, asunto: solicitud de evaluación técnica y convalidación tablas de retención documental. 5. Memorando del 02 de diciembre de 2021 con asunto: solicitud convalidación tablas de retención Documental.	No se requiere infomación adicional	Con los soportes suministrados la acción se da por cerrada.
26 de julio de 2022	Observación Inspección	Archivos enviados: 0. Historia Institucional y Memoria Descriptiva TVD. 1. OFICIO REMISORIO SOLICITUD CONVALIDACION TVD: con fecha del 26 de abril del 2021, asunto: solicitud convalidación tablas de valoración documental. 2. Oficio Respuesta CTA Concepto TVD: con fecha del 23 de agosto de 2021 y radicado No. 2021200243 asunto: respuesta radicado 2021010155458 3. SOLICITUD DE INFORMACIÓN TVD AL MEN: con fecha del 14 de septiembre de 2011, con asunto: solicitud de información fondo documental tablas de valoración documental IUCOLMAYOR. 3.1 TRASLADO POR COMPETENCIA MEN: documento con radicado 2021-EE-324845 del 14 de septiembre del 2021 y asunto: traslado por competencia - solicitud de informacoón fondo documental tablas de valoración documental. 3.2. RESPUESTA MINISTERIO: documento con fecha del 27 de septiembre de 2021 con asunto: solicitud información tablas de valoración documental. 3.3. Oficio Respuesta AGN: con fecha del 14 de octubre del 2021 y asunto: concepto técnico sobre elaboración de TVD. 3.3.1 OFICIO RESPUESTA TVD AGN: con fecha del 15 de diciembre de 2021, con asunto: remisión concepto técnico radicado 1-2021-9766. 3.3.2. COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA: con fecha de octubre 14 de 2021, asunto: concepto técnico No. 211. 3.3.3. CONCEPTO TÉCNICO AGN: con asunto: concepto técnico. 4. ACTA COMITÉ DE ARCHIVO 002 DE 2021: reunión del comité de archivo acta 002 del 20 de abril de 2021. 4. Solicitud de Prorroga ajuste TVD: del 01 de octubre de 2021 con asunto: solicitud prorroga de ajuste TVD-	No se requiere infomación adicional	Con los soportes suministrados la acción se da por cerrada.

CERRADA

CERRADA

Seguimiento al plan de mejoramiento de Gestión de Legal Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de Información adicionales	conclusión III
Hallazgo No. 3: funciones de la secretaría técnica El artículo sexto, numeral 5, de la Resolución interna No. 381 de 2014, por la cual se designan las funciones para la Secretaría Técnica del Comité de Conciliación, establece: - “5. Preparar un informe de la gestión del comité y de la agenciación de sus decisiones, que será entregado a la Rectoría y a los miembros del comité cada seis (6) meses. Una copia del mismo será remitida a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado cada vez que lo solicite.” - “6. Organizar el archivo correspondiente a los asuntos del comité.” Se requiere establecer que dicha disposición también está contenida en el Decreto 1069 de 2015, artículo 2.2.4.3.1.2.6, Soporte 1 aparte del requerimiento 5 y aparte de la disposición legal. Al respecto se logró establecer que desde la Secretaría Técnica no se ha generado informe alguno que dé cuenta de la gestión realizada por el comité en la vigencia 2017 o anterior a esta. Con la anterior situación, se materializó el riesgo de “incumplimiento” situación que puede derivar en investigaciones de parte de los órganos de control, sanciones, reproches, señalamientos para la institución, entre otros.	Se realizará el informe de gestión que será entregado a la Rectoría y a los miembros del Comité cada seis (6) meses. -	Junio 22 del 2021	Observación	Correo electrónico con el envío del informe de gestión comité de conciliación periodo 2021-1 Informe Comité de Conciliación 2020 Informe de litgios y de informe de litgios y demandas 16 7 2021 SEGUIMIENTO SEGUNDO TRIMESTRE 2021	No se realiza el requerimiento de información adicional	Se observa el archivo correspondiente a los asuntos del comité. Con la información suministrada, la ejecución de la acción y la efectividad de la misma quedan en un 50%, es decir la acción queda cerrada parcialmente ya que el informe de comité de conciliación data del segundo semestre de la vigencia 2020 y no del primer semestre de la vigencia 2021.
No se observa plan de acción anual para el Comité de Conciliación, así como tampoco se evidencian las actividades inherentes al mismo en el plan de acción de la institución vigencias 2017 y 2018, a fin de contar con un instrumento que permita hacer seguimiento permanente al cumplimiento de las funciones a cargo de esta instancia. Lo anterior, considerando las funciones que debe cumplir el Comité de Conciliación de conformidad con los artículos 2.2.4.3.1.2.5 y 2.2.4.3.1.2.6, del Decreto 1069 de 2015. Soporte 10, aparte de la disposición legal. Dicha situación puede llevar a que se materialice un riesgo como incumplimiento, considerando que entre otros artículos son descritos (16) funciones que se confieren al Comité y al secretario técnico del mismo, lo cual a su vez podría derivar en investigaciones de parte de los órganos de control, sanciones, presunto daño patrimonial, pérdida de imagen, entre otros.	Realizar cronograma de actividades anual, de acuerdo con el Decreto 1069 de 2015 en su artículo 2.2.4.3.1.2.4 Lo anterior, considerando las funciones que debe cumplir el Comité de Conciliación de conformidad con los artículos 2.2.4.3.1.2.5 y 2.2.4.3.1.2.6, del Decreto 1069 de 2015. Soporte 10, aparte de la disposición legal. Dicha situación puede llevar a que se materialice un riesgo como incumplimiento, considerando que entre otros artículos son descritos (16) funciones que se confieren al Comité y al secretario técnico del mismo, lo cual a su vez podría derivar en investigaciones de parte de los órganos de control, sanciones, presunto daño patrimonial, pérdida de imagen, entre otros.	Junio 22 del 2021	Observación	No se cuenta con nuevos soportes	No se realiza requerimiento de información adicional	Con la información suministrada, la acción se da por cerrada parcialmente , considerando lo establecido en los artículos 2.2.4.3.1.2.5 y 2.2.4.3.1.2.6, del Decreto 1069 de 2015.
- Con respecto al cumplimiento de disposiciones legales en materia presupuestal Se observaron deficiencias en la segunda línea de defensa al interior de la institución, considerando los procedimientos que se ejecutaron para efectuar el pago de la obligación que se tenía con el contratista en mención. Al respecto se tiene: La institución constató para el contrato de mínima cuantía No. 115 de 2017: -Certificado de disponibilidad presupuestal - CDP, No. 728, de abril 20 de 2017, por \$904.400. - Compromiso presupuestal No. 4831, al 02 de noviembre de 2017, por \$856.800, beneficiario María Patricia Salazar Mejía, con NIT 39.521.428.6. Los mismos expiraron al finalizar la vigencia 2017. Posteriormente se expidieron: - Certificado de disponibilidad presupuestal - CDP, No. 1058, de mayo 10 de 2018, por valor \$868.800. - Compromiso presupuestal No.2729, de mayo 10 de 2018, por \$856.800 beneficiario María Patricia Salazar Mejía, con NIT 39.521.428.6. - Orden de pago de mayo 24 de 2018, beneficiario María Patricia Salazar Mejía, con NIT 39.521.428.6, por un valor neto de \$817.280. - Comprobante de apago No. 6588 de mayo 24 de 2018, beneficiario María Patricia Salazar Mejía con NIT 39.521.428.6, por valor de \$817.280. Considerando lo que determina el artículo 89, del Estatuto Orgánico de Presupuesto, decreto 111 de 1999. ARTICULO 89:	proponer al área de presupuesto la creación del rubro vigencia expiradas de acuerdo con el Decreto 1118 de 2017 de diciembre 19 de 2017. “Por medio del cual se Regula el Presupuesto General del Municipio de Medellín para la vigencia fiscal 2018” promover los procesos administrativos sancionatorios a que hubiere lugar en caso de incumplimiento de las obligaciones derivadas de las actividades de supervisión remitida de comunicados dirigidos al personal que realiza actividades de supervisión e interventoría recordatorias de las obligaciones y responsabilidades derivadas de la delegación de supervisión de acuerdo con la Resolución 320 de 2013, y retirar comunicados dirigidos al personal que realiza actividades de supervisión e interventoría recordatorias de las obligaciones y responsabilidades derivadas de la delegación de supervisión de acuerdo con la Resolución 320 de 2013 Considerando lo que determina el artículo 89, del Estatuto Orgánico de Presupuesto, decreto 111 de 1999. ARTICULO 89:	Junio 22 del 2021	Observación	No se cuenta con nuevos soportes	No se realiza requerimiento de información adicional	La medición de la ejecución de la actividad y su efectividad se evaluará posteriormente ya que desde el área de gestión legal solicitan el ajuste a la acción por o tanto la fecha de obtención de resultados se debe ajustar. Se observa en los soportes enviados con anterioridad y por citar algunos: -Circular-contratos-de-apoyo-logístico -Directrices contratación directa 2021. -Circular No. 031 de 2021, por medio de la cual, se realizan precisiones respecto a la exigencia de la libreta militar para contratar con la institución. -Circular 008 de 2021, por medio de la cual, se realizan precisiones respecto al alcance del objeto y actividades de un contrato de Prestación de Servicios de apoyo logístico. -Circular No. 026 de 2021, con el fin de establecer condiciones en la expedición y cancelación de CDP y RP. Por lo anterior, la acción se encuentra en estado cerrada parcialmente .

Seguimiento al plan de mejoramiento de Gestión de Legal Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de Información adicionales	conclusión III
No se evidenció la aplicación de una metodología de reconocimiento valor técnico para elaborar la provisión de rubros de anticipo y contravalores que permita determinar: “(1.) 1) determinar el valor de las prestaciones, 2) ajustar el valor de las prestaciones, 3) calcular el riesgo de condena y 4) registrar el valor de las prestaciones.” (Tomado de la Resolución 353 de 2016, Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado). Por su parte, la Ley 87 de 1993, determina: “Artículo 29.- Objetivos del sistema de Control interno.” “a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten.”, “f” La anterior puede generar para la institución la materialización de un riesgo como “incumplimiento”, el cual podría a su vez derivar en investigaciones de parte de los Organismos de Control, sanciones, daño patrimonial, pérdida de imagen, entre otros aspectos. Soporte 12, entrevista realizada al Coordinador Jurídico de la institución el 28 de mayo de 2018.	Aplicar el contenido de la resolución 353 de 2016, proferida por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, mediante la cual se adopta una metodología de reconocido valor técnico para el cálculo de la provisión de rubros de anticipo y contravalores, considerando el contenido de los procesos judiciales, conciliatorios, arbitrales y términos arbitrales en contra de la entidad, que se podría considerar por la institución para fortalecer todo lo inherente a la gestión jurídica. La anterior puede generar para la institución la materialización de un riesgo como “incumplimiento”, el cual podría a su vez derivar en investigaciones de parte de los Organismos de Control, sanciones, daño patrimonial, pérdida de imagen, entre otros aspectos. Soporte 12, entrevista realizada al Coordinador Jurídico de la institución el 28 de mayo de 2018.	Junio 22 del 2021	Observación	No se cuenta con nuevos soportes	No se realiza requerimiento de información adicional	Con la información suministrada, no es posible evidenciar la ejecución de la acción y por ende su eficacia, por tal motivo, la acción queda en estado abierta y se evaluará posteriormente.
2.2.3. Se evidenciaron deficiencias “frente al monitoreo y evaluación del estado de los controles y la gestión del riesgo”, que se debe llevar a cabo por parte de la segunda línea de defensa al interior de la institución, de conformidad con lo establecido en el manual operativo del sistema de gestión - MOPS, adaptado a través del “ARTICULO 2.2.2.3.3.5, Manual Operativo del Modelo. El Consejo para la Gestión y Desarrollo Institucional adoptará y actualizará el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, (L. 7)”. La segunda línea de defensa tiene entre otros las siguientes responsabilidades: Responsabilidades directas frente al monitoreo y evaluación del estado de los controles y la gestión del riesgo. Entre ellos pueden citarse (L.): coordinadores de equipos de trabajo, supervisión e interventoría de contratos, o proyectos, control de riesgos (donde existan), comité de contratación, áreas financieras, de TIC, entre otros, que generen información para el aseguramiento de la operación. La anterior se reporta en las deficiencias evidenciadas en los contratos que se relacionan en el Anexo No. 1: Relación de contratos con deficiencias en la aplicación de controles. Los antes expuesto control además lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2, objetivos de control interno que establece: (L.) (f) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos; g) Garantizar que el sistema de control interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación; (L.) Ver tablas Relación de contratos con deficiencias en la aplicación de controles Con la anterior, se configura la materialización de un riesgo como el de “incumplimiento” normativo, el cual podría a su vez generar para la institución sanciones y/o investigaciones por parte de los órganos de control,	Analizar y determinar qué control debe implementarse con el fin de mitigar el riesgo de incumplimiento de requisitos legales en los procesos contractuales. Los antes expuesto control además lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2, objetivos de control interno que establece: (L.) (f) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos; g) Garantizar que el sistema de control interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación; (L.) Ver tablas Relación de contratos con deficiencias en la aplicación de controles Con la anterior, se configura la materialización de un riesgo como el de “incumplimiento” normativo, el cual podría a su vez generar para la institución sanciones y/o investigaciones por parte de los órganos de control,	Junio 22 del 2021	Observación	No se cuenta con nuevos soportes	No se realiza requerimiento de información adicional	Si bien se cuenta con una serie de documentos aportados y que ayudan a minimizar el riesgo de incumplimiento en requisitos legales, los mismos no son evidencia suficiente para determinar que se da por cumplida la acción, el no presentarse más incumplimientos normativos, por tal motivo, la acción se evaluará posteriormente y su estado es abierta .

Secretaría General - Coordinación Jurídica

Seguimiento realizado por el Proceso de Secretaría General - Coordinación Jurídica Fecha: 8/06/2022	Soportes suministrados por el Proceso de Secretaría General - Coordinación jurídica
Cordial saludo, El Comité de Conciliación ha cumplido con la obligación de entregar al señor Rector el informe de gestión semestral del Comité de Defensa Judicial y Comité de Conciliación. Dado que la prioridad del informe es semestral, aún no se consolida el informe del periodo 2022-1. Por lo cual, se hará entrega de los informes y anexos entregados en la vigencia 2021, con el soporte de entrega correspondiente. Por lo anterior, se solicita cerrar la acción dado que se ha cumplido con la misma a cabalidad. En la anterior auditoría, el órgano auditor no cerró la acción argumentando que el plan anual debía estar alineado con el plan de acción institucional. Esto fue aclarado, y sustentado jurídicamente y se llegó a la conclusión que existió una interpretación errada de las exigencias del Decreto 1069 de 2015, por tal motivo, la acción no se cerró. Para la presente vigencia solicitamos atender a la sustentación dada en dicha auditoría y cerrar completamente la acción, dado que se ha dado cumplimiento a la misma.	Para verificación del ente auditor se remiten los informes correspondientes a los semestres 2021-1 y 2022-2. Se remite el plan de acción anual del Comité de Conciliación para la vigencia 2022 y el acta del Comité mediante la cual fue aprobado. Por lo anteriormente sustentado, se solicita modificar la acción eliminando el aparte indicado, y en lo demás, tener en cuenta los soportes y aportados en la anterior auditoría, con el fin de cerrar la acción: - Circular-contratos-de-apoyo-logístico - Directrices contratación directa 2021. - Circular No. 031 de 2021, por medio de la cual, se realizan precisiones respecto a la exigencia de la libreta militar para contratar con la institución. - Circular 008 de 2021, por medio de la cual, se realizan precisiones respecto al alcance del objeto y actividades de un contrato de Prestación de Servicios de apoyo logístico. - Circular No. 026 de 2021, con el fin de establecer condiciones en la expedición y cancelación de CDP y RP. Se remite el memorando del 21 de julio de 2021, donde se manifestó lo dicho anteriormente.
La acción fue cerrada parcialmente, bajo el argumento que no se había dado cumplimiento al aparte de “proponer al área de presupuesto la creación del rubro vigencias expiradas”. Sobre el particular, se debe insistir en lo manifestado en la anterior auditoría, frente a la inviabilidad de “proponer al área de presupuesto la creación del rubro vigencias expiradas”, dado que la Vigencia expirada es un traslado presupuestal que se hace para responder a los compromisos u obligaciones adquiridos por la entidad en una vigencia anterior, con el lleno de los requisitos legales, para la cual no se hubiere constituido la reserva presupuestal o la cuenta por pagar correspondiente, o cuando a pesar de haberse constituido, su pago no se hubiere realizado. Por ello, esta figura como excepción al principio de anualidad del gasto no puede ser creada como un rubro dentro del presupuesto, por las razones que han sido expuestas ocasiones anteriores. Por lo anterior, se solicita modificar la acción de mejora en mención eliminando este aparte.	Por lo anteriormente sustentado, se solicita modificar la acción eliminando el aparte indicado, y en lo demás, tener en cuenta los soportes y aportados en la anterior auditoría, con el fin de cerrar la acción: - Circular-contratos-de-apoyo-logístico - Directrices contratación directa 2021. - Circular No. 031 de 2021, por medio de la cual, se realizan precisiones respecto a la exigencia de la libreta militar para contratar con la institución. - Circular 008 de 2021, por medio de la cual, se realizan precisiones respecto al alcance del objeto y actividades de un contrato de Prestación de Servicios de apoyo logístico. - Circular No. 026 de 2021, con el fin de establecer condiciones en la expedición y cancelación de CDP y RP.

Secretaría General - Coordinación Jurídica

Seguimiento realizado por el Proceso de Secretaría General - Coordinación jurídica Fecha: 08 de junio de 2021 (fecha de envío de la solicitud)	Soportes suministrados por el Proceso de Secretaría General - Coordinación jurídica
No se ha ejecutado la acción, dado que había sido discutida su procedencia en la anterior auditoría, debido a que la institución adopta la metodología establecida por el Municipio de Medellín en la Circular 20186000115 del 18 de mayo de 2018, en tanto, como una Entidad adscrita al Municipio de Medellín y hacemos parte del conglomerado público.	Se remite la base de datos de la contratación de la institución de la vigencia 2021, donde se encuentran los links a los expedientes contractuales, con el fin de que sea validada la implementación de la acción, y, en consecuencia, sea cerrada.
Los controles establecidos para mitigar el riesgo de incumplimiento de requisitos legales, se realizan a través de los Supervisores de los distintos contratos quienes controlan el cumplimiento inicial de los requisitos para contratar. De igual manera, tanto para SECOP I, como para SECOP I, los abogados y personas encargadas de validar los diferentes documentos precontractuales y contractuales, realizan un filtro donde se subsanen todas las observaciones producto de la revisión. De igual manera, el Coordinador Jurídico y la Secretaría General desarrollan un control adicional de los contratos que suscribe la institución, previa celebración y publicación en las plataformas de contratación pública.	Se remite la base de datos de la contratación de la institución de la vigencia 2021, donde se encuentran los links a los expedientes contractuales, con el fin de que sea validada la implementación de la acción, y, en consecuencia, sea cerrada.

Análisis realizado por la Dirección de Control Interno

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
30 de junio de 2022	Observación	Informe gestión 2021-1 Informe gestión 2021-2	No se requiere información adicional	Con la información suministrada se da por cerrada la acción.
30 de junio de 2022	Observación	Acta Comité 001 31 01 2022 Plan de Acción CC 2022	No se requiere información adicional	Con la información suministrada se da por cerrada la acción.
30 de junio de 2022	Observación	„Circular-contratos-de-apoyo-logístico. CIRCULAR PLAN DE AUSTRIDAD DEL GASTO 2. CIRCULAR PLAN DE AUSTRIDAD DEL GASTO. CIRCULAR-INFORMATIVA-EXPEDICIÓN-Y-CANCELACIÓN-DE-CDP-Y-RP-FINAL	No se requiere información adicional	Con la información suministrada se da por cerrada la acción.

Análisis realizado por la Dirección de Control Interno

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
29 de junio de 2022	Observación	Memorando del 21 de julio de 2021.	No se requiere información adicional	La acción se da por cerrada toda vez que se indica “la institución adopta la metodología establecida por el Municipio de Medellín en la Circular 20186000115 del 18 de mayo de 2018, en tanto, como una Entidad adscrita al Municipio de Medellín y hacemos parte del conglomerado público.”
29 de junio de 2022	Observación	Contratación de IUOMA con corte a diciembre de 2021	No se requiere información adicional	Con la información suministrada y los filtros utilizados por la institución se mitiga el riesgo de incumplimiento de requisitos legales, por lo tanto, la acción se da por cerrada.

7.3.1 Se observó que la institución no le está dando estricto cumplimiento a la resolución interna No. 329 de 2023, dado que la misma en el numeral 8 que hace referencia al perfil del supervisor o interventor, al respecto establece: La designación del supervisor y/o interventor debe basarse en una persona natural o jurídica idónea, con conocimientos, experiencia y perfil apropiado según el objeto del contrato que requiere la coordinación, control y verificación. Para tal efecto, el funcionario responsable de designar al supervisor y/o interventor, deberá tener en cuenta el perfil profesional de la persona designada o seleccionada, cuente con la disponibilidad y logística necesaria para desarrollar las funciones, actividades y labores propias de interventoría, así como la naturaleza del objeto contractual, la cuantía y el número de supervisiones asignadas entre otros. Lo anterior se sujeta en los contratos que fueron auditados y se relacionan a continuación: Ver Tabla 5. Relación de contratos con incumplimiento a la designación de supervisión Dicha situación expone a la institución a la materialización de un riesgo como el de incumplimiento, considerando que si el supervisor designado no tiene el perfil requerido para ejercer las funciones de seguimiento, control y verificación, se podrían presentar dificultades con la ejecución del contrato, que a su vez podrían derivar en reprocesos, sobrecostos, investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control, entre otros.	Se realizará la designación de supervisión de los contratos, teniendo en cuenta la naturaleza y cuantía de los mismos, así como el perfil profesional de las personas designadas como supervisiónes. Esto se implementará a través de la determinación del supervisor en todos los documentos contractuales (Estudios Previos, Contrato, Acta de Inicio y Designación del Supervisor), señalando en los casos que se requieran más de un supervisor las obligaciones de cada uno de ellos.	Junio 22 del 2021	Observación	No se cuenta con nuevos soportes	No se realiza requerimiento de información adicional	El cumplimiento de la acción y la efectividad de la misma, se verifican posteriormente, ya que un solo contrato y la verificación de la trazabilidad de once (11) contratos de la vigencia 2021, de los cuales ocho (8), se encuentran en la misma área del conocimiento y por la cantidad de contratos institucionales no es evidencia suficiente para determinar la ejecución y la medición de la acción, por tal motivo, la acción continua en estado abierto.
---	---	--------------------------	--------------------	---	---	---

En el memorial del 21 de julio de 2021, se solicitó al órgano auditor, indicar cuál es la muestra requerida para analizar la implementación de la acción, sin embargo, no obtuvimos respuesta.	Se remite la base de datos de la contratación de la Institución de la vigencia 2021, donde se encuentran los links a los expedientes
---	---

		Contratación - LUOMA Corte de diciembre 31 de 2021 Contratos verificados en SECOP y SECOP-II son: ... 003455C-20-0013-2021, MARY LUZ GALLEGO GARCIA ... 089-05-2021, Carolina Zapata Puerta ... 10473-0062-2021, LINA MARCELA AMOLEDA YEPES ... 10473-0127-2021, ANDRES FELIPE BORJA CARBONNA ... 10473-0244-2021, LILIANA ANDREA RODRIGUEZ GOMEZ ... JU-198-2021, JOSE LUIS GARCIA PEREZ ... JU-20-2021-S, SARA ALVAREZ RUJILLO ... JU-200-2021-S, CARLOS ALBERTO HOLGUIN ORTIZ ... JU-206-2021-S, YIMY LISETH QUINTANA VILLAMIZAR ... JU-97-2021-S, MARCELA MORA LOPEZ ... JU-99-2021-S, HARRY ALEXIS	De los once (11) contratos verificados, en su totalidad la formación de supervisor como del contratista no se encuentran en la misma área de conocimiento. Por lo anterior, la acción continúa abierta. Ver archivo de pruebas.
29 de junio de 2022	Inspección		
14 de julio de 2022	Observación	No se requiere información adicional	

7.3.6 Actividades de control establecidas para los riesgos	Se observó que el proceso gestión legal, solo establece un riesgo para el proceso contractual, con dos actividades de control específicas, a saber: Ver Tabla 12. Actividades de control establecidas para los riesgos Los resultados evidenciados en la auditoría permiten determinar que es pertinente que la institución, revise y actualice los riesgos identificados para el proceso de gestión legal, en lo relacionado con el proceso contractual. De otro lado, las actividades de control que se tienen establecidas por parte de la institución para evitar la materialización del riesgo "Probabilidad de no realizar una supervisión técnica, administrativa, jurídica y financiera de los contratos", no son suficientes y tampoco fueron eficaces para el período evaluado. La entre-describ, permite determinar la materialización del riesgo "Probabilidad de no realizar una supervisión técnica, administrativa, jurídica y financiera de los contratos", entendido este, no solo como la falta de supervisión en uno o más procesos contractuales, sino también como deficiencias en la supervisión. Por ello es importante que tomen las acciones necesarias por parte de la institución a fin de evitar la materialización de otro tipo de riesgos que podrían tener afectaciones tales como: demandas, investigaciones y/o sanciones por parte de los órganos de control, reproches, pérdidas económicas, entre otros. Ver anexo No. 2: Relación de contratos con deficiencias en la supervisión.	Junio 22 del 2021	Observación	No se cuenta con nuevos soportes	No se realiza requerimiento de información adicional	Si bien se cuenta con una serie de documentos aportados y que ayudaran a minimizar el riesgo de incumplimiento en requisitos legales, los mismos no son evidencia suficiente para determinar que se da por cumplida la acción al no presentarse más incumplimientos normativos, por tal motivo, la acción se evaluará posteriormente y su estado es abierto .
Se observaron deficiencias en la segunda línea de defensa considerando que los supervisores e interventores de los contratos forman parte de la misma, y tienen la responsabilidad de ejecutar los controles internos para evitar la materialización de los riesgos, de acuerdo a lo que determina el Manual del sistema de gestión del modelo integrado de planeación y gestión - MPMG, versión 2, de 2018, adaptado a través del Decreto 1499 de 2017, así como la resolución interna No. 329 de 2013, manual de supervisión e interventoría. De igual forma, se evidenció incumplimiento a la Ley 1474 de 2011, que determina en el artículo 83: [...] La supervisión consistirá en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico que, sobre el cumplimiento del objeto del contrato, se ejercita por la misma entidad estatal cuando no requieren conocimientos especializados. Para la supervisión, la Entidad estatal podrá contratar personal de apoyo, y la contratación los casos que se han presentado deficiencias en la supervisión que colisionen en riesgo a la entidad con la misma por lo que se insiste en la realización de reunión de comunidades dirigidos al personal que realiza actividades de supervisión e interventoría recordándole de las obligaciones y responsabilidades derivadas de la delegación de supervisión de acuerdo con la Resolución 329 de 2013. El memorando con radicado No. 20180031, enviado por el Coordinador de Desarrollo Humano, el 20 de febrero de 2018, precisa con relación a este contrato: El contrato se ejecutó, se pasó la respectiva supervisión para el pago el 29 de noviembre de 2017 por un valor de \$850.850, pero por confusión en la documentación, debido a que el coordinador de desarrollo humano en el mes de diciembre por error generó la factura, misma se pagó. El dinero que no fue utilizado por la dependencia de bienestar se liberó y se realizó corre financiero 2017 como es habitual. [...] la factura cancelada fue la de un contrato de graduados y no la de Bienestar, pues la proveedora tenía con esta dependencia otro proceso, por un valor similar y en el mismo periodo, de modo que se le realizó supervisión a esa factura de graduados pensando que era la que originalmente había llegado a bienestar y se canceló la factura de graduados con la supervisión de bienestar.	Junio 22 del 2021	Observación	No se cuenta con nuevos soportes	No se realiza requerimiento de información adicional	La medición de la ejecución de la actividad y su efectividad se evaluará posteriormente ya que aun se evidencia la misma situación como se puede observar en el informe de la auditoría recursos COVID y el trabajo de campo realizado a los once (11) contratos de la vigencia 2019, por tal motivo, la acción continua en estado abierto .	
7.3.4 Evaluación actividades de control	Una vez aplicada la metodología que establece la guía para la "Administración de los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital y el diseño de controles en entidades públicas", versión 4, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, en octubre de 2014, se tuvo el siguiente resultado: (ver tabla en informe) Los antes supuesto puede llevar a la institución a la materialización de un riesgo como el de incumplimiento, dado que, al no contar con todas las características que debe tener una actividad de control, puede dar lugar a reproches, sobre costos, descuido en la toma de decisiones, entre otros aspectos.	Junio 22 del 2021	Observación	No se cuenta con nuevos soportes	No se realiza requerimiento de información adicional	Con la información suministrada, no se puede medir ni el cumplimiento de la acción ni la efectividad de la misma, la evaluación se realizará posteriormente, donde se evidencie los ajustes a los controles establecidos en el documento denominado caracterización y a los procedimientos, por tal motivo, la acción continua en estado abierto .
DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS Es pertinente que la institución fortalezca los "[...] mecanismos de control encaminados a asegurar el cumplimiento de las leyes y las regulaciones, "[...] la corrección oportuna de las deficiencias." "La existencia, aplicación y efectividad de todos los controles se verifica a través de la autoevaluación "[...] de conformidad con lo que determina el decreto 1499 de 2019, en el manual operativo del sistema de gestión - MPMG, versión 2, de 2018, para el componente actividades de control del riesgo en la entidad, del modelo estándar de control interno. Los antes supuesto tiene como propósito minimizar la materialización de riesgos como el de incumplimiento normativo, evidenciados en las diferentes auditorías ejecutadas durante el período auditado. Soportes: https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/ https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-riesgos/	Junio 22 del 2021	Observación	No se cuenta con nuevos soportes	No se realiza requerimiento de información adicional	En los informes de auditoría de la vigencia 2020, se observa la materialización del riesgo de incumplimiento normativo, y en la auditoría de sustentación del gasto público 2020-4, se materializó de nuevo el tema de las vigencias expiradas. La ejecución de la acción y su efectividad se evaluarán posteriormente ya que con los soportes suministrados no son evidencia suficiente de los mecanismos de control encaminados a asegurar el cumplimiento de las leyes y las regulaciones," por lo tanto, la acción continúa abierta.	

Por tal motivo, se remite la base de datos con los links de la contratación de la Institución en la vigencia pasada.	contractuales, con el fin de que sea validada la implementación de la acción, y, en consecuencia, sea cerrada.						Por la información antes suministrada la acción se da por cerrada.
		14 de julio de 2022	Inspección Observación		1. Contratos de prestación de servicios (con personal natural de nacionalidad colombiana) del supervisor se realiza con base en las actividades y obligaciones de los contratos - Interventoría - que suscribe la institución con otras entidades públicas, entre ellas, el coordinador de planes, normativamente por la supervisión al Director de Estudios, de los contratos suscritos con el personal que va a apoyar el cumplimiento de las obligaciones que tienen con las entidades contratadas (Municipios de Medellín, Gobernación, etc.). A su vez, este personal, puede tener diversos perfiles de acuerdo con las necesidades técnicas del interventor. Por lo cual, el personal de confianza del cumplimiento de la acción no deberá basarse en el número de contratación de estudios del supervisor y del contratista, sino en el objeto de los contratos y las actividades a cumplir. 2. Contratos de prestación de servicios (con personal jurídico) de estudio del supervisor se hace considerando el objeto contractual y la necesidad técnica, administrativa o financiera, por lo cual, se puede disponer una supervisión obligada dependiendo de la necesidad a cubrir. En todo caso, los estudios previos y las garantías buscan minimizar riesgos a la hora del cumplimiento del objeto, con lo	No se requiere información adicional	
Desde el proceso de Gestión Legal se han llevado a cabo varios reuniones con el área de planeación, con el fin de mantener actualizados los mapas de riesgos asociados al proceso, por lo que se remiten para su verificación y respectivo cierre de la acción.	Se remiten los documentos de los mapas de riesgos actualizados a mayo de 2022, con el fin de cerrar la acción.	29 de junio de 2022	Observación		Contexto de gestión legal. Mapa de los riesgos de corrupción. Mapa de riesgos de gestión. La información esta actualizada al 2022	No se requiere información adicional	Con la información suministrada se da por cerrada la acción.
Como se había mencionado en la auditoría pasada, solicitamos de manera respetuosa el cierre de la acción, toda vez que la misma consiste en la elaboración de circulares relacionados con la labor de supervisión, así como la actualización del Manual de Supervisión e Interventoría que se llevó a cabo en la vigencia pasada, sin embargo, pese a su implementación continúa abierta.	Se relacionan las circulares elaboradas y la Resolución 106 de 2021, Manual de Supervisión e Interventoría puede ser consultado en la plataforma G+ donde se encuentra publicado.	29 de junio de 2022	Observación	circular contratos de apoyo logístico (1) CIRCULAR PLAN DE AUSTERIDAD DEL GASTO 2 CIRCULAR PLAN DE AUSTERIDAD DEL GASTO CIRCULAR-DEFINICION-DE-SITUACION-MILITAR CIRCULAR-INFORMATIVA-EXPEDICION-Y-CANCELACION-DE-CDP-RP-FINAL	No se requiere información adicional	Con la información suministrada se da por cerrada la acción.	
La acción ha sido cumplida y efectiva	Se remiten los informes relacionados en el formato de actuaciones jurídico procesales de la vigencia 2021. (Carpetas denominadas actuaciones jurídico-procesales)	29 de junio de 2022	Observación	SEGUIMIENTO CUARTO TRIMESTRE 2021 SEGUIMIENTO PRIMER TRIMESTRE 2022 SEGUIMIENTO SEGUNDO TRIMESTRE 2022 SEGUIMIENTO TERCER TRIMESTRE 2022	No se requiere información adicional	Con la información suministrada se da por cerrada la acción.	
La acción fue implementada con éxito en la vigencia pasada, en tanto, la socialización de estos instrumentos fue realizada en el evento de reincusión institucional. En ese sentido, se solicita tenga por cumplida y en consecuencia, se cierre.	Constancia de la realización de la Reincusión Institucional (la información completa es custodiada por el proceso de Planeación)	29 de junio de 2022	Observación	Reincusión institucional 2021: _ Manual de Supervisión. _ Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno. _ Acciones por parte de la entidad que propendan por evitar que el riesgo de cumplimiento se siga materializando en forma recurrente.	No se requiere información adicional	Con la información suministrada se da por cerrada la acción.	

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
Noviembre 10 del 2021	Observación	lación de contratos en la hoja de prue	No se requiere información adicional	Con la información suministrada por la institución en cuanto a estos dieciocho (18) contratos se tiene: De dieciocho (18) contratos entregados, seis (6) contratos no cuentan con la firma del jefe de recursos humanos y/o contratos (33%), cinco (5) contratos cuentan con la firma del jefe de recursos humanos y/o contratos (28%), y la diferencia, es decir siete (7) contratos que no pueden ser revisados ya que se presentaron algunas de las siguientes situaciones: información insuficiente, carpeta sin documentos o no se puede acceder a SECOP II (39%). Por lo anterior la acción continúa abierta y se evaluará posteriormente	Abierta

Secretaría General - Coordinación Jurídica	
Seguimiento realizado por el Proceso de Secretaría General - Coordinación jurídica Fecha: 8/06/2022	Soportes suministrados por el Proceso de Secretaría General - Coordinación jurídica
Se remite la base de datos de la contratación de la vigencia pasada con los links de publicación, con el fin de que se extraiga la información necesaria para validar el cumplimiento de la acción. Actualmente, todas las hojas de vida de la función pública contienen la firma del jefe de Contratos/jefe de la unidad de contratación, por lo que, la acción fue implementada con éxito y se solicita sea cerrada.	Base de datos de contratación.

Análisis realizado por la Dirección de Control Interno				
Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
30 de junio de 2022	observación	Contratación - IJQMA - Corte diciembre 31 de 2021 Contratos verificados en SECOP I y SECOP II son: _ 00443BC-20-2021-1-2021, MARY LIZ GALLEGO GARCIA _ 089-05-2021, Carolina Zapata Puerta _ 10473-0062-2021, LINA MARCELA ARBOLEDA YEPES _ 10473-0127-2021, ANDRES FELIPE BORJA CARDONA _ 10473-0244-2021, LILIANA ANDREA RODRIGUEZ GOMEZ _ JU-198-2021, JOSE LUIS GARCIA PEREZ _ JU-20-2021-S, SARA ALVAREZ RUJILLO _ JU-200-2021-S, CARLOS ALBERTO HOLGUIN ORTIZ _ JU-206-2021-S, YENNY LISETH QUINTANA VILLAMIZAR _ JU-97-2021-S, MARCELA MORA LOPEZ _ JU-99-2021-S, HARRY ALEXIS GONZALEZ BETANCUR	No se requiere información adicional	De los 11 contratos que se revisaron, se puede concluir: _ Los que se encuentran en SECOP I, las hojas de vida no se encuentran firmadas, en total de HV revisadas 6. _ Las hojas de vida que se encuentran en SECOP II, están firmadas por ambas partes, total de HV revisadas 5. _ Al pasar de SECOP I a SECOP II, se observa que se está supervisando dicho documento, por lo anterior, la acción se da por cerrada. Ver archivo de pruebas.

CERRADA

Seguimiento al plan de mejoramiento de Talento Humano Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

[illegible]

Gestión del Talento Humano	
Seguimiento realizado por el Proceso Gestión del Talento Humano	Soportes suministrados por el Proceso de Gestión del Talento Humano
Fecha:	
Una vez se concluyen el periodo para realizar las evaluaciones, se envía correo al personal indicando el inicio, fechas, aspectos a tener en cuenta. Adicionalmente se envían cartillas y vídeos de tutoriales.	
Cuando es necesario y si es del caso, se explica personalmente al que lo necesite y se dan acciones respectivas del proceso.	Archivos adjuntos
Durante el proceso, permanentemente se descargo los informes a fin de ir verificando quienes han realizado la evaluación, si es del caso se envía correo de recordatorio y se da el acompañamiento.	

[illegible]

Seguimiento al plan de mejoramiento de Talento Humano Vigencia 2020

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información solicitados	Conclusión
Deficiencias en las responsabilidades que fueren e cargo la primera y segunda línea de defensa considerando que evidencio inexactitud en la información reportada por los sectores de gestión del talento humano, gestión legal, admetor y proyección social.	La información se validó previamente por parte de la coordinación del área antes de ser entregada, estableciendo los criterios necesarios para el proceso Soluto a las encargadas de prestar información que una vez la tengan bien la presenten a la coordinación para la validación. Se comparó la información entregada con la información del sistema, esta última se genera nuevamente después de la revisión. A fin de llevar un mejor control, se realizará mismo ejercicio en el mes de julio.	junio 29 del 2021	Consulta, Observación	como electrónico enviado desde la coordinación al Tó de líder del proceso, elaborando la forma de present y copia.	no se realizó requerimiento de información adicional	La acción no fue efectiva considerando que en la información correspondiente a la primera 2020, la acción no fue efectiva considerando que en la Dirección de Control interno, previo a enviar el informe a la Comisión General de la Republica, se identificó incongruencias que debieron ser revisadas y corregidas por el responsable del proceso.
Deficiencias en la primera y segunda línea de defensa de la institución, considerando que en la vigencia 2019, no materializó el riesgo de incumplimiento y el riesgo de reactividad en la información los potenciales de manifestaciones.	Se validaron los criterios necesarios a fin de valor la manifestación de riesgos. Desarrollo a que se refiere cuando en el sistema no dice "la información actual en las alertas identificadas", se evidencio que la información no se actualizó. En su embargo, los entregados del manejo de la información y la construcción del área, tenemos en copia y validada la información en el mes de julio con corte al mes de junio para garantizar la validez de la información.	junio 29 del 2021	Consulta, Observación	como electrónico enviado desde la coordinación al Tó de líder del proceso, elaborando la forma de present y copia.	no se realizó requerimiento de información adicional	La acción no fue efectiva considerando que en la información correspondiente a la vigencia 2020, la acción no fue efectiva considerando que en la Dirección de Control interno, previo a enviar el informe a la Comisión General de la Republica, se identificó incongruencias que debieron ser revisadas y corregidas por el responsable del proceso.
En la vigencia actual, en las situaciones identificadas, se evidencio inexactitud en la información.	La información se validó previamente por parte de la coordinación del área antes de ser entregada, estableciendo los criterios necesarios para el proceso. Soluto a las encargadas de prestar información que una vez la tengan bien la presenten a la coordinación para la validación. Se comparó la información entregada con la información del sistema, esta última se genera nuevamente después de la revisión. A fin de llevar un mejor control, se realizará mismo ejercicio en el mes de julio.	junio 29 del 2021	Consulta, Observación	como electrónico enviado desde la coordinación al Tó de líder del proceso, elaborando la forma de present y copia.	no se realizó requerimiento de información adicional	La acción no fue efectiva considerando que en la información correspondiente a la vigencia 2020, la acción no fue efectiva considerando que en la Dirección de Control interno, previo a enviar el informe a la Comisión General de la Republica, se identificó incongruencias que debieron ser revisadas y corregidas por el responsable del proceso.
Seguimiento plan de mejoramiento	La acción propuesta por parte del proceso Gestión del Talento Humano, debe proponer por ende en la información que se genera desde el proceso, no obstante en las verificaciones realizadas, se identificó una situación, requieres que fue necesario se reanudar y continuar por parte del proceso, se evidencio una deficiencia en el plan de mejoramiento.					Con la información suministrada, la acción queda abierta.

Gestión del Talento Humano	
Seguimiento realizado por el Proceso Gestión del Talento Humano Fecha: 13 de junio de 2022 (Inicio de emisión de la información)	Reportes suministrados por el Proceso de Gestión del Talento Humano
Se realizó reunión el día 18 de agosto de 2021 del Comité Institucional de Gestión y Desarrollo, el Líder de Talento Humano presentó el Plan Estratégico de Talento Humano - 1979 - 2026, el cual se tuvo rigurosa observación por parte de los miembros del Comité y el actor Sector solicitó que se publicara en su web, dentro de los 5 días del comité.	100
La respuesta se ligó a la anterior toda vez que cuando se solicitó el Plan no se presentaron observaciones.	100

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencia analizada	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
		Segunda Sesión de la Junta de 2021 del Comité Institucional de gestión y desarrollo, que se celebró el 24 de agosto de 2021, en el salón de la sede de la institución. % Plan Estratégico de Talento Humano – EPH Requerimiento: Gestión del Talento Humano. % Resolución: “Se le presentarán diferentes alternativas de solución a la problemática planteada por el señor Víctor Sánchez al Líder de Talento Humano, publicándose y socializando del Plan a través de la página web de la institución.”	Se requiere información adicional	Por la información antes suministrada la acción se da por concluida.
28 de junio de 2021	Observación	Plan estratégico de Talento Humano. Publicado en la página web institucional en el siguiente link: http://www.colegiopablo.edu.co	Se requiere información adicional	Por la información antes suministrada la acción se da por concluida.
28 de junio de 2021	Observación	Para el cumplimiento de esta acción se puede dar por concluida el hecho de que “en el acta de la JG 02/2021 del Comité Institucional de gestión y desarrollo, que se celebró el 24 de agosto de 2021, en el salón de la sede de la institución. % Plan Estratégico de Talento Humano – EPH Requerimiento: Gestión del Talento Humano. % Resolución: “Se le presentarán diferentes alternativas de solución a la problemática planteada por el señor Víctor Sánchez al Líder de Talento Humano, publicándose y socializando del Plan a través de la página web de la institución.”	Se requiere información adicional	Por la información antes suministrada la acción se da por concluida.

Gestión del Talento Humano	
Seguimiento realizado por el Proceso Gestión del Talento Humano	Soportes suministrados por el Proceso de Gestión del Talento Humano
Fecha:	
Una vez se concluyen el periodo para realizar las evaluaciones, se envía correo al personal indicando el inicio, fechas, aspectos a tener en cuenta. Adicionalmente se envían cartillas y vídeos de tutoriales.	
Cuando es necesario y si es del caso, se explica personalmente al que lo necesite y se dan acciones respectivas del proceso.	Archivos adjuntos
Durante el proceso, permanentemente se descargo los informes a fin de ir verificando quienes han realizado la evaluación, si es del caso se envía correo de recordatorio y se da el acompañamiento.	

[illegible]

Seguimiento al plan de mejoramiento de Talento Humano Vigencia 2020

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información solicitados	Conclusión
Deficiencias en las responsabilidades que fueren e cargo la primera y segunda línea de defensa considerando que evidencio inexactitud en la información reportada por los sectores de gestión del talento humano, gestión legal, admetor y proyección social.	La información se validó previamente por parte de la coordinación del área antes de ser entregada, estableciendo los criterios necesarios para el proceso Soluto a las encargadas de prestar información que una vez la tengan bien la presenten a la coordinación para la validación. Se comparó la información entregada con la información del sistema, esta última se genera nuevamente después de la revisión. A fin de llevar un mejor control, se realizará mismo ejercicio en el mes de julio.	junio 29 del 2021	Consulta, Observación	como electrónico enviado desde la coordinación al Tó de líder del proceso, elaborando la forma de present y copia.	no se realizó requerimiento de información adicional	La acción no fue efectiva considerando que en la información correspondiente a la primera 2020, la acción no fue efectiva considerando que en la Dirección de Control interno, previo a enviar el informe a la Comisión General de la Republica, se identificó incongruencias que debieron ser revisadas y corregidas por el responsable del proceso.
Deficiencias en la primera y segunda línea de defensa de la institución, considerando que en la vigencia 2019, no materializó el riesgo de incumplimiento y el riesgo de reactividad en la información los potenciales de manifestaciones.	Se validaron los criterios necesarios a fin de valor la manifestación de riesgos. Desarrollo a que se refiere cuando en el sistema no dice "la información actual en las alertas identificadas", se evidencio que la información no se actualizó. En su embargo, los entregados del manejo de la información y la construcción del área, tenemos en copia y validada la información en el mes de julio con corte al mes de junio para garantizar la validez de la información.	junio 29 del 2021	Consulta, Observación	como electrónico enviado desde la coordinación al Tó de líder del proceso, elaborando la forma de present y copia.	no se realizó requerimiento de información adicional	La acción no fue efectiva considerando que en la información correspondiente a la vigencia 2020, la acción no fue efectiva considerando que en la Dirección de Control interno, previo a enviar el informe a la Comisión General de la Republica, se identificó incongruencias que debieron ser revisadas y corregidas por el responsable del proceso.
En la vigencia actual, en las situaciones identificadas, se evidencio inexactitud en la información.	La información se validó previamente por parte de la coordinación del área antes de ser entregada, estableciendo los criterios necesarios para el proceso. Soluto a las encargadas de prestar información que una vez la tengan bien la presenten a la coordinación para la validación. Se comparó la información entregada con la información del sistema, esta última se genera nuevamente después de la revisión. A fin de llevar un mejor control, se realizará mismo ejercicio en el mes de julio.	junio 29 del 2021	Consulta, Observación	como electrónico enviado desde la coordinación al Tó de líder del proceso, elaborando la forma de present y copia.	no se realizó requerimiento de información adicional	La acción no fue efectiva considerando que en la información correspondiente a la vigencia 2020, la acción no fue efectiva considerando que en la Dirección de Control interno, previo a enviar el informe a la Comisión General de la Republica, se identificó incongruencias que debieron ser revisadas y corregidas por el responsable del proceso.
Seguimiento plan de mejoramiento	La acción propuesta por parte del proceso Gestión del Talento Humano, debe proponer por ende en la información que se genera desde el proceso, no obstante en las verificaciones realizadas, se identificó algunas situaciones, irregulares que fue necesario se revisaron y corrigieron por parte del proceso, se evidencio una inexactitud en el plan de mejoramiento.					Con la información suministrada, la acción quedó abierta.

Se refiere a la acción propuesta de verificar la información por
depende en su caso de los auxilios con sus derechos. Para la incluir
alguna evidencia en los correos electrónicos.

Gestión del Talento Humano	
Reglamento redactado por el Proceso Gestor del Talento Humano Proceso	Importes recibidos para el Proceso de Gestión del Talento Humano

Análisis realizado por la Dirección de Control Interno				
Fecha de verificación	Técnica de muestra empleada	Evidencias analizadas	Representatividad de la información seleccionada	Conclusiones
26 de junio de 2021	Revisión de comprobantes	Información sustentada por la muestra de personal y cédulas de la vigencia 2021, el efectuándose pagado para el personal de planta	No se requiere información adicional	Con la información verificada de la agencia 2021 correspondiente a la vigencia 2021 y sustentada en el formato de personal y cédulas, no se observó inconsistencia en la información, por tal motivo, la acción es de tipo control.
28 de junio de 2021	Revisión de comprobantes	Información sustentada por la muestra de personal y cédulas de la vigencia 2021, el efectuándose pagado para el personal de planta	No se requiere información adicional	La acción fue efectiva considerando que en la información correspondiente a la vigencia 2021, que se verificó por parte de la Dirección de Control Interno, prevalece el estado de informe a la Contraloría General de la República, no se identificaron inconsistencias, que debieran ser revisadas y corregidas por el responsable del proceso. Con la información suministrada, la acción queda controlada.
28 de junio de 2021	Revisión de comprobantes	Información sustentada por la muestra de personal y cédulas de la vigencia 2021, el efectuándose pagado para el personal de planta	No se requiere información adicional	La acción fue efectiva considerando que en la información correspondiente a la vigencia 2021, que se verificó por parte de la Dirección de Control Interno, prevalece el estado de informe a la Contraloría General de la República, no se identificaron inconsistencias, que debieran ser revisadas y corregidas por el responsable del proceso. Con la información suministrada, la acción queda controlada.

[illegible]

Anexo 1. Informe por la Dirección de Control Interno				
Fecha de verificación	Técnicos de auditoría empleada	Evidencias sustentadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
28 de junio de 2022	Observación Inspección	Seguimiento Plan de capacitación modular de cursos MATEC - Plan de Capacitación, en este se puede observar las diferentes funciones en el módulo, las fechas de capacitación de los cursos y el 21 de julio del 2022 con una cantidad sustancial de capacitación de 18 horas	No se requiere información adicional	Con la información suministrada se por cerrada la acción.
28 de junio de 2022	Observación Inspección	Seguimiento Se cuenta con archivo de Excel donde se verifica la entrega general correspondiente al 15 de junio de 2022	No se requiere información adicional	Con la información suministrada se por cerrada la acción.
28 de junio de 2022	Observación Inspección	Se cuenta con el Mapa Regimen de 2022 y en el se identifica los regímenes 7a, 7b, 7c relacionados con la rubrica correspondiente La modalidad de educación presencial o presencial mixta y a distancia de los cursos de la serie de control donde se puede observar la información por implementación por la Fuente de la información y sobre si o no para el tipo de rubrica se genera sustentación manual en los topografías.	No se requiere información adicional	Con la información suministrada se por cerrada la acción.

Seguimiento al plan de mejoramiento de Tecnología y medios audiovisuales Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
Deficiencias en la segunda línea de defensa El decreto 1499 de 2017, determina en el manual operativo Sistema de Gestión - MIPG, determina en el numeral 7.2.2: "La estructura de MECI se acompaña por un esquema de asignación de responsabilidades, adaptada del Modelo "Líneas de Defensa"". Entre las que se destaca para la segunda línea de defensa: (...) tienen responsabilidades directas frente al monitoreo y evaluación de los controles y la gestión del riesgo. Entre ellos pueden citarse: (...) coordinadores de equipos de trabajo, supervisores o interventores de contratos o proyectos, comités de riesgos (donde existan), comité de contratación, áreas financieras, de TIC, entre otros, que generan información para el Aseguramiento de la operación. Y determina para el componente de información y comunicación: La información sirve como base para conocer el estado de los controles, así como para conocer el avance de la gestión de la entidad. La comunicación permite que los servidores públicos comprendan sus roles y responsabilidades , y sirve como medio para la rendición de cuentas. Lo anterior se sustenta en dos aspectos, el primero las inconsistencias en la información y, en segundo lugar, las deficiencias en el seguimiento e implementación de las acciones propuestas en el plan de mejoramiento que se suscribió por la Institución como resultado de la auditoría realizada a la legalidad del software en la vigencia 2018. Al respecto se tiene: Inconsistencias en el manejo de la información: * Se observaron deficiencias en el manejo de la información con relación al número de equipos de cómputo (escritorio y portátiles) con los que contaba la Institución a diciembre 31 de 2018, dado que el proceso gestión de tecnología e informática informó un total de 644 equipos, y desde el subproceso de bienes y servicios se reportaron un total de 740 equipos. Se estableció, además, que durante la vigencia 2018, no se efectuó conciliación entre el proceso gestión de tecnología e informática y el subproceso de bienes y servicios, para determinar si el inventario de los equipos de cómputo propiedad de la Institución, se encontraba actualizado, o en caso contrario, para establecer las diferencias que se hubiesen podido presentar.	Confrontar la información de inventario de equipos de cómputo entre Gestión de TI y Bienes y servicios cuando se trate de una verificación de existencias físicas. Con una periodicidad semestral (Junio 30 y Diciembre 31). Dejar evidencia de ello mediante un acta .	Mayo 28 de 2021 Junio 15 de 2021 Julio 23 de 2021	Rastreo	Evidencia Imagen Software control inventario	2 No se realiz de solicitud información adicional	No se cuenta con evidencias que permitan determinar cumplimiento de la acción: propuesta "confrontación de inventario de equipos de cómputo entre Gestión de TI y Bienes y servicios cuando se trate de una verificación de existencias físicas. Con una periodicidad semestral (Junio 30 y Diciembre 31) . Dejar evidencia de ello mediante un acta." Si bien, no se cuenta con evidencias de la contrastación que se debía realizar entre el proceso de gestión de tecnología e informática y el subproceso de bienes y servicios, en auditoría realizada en la vigencia 2021 (legalidad de software 2020), no se presentó la situación de diferencia de equipos. Por tanto, se concluye con relación a este aspecto del hallazgo, que el mismo fue subornado por parte de la Institución. En seguimiento realizado al plan de mejoramiento en la auditoría legalidad del software 2020, se establecieron deficiencias en la implementación del plan de mejoramiento, de siete (7) acciones, solo una se implementó parcialmente, para las seis (6) restante, no se aportaron evidencias durante el desarrollo de la auditoría. En correo enviado por el proceso el 16 de julio de 2021 con relación a la comunicación de resultados, se adjuntan como evidencia: Acta No. 1 de octubre de 2020, Acta No. 2 de marzo de 2021 y archivo en excel "Control y verificación de inventario" No obstante al revisar los soportes, se identifica que los mismos no permiten determinar la contrastación de información entre TI y Bienes y Servicios. Es necesario que desde el proceso se redefina la acción o que se tengan soportes de la contrastación que se realiza. Por lo tanto, la acción se encuentra cerrada

Tecnología y medios audiovisuales		Análisis realizado por la Dirección de Control Interno				
Seguimiento realizado por el Proceso Tecnología y medios audiovisuales Fecha:	Soportes suministrados por el Proceso de Tecnología y medios audiovisuales	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
Junio 07/2022	Se tiene implementado un aplicativo como herramienta sistematizada donde se puede cotejar la información del inventario entre los dos procesos, esto a su ves permite identificar cada equipo o elemento con su respectiva ubicación por medio de la placa que tiene asignada. Como evidencia se envia archivo en formato PDF.	28 de junio de 2022	Observación Inspección	Soporte 1: Archivo en PDF: Aplicativo para control de inventario, estado actual en funcionamiento Software utilizado en Bienes y servicios para control de inventario institucional	No se requiere información adicional	Si bien se cuenta con soportes que den cuenta del control de los inventarios (Aplicativo para control de inventario, estado actual en funcionamiento y Software utilizado en Bienes y servicios para control de inventario institucional). Los mismos no dan cuenta de la confrontación de la información. Sin embargo, desde la auditoría de legalidad del software, se cotejo la información de las dos áreas sin encontrar diferencias en la información reportada. por lo tanto la acción se da por cerrada. CERRADA

Seguimiento al plan de mejoramiento de Tecnología e Informática Vigencia 2020

Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
No se halló evidencia que permita determinar que licencias se encuentran instaladas en cada equipo de cómputo, inobservando con ello el acuerdo # 12 del 30 de septiembre de 2020	Implementar un sistema de información o aplicativo en los cuales se pueda llevar control de licencias y hardware instalado en equipos de cómputo.	14/04/2021	Consulta	N/A	No se realiza requerimiento de información adicional.	La acción no es eficaz ya que el aplicativo se encuentra en construcción y aún no está implementado. a 31/03/2021 fecha de obtención de resultados de la acción propuesta. La acción se encuentra en estado abierta.

Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión	Estado de la acción
Noviembre 08 y 09 de 2021 Diciembre 01 del 2021	Observación	Aplicativo para control de licencias Acta de Reunión #1	No se solicita información adicional	En el soporte suministrado por la institución (acta del 05 de mayo del 2021), se manejan los siguientes temas: I. Aplicativo para el control de licencias. II. Porcentaje de avance en la construcción. III. Bondades del aplicativo. IV. Descripción del proceso. Sin embargo, no se cuenta con una evidencia que permita establecer un cumplimiento de avance del 80%. Por lo tanto, la acción continúa abierta y se evaluará posteriormente, la acción se encuentra fuera de la fecha establecida a marzo del 2021. Diciembre del 2021: Se solicita ampliación de la fecha de obtención de resultados a julio del 2022, por lo tanto, se reitera que la acción continúa abierta y será evaluada posteriormente.	Abierta

Seguimiento al plan de mejoramiento de Tecnología y medios audiovisuales Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión
Materialización de riesgos Se evidenciaron deficiencias en la segunda línea de defensa de la institución, considerando que durante la vigencia 2018, se materializaron dos riesgos para la unidad auditable legalidad del software. Ver tabla 6. Riesgos materializados Lo antes expuesto, permite determinar el incumplimiento de La Ley 87 de 1993, artículo segundo, objetivos de control interno, que precisa: "9 Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos." Se incumple además el decreto 1499 de 2017, por medio del cual se adopta el modelo integrado de planeación y gestión – MIPG, que determina: "Asegurar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente. Ejercer el control y la gestión de riesgos, las funciones de cumplimiento, seguridad, calidad y otras similares." Lo anterior permite determinar la materialización de un riesgo como el de "cumplimiento", lo que puede derivar para la institución en reprocesos, desacierto en la toma de decisiones, pérdida de credibilidad por parte de grupos de valor e incluso investigaciones y/o sanciones por parte de los organismos de control, entre otros aspectos.	Realizar un seguimiento a la construcción, implementación y ejecución de las acciones de mejora derivadas de los informes de auditoria para entes de control interno y externo.	Mayo 28 de 2021 Junio 15 de 2021 Julio 23 de 2021	Rastreo	Sin evidencias.	No se realiza solicitud de información adicional	No se cuenta con evidencias que permitan determinar "seguimiento a la construcción, implementación y ejecución de las acciones de mejora derivadas de los informes de auditoria para entes de control interno y externo." En auditoria realizada en la vigencia 2021 (legalidad de software 2020), se estableció la materialización del riesgo de incumplimiento. Por tanto, la acción no fue efectiva y no es posible cerrarla. En correo enviado por el proceso el 16 de julio de 2021 con relación a la comunicación de resultados, se adjuntan como evidencia: flash informativos y actas; no obstante, los mismos, no permiten determinar "seguimiento a la construcción, implementación y ejecución de las acciones de mejora derivadas de los informes de auditoria para entes de control interno y externo." Por tanto, la acción que se encuentra en estado abierta .

Tecnología y medios audiovisuales		Análisis realizado por la Dirección de Control Interno				
Seguimiento realizado por el Proceso Tecnología y medios audiovisuales Fecha: Junio 07-2022	Soportes suministrados por el Proceso de Tecnología y medios audiovisuales	Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
Fecha: Junio 07/ 2022	Desde el área de tecnología e informática se tiene un archivo con todas las licencias utilizadas en cada proceso, esto con el fin de garantizar la legalidad del software en la institución. Como evidencia se adjunta el archivo en formato PDF.	28 de junio de 2022 28 de julio de 2002	Observación Inspección	Soporte 2: archivo con todas las licencias utilizadas en cada proceso, esto con el fin de garantizar la legalidad del software en la institución. Como evidencia se adjunta el archivo en formato PDF.	Se requiere información adicional	La información suministrada no da cuenta de los hallazgos a los que hace referencia el informe de auditoria. Sin embargo, desde la auditoria de legalidad del software, se cotejo la información de las dos áreas (bienes y servicios y tecnología e informática), sin encontrar diferencias en la información reportada, por lo tanto la acción se da por cerrada (vigencia 2021), con este punto se da por cerrado el hallazgo de inconsistencias en la información. El control de los inventarios se da por medio del aplicativo para control de inventario del proceso de tecnología e informática, la acción se da por cerrada. No se observa un manual para establecer el procedimiento de baja de equipos. Se indica por medio de correo electrónico del 26 de julio del 2022, que la institución para el caso de baja de equipos es el proceso de bienes y servicios quien se encarga del trámite, Tecnología es el área encargada de dar el concepto técnico. Como apoyo en la información se puede ver el acuerdo 12 del 30 de septiembre de 2019, y el formato de baja de bienes. Por lo anterior, se concluye que este seguimiento queda cerrado

Seguimiento al plan de mejoramiento de Tecnología e Informática Vigencia 2020

Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
Se evidenciaron deficiencia en el control del inventario de equipos de cómputo, durante la verificación física de la auditoría, incumpliendo así la ley 87 de 1993 y el acuerdo # 12 del 30 de septiembre de 2020	_ Implementar acciones para socializar a todas las áreas el Acuerdo No.012-2019, específicamente lo establecido para el préstamo, traslado y retiro de bienes institucionales: * 1 pieza por pagina web, 1 correo masivo en cada semestre. _ Documentario en los inventarios realizados en cada área, realizar chequeo aleatorio a los inventarios ejecutados cada semestre. _ socialización específica con todos los integrantes de TI y bienes y servicios dejando 1 acta como constancia en el tercer trimestre _ Actualización base de datos de equipos de computo del área de tecnología de manera trimestral	14/04/2021	Consulta, revisión de comprobantes	Memorando notificación de entrega de inventario 2020, Acta de entrega de inventario de consumo y/o devolutivo	No se realiza requerimiento de información adicional.	Acción 1: La acción no es eficaz. Considerando que no se cuenta con evidencias que permitan determinar el cumplimiento de la acción, a 30/12/2020 fecha de obtención de resultados de la acción propuesta. Acción 2: La acción fue parcialmente eficaz, considerando que se documento el acuerdo No. 12 de 2019 en los inventarios realizados en cada área, pero no se cuenta con evidencia de chequeo aleatorio a los inventarios, cada semestre, a 30/12/2020 fecha de obtención de resultados de la acción propuesta. Soporte: Memorando notificación de entrega de inventario 2020, Acta de entrega de inventario de consumo y/o devolutivo. Acción 3: La acción no fue eficaz. Considerando que no se cuenta con evidencias que permitan determinar el cumplimiento de la acción, a 30/12/2020 fecha de obtención de resultados de la acción propuesta. Acción 4: La acción no fue eficaz. Considerando que no se cuenta con evidencias que permitan determinar el cumplimiento de la acción, a 30/12/2020 fecha de obtención de resultados de la acción propuesta. Las acciones se encuentran en estado abiertas.

Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión	Estado de la acción
Noviembre 08 y 09 de 2021 Diciembre 01 del 2021	Observación	1. Correo masivo cada semestre: advertencia de citación de pruebas covid y comparendos Correo de Institución Universitaria Colegio Mayor de Ant. -  Colmayor Informa - 1 de junio Correo de Institución Universitaria Colegio Mayor de Ant. -  Colmayor Informa - 7 de mayo Correo de Institución Universitaria Colegio Mayor de Ant. -  Colmayor Informa - 14 de mayo Correo de Institución Universitaria Colegio Mayor de Ant. -  Colmayor Informa - 20 de mayo Correo de Institución Universitaria Colegio Mayor de Ant. -  Colmayor Informa - 26 de mayo Correo de Institución Universitaria Colegio Mayor de Ant. -  Colmayor Informa - 28 de mayo Evidencia correo que son los centros de datos 2 Evidencia correo que son los centros de datos fraudes electrónicos movimiento de equipos de computo préstamo de pc, fraudes electrónicos, lineamientos seguridad y p de la informa 2 préstamo de pc, fraudes electrónicos, lineamientos seguridad y p de la informa 3 préstamo de pc, fraudes electrónicos, lineamientos seguridad y p de la informa 4 préstamo de pc, fraudes electrónicos, lineamientos seguridad y p de la informa 5 préstamo de pc, fraudes electrónicos, lineamientos seguridad y p de la informa 2. Documentarlo en los inventarios realizados en cada área: 2020-1 Acta de Reunión #1 2021-1 Acta de Reunión #2 Control y verificación de inventario 3. Socialización específica con todos los integrantes de T1 y Bienes. Socialización Acta de Reunión #1	No se solicita información adicional	1. En los soportes suministrados se puede evidenciar: ... No se deje engañar: delinquentes citan a falsas pruebas de coronavirus y notificación de comparendos. ... CAMBIOS EN SOLICITUD DE PRÉSTAMO DE EQUIPOS, FRAUDES ELECTRÓNICOS. ... FRAUDES ELECTRÓNICOS ... FRAUDES ELECTRÓNICOS ... FRAUDES ELECTRÓNICOS ... FRAUDES ELECTRÓNICOS ... FRAUDES ELECTRÓNICOS ... FRAUDES ELECTRÓNICOS ... Antes de realizar un movimiento de un equipo de cómputo, debes hacer el reporte al área de tecnología, con el fin de que esta pueda realizar los ajustes necesarios para su uso. ... CAMBIOS EN SOLICITUD DE PRÉSTAMO DE EQUIPOS, FRAUDES ELECTRÓNICOS. ... CAMBIOS EN SOLICITUD DE PRÉSTAMO DE EQUIPOS, FRAUDES ELECTRÓNICOS. ... CAMBIOS EN SOLICITUD DE PRÉSTAMO DE EQUIPOS, FRAUDES ELECTRÓNICOS. Si bien se observa que los soportes suministrados por la institución son piezas página web, en las mismas no se observa la socialización a todas las áreas del Auzero No 012-2019, específicamente lo establecido para el préstamo, traslado y retiro de bienes institucionales, ni tampoco el correo masivo en cada semestre, por lo tanto, la acción queda en estado abierta. 2. En el soporte suministrado por la Institución, se puede observar los siguientes temas tratados: Acta No. 1: I. Control e inventario tecnológico. II. Diseño de plan de Confrontación de inventario entre Gestión de Tecnología y Bienes y servicios. III. Determinar y establecer cómo se ejecutará el chequeo y verificación de inventario. Acta No. 3: Soporte: Control y verificación de inventario: Control de inventario 2020-2 de: medios audiovisuales, bienestar, control interno, talento humano, secretaria general, virtualidad, comunicaciones (uno por dependencia). Control y verificación de inventario 2021-1: Medios audiovisuales, bienestar, admisiones, talento humano, gestión legal, virtualidad, comunicaciones (uno por dependencias) Se puede observar la documentación de los inventarios realizados en las áreas relacionadas anteriormente, en el semestre 2020-2 y 2021-1, por lo tanto, esta acción se da por cerrada. 3. socialización específica con todos los integrantes de T1 e infraestructura dejando un acta como constancia en el tercer trimestre, en los soportes suministrados por la institución se puede observar el acta No. 01 del 23 de febrero del 2021, entre el líder del proceso de tecnología e informática y la líder el sub proceso de bienes y servicios, encontrando que se manejan los siguientes temas: I. Acuerdo suministro de información de inventarios tecnológicos por parte de bienes y servicios al área de tecnología e informática. II. Determinar procedimiento de cómo se debe actuar cuando no coincide la información. III. Planificación de inventarios tecnológicos. Sin embargo, no se observa la socialización específica a todos los integrantes de T1, el acta no fue elaborada en el tercer trimestre, segundamente, no se cuenta con evidencias que den cuenta del desarrollo de las actividades establecidas en el acta como lo son: el cruce de información entre estos dos procesos para identificar diferencias o algún tipo de novedad entre las bases de datos y la verificación física de los bienes, ni la realización permanente de inventarios rotativos, por tanto la acción continúa abierta.	1. Abierta 2. Cerrada 3. Abierta 4. Abierta Se concluye en general que las acciones están en estado abiertas.

Se evidenció una eficacia de tan solo un 33% en la implementación de las acciones propuestas en el plan de mejoramiento suscrito como resultado de la auditoría realizada en la vigencia 2019, situación que permite determinar, incumplimiento a las responsabilidades que tienen frente a los planes de mejoramiento la primera y segunda línea de defensa al interior de la institución	*T1: Realizar seguimiento de manera trimestral sobre las acciones presentadas para plan de mejoramiento. Dejar constancia mediante acta de reunión. *Vicerrectoría : Monitorear la operación de las acciones de mejora propuestas por parte de los auditados y verificar su eficacia y en caso de encontrar deficiencias fortalecer o modificar en la acción	14/04/2021	Consulta y revisión de comprobantes	Planes de mejoramiento Informe seguimiento de Planes de mejoramiento	No se realiza requerimiento de información adicional.	La acción no es eficaz ya que no se cuenta con evidencias del seguimiento trimestral. A 30/11/2020 fecha de obtención de resultados de la acción propuesta. La acción se encuentra en estado abierta.
--	--	------------	-------------------------------------	---	---	--

Noviembre 08 y 09 de 2021 Diciembre 01 del 2021	Observación	_ Plan de mejoramiento - Acta de Reunión #1 _ Plan de mejoramiento - Acta de Reunión #2 _ Plan de mejoramiento - Acta de Reunión #3 _ Plan de mejoramiento - Acta de Reunión #4	No se solicita información adicional	Se observa en las actas suministradas por la institución lo siguiente: Acta No. 1 del 12 de agosto del 2020, orden del día: I) Consolidar el plan de mejoramiento, II) Dar a conocer el plan de mejora pendiente de tecnología, III) definir compromisos. Acta No. 2 del 20 de noviembre del 2020; orden del día: I) Implementar las temáticas de acción de mejora, II) Funciones y compromisos que desempeña cada integrante, III) evidencias en los diferentes ítems del plan de mejoramiento, IV) presentar ideas para cumplir con lo requerido en el plan de mejoramiento. Acta N. 3 del 09 de febrero de 2021, orden del día: I) determinar cada uno de los puntos de acción de mejora, II) Evaluar el cumplimiento de las actividades que desempeña cada integrante, III) evidenciar las actividades planteadas en el plan de mejoramiento, IV) objetivos propuestos para cumplir con la meta. Acta No. 4 del 11 de mayo del 2021, orden del día: I) Presentación del plan de mejoramiento, II) Medir el cumplimiento de las funciones que desempeña cada integrante del equipo de trabajo, III) Analizar las actividades planteadas en el plan de mejoramiento, IV) Compromisos para continuar con los objetivos trazados, V) Programar con el equipo de trabajo la fecha para la siguiente reunión. Se observa según los soportes entregados la periodicidad de las actas cada tres meses, mas no se cuenta con los soportes que permitan evidencia la acción ejecutada (seguimiento de manera trimestral sobre las acciones presentadas para plan de mejoramiento). En cuanto a la acción por parte de Vicerrectoría: Monitorear la operación de las acciones de mejora propuestas por parte de los auditados, <u>verificar su eficacia y en caso de encontrar</u>	Abierta
--	-------------	---	--------------------------------------	--	---------

Tecnología y medios audiovisuales	
Seguimiento realizado por el Proceso Tecnología y medios audiovisuales Fecha:	Soportes suministrados por el Proceso de Tecnología e Informática
Junio 07-2022	Se cuenta con un aplicativo implementado en Tecnología, para realizar el control de inventario del proceso, se adjunta formato en PDF del aplicativo.

Análisis realizado por la Dirección de Control Interno				
Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
28 de junio de 2022	Observación Inspección	Se cuenta con el soporte del aplicativo	No se requiere información adicional	Se cuenta con un aplicativo para el control de inventarios, en estado actual y funcionando, por lo tanto la acción se da por cerrada.

CERRADA

Tecnología y medios audiovisuales	
Seguimiento realizado por el Proceso Tecnología y medios audiovisuales Fecha:	Soportes suministrados por el Proceso de Tecnología e Informática
Junio 07-2022	Se tiene el flash informativo que habla del acuerdo No. 012-2019, donde se informa a toda la comunidad institucional acerca del préstamo, traslado y retiro de bienes institucionales.

Análisis realizado por la Dirección de Control Interno				
Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
28 de junio de 2022 28 de julio del 2022	Observación Inspección	Soporte 1: Flash institucional del 08 de junio de 2022, que hace referencia al "reporte el traslado o movimiento de un equipo de computo" Soporte 2: Acta de reunion No. 01 del 17 de febrero de 2022 entre lideres de biebnes y servicios y tecnología e infomatica. Soporte 3: acta No. 1 seguimiento actualización BD equispo de computo con todos los inegrantes de TI.	Aclar el consecutivo de las actas	Con la información suministrada se da por cerrada la acción 1. 2_ socialización específica con todos los integrantes de TI y bienes y servicios dejando un acta como constancia en el tercer trimestre: en esta acta No. 1, se trataron temas como: Presentar el informe de la Base de Datos de los equipos de cómputo, Implementar las acciones necesarias para hacer control a los mismos 3_ Actualización base de datos de equipos de cómputo del área de tecnología de manera trimestral: se cuenta con el acta 001 de febrero 17 de 2022 donde se reúnen los líderes de bienes y servicios y tecnología e informática, tratan temas de: Socialización e información de inventarios tecnológicos por parte de bienes y servicios al área de tecnología e informática, Uso de aplicativo para verificar y tener control del inventario de equipos cargados a tecnología cuando sea requerida la información, Planificación de inventarios tecnológicos. Las acciones 2 y 3 no se dan por cerradas ya que tienen inconsistencias en el número del acta, la acción continua parcialmente cerrada y se evaluara posteriormente. Por medio de correo electrónico del 26 de julio del 2022, se aclara que "hay una inconsistencia en las actas presentadas por el número consecutivo, aclarando que se tiene el mismo número por ser temas diferentes.", por lo tanto, las acciones 2 y 3 se dan por cerradas.

CERRADA

Junio-07-2022	Se tiene un acta de reunión como evidencia de todos los integrantes de tecnología y medios audiovisuales del plan de mejoramiento donde se habla de las acciones y compromisos.					La fecha de implementación de la acción es a julio del 2022. Se cuenta con el acta No. 01 del 14 de febrero de 2022 que trata los siguientes temas: I. Consolidar el plan de mejoramiento y definir actividades de los integrantes. II. Dar a conocer el plan de mejoramiento pendiente de tecnología. II. Definir compromisos. Sin embargo no se da por cerrada la acción ya que se cuenta con inconsistencias en el consecutivo de las actas. Por medio de correo electrónico del 26 de julio del 2022, se aclara que "hay una inconsistencia en las actas presentadas por el número consecutivo, aclarando que se tiene el mismo número por ser temas diferentes.", por lo tanto, la acción se da por cerradas.
		28 de junio de 2022	Observación	Soporte 4: Acta 001 seguimiento plan de mejoramiento del 14 de febrero de 2022	No se requiere información adicional	
		28 de julio del 2022	Inspección			

CERRADA

Según este afianza de mejoramiento Planificación Institucional vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

[illegible]

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

N° de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	Conclusión	OBSERVACIÓN PROCESO PLANEACION INSTITUCIONAL OCTUBRE 8 DE 2021 Noviembre 24 y 25 d 2021
7	DIMENSION GESTION CON VALORES PARA RESULTADOS Se recuerda que la institución fortalece la gestión que realiza frente a las acciones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias, a fin de que las mismas se consideren en "mayor para la mejor contribución en sus procesos". Soporte: Informe de auditoría peticiones, quejas, reclamos, solicitudes, denuncia y solicitudes primer semestre 2019. https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-regales/	El informe de PQRSFD, es un insumo entregado en el informe para la Alta Dirección y allí se tratan las acciones de mejora de los procesos, con el fin de evitar la materialización de riesgos.	16 de marzo de 2021. No se ajustó la acción propuesta. * En informe de PQRSFD*, semestre I de 2020, se identificó oportunidad en los insumos para dar respuesta a las peticiones y cumplimiento en la performance de las respuestas brindadas a las PQRSFD, pero, también se identificaron deficiencias en la implementación de política de servicio al estudiante y deficiencias en la adecuada gestión de la información y comunicación interna. * En Comité Institucional Coordinador de Control Interno de diciembre de 2020, Línea del proceso gestión de comunicaciones realizó presentación informativa sobre las PQRS, no se tomaron decisión con relación a esta información.	Funcionamiento canal PQRSFD, informe que se publica trimestralmente en la página web de la institución. COMUNICACIONES. Noviembre 24 y 25: En la página web se encuentra publicado el informe PQRSFD con su respectivo análisis. En la revisión de la Alta Dirección, uno de las entradas es el análisis de las PQRSFD (anexo informe Revisión Alta Dirección pag. 66 y 67).

N° de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	OBSERVACIONES ENTENDIDAS POR PLANEACIÓN OCTUBRE 8 DE 2021 Noviembre 24 y 25
10 y 10	DIMENSION EVALUACIÓN DE RESULTADOS Uno de los aspectos clave en la gestión, es el seguimiento y evaluación del desempeño institucional, por ello, en una de su fortalecimiento, es importante se revisen y ajusten los instrumentos que la entidad tiene dispuestos para hacerle seguimiento a los riesgos, de forma tal, que se puedan identificar y valor positivamente en caso de que alguno de ellos se materialice. Lo anterior, considerando que aún se incipiente la cultura de seguimiento por parte de los líderes de proceso, y el seguimiento a los riesgos no está en línea tal como cuando desde la Oficina de Planeación se realiza acompañamiento para revisar el tema con los diferentes líderes de procesos de la institución. Soportes: https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-regales/ https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-regales/	Para los riesgos que están en alto o subtema, se revisa la frecuencia de seguimiento cada cuatro meses, de igual manera en caso de que un riesgo se materialice se registra en el propuesta de la política los pasos en caso de que se materialice. Incluyó en la matriz de riesgos de que en caso de que el riesgo se materialice que protocolo se debe seguir.		Noviembre 09 del 2021 Observación	En la política están definidas las acciones a seguir en el caso de materialización de un riesgo. (Tipo de riesgo, responsable y acción a seguir). Además en la matriz de riesgo se adicionó una columna: "Acciones implementadas ante posible materialización del riesgo", donde se dejó el registro de las acciones a seguir en caso de materialización del riesgo. En los reuniones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y en reunión del Comité Coordinador de Control Interno se han venido presentando informes de gestión de los riesgos ubicados en altos y extremos y sus controles implementados para mitigar los riesgos y riesgos materializados. Ver actas del Comité. Noviembre 24 y 25: Informe elaborado de riesgos operativos elaborado con corte a abril 30 de 2021 se presentan los riesgos ubicados en nivel altos y extremos y los controles para mitigar los riesgos. Anexo informe.
16	DIMENSION CONTROL INTERNO COMPONENTE MONITOREO O SUPERVISIÓN CONTINUA En la reunión para la institución establecer acciones que corroboren fortaleciendo el modelo estándar de control interno específicamente en el componente estabilidad de monitoreo y supervisión continua, para ello, se reportará se considere lo que al respecto determina el manual de gestión del sistema de gestión – MFGC versión 2 de 2019. “[...] las evaluaciones continuas corroboren operaciones rutinarias que se realicen en los diferentes procesos o áreas de la entidad, los cuales se llevan a cabo en tiempo real por parte de los líderes de proceso para responder ante un entorno cambiante”. – La evaluación continua o subevaluación lleva a cabo el monitoreo o la supervisión de la entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, predominantemente, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros; [...] Como soporte de ello se harán los informes que puedan ser consultados en: https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-regales/ https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-regales/	Seguimiento permanente a los riesgos, indicadores, compromisos de la Alta Dirección, informe PQRSFD		Noviembre 09 del 2021 Revisó	La Oficina de Planeación realiza los siguientes seguimientos: Riesgos de corrupción, cada 4 meses Riesgos de Gestión, cada año y los riesgos ubicados en alto y extremo, cada 4 meses Indicadores, cada 6 meses Comunicaciones realizará seguimiento mensual e informes trimestrales a las PQRSFD. Noviembre 24 y 25: PLANEACIÓN: Informe elaborado de riesgos operativos elaborado con corte a abril 30 de 2021 se presentan los riesgos ubicados en nivel altos y extremos y los controles para mitigar los riesgos. Anexo informe. Se realizó seguimiento a los compromisos generados en la reunión de la Alta Dirección del 2020 y en la reunión del 2021 se presentó informe con el seguimiento a los compromisos establecidos. (ver informe Revisi' por Alta Dirección).

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

Seguimiento plan de mejoramiento ASCI, semestre 1 de 2020.		
N° del hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento
COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL		
EVALUACION DE RIESGOS		
2		En la propuesta de aprobación de políticas están definidas las acciones a seguir en el caso de materialización de un riesgo. (Tipo de riesgo, responsable y acción a seguir). Además en la matriz de Es menester definir cursos de acción cuando se materialicen riesgos al interior de la institución, así como efectuar seguimiento a los mismos por parte de la primera y segunda línea de defensa, de conformidad con lo dispuesto en el decreto 1499 de 2017, política de gestión y desempeño "de seguimiento y evaluación al desempeño institucional" y de "control interno".

OBSERVACIÓN PROCESO PLANEACION INSTITUCIONAL OCTUBRE 8 DE 2021 Noviembre 24 y 25
El proceso de Planeación Institucional tiene propuesta de Riesgos Estratégicos la cual se va a presentar al Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Noviembre 24 y 25: PLANEACIÓN: Se anexa informe eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos, las oportunidades y sus tendencias, el cual fue soportado en la Revisión por la Alta Dirección, sobre los riesgos se controlados implementados

5	Es necesario que la Institución gestione los riesgos que podrían afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos establecidos por la Entidad, de conformidad con el decreto 1499 de 2017, política de "planeación institucional".	Se está trabajando en la formulación de una tabla para elaborar el contexto estratégico desde el tema de los riesgos, el cual es requerimiento de ley y se está estructurando para trabajarlo a través de la
ACTIVIDADES DE CONTROL		
1	No se han identificado ni documentado situaciones específicas, que permitan determinar la imposibilidad de regregar adecuadamente las funciones, situación que se constituye en un factor de alto riesgo para la Institución, contrariando lo dispuesto en lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, política de "planeación institucional".	Para cumplir con esta observación, se está buscando la modernización administrativa como una propuesta enmarcada dentro del Plan de Desarrollo 2020-2024.
4	Es importante que la Institución defina una política con relación a contratar desarrollo de software, u optar por desarrollos propios o adquirir software, a fin de dar cumplimiento a la política de "gobierno digital", que precisa el decreto 1499 de 2017.	se inició un trabajo con la ingeniería de la información, donde en el primer análisis, encontramos que todos los desarrollos de software que existen en la actualidad son realizados por empresas
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN		
1	Es importante revisar y fortalecer las políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva, de conformidad con el Decreto 1499 de 2017, política de gestión y desempeño "información y comunicación".	Gestión de Comunicaciones se compromete a revisar las políticas y procedimientos, con el fin de presentar nuevos Y mejores procesos de comunicación internos que permitan al público Institucional (estudiantes, docentes, administrativo)
ACTIVIDADES DE MONITORIO		
1	Es necesario que el Comité Institucional Coordinador de Control Interno, como instancia responsable del mantenimiento y fortalecimiento del sistema de control interno, efectúe el análisis de los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros), consolide y de concluya sobre el impacto en el Sistema de Control Interno, a fin de determinar los cursos de acción. Lo anterior, con fundamento en el artículo 13 de la Ley 87 de 1993 el artículo 2.2.21.1.6 del Decreto 648 de 2017, así como con la Resolución Interna No.	En aras del cumplimiento de este compromiso, se presentarán al Comité Institucional Coordinador de Control Interno los informes externos presentados por los diferentes órganos de control y los organismos internacionales.
3	Es importante fortalecer los mecanismos dispuestos por la Institución, acorde con el esquema de líneas de defensa, para efectuar el monitoreo continuo como parte de las actividades de la 2a línea de defensa, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones, de conformidad con el decreto 1499 de 2017, política de gestión y desempeño de "control interno".	Socialización responsabilidades líneas de defensa. PENDIENTE ACLARAR.

La Institución esta adelantando el estudio de modernización administrativa, la cual esta contemplada dentro del Plan de Desarrollo, lo que busca regregar adecuadamente las funciones, en aras del cumplimiento de los principios de la función administrativa.
Desde el proceso de tecnología se esta estructurando con el apoyo de Planeación la nueva política manejo del software, la cual esta programada su aprobación para el mes de diciembre de 2021.
El proceso de Gestión de Comunicaciones ha revisado y actualizado sus procedimientos en G+.
Como complemento a la acción el proceso de Gestión de Comunicaciones presenta a los líderes de los procesos el Plan de Comunicaciones y Mercadeo con el objetivo de sensibilizar y afianzar los procedimientos y las comunicaciones en el manejo y correcto funcionamiento de todo el proceso.
Desde la Dirección de Control Interno, propuso establecer una agenda anual, de forma tal, que garantice la inclusión en el orden del día, de las reuniones del Comité Institucional Coordinador de Control Interno, que por disposiciones legales deben ser monitoreados por esta instancia y de otros temas estratégicos de la Institución.
La propuesta fue aprobada.
Memorando radicado 2020304019 del 23 de
Dentro del proceso de rendición realizado los días 17 y 18 de agosto de 2021, se incluyó la socialización de las responsabilidades de las líneas de defensa. Resolución 090 de 2020.
Ver Programación rendición 2021 y presentación líneas de defensa.
Noviembre 24 y 25: PLANEACIÓN:
La acción de mejoramiento hace referencia socialización de las responsabilidades de las líneas de defensa.

Seguimiento plan de mejoramiento ASCI, semestre I de 2026.			
N.º del hallazgo	Hallazgo		Acción Mejoramiento
EVALUACION DE RIESGOS			
3	Es fundamental que la institución fortalezca los mecanismos que tiene dispuestos para efectuar el monitoreo a los factores internos y externos, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes; de acuerdo con lo dispuesto en el decreto 1460 de 2017, política de gestión y desempeño - planeación institucional".	Según lo informado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño se está trabajando en la formulación de una tabla para elaborar el contenido estratégico desde el tema de los riesgos, el cual es	

OBSERVACIÓN
PROCESO
PLANEACIÓN
INSTITUCIONAL -
OCTUBRE 8 DE 2021

Desde el proceso de Planeación se trabajó en la formulación del contexto estratégico desde el tema de los riesgos, el cual es requerimiento de ley y se estructuró para trabajarlo a través de la metodología PESTAL, que son los factores políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ambientales y legales, que afectan la institución, se analizó los

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

N° de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento	Cierre estado el 28 de abril de 2020	Acción Mejoramiento propuesta	OBSERVACIONES PRESENTADAS POR PLANIFICACIÓN
					OCTUBRE 8 DE 2021 Noviembre 24 y 25 del 2021
149 19	DIMENSIÓN CONTROL INTERNO COMPONENTE GESTIÓN DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES A fin de continuar fortaleciendo la gestión del riesgo e interior de la institución es importante que la segunda línea de defensa: "Informar sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evaluar si la valoración del riesgo es la apropiada." "Asegurar que las evaluaciones de riesgo y control incluyen riesgos de fraude." Es responsabilidad de los gerentes públicos y líderes de procesos "implementar procesos para identificar y detectar fraudes, y revisar la exposición de la entidad al fraude"	Presentar informes periódicos al Comité Institucional de Gestión y Desarrollo sobre la gestión de los riesgos.	Se emite análisis de salud requerido, el 27de enero del 2020, desde el individuo Esta acción propuesta, para el mes de febrero del 2020, se formaliza acciones eficaces.	1. Incluir en el informe de Gestión de los Riesgos que se presenta a la Alta Dirección, el análisis sobre los controles existentes para evitar la materialización de los riesgos y determinar el nivel de riesgo de la institución. 2. Continuar con la identificación de los riesgos de fraude en los procesos.	En las reuniones del Comité Institucional de Gestión y Desarrollo y en el Comité Coordinador de Control Interno se han venido presentando los datos de los riesgos y sus controles implementados para mitigar los riesgos y materializarlos. Ver actas del Comité. Todos los procesos tienen incluidos reglas de fraude. Ver informe seguimiento riesgos página veintidós.
	2. A fin de continuar fortaleciendo la gestión del riesgo e interior de la institución es importante que la segunda línea de defensa: "Informar sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evaluar si la valoración del riesgo es la apropiada." "Asegurar que las evaluaciones de riesgo y control incluyen riesgos de fraude." Es responsabilidad de los gerentes públicos y líderes de procesos "implementar procesos para identificar y detectar fraudes, y revisar la exposición de la entidad al fraude"	1. Incluir en el informe a la Alta Dirección el impacto de los Riesgos en el cumplimiento de los objetivos. 2. Continuar con la identificación, análisis y valoración de los riesgos de fraude en todos los procesos. 3. Estrecharmente, en los próximos de trabajo a los líderes de procesos en materia de riesgos institucionales. Actividad que se programará para el segundo semestre del año. En la acción 3, Se debe considerar la posibilidad de no poder	La acción 1, La acción 2, la acción 3, se evaluará la efectividad de la información por parte de la Dirección de Control Interno durante el mes de febrero del 2020. Para la acción 1. La acción es necesaria que la institución lleve a cabo la identificación de los riesgos de fraude en los procesos. En la acción 3, Se debe considerar la posibilidad de no poder	1. Incluir en el informe de Gestión de los Riesgos que se presenta a la Alta Dirección, el análisis sobre los controles existentes para evitar la materialización de los riesgos y determinar el nivel de riesgo de la institución. 2. Continuar con la identificación de los riesgos de fraude en los procesos.	
119 28	DIMENSIÓN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN Es importante que la institución revise y ajuste los mecanismos que tiene implementados, con el propósito de fortalecer la política de transparencia, acceso a la información pública y tanto como la compatibilidad y del alto estándar cumplimiento a lo que dispone la Ley 1712 de 2014. Como estrategias para ello se pueden considerar: Desarrollar " (...) acciones de capacitación ciudadana para información de derechos para los ciudadanos que sean más prácticas." "Realizar acciones comunicativas sobre la información pública de los entes y los procesos de participación y rendición de cuentas, en fin de que el ciudadano conozca y valore la gestión en materia de acceso a la información pública." "Capacitar a las servidores públicos en el correcto manejo del acceso a la información y sus grupos de valor en la información pública de la entidad." "Identificar las condiciones de los grupos de interés, para que la información pueda ser validada en términos claros y adecuados para su entendimiento." Se debe Informe de auditoría 2019 Ley de transparencia y acceso a la información pública, vigencia 2019.	Con el fin de tener un mayor control sobre la información publicada en la página web institucional, se informará lo siguiente: 1. El contenido de cada servicio es responsabilidad de cada uno de los procesos, y debe ser revisado y actualizado periódicamente para estar informados entes. 2. Comunicaciones debe recibir la información por parte de los diferentes procesos, por ser actualizada o modificada y a la vez debe tener los datos de los riesgos de fraude en los procesos, para informar en términos de Ley de Transparencia. 3. Se debe considerar la posibilidad de no poder	La acción 1, La acción 2, la acción 3, se evaluará la efectividad de la información por parte de la Dirección de Control Interno durante el mes de febrero del 2020. Para la acción 1. La acción es necesaria que la institución lleve a cabo la identificación de los riesgos de fraude en los procesos. En la acción 3, Se debe considerar la posibilidad de no poder	1. Incluir en el informe de Gestión de los Riesgos que se presenta a la Alta Dirección, el análisis sobre los controles existentes para evitar la materialización de los riesgos y determinar el nivel de riesgo de la institución. 2. Continuar con la identificación de los riesgos de fraude en los procesos.	Se realizó la política de Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la cual está basada en los principios del Comité Institucional de Gestión y Desarrollo, esta produce por aprobación por parte del Consejo Directivo. Se han planeado actividades para los días 17 y 18 de agosto del 2021 en formato virtualmente de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Desde el proceso de Planeación materializa todo el trabajo sobre el cumplimiento de la política de acceso a la información, según por ley de Transparencia. Se realizó los de chequeo. Se realizó la actualización de acciones mediante los datos actuales comunicados por medio de programas a través de los canales de comunicación y también, para fomentar la cultura de los diferentes canales. Actividad programada y ejecutada en el mes de mayo. Se emite de análisis de salud 1. En primer lugar, se realizó la metodología del riesgo de fraude en la institución, para el mes de febrero del 2020, desde el individuo. Esta acción propuesta, para el mes de febrero del 2020, se formaliza acciones eficaces.
	DIMENSIÓN CONTROL INTERNO COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN La cantidad en la entrega de la información, así como la calidad de misma, juegan un papel preponderante para realizar las auditorías por parte de la Dirección de Control Interno, por tanto es importante, se revisen y ajusten los mecanismos diseñados por la institución, a fin de generar mayor de información adecuada y oportuna, considerando que " (...) la línea de defensa de control interno depende básicamente en las evidencias obtenidas (...)". El Comité Interes de Gestión como propósito fundamental fortalecer los mecanismos informáticos y comunicacionales y metodológicos de monitoreo y seguimiento control, que permitan tener un modelo sistémico de control interno, modificado por el Decreto 10499 de 2017. Soporte: https://www.colaborar.edu.co/travels/control-interno/control-interno-legales/	Funcionamiento software de monitoreo. Para el Comité Administrativo, se reforzará el manejo de los riesgos de fraude para realizar mediante software con el fin de agilizar y mejorar procesos en el manejo de los riesgos institucionales.	Funcionamiento software de monitoreo. Para el Comité Administrativo, se reforzará el manejo de los riesgos de fraude para realizar mediante software con el fin de agilizar y mejorar procesos en el manejo de los riesgos institucionales.	Funcionamiento software de monitoreo. Para el Comité Administrativo, se reforzará el manejo de los riesgos de fraude para realizar mediante software con el fin de agilizar y mejorar procesos en el manejo de los riesgos institucionales.	El requerimiento de datos de evidencia de acuerdo con los acciones propuestas por el gobierno de Monseñor, en la cual fomenta la obtención de la política, metodologías, procesos de monitoreo institucional y la falta de chequeo, los cuales fueron hechos. Noviembre 24 y 25 PLANIFICACIÓN.

19, 28 y 27		2. La oportunidad en la entrega de la información, así como la calidad de misma (según un papel preponderante para evaluar los auditors por parte de la Dirección de Control Interno, por tanto, es importante, se revisen y evalúen los mecanismos disponibles por la institución, a fin de garantizar flujo de información adecuada y oportuna), considerando que "(...) las oficinas de control interno deben basarse en las evidencias obtenidas (...)". Lo antes expuesto tiene como propósito fundamental fortalecer los componentes de información y comunicación y fortalecer los monitoreo y supervisión continua, que forman parte del modelo estándar de control interno, modificado por el Decreto 1499 de 2017. Soporte: https://www.colcom.gov.co/cv/cv/evaluacion/control-interno/auditorias-legales/	Se están implementando y actualizando nuevo software para que el Proceso de Planeación contenga el diligenciamiento y actualización de toda la información de la institución, los cuales son: Indicadores, Estadísticas, Plan de Acción, Plan Inductivo, proyectos. Se va a proceder a implementar software para el manejo de riesgos y Plan de Mejoramiento. Los líderes de los procesos son los responsables de tener actualizada la información y Planeación revisa, consolida y entrega las solicitudes de informes.	"El MGI" implementado y actualizado nuevo software para que el Proceso de Planeación contenga el diligenciamiento y actualización de toda la información de la institución, los cuales son: Indicadores, Estadísticas, Plan de Acción, Plan Inductivo, proyectos. Se va a proceder a implementar software para el manejo de riesgos y Plan de Mejoramiento. Los líderes de los procesos son los responsables de tener actualizada la información y Planeación revisa, consolida y entrega las solicitudes de informes.	Esta funcionando software de indicadores, estadísticas, Plan Inductivo y Plan de Acción, donde el proceso es el responsable de actualizar la información y realizar el cargo del soporte, lo que evita diferencias de información entre los procesos y Planeación. Para el manejo de los riesgos este se empezará a manejar por el software de G+ con el fin de agilizar y minimizar problemas en el manejo de los riesgos institucionales. Diciembre: PLANEACIÓN; Los softwares de indicadores, estadísticas, Plan Inductivo y Plan de Acción, están funcionando lo cual se pueden verificar con el proceso de Planeación. Desde de Control Interno favor verificar el funcionamiento de los softwar en el proceso de Planeación.
		Componente monitoreo o supervisión continua 1. Es necesario para la institución, establecer acciones que contengan fortaleciendo el modelo estándar de control interno, específicamente en el componente actividades de monitoreo y supervisión continua, para ello, es importante se considere lo que al respecto determina el manual de gestión del sistema de gestión – MGP, versión 2 de 2016: " (...) las evaluaciones continuas constituyen operaciones rutinarias que se realizan en los diferentes procesos o áreas de la entidad, las cuales se llevan a cabo en tiempo real por parte de los líderes de procesos para responder ante un suceso cambiante" – La evaluación continua o autoevaluación lleva a cabo el monitoreo de la supervisión de la entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros (...) Como resultado de ello se brindará la informes que puedan ser consultados en: https://www.colcom.gov.co/cv/cv/evaluacion/control-interno/auditorias-legales/	Se están implementando y actualizando nuevo software para que el Proceso de Planeación contenga el diligenciamiento y actualización de toda la información de la institución, los cuales son: Indicadores, Estadísticas, Plan de Acción, Plan Inductivo, proyectos. Se va a proceder a implementar el manejo de riesgos y Plan de Mejoramiento. Los líderes de los procesos son los responsables de tener actualizada la información y Planeación revisa, consolida y entrega las solicitudes de informes. Herramienta que permite realizar el monitoreo a la planeación de la entidad através de la medición de los resultados generados en cada proceso.		

N.º de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	OBSERVACIONES PRESENTADAS POR PLANEACIÓN
					OCTUBRE 8 DE 2021
19 y 18					Noviembre 24 y 25
					1. Que de los aspectos clave en la gestión, es el seguimiento y evaluación del desempeño institucional, por ello, y a fin de ser fortalecidos, es importante en revisar y evaluar los mecanismos que la entidad tiene disponibles para manejar, seguimiento, los riesgos, de forma que se puedan identificar y tratar oportunamente en caso de que alguno de ellos se materialice. La entidad, considerando que está en trámite el software de seguimiento por parte de los líderes de procesos, el seguimiento a los riesgos les son en línea a través cuando desde la Oficina de Planeación se realiza el seguimiento para revisar el tema con los diferentes líderes de procesos de la institución. Soporte: https://www.colcom.gov.co/cv/cv/evaluacion/control-interno/auditorias-legales/

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

N.º de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento	Análisis 1	Acción Mejoramiento propuesta	OBSERVACIONES PRESENTADAS POR PLANEACIÓN
					OCTUBRE 8 DE 2021
20					Noviembre 24 y 25 del 2021
					El resultado dentro del proceso de evaluación institucional realizado los días 17 y 18 de agosto de 2021, se evidenciaron los siguientes aspectos: Personal Administrativo a cargo de Planeación Capacitación y temas de desarrollo y para fortalecer la institución en diligencia. No se pudo llegar al personal de plane. Organización en el cumplimiento y actualización de las disposiciones legales vigentes. Control planillas de asistencia. Acción Mejoramiento: actualizada presentación Hoja de Registro de Asistencia. Además desde el área técnica se realizó sensibilización a los miembros de los comités sobre el tema de Manual de Supervisión. Noviembre 24 y 25 del 2021. Se va a mejorar y fortalecer el Manual de Supervisión. Para la presente remitidos 2020 se actualizó el Manual de Supervisión y Buena Práctica.

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requisitos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
				Se puede observar en la página web institucional, en el menú principal: https://www.consejo-ada.gub.uy/informacion/leyes-de-transparencia/informacion-por-rol, los informes de los PJGRS, así: -Informe de PJGRS marzo y mayo 2021. -Informe de PJGRS abril y junio 2021. -Informe de PJGRS julio y septiembre 2021. En los mismos se puede observar la información, en detalle, de los PJGRS, en valores por su PJGRS (por ejemplo, por ejemplo, PJGRS) y los resultados. Los informes son elaborados en un lenguaje tipo de estudio, que tanto la acción como la acción se ven en estos datos. Resumen: Acción: El informe de PJGRS, en su totalidad, se puede observar en la página web institucional, en el menú principal, en la página de los PJGRS, con el fin de dar la transparencia de la información. Respecto a la información en el sistema institucional por la información, se puede observar que se tiene información en línea, a octubre 2020, en el mismo se encuentra en el menú principal, en la página de los PJGRS, con el fin de dar la transparencia de la información. Respecto a la información en el sistema institucional por la información, se puede observar que se tiene información en línea, a octubre 2020, en el mismo se encuentra en el menú principal, en la página de los PJGRS, con el fin de dar la transparencia de la información. Respecto a la información en el sistema institucional por la información, se puede observar que se tiene información en línea, a octubre 2020, en el mismo se encuentra en el menú principal, en la página de los PJGRS, con el fin de dar la transparencia de la información.	Alista.
Noviembre 09 de 2021 Diciembre 02 del 2021	Evidencias	No se encuentran evidencias para apoyar la acción.	No se requiere información adicional.		Alista.

[illegible]

Planificación Institucional	
Agendamiento realizado por el Proceso de Planificación Institucional Fecha: De la página web se encuentra publicado el informe PQISFD con los respectivos análisis. De la reunión de la Alta Dirección, una de las entradas es el análisis de los PQISFD. (Se anexa Informe Revisión Alta Dirección pag. 66 y 67).	Reportes suministrados por el Proceso Planificación Institucional Informe PQISFD con los análisis, publicado en la página web.

Fuentes de Información	
Reglamento y resolución por el que se crea el Plan de Atención	Agencia sanitaria de la por el Plan de Atención
Resolución de la Secretaría de Salud de 20 de febrero de 2022, según la cual se crea el Plan de Atención	Acuerdo expedido por el Administrador del Hospital
Resolución de la Secretaría de Salud de 20 de febrero de 2022, según la cual se crea el Plan de Atención	1. Informe de Gestión de 2021 y informe con fecha 30 de abril de 2022.
1. La segunda línea de defensa abarca el diagnóstico y el tratamiento de los casos de COVID-19 en los niveles alto y promedio y los casos de COVID-19 en los niveles bajo y promedio en los regístrs de los hospitales, y los casos de COVID-19 en los regístrs de los hospitales, y los casos de COVID-19 en los regístrs de los hospitales.	
2. El informe de Gestión del Hospital se describe el tratamiento de los casos de COVID-19 en los regístrs de los hospitales, y los casos de COVID-19 en los regístrs de los hospitales, y los casos de COVID-19 en los regístrs de los hospitales.	
3. La segunda línea de defensa abarca el diagnóstico y el tratamiento de los casos de COVID-19 en los niveles alto y promedio y los casos de COVID-19 en los niveles bajo y promedio en los regístrs de los hospitales, y los casos de COVID-19 en los regístrs de los hospitales, y los casos de COVID-19 en los regístrs de los hospitales.	1. Informe de Gestión de 2021 y informe con fecha 30 de abril de 2022.
4. La segunda línea de defensa abarca el diagnóstico y el tratamiento de los casos de COVID-19 en los niveles alto y promedio y los casos de COVID-19 en los niveles bajo y promedio en los regístrs de los hospitales, y los casos de COVID-19 en los regístrs de los hospitales, y los casos de COVID-19 en los regístrs de los hospitales.	1. Informe de Gestión de 2021 y informe con fecha 30 de abril de 2022.

Auditoría realizada por la Dirección de Control Interno				
Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requisitos de información solicitados	Conclusión
julio 06 de 2022	Observación Inspección	Informes en página web institucional informe de revisión de Alta Dirección	No se requiere información adicional	Se puede observar en la página web institucional la información del PEIGD de los años 2020 a 2021 y del 2013 al 2016, en el agente link: http://www.colegioepa.edu.co/institucion/plataforma-transparencia/informacion-de-peig En el informe de la alta dirección, se observa que los valores del índice de gestión de calidad y la satisfacción del cliente y el cumplimiento de las metas (revisadas a junio de 2021, errores por precisión, datos recuadrados, supresión y falsificación) Por lo anterior se da por cerrada la visita.

Análisis realizado por la Dirección de Control Interno				
Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
Julio 06 de 2022	Observación Inspección	Acuerdo No. 04 del 25 de febrero de 2022.	No se requiere información adicional	El acuerdo No. 004 del 25 de febrero de 2022, por medio del cual se autoriza y se aprueba la política de administración del riesgo de la UICHA. Informe de gestión de los riesgos a diciembre de 2021, en este informe se puede observar las actividades realizadas, el análisis realizado, monitoreo y actualización de los riesgos de gestión, riesgos de gestión, riesgos de corrupción, riesgos materializados y conclusiones. Sección 5 a acción de la gerencia
Julio 06 de 2022	Observación Inspección	1. Informe de Gestión de Riesgos 2021 Link más de riesgos institucional: https://www.consejer.ula.ve/informacion/informacion-institucional/	No se requiere información adicional	Se revisó por parte de personal administrativo el informe de gestión de riesgos institucional y el informe de gestión de riesgos de la UICHA, los cuales se encuentran en la página web institucional, los mismos que se encuentran en la página web institucional, los mismos que se encuentran en la página web institucional. Por lo anterior se decide el ver de control.

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
Noviembre 09 de 2021 Diciembre 01 de 2021	Rastreo	No se cuenta con evidencias que sustenten el cumplimiento de esta acción Informe de riesgos abril 2021	No se requiere información adicional.	No se cuenta con los Riesgos Estratégicos definidos para la UQMA, se cuenta con una propuesta de los mismos la cual se va a presentar al Comité Institucional de Gestión y Desarrollo. La acción continúa abierta y se evaluará posteriormente. Diciembre: En las nuevas evidencias entregadas por la institución, se puede observar que el informe con corte a abril de 2021 contiene los siguientes temas: Introducción, marco legal, plan de trabajo administración de los riesgos 2021, actividades realizadas, análisis monitoreo de	Abierta

Planación Institucional	
Seguimiento realizado por el Proceso de Planación Institucional Fecha: 23 DE JUNIO DE 2023 (correo de envío de información)	Soportes suministrados por el Proceso de Planación Institucional
Riesgos Estratégicos fueron aprobados en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño mediante acta No. 01 del 24 de enero de 2022.	Anexo acta No. 1 - Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 24 de enero de 2022.

Análisis realizado por la Dirección de Control Interno				
Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de informaciones adicionales	Conclusión
Julio 05 de 2022	Observación Inspección	Acta No. 1 - Comité Institucional de Gestión y Desarrollo del 24 de enero de 2022.	Acciones a seguir en el caso de materialización de un riesgo, responsable y acción a seguir). Además en la matriz se adiciona una columna donde se dejará el registro de las acciones a seguir en caso de materialización de un riesgo.	Se observa el acta No. 1 del 24 de enero de 2022, del comité institucional de gestión y desarrollo, en el acta No. 1 se observa "Presencia de riesgos: ¿Presencia de riesgos? Respuesta: "Pendientes" En el archivio en Excel, se puede observar un plan de acción y un plan de contingencia ante posible materialización del riesgo. Por lo anterior, la acción se cierra.

Noviembre 09 de 2021	Rastreo	No se cuenta con evidencias que soporten el cumplimiento de esta acción	No se requiere información adicional.	La Institución está adelantando el estudio de modernización administrativa, la cual está contemplada dentro del Plan de Desarrollo. Acción sin avance, ya que cuenta con el diagnóstico que se está llevando por la UDEA lo tanto continúa abierta y se evaluará posteriormente.	Abierta	Se realizó seguimiento al contexto interno y externo con el monitoreo a los riesgos a abril de 2021 y se actualizó a abril 2022. Anexo informes con contexto interno y externo a abril de 2021 y 2022.	Julio 05 de 2022	Observación Inspección	Contexto de admisiones vigencia 2021 y 2022	No se requiere información adicional	Soporte 3. Se tiene como soporte el contexto de admisiones y registro de las vigencias 2021 y 22, en el formato se establecen factores político, económico, social, factores tecnológicos, ambiental, legal, análisis interno, contexto del proceso e identificación de activos. Por lo anterior, la acción se cierra.	CERRADA
Noviembre 09 de 2021	Rastreo	No se cuenta con evidencias que soporten el cumplimiento de esta acción	No se requiere información adicional.	Acción sin avance, por lo tanto continúa abierta y se evaluará posteriormente.	Abierta	El estudio de modernización administrativa fue entregado por la Universidad de Antioquia en el mes de diciembre de 2021, la cual está en proceso de revisión, ajustes y aprobación por parte del Consejo Directivo. Estudio modernización administrativa.	Julio 05 de 2022	Observación Inspección	Estudio modernización administrativa.	requiere información	Se cuenta con el soporte 6, diseño organizacional ASESORIA, ASISTENCIA TÉCNICA Y METODOLÓGICA EN LA ELABORACIÓN DEL ESTUDIO TÉCNICO DE REDISEÑO ORGANIZACIONAL PARA LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA, el cual debe de ser aprobado por el Consejo Directivo de la Institución. Por lo anterior, la acción se cierra.	CERRADA
Noviembre 09 de 2021	Observación	Evidencia plan de comunicaciones, soporte 3.	No se requiere información adicional.	En el soporte entregado por la institución, se puede observar el listado de asistencia evento plan de comunicaciones y mercado del 22 de julio del 2021. No se cuenta con los soportes de la revisión de las políticas y procedimientos del proceso de comunicaciones con el fin de presentar nuevos y mejores procesos de comunicación internos. Por lo anterior, la acción queda en estado abierta y será evaluada posteriormente.	Abierta	Evidencia G+. Se han actualizado los siguientes documentos: Gestión de Comunicaciones informa que se han realizado actualizaciones a procedimientos, procesos y formatos. CM-PR-001: Atención de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y/o denuncias. CM-PR-003: Medición de la satisfacción del cliente. CM-IT-003: Carnetización. CM-MA-005: Manual de protocolo de atención al cliente.	Julio 05 de 2022	Observación Inspección	CM-PR-001: Atención de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y/o denuncias. CM-PR-003: Medición de la satisfacción del cliente. CM-IT-003: Carnetización. CM-MA-005: Manual de protocolo de atención al cliente.	requiere información	CM-PR-001: actualizado el 07-02-2023 CM-PR-003: actualizado el 07-02-2023 CM-IT-003: actualizado el 07-02-2023 CM-MA-005: actualizado el 07-02-2023 Por lo anterior la acción se da por cerrada	CERRADA
Noviembre 09 de 2021	Rastreo	No se cuenta con evidencias que soporten el cumplimiento de esta acción	No se requiere información adicional.	En las reuniones que se han llevado a cabo por parte del CICC y como instancia responsable del mantenimiento y fortalecimiento del sistema de control interno, no se ha efectuado un análisis de los informes recibidos de entes externos y concluyo sobre el impacto en el Sistema de Control Interno. Por parte del secretario del CICC se propuso el tema, el mismo no fue aprobado por rectoría.	Abierta	Este es un compromiso de Control interno. En reunión del día 22/06/2022, se presentó el asunto: "Análisis de los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros), para que se realice socialización y se determine el impacto en el Sistema de Control Interno de la institución y si se cuenta con acciones a implementar." Soporte en Control Interno.	Julio 05 de 2022	Observación Inspección	lo se presenta soporte	requiere información	El 22 de junio de 2022, se llevó a cabo el CICC, en la agenda de la reunión se trató el siguiente tema: 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 se determine el impacto en el Sistema de Control Interno de la institución y si se cuenta con acciones a implementar. Acta 001 del CICC. Por lo anterior se da por cerrada la acción.	CERRADA
Noviembre 09 de 2021	Observación	Programación reducción Presentación líneas de defensa	No se requiere información adicional	Si bien en la reinducción institucional llevado a cabo el 17 de agosto del 2021, se socializó las responsabilidades de las líneas de defensa, resolución 090 de 2020, la misma no da cuenta de qué se efectuó el monitoreo continuo de las actividades de la 2a línea de defensa, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones. Por lo tanto la acción queda abierta. Diciembre: Se aclara por parte de la líder del proceso de planeación institucional, que la acción hace referencia a la socialización de la resolución de las tres líneas de defensa. En las auditorías realizadas con la...	Abierta	Programación reinducción. Además desde la Oficina de Planeación como segunda línea de defensa se realiza el seguimiento a la Gestión de los riesgos institucionales y se presentan los informes pertinentes a los Comités Institucional de Gestión y Desempeño y Comité Coordinador de Control Interno. Sonores actas de los...	Julio 05 de 2022	Observación Inspección	Programación reinducción. Acta No. 02 del Comité Institucional de Gestión y desempeño	requiere información	En el soporte 2 de la carpeta de SOPORTE ABIERTAS 2020, se puede observar en la programación del 17 de agosto del 2021, el tema a exponer de los "Responsabilidades líneas de defensa Resolución 090 de 2020" En el acta No. 02 del 18 de mayo de 2022, en el orden del día se puede observar en el numeral tres (3) el informe de seguimiento de riesgos institucionales con corte 100 de abril de 2022. Por lo anterior la acción se da por cerrada.	CERRADA

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
Noviembre 09 de 2021 Diciembre 01 del 2021	Rastreo	No se entregó soportes para evidenciar la ejecución de la acción.	No se requiere información adicional	Se tiene en cuenta con el análisis de contenido elaborada para el plan de desarrollo 2020-2023, los cuales poseen el seguimiento y la efectividad de las acciones de contenido elaboradas. Por lo tanto, la acción quedó en estado de alta participación y se evaluó positivamente. Adicionalmente, se realizó el análisis de contenido para la realización, el cual se evidenció el análisis de contenido estratégico para el desarrollo de la acción con alto a alto y medio para proceso. Se entregó, se se se entregó a los técnicos docentes y docentes, de los estudiantes continúan en el ambiente que determinan cuando tengan la acción y los estudiantes. Estado de la acción: alto.	Abierta

Planificación Institucional	
Seguimiento realizado por el Proceso de Planificación Institucional Proche 23 DE JUNIO DE 2022 (SERVIO DE LA INFORMACIÓN POR CORREO)	Reportes suministrados por el Proceso Planificación Institucional
Se realizó seguimiento al contexto interno y externo con el monitoreo a los riesgos a abril de 2021 y se actualizó a abril 2022.	Anexo informes con los seguimiento contexto interno y externo a abril de 2021 y 2022.

Anexo retenido por la Dirección de Contraloría				
Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencia analizada	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
Julio 05 de 2022	Observación Inspección	Contexto de adiciones vigencia 2021 y 2022	No se requiere información adicional	Supuesto 3, Se tiene como soporte el contexto de adiciones y registros de las vigencias 2021 y 22, en el formato de estándares facturas (códigos, económicos, social, facturas, identificadores, ambiental, legal, estado interno, contexto del proceso e identificación de activos.

Fecha de verificación	Técnicas de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
Noviembre 09 del 2021 Diciembre 01 al 07 2021	Rastreo y observación	Acta No. 1-6 del 2021, Control institucional de Gestión y Desarrollo. Acta No. 1-9 del 2021, Control institucional de Gestión y Desarrollo, Suplen 8. Acta No. 4-6 del 2021, Control institucional de Gestión y Desarrollo, Suplen 8. Informe para la reunión por la Dirección	No se requiere información adicional.	En las siguientes actividades por el Instituto se puede observar: A. Acta No. 1, se trabajan los siguientes temas: Proyecto político de Planación Institucional. Informe médico MRC – Función Política. Prestar apoyo Presidencia Dado Antequista Informe Gestión de Riesgos. Por implementación actualización para la administración de las regiones. Acta No. 4, se trabajan los siguientes temas: Acciones que se promuevan para la Planación Institucional. Proyecto Político Gestión Informacional de Estadísticas. Proyecto Política Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. B. Acta No. 9, se trabajan los siguientes temas: Proyecto Política Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Gestionamiento de acciones dentro del Sistema de Gestión Integral. SIC- 2021. Acta No. 5, se trabajan los siguientes temas: Presentación de Acciones Finales para aprobación de Política de Planación Institucional, Gestión Informacional Estadística y Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Respaldando Placeres. C. Proyecto Política de Administración de Riesgos, Respaldando Placeres. D. Proyecto de Política de Servicio al Ciudadano. E. En las siguientes actividades por el Instituto se puede observar: 1. Acta No. 3, se trabajan los siguientes temas: Proyecto político de Planación Institucional. Informe médico MRC – Función Política. Prestar apoyo Presidencia Dado Antequista Informe Gestión de Riesgos. Por implementación actualización para la administración de las regiones. Acta No. 4, se trabajan los siguientes temas: Resolución que se promueva para la Planación Institucional. Proyecto Político Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. F. Acta No. 6, se trabajan los siguientes temas: Proyecto político de Planación Institucional. Informe médico MRC – Función Política. Prestar apoyo Presidencia Dado Antequista Informe Gestión de Riesgos. Por implementación actualización para la administración de las regiones. Acta No. 9, se trabajan los siguientes temas: Presentación de Acciones Finales para aprobación de Política de Planación Institucional, Gestión Informacional Estadística y Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Respaldando Placeres. G. Proyecto Política de Administración de Riesgos, Respaldando Placeres. H. Proyecto de Política de Servicio al Ciudadano. I. Para evidenciar que las actividades propuestas en sus acciones, se elabora un cuadro con causal de información como lo es la siguiente tabla Funcionamiento. Por consiguiente, la acción continúa activa.	Parcialmente cerrada.
Noviembre 09 del 2021 Diciembre 01 al 07 2021	Rastreo y observación	Acta No. 1-6 del 2021, Control institucional de Gestión y Desarrollo, Suplen 8. Acta No. 1-9 del 2021, Control institucional de Gestión y Desarrollo, Suplen 8. Informe para la reunión por la Dirección	No se requiere información adicional.	En las siguientes actividades por el Instituto se puede observar: A. Acta No. 1, se trabajan los siguientes temas: Proyecto político de Planación Institucional. Informe médico MRC – Función Política. Prestar apoyo Presidencia Dado Antequista Informe Gestión de Riesgos. Por implementación actualización para la administración de las regiones. Acta No. 4, se trabajan los siguientes temas: Resolución que se promueva para la Planación Institucional. Proyecto Político Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. B. Acta No. 9, se trabajan los siguientes temas: Proyecto Política Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Gestionamiento de acciones dentro del Sistema de Gestión Integral. SIC- 2021. Acta No. 5, se trabajan los siguientes temas: Presentación de Acciones Finales para aprobación de Política de Planación Institucional, Gestión Informacional Estadística y Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Respaldando Placeres. C. Proyecto Política de Administración de Riesgos, Respaldando Placeres. D. Proyecto de Política de Servicio al Ciudadano. E. Para evidenciar que las actividades propuestas en sus acciones, se elabora un cuadro con causal de información como lo es la siguiente tabla Funcionamiento. Por consiguiente, la acción continúa activa.	Parcialmente cerrada.
Noviembre 09 del 2021 Diciembre 01 al 07 2021	Rastreo	No se entregan soportes que dan cuenta del cumplimiento de la acción	No se requiere información adicional.	Como información contextual, se puede mencionar: El estudio político de Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, si no está aprobado inicialmente por el Consejo Institucional se envía al Concejo Directivo, este aprobado por el Concejo Directivo se envía al Concejo Administrativo. El estudio que se recibe en respuesta para dar seguimiento. El informe médico y el proceso de evaluación Institucional, se aplica el Acta 9 para presentar el tema, los de transigencia y acceso a la información pública. Se establece una reunión de seguimiento. Se cumple cada acción en su momento. Se cumple cada fecha de los de seguimiento, Resoluciones Nacionales. No se tiene compromisos que permitan demostrar que se encuentran funcionando los software de información, estadísticas, Plata Institucional PPA de ACCION. Como se indica en el requisito sobre el procedimiento, "Para el manejo de los riesgos debe ser oportuno e inmediato por el software de G". Para la anterior la acción puede estar la efectividad de la misma es actual y permanente.	Parcialmente cerrada.
Noviembre 09 del 2021 Diciembre 01 al 07 2021	No se entregan soportes que dan cuenta del cumplimiento de la acción	No se requiere información adicional.	No se requiere información adicional.	Determinó lo resultó con los diferentes funcionarios de la institución que hacen parte del proceso de planeación se puede constatar que: El software de información, Estadística se encuentra funcionando. Por de Acciones se encuentra funcionando. Por Indicativos se encuentra funcionando. Proyecto Banco de proyectos está funcionando. Riesgos, en este momento está controlado con G+. El requerimiento es en la región 2021. Planes de mejoramiento se están cumpliendo la información en el Censo epidemiológico, para estar al día de manera con los planes de mejoramiento de los programas académicos, se tiene previsto utilizar	Parcialmente cerrada.

[illegible]

Análisis realizado por la Dirección de Control Interno			
Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales
Julio 06 del 2022	Observación Inspección	Informe de Gestión de Riesgo 2021 Imágenes de riesgos institucionales https://www.colcultor.edu.co/institucion/gestion-de-riesgos/institucional-7/	No se requiere información adicional Supremo 1 de la corteja CODIGO PARACALENTI 2020 La acción se da por cerrada
Julio 06 del 2022	Observación Inspección	Informe de Gestión de Riesgo 2021 Imágenes de riesgos institucionales https://www.colcultor.edu.co/institucion/gestion-de-riesgos/institucional-7/	No se requiere información adicional Supremo 1 de la corteja SUPORTE PARACALENTI 2020 La acción se da por cerrada
Julio 06 del 2022	Observación Inspección	Acuerdo No. 023 del 17 de diciembre de 2021, por el cual se garantiza la gestión de la Transparencia y Acceso a la Información Pública	Supremo 2- Acuerdo No. 023 del 17 de diciembre de 2021, por el cual se actualiza la política de Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública La acción se da por cerrada
Julio 06 del 2022	Observación Inspección	revisión y perfiles en caso	No se requiere información adicional Caso: Información suministrada de da por cerrada la acción

November 10 del 2021 No se entregan soportes que dan cuenta del cumplimiento de la acción	No se realizó con puntualidad los permisos necesarios para el puntaje tecnológico de los software de software. Plan indicativo y Plan de Acción. Sección de datos se entregó el día del plan indicativo, "Pasa el tiempo de los registros así se empezó a manejar por el software de la acción" Por la intención la acción quedó abierta y la efectividad de la misma se anuló por completo. Revisión: se realizó con los diferentes funcionarios de la institución y se hacen parte del proceso de planeación y se concluyó con: - El software de indicadores, Estadística: se encuentra funcionando. - Plan de Acción se encuentra funcionando. - Plan de Indicativo se encuentra funcionando. - Procedimientos de apoyo de la información. - Según el error mencionado está controlado con la la implementación de la tecnología de datos. - Plan de Mejoramiento se está aplicando la información de los datos requeridos, para poder el día del sistema con la gestión de la información de los datos requeridos. - Se han permitido alinear desde planeación institucional para el día del.	Parcialmente cerrada
November 10 del 2021 No se entregan soportes que dan cuenta del cumplimiento de la acción	No se realizó con puntualidad los permisos necesarios para el puntaje tecnológico de los software de software. Plan indicativo y Plan de Acción. Sección de datos se entregó el día del plan indicativo, "Pasa el tiempo de los registros así se empezó a manejar por el software de la acción" Por la intención la acción quedó abierta y la efectividad de la misma se anuló por completo. Revisión: se realizó con los diferentes funcionarios de la institución y se hacen parte del proceso de planeación y se concluyó con: - El software de indicadores, Estadística: se encuentra funcionando. - Plan de Acción se encuentra funcionando. - Plan de Indicativo se encuentra funcionando. - Procedimientos de apoyo de la información. - Según el error mencionado está controlado con la la implementación de la tecnología de datos. - Plan de Mejoramiento se está aplicando la información de los datos requeridos, para poder el día del sistema con la gestión de la información de los datos requeridos. - Se han permitido alinear desde planeación institucional para el día del.	Parcialmente cerrada

[illegible]

julio 06 del 2022	Observación inspección	matrón y personal en Cr.	No se requiere información adicional	Con la información suministrada se da por cerrada la acción.
julio 06 del 2022	Observación inspección	matrón y personal en Cr.	No se requiere información adicional	Con la información suministrada se da por cerrada la acción.

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

[illegible]

Planificación Institucional	
Seguimiento realizado por el Proceso de Planificación Institucional Fecha: 1. La segunda línea de defensa deberá informarse a diciembre de 2023, sobre la gestión de los riesgos donde incluye los riesgos en los niveles altos y críticos y riesgos materiales. Además en los riesgos de riesgo se tiene el registro de los materiales requerimientos para mitigar los riesgos 2. En el informe de Gestión del Riesgo se describe el tratamiento dado a los riesgos materiales.	Reportes suministrados por el Proceso Planación Institucional 1. Informe de Gestión de Riesgos 2023 https://www.colmeyer.edu.co/sites/default/files/planacion-institucional/planacion-institucional-7/

Activo realizado por la Dirección de Control Interno				
Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
Julio 06 de 2022	Observación	1. Informe de Gestión de Bienes 2021	No se requiere información adicional	La Dirección de Bienes del municipio de Bogotá, D.C., no tiene un procedimiento que establezca la metodología para la elaboración del Informe de Gestión de Bienes, por lo tanto, no se puede garantizar la confiabilidad de la información presentada en el Informe de Gestión de Bienes 2021.
Julio 28 de 2022	Inspección	Link etapa de riesgos institucionales https://www.colombey.edu.co/informacion/informacion-institucional/17		La Dirección de Bienes del municipio de Bogotá, D.C., no tiene un procedimiento que establezca la metodología para la elaboración del Informe de Gestión de Bienes, por lo tanto, no se puede garantizar la confiabilidad de la información presentada en el Informe de Gestión de Bienes 2021.

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
November 09 del 2021	Revisio	No se entregan expedientes que den cuenta del cumplimiento de la acción	No se requiere información adicional	En la reunión instruccional llevada a cabo los días 17 y 18 de agosto, se entregó textos como: - Código de integridad, Cica y Buen Gobierno. -Manual de Supervisión. No se cuenta con expedientes en cuenta a: Manual de Control de Calidad, Manual de Buenas Prácticas (Procedimientos actualizados). Dado lo anterior, la acción queda en un estado de parcialmente cerrada y posteriormente será evaluada.	
Diciembre 01 de 2021				Se debe lo anterior, se analiza que la acción quede en estado de parcialmente cerrada y posteriormente será evaluada.	Parcialmente cerrada.

Planificación Institucional	
Seguimiento realizado por el Proceso de Planificación Institucional Fecha 23 de JUNIO de 2022 (VIVO DE LA INFORMACIÓN POR CORRIENTE)	Reportes suministrados por el Proceso de Planificación Institucional 1. Informe de Gestión de Rangoes 2021 y nómina de riesgos institucionales: https://www.colmagister.edu.co/institucional/planimon-institucional/planimon-institucional-17 La segunda línea de defensa elaboró informe a diciembre de 2021, sobre la gestión de los riesgos donde incluye los riesgos en los niveles Alto y extremo y riesgos materializados. Adjunta en los anexos de riesgo se tiene el registro de los controles implementados para mitigar los riesgos.

Activa realizada por la Dirección de Control Interno				
Fecha de verificación	Técnica de muestra empleada	Evidencias analizadas	Requisitos de información documentada	Conclusión
Julio 06 del 2022	Observación	3. Informe de Gestión de Risgo 2021 y lista magna de riesgos institucionales	No se requiere información adicional	No se cuenta los registros que demuestren el cumplimiento de la acción de actualizar los planes de contingencia y flash informativos.
Julio 28 del 2022	Inspección	https://www.colombiaweb.org/efichas/consultas/planes-contingencia/contingencias-institucionales-3/	No se requiere información adicional	Se le anterior la acción continúa parcialmente acatada. El 23 de junio se emitió por medio de flash institucional un correo sobre el evento "Conocer y aplicar la Política de Administración del Riesgo" por lo tanto la acción se ha completado.

ACCIONES ABIERTAS

VIGENCIAS 2017,

2018, 2019 y 2020

PLAN DE MEJORAMIENTO - HALLAZGOS Y OBSERVACIONES DE AUDITORÍAS DE CONTROL INTERNO													
PLAN DE MEJORAMIENTO - HALLAZGOS Y OBSERVACIONES DE AUDITORÍAS DE CONTROL INTERNO													
PROCESO:	GESTION LEGAL										PLAN DE MEJORAMIENTO N°:		
Radicado de la Auditoria	Fecha de la Auditoria	N° del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo		Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias
					Fecha de inicio	Fecha de terminación			Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %	
2020305680	21/12/2020	8.1.6	Actividades de control	Se realizará una auditoria interna a partir de una muestra representativa, con el fin de establecer observaciones y mejoras en la elaboración de estudios previos, revisión de contratos, procesos de mínima cuantía y otros procesos de selección pública.	1/5/2021	30/5/2021	Fortalecer la evaluación de puntos de control y riesgos	1/06/2021 30/06/2022	Gestión legal	Gestión legal			

Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
Noviembre 10 de 2021 Diciembre 01 de 2021		No se entrega soportes	Se solicita informar la nueva fecha de obtención de resultados	Diciembre: La nueva fecha de obtención de resultados es a junio del 2022, por lo tanto, la Acción continúa abierta dentro de la fecha establecida y se evaluará posteriormente.	Abierta

Secretaría General - Coordinación Jurídica		Análisis realizado por la Dirección de Control Interno				
Seguimiento realizado por el Proceso de Secretaría General - Coordinación Jurídica Fecha: 8/06/2022.	Soportes suministrados por el Proceso de Secretaría General - Coordinación Jurídica	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
Como parte de la implementación de la acción, se realizó una reunión con la Profesional de Control Interno el 9 de noviembre de 2021, para analizar la procedencia de la acción propuesta. Sin embargo, se concluyó que la misma no es procedente, en tanto, pese a la operatividad y carga administrativa que implica, no tiene vocación de cerrar la acción frente al hallazgo, dado que mientras exista algún tipo de inconsistencia en la información, la misma seguirá abierta. Por lo cual, no se considera que sea un control efectivo. Sin embargo, la unidad de contratación ha venido periódicamente revisando la contratación con el fin de asegurar la integridad y veracidad de los documentos contractuales. Por tal razón, se solicita que la acción se modifique en el sentido, de establecer como punto de control, la revisión jurídica, técnica y de la secretaría general previa suscripción de los contratos, la cual puede ser validada con la base de datos que se relaciona en las acciones precedentes.	Base de datos de contratación. Acta de reunión del 9 de noviembre de 2021.	30 de junio de 2022	observación	177. Acta No. 177- noviembre 09 del 2021- asesoría GL	No se requiere información adicional	Se solicita por parte de la institución se modifique la acción, por lo tanto la nueva acción será evaluada posteriormente a diciembre del 2022. ABERTA A DIC 2022

Seguimiento al plan de mejoramiento de Gestión de Legal Vigencias anteriores (2017, 2018, 2019)

Hallazgo	Acción propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión III
7.3.5 Actividades de control establecidas para el proceso En las actividades de control descritas en la caracterización del proceso con código GL-CA-001, versión 7 del 16 de noviembre de 2017, y para los procedimientos GL-PR-001, versión 1 del 16 de junio de 2015, Revisión de contratos interadministrativos, convenios de prácticas y otros y GL-PR-008, versión 0 del 29 de octubre de 2014, Adquisición de bienes de mínima cuantía, se estableció que las mismas no cumplen con todas las características que debe poseer una actividad de control, tal y como lo precisa la "Guía para la "Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital", en su versión 4, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, en octubre de 2018". Ver Tabla 8. Pasos para el diseño de controles. A continuación, se presenta una síntesis de las actividades de control identificadas en la caracterización del proceso GL-CA-001, versión 7 del 16 de noviembre de 2017 y en los procedimientos referenciados en el párrafo anterior, con su respectiva evaluación. Ver Tabla 9. Síntesis actividades de control - Caracterización del proceso Igual situación se presenta para los procedimientos: GL-PR-001, versión 1 del 16 de junio de 2015, Revisión de contratos interadministrativos, convenios de prácticas y otros. GL-PR-008, versión 0 del 29 de octubre de 2014, Adquisición de bienes de mínima cuantía. Ver Tabla 10. Síntesis actividades de control - procedimiento GL-PR-001 Revisión de contratos interadministrativos, convenios de prácticas y otros Ver Tabla 11. Tabla 11. Síntesis actividades de control - procedimiento GL-PR-008 Adquisición de bienes de mínima cuantía	Se revisarán las actividades de control tanto en la caracterización como en los procedimientos del proceso, con el fin de establecer las modificaciones que se consideren necesarias de conformidad con la "Guía para la "Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital", en su versión 4, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, en octubre de 2018".	Junio 22 del 2021	Observación	No se cuenta con nuevos soportes	No se realiza requerimiento de información adicional	Con la información suministrada, no se puede medir ni el cumplimiento de la acción ni la efectividad de la misma, la evaluación se realizará posteriormente, donde se evidenciará los ajustes a los controles establecidos en el documento denominado caracterización y a los procedimientos, por tal motivo, la acción continua en estado abierto .
7.3.1 Reglamento del comité de conciliación Es importante que el Comité de conciliación revise y ajuste el contenido de la resolución No. 138 de 2018, a fin de que la misma incluya todos los aspectos inherentes a su funcionamiento. Como mejor práctica se puede considerar el contenido del "Protocolo para la Gestión de los Comités de Conciliación", con relación al reglamento de comité de conciliación, que determina: Integración del Comité. Usar los cargos de las personas que integran el Comité y cuáles son sus respectivos suplentes. Descripción del procedimiento a seguir para la elaboración y aprobación del orden del día. Procedimientos internos en cuanto a convocatorias, citaciones, votaciones y quórum; desarrollo de las sesiones ordinarias, desarrollo de sesiones extraordinarias, realización de sesiones no presenciales, asistencia de un miembro o invitado, control de asistencia y justificación de ausencias, trámite de impedimentos y conflictos de interés22, toma de decisiones, trámite de proposiciones. Descripción del procedimiento para la elaboración, revisión, suscripción y conformación de los actos del Comité de Conciliación. Descripción del procedimiento para la presentación y trámite de las fichas técnicas para el estudio de los casos en materia de conciliación, repetición, y llamamiento en garantía con fines de repetición. Para ello se sugiere utilizar la plantilla que tiene el sistema único de información y gestión litigiosa. Lo antes expuesto a fin de evitar la materialización de un riesgo como el de incumplimiento normativo, el que a su vez podría generar para la institución, desacuerdo en la toma de decisiones, reprocesos, sobrecostos e inclusive investigaciones y/o sanciones por parte de los Órganos de Control.	ajustar el contenido de la resolución No. 138 de 2018, teniendo como referente el "Protocolo para la Gestión de los Comités de Conciliación" de la Agencia Nacional para la Defensa Jurídica del Estado	Junio 22 del 2021	Observación	No se cuenta con nuevos soportes	No se realiza requerimiento de información adicional	se notifica por medio de memorando del 25 de junio enviado por medio de correo electrónico, que la nueva fecha de obtención de resultados es el 31 de agosto de 2021, por lo tanto la acción continua en estado abierto y se evaluará posteriormente.

Secretaría General - Coordinación Jurídica	
Seguimiento realizado por el Proceso de Secretaría General - Coordinación Jurídica Fecha: 08 de junio de 2021 (fecha de envío de la solicitud)	Soportes suministrados por el Proceso de Secretaría General - Coordinación Jurídica
La revisión de los procedimientos internos se encuentra pendiente de actualización debido a los recientes cambios a causa de la implementación del Sistema SECCOP II en procesos de mínima cuantía y subasta. Por lo anterior, se solicita modificar la acción en el sentido de obtener plano para su implementación sea hasta diciembre de 2022.	
En primer lugar, se precisa que en la vigencia pasada se solicitó la modificación de la acción, en el sentido de indicar que el Protocolo de la ANDEI no es vinculante para las entidades del orden nacional, por lo cual, la revisión del acto administrativo no tenía por objeto su adecuación a este instrumento. Por lo anterior, se evaluaría la pertinencia de actualizar o modificar la Resolución existente, de cara a la reestructuración de la planta que se adelanta al interior de la institución. En ese sentido, la acción no ha sido ejecutada, dado que la modificación de la Resolución 138 de 2018, mediante la cual se conforma el Comité de Conciliación, se debe realizar en consonancia y armonía con el proceso de reestructuración de la planta administrativa que se encuentra adelantando la institución y de los cambios normativos en los estatutos internos que se encuentran en etapa de discusión y aprobación. Por lo anterior, la acción se ejecutará en la medida que estos cambios se adopten en la institución, con el fin de que el cambio normativo sea pertinente y eficaz. No obstante, la norma actual no genera ningún tipo de riesgo para la institución, pues da cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1069 de 2015.	

Análisis realizado por la Dirección de Control Interno					
Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión	
29 de junio de 2022				Se solicita por parte de la institución ampliación de la implementación de la acción a diciembre del 2022, por lo tanto, la acción continúa abierta.	ABIERTA A DICIEMBRE DE 2022
29 de junio de 2022				Se hará seguimiento a la acción a diciembre del 2022, por lo tanto, la acción continúa abierta.	ABIERTA A DICIEMBRE DE 2022

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

AUDITORÍA BASADA EN RIESGOS PROCESO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO ALCANCE NÓMINA										PLAN DE MEJORAMIENTO N°:			
Radicado de la Auditoría	Fecha de la Auditoría	N° del hallazgo y/o observación	Descripción hallazgo y/o observación	Acción Mejoramiento	Plazo		Objetivo que se busca lograr	Fecha obtención de resultados	Responsables		Seguimiento		Evidencias / RESPUESTA ENTREGADA POR EL LÍDER DEL PROCESO (octubre 11 del 2021)
					Fecha de inicio	Fecha de terminación			Dependencia	Funcionario Responsable	Cumplimiento de la acción %	Efectividad %	
			8.1.3 Transferencia de conocimiento Lo que permite identificar que, en su mayoría el equipo de Gestión del Talento Humano está conformado por contratistas y que dos (2) de ellas, son responsables del proceso de nómina. El que el equipo de trabajo responsable del procedimiento de la nómina esté conformado en su mayoría por contratistas, representa un riesgo de gestión para la Institución, considerando que sus contratos son por prestación de servicios y cabe la posibilidad de que no sean renovados, situación que se constituye en un riesgo por toda la operatividad que se debe efectuar para liquidar las diferentes nóminas de la Institución Al respecto determina el Decreto 1499 de 2017 a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y gestión – MIPG, versión 3 de diciembre de 2019: “En síntesis, la gestión del conocimiento y la innovación dentro del MIPG busca que las entidades: (...) ☐ Mitiguen la fuga de conocimiento. (...) ☐ Identifiquen y transfieran el conocimiento, fortaleciendo los canales y espacios para su apropiación. <u>“Promuevan la cultura de la difusión y la comunicación del conocimiento en los servidores.”</u> 8.1.5 Evaluación actividades de control	La estructura del área esta definida de esta manera, sin embargo se escalara el caso a la alta dirección en miras de su fortalecimiento. Si bien la mayoría del personal del área son contratistas, se tiene establecido que se deben tener los backups para cada cargo, esto es, en el evento que algún contratista no pueda realizar las labores, estas deben ser suplidas por otra persona del área. Aun se encuentra en proceso el estudio de modernización administrativa en la cual se definirán las estructuras del área. No obstante en el área se continuara con las personas actuales a fin de prestar el servicio.	1/04/2021		estabilización en el área a fin de no incurrir en riesgos		Talento Humano-Directivas	Líder TH			Actualmente se esta realizando el estudio de Modernización Administrativa con la finalidad de identificar y establecer la planta de personal apta para la entidad. No obstante mientras ello sucede, se continua la estructura actual con los contratistas a fin de ejecutar el proceso y no ver afectada la institución. Noviembre 08 del 2021, análisis realizado por control interno: No se propone acción para este hallazgo, quedando en estado abierta. Es necesario se plantee una acción que evite la materialización de un riesgo y la misma se evaluara posteriormente, sin fecha de obtención de resultados.
			El Departamento Administrativo de la Función pública, establece en la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital, versión 4 de octubre de 2018, las “variables a evaluar para el adecuado diseño de controles”, como se detalla a continuación: En evaluación de actividades definidas en el procedimiento de nómina, código TH-PR-013, versión 3 del 22 de septiembre de 2020, se determinó que las mismas no dan cumplimiento a lo establecido en la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, como se detalla a continuación:	Se realizara revisión del procedimiento con la persona encargada de riesgos. Estamos en proceso de actualización.	1/05/2021	31/12/2021		31/12/2021	Talento humano - Riesgos	Líder TH - responsable de riesgos			Revisao el procedimiento se puede observar que en varias de las actividades se tienen acciones de control tales como la revisión de..... No obstante con apoyo del área de riesgos se evaluara mas a fondo el procedimiento y se realizara los cambios, correcciones o actualizaciones a que de lugar. Con la revisión de las matriz de riesgos se esta fortaleciendo la identificación de estos. Noviembre 08 del 2021, análisis realizado por control interno: Se cuenta con el soporte 04, en el mismo se puede observar que el procedimiento de nómina, código TH-PR-013, versión 3 del 22 de septiembre de 2020, no se encuentra actualizado. Por lo tanto, la acción queda en estado abierta y se encuentra dentro de la fecha de obtención de resultados a diciembre del 2021.
Nombre del responsable:					Correo electrónico:						Teléfono y extensión:		

Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
Noviembre 08 del 2021	Observación		No se requiere información adicional	No se propone acción para este hallazgo, quedando en estado abierta, Es necesario se plantee una acción que evite la materialización de un riesgo y la misma se evaluara posteriormente, sin fecha de obtención de resultados.	Abierta
Noviembre 08 del 2021	Rastreo	No se suministraron evidencias.	No se requiere información adicional	Se cuenta con el soporte 04, en el mismo se puede observar que el procedimiento de nómina, código TH-PR-013, versión 3 del 22 de septiembre de 2020, no se encuentra actualizado. Por lo tanto, la acción queda en estado abierta y se encuentra dentro de la fecha de obtención de resultados a diciembre del 2021.	Abierta

Gestión del Talento Humano	
Seguimiento realizado por el Proceso Gestión del Talento Humano Fecha:	Soportes suministrados por el Proceso de Gestión del Talento Humano
En el estudio de Modernización Administrativa se tiene como propuestas crear un cargo para el área de nómina y seguridad social.	anexo pantallazo de la propuesta
Se realizará la actualización del procedimiento en consonancia con la matriz de riesgos y controles actualizada. Sin embargo se aclaramos que si bien el procedimiento no esta actualizado, los controles se llevan a cabo.	Plazo a 31/12/2022

Análisis realizado por la Dirección de Control Interno				
Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
28 de junio de 2022	Observación Inspección	Soporte 5: pantallazo de la denominación del cargo de técnico administrativo con observación e nómina y seguridad social.	No se requiere información adicional	La acción continúa abierta toda vez que no se cuenta con el cargo ocupado, no se cuenta con una fecha de obtención de resultados definida.
28 de junio de 2022		No se cuenta con soportes.	No se requiere información adicional	La acción continúa abierta toda vez que el líder del proceso solicita ampliación del plazo de obtención de resultados al 31 de diciembre de 2022.

ABIERTA

ABIERTA

Seguimiento al plan de mejoramiento de Tecnología e Informática Vigencia 2020

N.º de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento propuesta	Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
3	Deficiencias en la aplicación de la resolución 206 del 16 de noviembre de 2018, ya que los equipos de cómputo con placas 13667 y 17521 permiten descargar programas freeware (software libre) sin ninguna restricción	Revisión de políticas en perfiles de usuarios. Realizar chequeo aleatorio cada tres meses con un muestreo del sobre el total de pc en la Institución.	14/04/2021	Consulta	N/A	No se realiza requerimiento de información adicional.	La acción no es eficaz ya que no se cuenta con evidencias de la revisión trimestral. A 30/11/2020 fecha de obtención de resultados de la acción propuesta. La acción se encuentra en estado abierta.

Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimiento s de información adicionales	Conclusión	Estado de la acción
Noviembre 08 y 09 de 2021 Diciembre 01 del 2021	Observación	._Políticas en perfiles de usuarios _Revisión de políticas en perfiles de usuarios - Acta reunión # 3 _Revisión de políticas en perfiles de usuarios - Acta reunión # 1 _Revisión de políticas en perfiles de usuarios - Acta reunión # 2 _Revisión de políticas en perfiles de usuarios - Acta reunión # 4	No se solicita información adicional	Se observo en los actas suministradas por la institución lo siguiente: Acta No. 1 del 10 de agosto del 2020, orden del día: I) Verificación aleatoria de política en perfiles de usuarios, II) Aportar ideas para la implementación, III) establecer y determinar la mejor forma de realizar el procedimiento. Acta No. 2 del 18 de noviembre del 2020, orden del día: I) Evaluar cumplimiento de verificación, II) registro la verificación, III) conclusión de la verificación (todos los equipos verificados cumplen con las políticas de perfiles de los usuarios debido a que no permite instalar software sin autorización. Acta No. 3 de febrero 4 de 2021, orden del día: I) evaluar cumplimiento de verificación, II) registro de verificación, III) conclusión de la verificación. Acta No. 4 de mayo 5 de 2021, orden del día: I) evaluar cumplimiento de verificación, II) registro de verificación, III) conclusión de la verificación. En el seguimiento que se llevó a cabo en el primer semestre de la vigencia 2021, no se contaba con evidencias de la revisión trimestral al 30 de noviembre del 2020. La acción continúa abierta, ya que la información suministrada no es coherente con la realidad en el seguimiento anterior en especial con las actas No.1 y No. 2, y se evaluará posteriormente. La acción se encuentra fuera de la fecha establecida a noviembre del 2020.	Abierta

Tecnología y medios audiovisuales	
Seguimiento realizado por el Proceso Tecnología y medios audiovisuales Fecha:	Soportes suministrados por el Proceso de Tecnología e informática

Análisis realizado por la Dirección de Control Interno				
Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
Junio 28 de 2022 Julio 28 de 2022	Observación	chequeo aleatorio equipo	No se requiere información adicional	La fecha de implementación de la acción es a julio del 2022. La acción continúa abierta. Se adjunta evidencia y chequeo aleatorio del equipo portátil hp 3995a, donde se solicita los datos del administrador para la instalación de un software gratuito. Si un usuario requiere descargar un nuevo programa en los equipos de cómputo de la institución el antivirus siempre estará en funcionamiento para detectar cualquier amenaza al sistema, el programa no se podrá ejecutar por las restricciones que tiene el sistema institucional. La acción continúa abierta toda vez que si bien se envía el soporte de chequeo, el mismo no da cuenta de que el chequeo realizado sea trimestral, (no cuenta con la fecha de verificación), así mismo solo se envía un solo chequeo sobre el total de pc en la institución (510 equipos reportados a la Dirección de Control Interno), no se observa la muestra seleccionada y verificada. No se cuenta con soportes que den cuenta de la revisión de políticas en perfiles de usuarios. Las acciones continúan en estado abiertas.

ABIERTA

Seguimiento al plan de mejoramiento de Planeación Institucional -

Seguimiento plan de mejoramiento ASCI, semestre I de		
N.º del hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento
EVALUACION DE RIESGOS		
ACTIVIDADES DE CONTROL		
4	Es importante que la Institución defina una política con relación a contratar desarrollos de software, u optar por desarrollos propios o adquirir software, a fin de dar cumplimiento a la política de "gobierno digital", que precisa el decreto 1499 de 2017.	se inicio un trabajo con la ingeniería de la información, donde en el primer análisis, encontramos que todos los desarrollos de software que existen en la actualidad son realizados por empresas externas se han realizado de acuerdo a las necesidades de cada una de la áreas de la institución y solicitadas

OBSERVACIÓN PROCESO PLANEACIÓN INSTITUCIONAL - OCTUBRE 8 DE 2021
Noviembre 24 y 25
Desde el proceso de Tecnología se esta estructurando con el apoyo de Planeación la nueva política manejo del software, la cual esta programada su aprobación para el mes de diciembre de 2021.

Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
Noviembre 09 de 2021	Rastreo	No se cuenta con evidencias que soporten el cumplimiento de esta acción	No se requiere información adicional.	Acción sin avance, por lo tanto continúa abierta y se evaluara posteriormente.	Abierta

Planeación Institucional	
Seguimiento realizado por el Proceso de Planeación Institucional Fecha: 23 DE JUNIO DE 2022(correo de envió de información)	Soportes suministrados por el Proceso dPlaneación Institucional
Politica de manejo del software esta en proceso de elaboracion por parte de Tecnología. Fecha proyectada para la aprobación: diciembre 31 de 2022.	Politica en proceso de elaboración.

Análisis realizado por la Dirección de Control Interno				
Fecha de verificación	Técnica de auditoria empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	Conclusión
Julio 05 de 2022		No se presentaron soportes	equiere información a	La verificación de la acción de llevará a cabo en diciembre de 2022.

ABIERTA A DICIEMBRE DE 2022

N° de hallazgo	Hallazgo	Acción Mejoramiento	Análisis 1		OBSERVACIONES PRESENTADAS POR PLANEACIÓN OCTUBRE 8 DE 2021	Análisis realizado por la Dirección de Control Interno					
			Correo enviado el 29 de abril de 2020	Acción Mejoramiento propuesta		Fecha de verificación	Técnica de auditoría empleada	Evidencias analizadas	Requerimientos de información adicionales	conclusión	Estado de la acción
9 y 24	OMISION DE GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS Es pertinente que la institución fortalezca los "(...) mecanismos de control encaminados a asegurar el cumplimiento de las leyes y las regulaciones." (...) la correcta operación de las defensas." La existencia, aplicación y efectividad de tales controles se verifica a través de la autoevaluación (...) de conformidad con lo que determina el decreto 1609 de 2016, en el manual operativo del sistema de gestión -MPSG, versión 2 de 2018, para el componente actividades de control del riesgo en la entidad, del modelo estándar de control interno. La antes expuesto tiene como propósito minimizar la materialización de riesgos como el de incumplimiento normativo, evidenciados en las diferentes auditorías ejecutadas durante el periodo auditado. Soportes: https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/ https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legalas/	Realizar acciones que contribuyan a la correcta aplicación de Manual de Supervisión, Manual de Contratación, Manual de Buenas Prácticas, Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno, que contienen los lineamientos que contribuyen a minimizar los riesgos de incumplimiento normativo. Consecuencia de la emergencia sanitaria por la que se declara el estado de alarma debido a COVID-19, se analizará la pertinencia de realizar las socializaciones a final de la agenda. La institución solicita que la fecha de seguimiento para la actividad se realice a junio de 2023. Por lo tanto la acción continúa abierta.	Se envió análisis de esta respuesta el 27 de enero de 2020, donde se indicó: No se propone acción, es importante que la institución establezca acciones a fin de evitar la materialización de riesgos.	Realizar socializaciones y flash informativos que contribuyan a la correcta aplicación de Manual de Supervisión, Manual de Contratación, Manual de Buenas Prácticas, Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno, que contienen los lineamientos que contribuyen a minimizar los riesgos de incumplimiento normativo. Consecuencia de la emergencia sanitaria por la que se declara el estado de alarma debido a COVID-19, se analizará la pertinencia de realizar las socializaciones a final de la agenda.	La institución dentro del proceso de reinducción institucional realizado los días 17 y 19 de agosto de 2021, se socializaron los siguientes aspectos: - Manual de Supervisión. - Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno. - Personal Administrativo y docente de Planta: Capacitaciones y temas de relevancia a nivel institucional la asistencia es obligatoria. Solo se podrá dirigir al personal de planta. - Obligación en el cumplimiento y actualización de las disposiciones legales vigentes. - Acciones por parte de la entidad que proponen por evitar que el riesgo de cumplimiento se siga materializando en forma recurrente. - Consecuencias derivadas de la materialización de riesgos de corrupción: responsabilidades fiscales, disciplinarias y penales. Conductas calificadas como inadecuadas y los respectivos sanciones.	Noviembre 09 del 2021 Diciembre 01 del 2021	Ruano	No se entregó soporte que demuestre el cumplimiento de la acción	No se requiere información adicional	En la reinducción institucional llevada a cabo los días 17 y 19 de agosto, se trataron temas como: - Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno. - Manual de Supervisión. No se cuenta con soportes en cuanto a: Manual de Contratación, Manual de Buenas Prácticas. Dado lo anterior, la acción queda en estado de parcialmente cerrada y posteriormente será evaluada. Diciembre 3 de 2021: No se cuenta con soportes en cuanto a: Manual de Contratación, Manual de Buenas Prácticas (previo a actualización). Dado lo anterior, se notifica que la acción queda en estado de parcialmente cerrada y posteriormente será evaluada.	Parcialmente cerrada.
	5. Es pertinente que la institución fortalezca los "(...) mecanismos de control encaminados a asegurar el cumplimiento de las leyes y las regulaciones." (...) la correcta operación de las defensas." La existencia, aplicación y efectividad de tales controles se verifica a través de la autoevaluación (...) de conformidad con lo que determina el decreto 1609 de 2016, en el manual operativo del sistema de gestión -MPSG, versión 2 de 2018, para el componente actividades de control del riesgo en la entidad, del modelo estándar de control interno. La antes expuesto tiene como propósito minimizar la materialización de riesgos como el de incumplimiento normativo, evidenciados en las diferentes auditorías ejecutadas durante el periodo auditado. Soportes: https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legales/ https://www.colmayor.edu.co/institucional/control-interno/auditorias-legalas/	Realizar acciones que contribuyan a la correcta aplicación de Manual de Supervisión, Manual de Contratación, Manual de Buenas Prácticas, Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno, que contienen los lineamientos que contribuyen a minimizar los riesgos de incumplimiento normativo. Consecuencia de la emergencia sanitaria por la que se declara el estado de alarma debido a COVID-19, se analizará la pertinencia de realizar las socializaciones a final de la agenda. La institución solicita que la fecha de seguimiento para la actividad se realice a junio de 2023. Por lo tanto la acción continúa abierta.	La acción no es pertinente. Es importante que la institución establezca acciones precisas para evitar la materialización de riesgos.	Realizar socializaciones y flash informativos que contribuyan a la correcta aplicación de Manual de Supervisión, Manual de Contratación, Manual de Buenas Prácticas, Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno, que contienen los lineamientos que contribuyen a minimizar los riesgos de incumplimiento normativo. Consecuencia de la emergencia sanitaria por la que se declara el estado de alarma debido a COVID-19, se analizará la pertinencia de realizar las socializaciones a final de la agenda.	Los temas anteriores con el fin de minimizar los riesgos de incumplimiento normativo. Control: planillas de asistencias. Anexo: Programación reinducción y presentación Diego Alejandro Alvarado Acosta. Adicionalmente desde el Área Jurídica se realizó sensibilización a los coordinadores de los convenios sobre el tema de Manual de Supervisión. Noviembre 24 a 25 - GESTIÓN LEGAL	Noviembre 09 del 2021 Diciembre 01 del 2021	Ruano	No se entregó soporte que demuestre el cumplimiento de la acción	No se requiere información adicional	En la reinducción institucional llevada a cabo los días 17 y 19 de agosto, se trataron temas como: - Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno. - Manual de Supervisión. No se cuenta con soportes en cuanto a: Manual de Contratación, Manual de Buenas Prácticas. Dado lo anterior, la acción queda en estado de parcialmente cerrada y posteriormente será evaluada. Diciembre 3 del 2021: No se cuenta con soportes en cuanto a: Manual de Contratación, Manual de Buenas Prácticas (previo a actualización). Dado lo anterior, se notifica que la acción queda en estado de parcialmente cerrada y posteriormente será evaluada.	Parcialmente cerrada.