

INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

1. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

1.1 OBJETIVO GENERAL

Verificar que el contenido del Plan de Mejoramiento Institucional contiene los resultados del análisis de las variaciones presentadas entre las metas esperadas y los resultados obtenidos a nivel Entidad, por proceso o individual, así como la definición de su objetivo, alcance, acciones a implementar, metas, la asignación de los responsables y de los recursos requeridos, el tiempo de ejecución y las acciones de seguimiento necesarias para verificar su cumplimiento.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Revisar que los planes de mejoramiento por proceso recogen y articulan todas las acciones prioritarias que se emprenderán para mejorar los mismos y por ende el cumplimiento de los objetivos Institucionales, de acuerdo con lo registrado en el software KAWAK.
- Verificar que en los planes de mejoramiento por proceso se tienen en cuenta las recomendaciones y análisis generados en el componente de auditoría interna del Modelo Estándar de Control Interno- MECI y las observaciones del órgano de Control Fiscal.
- Verificar la existencia de informes para el nivel directivo sobre los resultados del cumplimiento del Plan de Mejoramiento y si estos alimentan el indicador de Mejoramiento Continuo.

2. ALCANCE

Seguimiento a la formulación y cumplimiento de los planes de mejoramiento por procesos, los cuales hacen parte del Plan de Mejoramiento Institucional, con corte al 30 de junio de 2017.

3. SOPORTE LEGAL

- 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” Artículo 12, estipula las funciones de los Auditores Internos.

- Decreto 1537 de 2001 – “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado.” Artículo 3, se enmarcan los cinco (5) tópicos que deben manejar las oficinas de control interno.
- Decreto 943 de 2014 – “Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno, MECI”, Modulo 2. Control de Evaluación y Seguimiento. Componente 2.3 Planes de Mejoramiento.
- Decreto 648 de 2017 Capítulo 3. Sistema Institucional y Nacional de Control Interno, artículo 16, el cual adiciona el Capítulo 4 del Título 21, Parte 2, Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, en varios artículo, entre ellos el: 2.2.21.4.9. Informes
- Plan Anual de Auditoría aprobado mediante Acta N°1 del 23 de enero de 2017, del Comité del Sistema de Control Interno.

4. PROCEDIMIENTO

Se realizó el seguimiento a cada proceso, teniendo en cuenta lo definido en el Manual Técnico MECI 2014, numeral 2.3, Componente Planes de Mejoramiento que dice “Se caracterizan como aquellas acciones necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de los procesos, como resultado de la autoevaluación realizada por cada líder de proceso, de la Auditoría Interna de la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces y de las observaciones formales provenientes de los Órganos de Control”.

Para lo anterior, se envió comunicación a todos los procesos y subprocesos desde la Dirección de Control Interno, mediante comunicado N°201701005051 del 04 de julio de 2017; luego, los auditores constataron en kawk el estado de las acciones de mejora abiertas de cada unidad los anexos respectivos. Posteriormente, los auditores procedieron a verificar en campo mediante visitas a funcionarios las evidencias que soportaban el avance y gestión de las actividades registradas en el plan de acción asociado.

También se requirieron documentos e informes a través del correo electrónico, los cuales se analizaron y valoraron procediendo a cerrar en el software la acción formulada con sus respectivas observaciones, según el caso.

5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

La Dirección de Control Interno realizó la verificación al cumplimiento de la totalidad de acciones formuladas en los planes de mejoramiento por procesos que

hacen parte del Plan de Mejoramiento Institucional, registradas en la herramienta KAWAK, por tanto, los resultados por cada uno de ellos, se encuentran anexos a este informe.

6. CONCLUSIONES

- La estructura del formato en KAWAK contiene la fuente de los hallazgos y su descripción, el proceso auditado, la fecha de registro en el software, el tipo de acción, la fecha de cierre, la vigencia (en esta colocan los días de vencida la acción) y el porcentaje de avance, información valiosa para el seguimiento; sin embargo, no cuenta con el objetivo, el alcance y sobre todo un análisis de las variaciones entre las metas esperadas y los resultados obtenidos a nivel Entidad, por proceso o individual.
- Con el software KAWAK se ha mejorado el registro de los hallazgos producto de algunas auditorías; sin embargo, se evidencia que no son acogidas todas las recomendaciones y análisis descritos en los informes definitivos, como es el caso de las auditorías y seguimientos de ley a: los contratos con Asear, Atempí, planes de trabajo docente, laboratorios móviles, Sistema de Control Interno Contable, y Evaluación a las Peticiones, Solicitudes, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PSQRS), según comunicados No.201600009617 del 01 de noviembre de 2016, 201701001185 del 14 de febrero de 2017, 201701001554 del 28 de febrero de 2017, 201701000454 del 23 de enero de 2017, 201701000449 del 23 de enero de 2017, 201701003759 del 23 de mayo de 2017 y 201701003763 del 23 de mayo de 2017.
- Se evidenció que en algunos planes de mejoramiento como es el caso de los procesos de Planificación y Financiero, la descripción de algunos hallazgos corresponden a la recomendación realizada por el auditor, situación que puede dificultar establecer las causas reales para formular acciones retadoras, que permeen la raíz de los problemas. Además, cuando el auditor efectúa el seguimiento del avance, debe volver al informe inicial para entender a qué se hace referencia, generando reprocesos.
- La gestión a los planes de mejoramiento (definición de causas, formulación de acciones y tiempos de ejecución, como la responsabilidad de los seguimientos), continúa siendo una actividad más mecánica que de análisis, pues el compromiso de mejora debe visibilizarse en la formulación de acciones oportunas y contundentes que ataquen las causas y garanticen razonablemente la mejora continua de los procesos. Esta afirmación se sustenta en el hecho de haber evidenciado en la evaluación, acciones propuestas que no tienen que ver con el hallazgo o que los responsables no tienen el control directo de su cumplimiento.

- El seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento de algunos procesos evidencia la falta de compromiso o desconocimiento de las bondades de este instrumento, toda vez que se tienen registradas acciones de mejora con más de un año que no presentan plan de acción o no registran avance en las acciones formuladas, observándose acciones que están vencidas desde hace varios años o meses, sin que se revise, se reformule o actúe al respecto, como es el caso de las acciones 77, 555, 556, 466, 545, 650, 157, 453, 50, 41 y 128, entre otras.
- No todos los procesos realizan oportunamente el seguimiento a sus planes de mejora ni suben al KAWAK las evidencias que soporten la gestión realizada como ocurre en las acciones: 77, 118, 120, 67, 160, 162, 413 y 417, entre otras. Esta situación repercute negativamente en el procedimiento de control y seguimiento a los planes de mejoramiento, porque no todos los funcionarios cumplen con los requerimientos exigidos por el software, obligando a los auditores a un proceso manual y dispendioso de requerir las evidencias, cuando mínimamente debería estar consignada la ruta de búsqueda, generando reprocesos que no permiten lograr el objetivo de mejoramiento bajo los principios de economía, eficacia, eficiencia y oportunidad. Además, no se cumple con el objetivo de tener información en tiempo real.
- No se evidenciaron informes dirigidos al nivel directivo con análisis de las situaciones aquí enunciadas, que permita reorientar la toma de decisiones. De hecho los Planes Operativos contienen una fórmula de medición de la gestión sobre los planes de mejoramiento, que difiere de la realidad y evidencia la materialización del riesgo de incumplimiento de acciones de algunos planes de mejoramiento y en última instancia los requerimientos del MECI.
- Siendo el autocontrol un hábito de mejoramiento personal, concebido por el MECI, como: *“la capacidad que deben desarrollar todos y cada uno de los servidores públicos de la organización, independientemente de su nivel jerárquico, para evaluar y controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos de manera oportuna para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función”*, no se entiende porque se han formulado acciones de mejora que se quedan sin ejecución, como es el caso de los procesos de comunicación institucional, el subproceso gestión curricular y gestión laboratorios en los cuales el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento tienen registradas acciones de mejora con más de un año que no presentan plan de acción o no tiene avance en su gestión y se encuentran vencidas sin que se revise, se reformule o actúe al respecto, como es el caso de las

acciones 77, 555, 556, 466, 545, 650, 157, 453, 50, 41 y 128, 532, 543, entre otras.

- No se evidenció ninguna acción de mejora abierta en el Proceso Misional de Investigación e Innovación, cuando desde la Dirección de Control Interno se han realizado auditorías y mesas de trabajo con recomendaciones de mejora.

7. RECOMENDACIONES:

- Ingresar al sistema KAWAK evidencias claras, medibles, coherentes y contundentes, que permitan a quien generó los hallazgos cerrar las acciones propuestas, cuando estas han sido calificadas por el responsable con una ejecución del 100%. Tener en cuenta que las acciones no se cierran, solo con solicitudes de información a otras dependencias, programaciones de actividades que no dan solución a la problemática identificada o el traslado de responsabilidades a otras unidades, pues se trata de un Plan de Mejoramiento Institucional, donde pueden participar varias unidades de gestión de uno o más procesos, unos como responsables y otros como corresponsables de dicha(s) acción(es). Para lograr lo anterior, es indispensable una excelente comunicación entre las unidades y responsabilidad de quienes las formulan y deben hacer seguimiento.

Se recuerda, que los Planes de Mejoramiento, los indicadores y la administración del riesgo son las principales herramientas para medir la madurez del Sistema de Control Interno y por ende la Mejora de los procesos.

- Formular un plan de mejoramiento requiere de plena conciencia de los responsables, sobre los riesgos, causas y efectos que inciden sobre la actividad, subproceso o proceso donde se evidenció el hallazgo, porque las acciones de mejora propuestas deben atacar dichas causas en término de oportunidad, eficiencia, eficacia y efectividad, toda vez que los resultados deben demostrar que se ha superado la situación, que ha quedado un aprendizaje y que todos trabajan para lograr la madurez Institucional.
- Se recomienda diligenciar el plan de mejoramiento por parte de las unidades de gestión que no registraron acciones en el software KAWAK, dar cumplimiento a estas y avanzar en las acciones que teniendo plan formulado, se encuentran vencidas, analizando las razones por las cuales no se logró lo formulado y redefiniéndolas justificadamente, de ser necesario, además, estableciendo tiempos de ejecución y seguimiento prudentes en cumplimiento de los principios arriba enunciados.

- Formular e implementar acciones de mejora derivadas de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno, con el fin de dar valor agregado a estos informes en beneficio de la Institución, pues algunas de ellas no fueron formuladas en este periodo, como son las derivadas del seguimiento a los contratos con Asear, Atempi, Planes de Trabajo Docente, Laboratorios Móviles, Informe Ente certificador, Derechos de Autor, PQRS, etc.
- Como lo estipula el Modelo Estándar de Control Interno - MECI, se deben establecer mecanismos para el seguimiento y evaluación de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento y en los Consejos para la Práctica descritos en dicho Manual, se recomienda que los responsables de las acciones contenidas en los planes de mejoramiento, realicen seguimiento permanente a las mismas, mínimo dos veces al año.

Lo anterior, no solo como un control de cumplimiento a la gestión, sino, porque los resultados de los análisis realizados en dicho seguimiento sirvan para la toma de decisiones, toda vez que el objetivo principal, es: *“promover que los procesos internos de las entidades se desarrollen en forma eficiente y transparente a través de la adopción y cumplimiento de las acciones correctivas o de la implementación de metodologías orientadas al mejoramiento continuo”*.

- Como ejemplo de lo anterior, se recomienda dar cumplimiento a la Resolución Rectoral 201500688, programa rizoma, artículo 5, “el Consejo de Facultad, al final de cada periodo académico, evaluará el desempeño de los estudiantes que hicieron parte del programa con el ánimo de definir su continuidad en el mismo”, acción que hace parte del plan de mejora de este periodo, para dicho programa y que no fue registrado en kawak.

Otro ejemplo es lo formulado a través de la Acción con ID 462, donde adjuntaron como evidencia, el documento denominado *“modelo políticas de activos”* de fecha diciembre de 2016, el cual contiene el manual de manejo y guía de activos fijos, propuesto por la empresa Activos e inventarios limitada, el cual no se ha oficializado. Este documento debe primero revisarse, adaptarse y adoptarse, por tratar en su contenido temas como la utilización de sticker virtuales y llevarlo a un libro (numeral 2.7.1), realización de inventario de control mensual con lector de código de barras (2.7.2). Menciona además el documento, la forma de depreciar los activos y cruzarlos con la contabilidad, etc, condiciones que no han sido definidas por la Institución.

- Se recomienda revisar la situación evidenciada en el proceso de Investigación e Innovación Tecnológica, pues no registra acciones de mejora abiertas, siendo un proceso misional. Situación que genera confusión, teniendo en cuenta su amplia gestión y los compromisos de tipo normativo y procedimental que debe cumplir, así como las auditorías internas realizadas.
- La alta dirección debe estar atenta a través de informes de resultados y análisis de indicadores, el avance en los planes de mejoramiento y por ende la mejora continua de la Institución, con el fin de revisar las estrategias y controles existentes. Un ejemplo, es verificar el cumplimiento de las responsabilidades asignadas en la Ley 1474 de 2011 a los supervisores e interventores, a través de los Comités de Contratación, con el fin de reformular políticas y estrategias que permitan su cumplimiento y por ende la mejora de la actividad contractual en su etapa posterior, situación que debe evidenciarse en la disminución de hallazgos por parte de la Contraloría General de Antioquía y la Auditoría Interna.

En el artículo 8 de la Resolución Rectoral N°65 de 2016, sobre funciones de los Comités de Contratación, se estipula que semestralmente se debe realizar análisis de las labores de los supervisores de los contratos correspondientes a este y, no se encontraron informes que evidencien el cumplimiento de esta función.

Cordialmente,

SOL BEATRIZ GARCIA BARRERA

Directora de Control Interno

LUIS ALFONSO VALENCIA AGUDELO

Auditor

8. Anexos – Informe de revisión de los planes de mejoramiento por cada proceso de acuerdo con los datos llevados al software KAWAK.

8.1 PROCESO AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN

Fuente	Cantidad	Estado e identificación de las acciones
Auditoría Interna	12	ID 668-669-672-673-674-675-676-677-678-679-681-682, creadas el 19 de agosto de 2016, todas sin % de avance. No registra acciones derivadas de Control interno
TOTAL	12	

8.2 PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO

Fuente	Cantidad	Estado e identificación de las acciones
Auditoria Control Interno	4	Abiertas Acción 117 al 70% de cumplimiento generada el 20 de abril de 2016, vencida el 28 de oct de 2016, sobre revisar a profundidad el sistema de gestión. Incluye Sisteda. Acción 122 al 80% generada el 20 de abril de 2016 y vencida el 29 de julio de 2016. Modulo control de planeación y gestión componente admón del riesgo del pormenorizado de Control interno. El plan de acción evidencia política gestión del riesgo pero no ha llegado a Consejo Directivo. Acción 530 al 70% generada el 25 de mayo de 2016 y vencida el 30 de diciembre de 2016 relacionada con falta de actualización de valoración de riesgos y Plan de mejoramiento sin seguimiento y vencidos. Acción 718 al 70% del 1 de julio de 2016 originada en el informe pormenorizado y vencida el 30 de dic de 2016, sobre el tema de capacitar en el registro de acciones de mejora y sus evidencias y realizar un instructivo de planes de mejoramiento.
TOTAL	4	

Observaciones:

- ✓ Se evidenciaron 4 acciones de mejora del proceso mejoramiento continuo que no fueron cerradas debido a que tienen plan de cumplimiento inferior al 100% (ID117-122-530-718). Se recomienda revisar las fechas de cumplimiento debido a que se encuentran vencidas para ajustarlas de acuerdo a la capacidad institucional en caso de ser justificables.

8.3 PROCESO PLANIFICACIÓN

Fuente	Cantidad	Estado e identificación de las acciones
Auditoria Control Interno	3	Cerradas: 438, 442 y 445
	12	Abiertas ID 119 al 75% ID 435 al 60% vencida - y mecanismos y formatos de seguimiento a los riesgos, para todos los procesos ID 438 continua abierta hasta la firma de la política de administración del riesgo ID 439 al 50% sobre el plan de Gobierno en Línea ID 440 Reformular la acción, no es clara ID 441 al 50% vencida desde el 2016 – sobre elaboración Guías para el ID 442 Reformular no es clara la acción ID 443 Reformular la acción, no es clara ID 468 No tiene acción formulada ID 531 Reformular la acción, no es clara ID 546 a la 551 no se tienen formuladas acciones ID 719 sin avance – Código de ética y de Buen Gobierno – Revisar la información sobre este último toda vez que existe la Resolución Rectoral No1098 de 29 de diciembre de 2016 adoptando el código de buen gobierno. ID 921 sin acción propuesta- Aplicación Ley de Transparencia

Observaciones:

- ✓ El ID 119 esta referenciada a documentos desactualizados como es el Estatuto General y el Estatuto Docente, temas que corresponden a la Oficina Asesora Jurídica, se recomienda revisar y redireccionar.

- ✓ El ID 438, no se entiende la acción propuesta, pues plantea que la ejecución se encuentra a la espera de la revisión de Control Interno y como se evidencia en las actas del Comité del Sistema de Control Interno, en el mes de enero de 2017 se volvió a llevar a dicho Comité y la Directora de Control Interno, realizó las recomendaciones respectivas. De acuerdo con los conceptos del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, esta Dirección no puede refrendar acciones administrativas y las observaciones al respecto, ya se habían realizado.

Como idea se tiene en el plan de mejora: **“No se cuenta con la trazabilidad de los eventos de riesgos materializados para saber que nuevos controles se puedan implementar”**. Negrilla y subrayado por fuera de texto.

La anterior conclusión por parte de la Oficina Asesora de Planeación, debe llevar a la reflexión sobre la forma como se están realizando las revisiones a los mapas de riesgos, donde hace falta implementar elementos técnicos sobre la efectividad del control y la documentación de los riesgos que se han materializado o han estado latentes o próximos; es decir, se debe orientar a los líderes de la Institución para no sentir temor de evidenciar la realidad de sus procesos respecto al riesgo.

- ✓ ID 440 sobre la Ley Anticorrupción, la descripción del hallazgo corresponde a la recomendación del auditor en el informe definitivo, no es una acción clara y medible.
- ✓ Aunque la ID 442 se cierra es importante tener en cuenta que no es solo definir el número de audiencias de rendición de cuentas y a quienes van dirigidas, sino que se debe tener en cuenta la sentencia que determina la forma para la presentación de ciertas temáticas e informes.

8.4 PROCESO COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

Fuente	Cantidad	Estado e identificación de las acciones
Auditoria Control Interno	9	Cerradas: 75.76.78.79.80.81.82.83.84
	7	Abiertas ID 77 vencida el 31 de mayo de 2016 en el 85%, relacionada con derechos de petición. ID 118 y 120 generadas el 20 de abril de 2016, no tienen plan de acción. ID 466-552-555-556 generada el 25 de mayo de 2016, no tienen plan de acción, ni gestión alguna.

Auditoría Interna	4	ID 85, 86,87 vencidas el 31 agosto de 2015, sin % avance. ID 649 vencida el 19 de agosto de 2016, sin % de avance
TOTAL	20	

Observaciones:

- ✓ Realizar el plan de acción de las acciones abiertas ya que no se evidencio gestión sobre ellas.

8.5 PROCESO DOCENCIA

Fuente	Cantidad	Estado e identificación de las acciones
Auditoría Control Interno	6	Abiertas ID 391 vencida el 31 de agosto de 2016, sin % de avance. ID 526-527-542-544-545 del 25 de mayo de 2016, sin % de avance.
Auditoría Interna	3	ID 509 al 50%, vencida el 30 de noviembre de 2016. ID 349 con un avance del 10%, generada el 25 de agosto de 2015. ID 351 generada el 25 de agosto de 2015, sin % de avance.
TOTAL	9	

Observaciones:

- ✓ No se cierra ninguna de las 6 acciones de Auditoría Control Interno por no registrar avance.

8.5.1 SUBPROCESO GESTIÓN CURRICULAR

Fuente	Cantidad	Estado e identificación de las acciones
Auditoría Control Interno	2	Abiertas ID 528 al 58%, vencida el 31 de Julio de 2017, asignada a la Facultad de Ciencias Básicas. ID 532 generada el 25 de mayo de 2016, Asignada a la Facultad de Ingenierías y sin avance.

Auditoría Interna	15	Se registran 10 originadas en 2015, sin % de avance
Auditoría Externa	1	ID 91 del 2015, sin % de avance, relacionada con los programas académicos virtuales.
TOTAL	18	

Observación:

- ✓ No se cierra ninguna acción de auditoría de Control Interno por estar con cumplimiento menor al 100%.

8.5.2 SUBPROCESO GESTIÓN ESTUDIANTES

Fuente	Cantidad	Estado e identificación de las acciones
Gestión de la Calidad	42	Cerradas: 42 acciones cerradas de auditoría interna de calidad
	1	Abiertas ID 90 al 85% vencida el 30 de junio de 2016, pertenece a Admisiones.
TOTAL	43	

Observación: No tiene acciones originadas por auditorías de Control Interno.

8.5.3 SUBPROCESO LABORATORIOS

Fuente	Cantidad	Estado e identificación de las acciones
Auditoría Control Interno	1	ID 543 generada el 25 de mayo de 2016, sin avance.
Auditoría Interna	13	ID125-126-650-651-653-654-655-699-700-701-702-703-704 de 2016, sin avance.
TOTAL	14	

Observación:

- ✓ Registra la acción de Control Interno, ID543 del 25 de mayo de 2016 relacionada con el laboratorio de anatomía sin avance y fecha de cierre programada del 30 de junio de 2017, es decir esta vencida. No se cierra la acción.

8.5.4 SUBPROCESO BIBLIOTECA

Fuente	Cantidad	Estado e identificación de las acciones
Auditoría Interna	3	Cerradas: acciones 408, 502, 645, cerradas
	1	Abiertas Se reporta la acción 647 con cumplimiento del 100%, vencida el 1 de junio de 2017 pero no ha sido cerrada (dice en ejecución).
TOTAL	4	

Observación:

- ✓ No reporta acciones originadas en auditorias de Control interno.

8.6 PROCESO GESTIÓN EXTENSIÓN

Fuente	Cantidad	Estado e identificación de las acciones
Auditoria Control Interno	6	Cerradas: 152 - 153- 459- 540- 541- 554
	3	Abiertas ID 538, relacionado a estímulos a docentes con 100% de avance registrado por esta unidad pero sin evidencias. ID 539, relacionado al Fondo Editorial, pendiente de asignación de recursos y reestructuración, con 100% de avance registrado por esta unidad pero sin evidencias. ID593 al 50% vencida el 30 de diciembre de 2016.
Auditoría Interna	4	ID 363 y 372 vencidas, perteneciente a granjas. ID 630 y 631 pendiente de cierre.
Auditoria Externa	1	ID 359 originada en 2014 y vencida el 31 de octubre de 2016, sin % de avance, recomendación sobre gestión de proyectos en su componente ambiental, del ente certificador.
TOTAL	14	

Observación:

- ✓ Se dejan abiertas tres (3) acciones, la ID538 sobre estímulos a docentes que participen en proyectos de extensión porque no se ha adoptado mediante acto administrativo, la 539 sobre el fondo editorial pendiente de asignación de recursos y reestructuración y la ID593 que está al 50% de avance.

8.7 PROCESO INVESTIGACIÓN E INNOVACION

Observación:

- ✓ No evidencio acciones abiertas de ningún tipo ni origen registradas en kawak al momento del corte de esta auditoría lo cual resulta incongruente con la realidad institucional. Este es un proceso misional que debe estar alineado con el mejoramiento continuo y con las exigencias normativas asociadas a su gestión y al cual se le han realizado auditorias desde Control Interno por lo tanto alguna acción de mejora debería registrar.

8.8 PROCESO NORMATIVA Y LEGAL

Fuente	Cantidad	Estado e identificación de las acciones
Auditoria Control Interno	12	Cerradas: 129, 130, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 140, 141, 142 y 149
	6	Abiertas ID 128 en el 70% y vencida desde julio de 2016 ID 143 al 70% vencida desde el 2016 sobre el funcionamiento del Comité de Emergencias ID 380 las acciones propuestas no dan respuesta al hallazgo (seguimiento derechos de petición) ID 385 al 40% vencida desde el 2016 ID 193 no presenta % de avance ID 194 no presenta % de avance
Auditoría Interna	1	ID 774 al 50% vencida desde marzo de 2017 – Condiciones de infraestructura de la Unidad de Archivo.
Contraloría General de Antioquia	1	ID 131 No se tiene clara la acción propuesta, pues el hallazgo habla de la modalidad de selección de interventorías y supervisión y la acción sobre capacitación.
TOTAL	20	

Observaciones:

- ✓ Se debe formular una acción respecto al ID 131 y 138 y todas los demás que se cierran, concernientes a la contratación de obra con el señor José Luis Clavijo Usuga, por las posibles irregularidades evidenciadas en el informe de auditoría, las cuales, deben remitirse a otras instancias. Institucionalmente se debe tomar la decisión si es la Unidad Jurídica quién debe formularla o si es a través del proceso de Logística. Se recomienda además, que sea cumpliendo el principio de oportunidad, por el tiempo que llevan formulados los hallazgos.
- ✓ En el ID 131 la acción hace referencia a las responsabilidades de los interventores y supervisores y no respecto al hallazgo- modalidad de selección de los mismos.
- ✓ La acción con ID 383 corresponde a un hallazgo de la Auditoría Interna, se recomienda organizar la fuente.
- ✓ ID 380, donde el hallazgo es sobre la falta de seguimiento a los derechos de petición.
- ✓ ID 193 evidenció archivos de gestión sin entregar al archivo central. La acción debe ser Institucional y sobre este hallazgo no se presentó propuesta de mejora.
- ✓ ID 194 describe un hallazgo sobre el incumplimiento en la periodicidad de las reuniones del Comité de Sostenibilidad, se tiene como responsable a la Directora Financiera y sin embargo, se encuentra adscrita al proceso de Normativa y Legal.

8.9 PROCESO BIENESTAR INSTITUCIONAL

Fuente	Cantidad	Estado e identificación de las acciones
Auditoria Control Interno	8	Cerradas: 44- 45- 46 -47-410-51-553-529
	1	Abiertas ID 98 al 85%, conjunta con Gestión Humana, con vencimiento al 20 de octubre de 2017

Contraloría General de Antioquia	2	Cerradas: 412 - 48
TOTAL	11	

Observación:

- ✓ Se deja abierta la ID98 conjunta con Gestión Humana que está al 85% con fecha de cierre el 20 de octubre de 2017. Tiene seguimiento del 25 de marzo de 2017 con encuestas realizadas por Comfama sobre los programas de Bienestar.

8.10 PROCESO GESTIÓN HUMANA

Fuente	Cantidad	Estado e identificación de las acciones
Auditoría Control Interno	9	Cerradas: ID 20-21-22-23-24-96-101-463-720
	4	Abiertas ID 97 relacionada al manual de funciones ID 99 relacionada a indicadores. ID 100 relacionada a fijación Acuerdos de Gestión ID 470 sobre cálculo actuarial con cumplimiento del 85%
Auditoría Interna	4	ID 611- 612 -614 -619, sin plan de acción.
Contraloría General de Antioquia	1	ID 470 al 85%, vencida el 30 de enero de 2017
TOTAL	18	

Observaciones:

- ✓ Se recomienda ajustar la propuesta realizada por Gestión humana sobre documentar a manera de programa, las actividades realizadas con los prejubilados, en la acción ID20 ya que a pesar de haber sido cerrada se evidencio dispersión en la información y documentación registrada, siendo conveniente reunir dicha documentación.
- ✓ En la ID22 sobre viáticos, se debe revisar la aplicación de compromisos asumidos en acta del 4 de diciembre de 2015 de Viceadministrativa registrada en Kawak, numerales 4, 5 y 6 sobre instructivo de viáticos.

Quedaron abiertas 3 acciones de este proceso:

- ✓ ID97 sobre el manual de funciones pendiente ya que está faltando la reestructuración académica administrativa según solicitud radicado 201600010967 para trámite con el Consejo directivo.
- ✓ Acción 99 sobre indicador eficacia de la capacitación H05, la evidencia en Kawak registra reunión de seguimiento a indicadores SIE, del 13 de diciembre de 2016, habla del indicador H03 que no está relacionado con este tema, en el histórico es igual la fórmula para las vigencias anteriores y dice en la acción que se realizara a partir de final de 2016, no evidenciado. Se recomienda revisar el indicador.
- ✓ En la acción ID100 que tiene 2 compromisos en su plan de mejora, el primero sobre capacitación fue evidenciado con la convocatoria y listado de asistencia a charla acuerdo de gestión con 10 personas de libre nombramiento, de fecha 15 de abril de 2016; la segunda sobre circular dirigida a evaluadores recordando que los compromisos debe hacerse teniendo en cuenta el plan de acción 2014-2017 no fue evidenciada ya que anexan en Kawak circular N°2016015 de gestión humana de evaluación de desempeño que está dirigida a funcionarios de carrera administrativa.

Adicionalmente, en la formulación de los Acuerdos de Gestión del 2017 inicialmente se evidenciaron diferencias en algunas actividades formuladas en estos, respecto al Plan de Acción; así como la utilización de los formatos oficiales establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP. También se observó en la normativa interna (Circular No 201706000015 del 3 de marzo de 2017 que establece *“la evaluación del personal de libre nombramiento y remoción es con base en los planes operativos...”*) de la Dirección de Gestión Humana, que la directriz impartida fue sobre la construcción de estos acuerdos con base en los Planes Operativos, cuando debe ser el Plan de Acción la principal fuente. Situación que se advirtió en el informe sobre formulación y avance de los acuerdos de gestión 2017, donde pueden observarse las recomendaciones de la auditora.

8.11 PROCESO LOGÍSTICA

Fuente	Cantidad	Estado e identificación de las acciones
Auditoria Control Interno	4	Cerradas: ID56-147-148-462
	12	Abiertas

		<p>ID 50 al 50% relacionada al manual de mantenimiento.</p> <p>ID 57 al 90%, vencida el 31 de mayo de 2016, relacionada a tiquetes aéreos.</p> <p>ID 58 al 80%, vencido el 31 de mayo de 2016, relacionado a servicios públicos.</p> <p>ID 59 al 80%, vencido el 31 de mayo de 2016, relacionado al inventario de bienes de la institución y ajuste contable de biblioteca.</p> <p>ID 146 al 70%, vencida el 30 de agosto de 2016, relacionada a la placa de un bien (celular Rector).</p> <p>ID 160 vencida el 2 de junio de 2017, sin % de cumplimiento, relacionada a maquinas autopago.</p> <p>ID 454 vencida el 28 febrero de 2017, sin % de avance, relacionada con el manual de mantenimiento institucional.</p> <p>ID 465 vencida el 1 de agosto de 2017, sin % de avance, relacionado exoneración de predial Bello y Apartado.</p> <p>ID 508 vencida el 30 de noviembre de 2016, sin % de avance, relacionada con autoinventario.</p> <p>ID 559 creada el del 25 de mayo de 2016, sin % de avance.</p> <p>ID 560 vencida el 3 de agosto de 2017, sin % de avance, relacionada el plan de emergencias.</p> <p>ID 753 vencida el 31 de marzo de 2017, sin % de avance</p>
Auditoría Interna	5	<p>ID 61 de 2015, con un 25% de cumplimiento.</p> <p>ID 628-635-640 avance menor del 100%</p> <p>ID 643 al 0%, relacionada a la evaluación de proveedores.</p>
Contraloría General de Antioquia	13	Cerradas: 396-397-398-399-400-405-406-414-416-418-419-421-413
	6	<p>Abiertas</p> <p>ID 417 de 2015 vencida el 5 de agosto de 2016, sin % de avance, relacionado al contrato con Atempí.</p> <p>ID 721 de 2016 vencida el 18 de julio de 2016, sin % de avance, relacionado a contratación.</p> <p>ID 722 vencida el 30 de diciembre de 2016, sin % de avance.</p> <p>ID 723 vencida el 4 de mayo de 2017, sin % de avance.</p> <p>ID 724 al 100%, creada el 18 de julio de 2016.</p> <p>ID 725 vencida el 30 de diciembre de 2016, sin % de avance, relacionada a contratación.</p>
Auditoría Externa	4	<p>Abiertas</p> <p>ID 482 con el 45%</p> <p>ID 489 y 490 con el 50%.</p> <p>ID 492 con el 75%.</p> <p>Todas se encuentran vencidas desde el 23 de diciembre de 2016</p>
Autocontrol	8	<p>Abiertas ID 706-707-708-709-711-712-713-717</p> <p>Todas están vencidas</p>
TOTAL	52	

Observaciones:

- ✓ Quedan 6 acciones abiertas derivadas de Contraloría y 12 de auditoría de Control interno según la relación del cuadro anterior, las cuales se

recomienda revisar debido a que algunas no tienen plan de acción y provienen desde el año 2015 como la ID417, 721, entre otras.

- ✓ La Acción 723 del 18 de julio de 2016, el manual de contratación fue adoptado en 2016 y debió ser en 2014, responsable oficina Jurídica, vencida el 4 de mayo de 2017. No tiene plan de acción.
- ✓ La acción 724, del 18 de julio de 2016 sobre controles a los funcionarios responsables de realizar el seguimiento al cumplimiento del contrato, no tiene gestión clara debido a que no se conoce quien es el responsable de realizar dicho control a los supervisores en lo relacionado con sus compromisos y durante todas las etapas de la contratación.
- ✓ Acción 725 creada el 18 julio de 2016, contrato 14224/15 para interventoría de la construcción Apartado, presenta deficiencias en actas, informes interventoría, bitácora sin firmas. Tiene plan de acción con avance del 0% y vencida el 30 de dic de 2016, también menciona acompañamiento de la oficina jurídica.
- ✓ Acción 753 de 2015, sobre documentación del contrato 12474 con Asear, en el cual los estudios previos no son claros, tiene cero % de avance y vencida el 31 de marzo de 2017.
- ✓ Acción 643 proveniente de auditoria interna sobre evaluación de proveedores, con muestra del 10%, generada en Atlas. Según su plan de acción evidencia consulta sobre el tamaño muestral adecuado (comunicación del 16 de marzo de 2017) a la facultad CBSH, con base en la tabla militar; la facultad le informa que la muestra es válida, comunicación radicado 201701004057. Pero no está documentado todo el proceso de muestreo, que defina el método, frecuencia, consolidado y el correo (Atlas) de informática dice que es según rangos, no el 10%, o sea que la información no coincide.

8.12 TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN

Fuente	Cantidad	Estado e identificación de las acciones
Auditoria Control Interno	2	Cerradas: 457-29
	11	Abiertas ID 458 al 50%, generada el 1 de agosto de 2016, relacionada a buscar alternativas para disminuir las copias ID 838 creada el 3 de abril de 2017, sin % de avance, relacionada con el informe de derechos autor. ID 839 creada el 3 de abril de 2017, sin % de avance, relacionada al programa de protección de archivos Smart shield.

		<p>ID 840 creada el 3 de abril de 2017, sin % de avance, relacionada al inventario de equipos de cómputo que no coincide con adquisiciones.</p> <p>ID 841 creada el 3 de abril de 2017, sin % de avance, relacionada a las licencias informáticas no centralizadas.</p> <p>ID 842 creada el 3 de abril de 2017, sin % de avance.</p> <p>ID 843 creada el 3 de abril, al 100%.</p> <p>ID 844, se vence el 27 de abril de 2018, sin % de avance, relacionada al informe de gestión con cumplimiento de derechos de autor.</p> <p>ID 847 creada el 3 de abril de 2017, sin % de avance, relacionada al inventario equipos de mantenimiento.</p> <p>ID 848 creada el 3 de abril de 2017, sin % de avance, relacionada a chequeos a software pirata en equipos.</p> <p>ID 886 creada el 29 de junio de 2107, sin % de avance.</p>
Contraloría General de Antioquia	1	Cerrada: 415
TOTAL	14	

Observaciones:

- ✓ La acción 843 de Auditoría Externa se encuentra en un 100%, no se cierra, ya que solo hicieron carteleras y con afiches de un proveedor externo que no cumplen con lo definido en los protocolos de seguridad del acuerdo 9 de 2010,

8.13 PROCESO FINANCIERA

Fuente	Cantidad	Estado e identificación de las acciones
Auditoria Control Interno	35	<p>Cerradas: ID: 67, 150, 591, 594, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 606, 728, 729, 730, 731, 733, 734, 735, 744, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 756, 757, 758, 761, 762, 763, 766, 767, 768,</p>
	21	<p>Abiertas ID 68 el Hallazgo es una sugerencia o recomendación de Control Interno ID 157 No se evidencia plan de acción ID 159 Revisar de quién es la responsabilidad, porque solo los excedentes de extensión, evidencian que no se tuvo en cuenta los históricos. ID 162 No se entiende que la acción influya como una mejora ID 590 Se evidencian convenios sin liquidar ID 592 No se entiende la relación del hallazgo con la evidencia ID 595 Igual análisis de la ID 592 ID 596 No se pudo abrir la evidencia que se anexo ID 597 Continua abierta hasta tanto se tengan las conciliaciones al día ID 598 Igual análisis de la ID 597 ID 607= 70% Vencida desde diciembre de 2016 ID 608 No se entiende cuál es el hallazgo ID 609 No se entiende lo expuesto en el seguimiento con la</p>

		segregación de funciones ID 705 No se entiende cual fue el hallazgo Las ID 897, 899, 900, 901, 902, 905 y 917 no evidencian plan de acción
Contraloría General de Antioquia	9	ID 726 ID 732 = 80% vencida desde marzo de 2017 ID 734 No evidencia plan de acción ID 743 = 80% Vencida desde enero de 2017 ID 745 no evidencia plan de acción ID 754 = 80% Vencida desde enero de 2017 ID 759 ID 764 No se evidenció su terminación ID 765 Continua abierta por las mismas razones (calculó actuarial)
TOTAL	65	

Observaciones:

- ✓ ID 590 Continúan convenios sin liquidar, deben revisar quién o quienes deben cumplir con la acción y reformular los responsables y el proceso que debe hacerse cargo.
- ✓ El ID 726 cuya fuente es la Contraloría General de Antioquia, no es claro que la evidencia que se anexa, dejando como cumplida la acción propuesta, soluciones lo encontrado en el hallazgo, en cuanto la reclasificación por doble registro de becas y reclasificación de convenios interadministrativos.
- ✓ El ID 759, de acuerdo con la acción propuesta: “(...) u otro mecanismo que permita tener saldos iguales en ambos módulos”.
- ✓ En el ID 764 Respecto al cálculo actuarial, la acción de “*crear reserva financiera*”, no se pudo evidenciar, debe revisarse de quién es la responsabilidad de cumplir lo propuesto y redireccionar, si es el caso.