INFORME PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL A 18 DE DICIEMBRE 2019
ENTES DE CONTROL Y AUDITORIAS INTERNAS

ANA ZORAYDA RIAÑO BERNAL
Profesional Control Interno de Gestión

ELIANA ANDREA VACA ROJAS
Asesor Control Interno de Gestión

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
OFICINA DE CONTROL INTERNO Y SEGUIMIENTO
VILLAVICENCIO
DICIEMBRE 2019

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO: Revisar el estado de cumplimiento de las acciones correctivas y de mejora propuestas por cada uno de los procesos auditados, en cumplimiento de la normatividad interna y externa de la entidad.

METODOLOGIA DEL SEGUIMIENTO:
La metodología utilizada por la oficina de Control Interno de Gestión, fue mediante las auditorías realizadas a los procesos y seguimientos independientes. Se verificó el cumplimiento de los planes de mejoramiento y se evaluó la eficacia de las acciones correctivas y de mejora establecidas por cada responsable.

La manera en que se efectuó la revisión y verificación de cumplimiento e implementación de las acciones correctivas y de mejora, fue la siguiente:

- Se realizó la revisión al plan de mejoramiento y de acuerdo a las auditorías programadas, cada auditor verificó el cumplimiento de las acciones y su resultado se proyectó en el informe de auditoría.
- Así mismo se realizó seguimiento a los procesos con planes de mejoramiento suscritos, concertando fecha y hora para su revisión, con el levantamiento de un acta de seguimiento.
- De acuerdo al resultado del seguimiento, se alimentó la matriz de plan de mejoramiento institucional en Google Drive.
- Como resultado final se consolida el respectivo informe de Plan de Mejoramiento.
- Los informes de las auditorías y las actas de seguimiento, reposan en la oficina de Control Interno. La evidencia reposa en los procesos responsables.

MARCO NORMATIVO:

- 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: donde se estipulan las funciones de los Auditores Internos.

- Decreto 943 de 2014 – “Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno –MECI”.

- El “Programa Anual de Auditoría” de cada vigencia, aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno de la Universidad de los Llanos.

El alcance de este seguimiento está comprendido entre el veintiuno (21) de julio al dieciséis (16) de diciembre 2019. Sin embargo, se hace un informe general de todo el año.

PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORIAS ENTES EXTERNOS

Revisado el Plan de Mejoramiento Institucional 2019, se observó que la Universidad de los Llanos viene con cincuenta y cinco (55) hallazgos, dieciocho (18) No Conformidades y seis (6) observaciones desde las vigencias 2013, 2017 y 2018, derivados de auditorías de la Contraloría General de la República, Contraloría Departamental del Meta, Ministerio de Educación Nacional, ICONTEC y el IDEAM. Para corregir las inconsistencias encontradas por los entes de control, la entidad formuló noventa y una (91) acciones correctivas, seis (6) acciones de mejora y tres (3) correcciones.

Tabla No 1

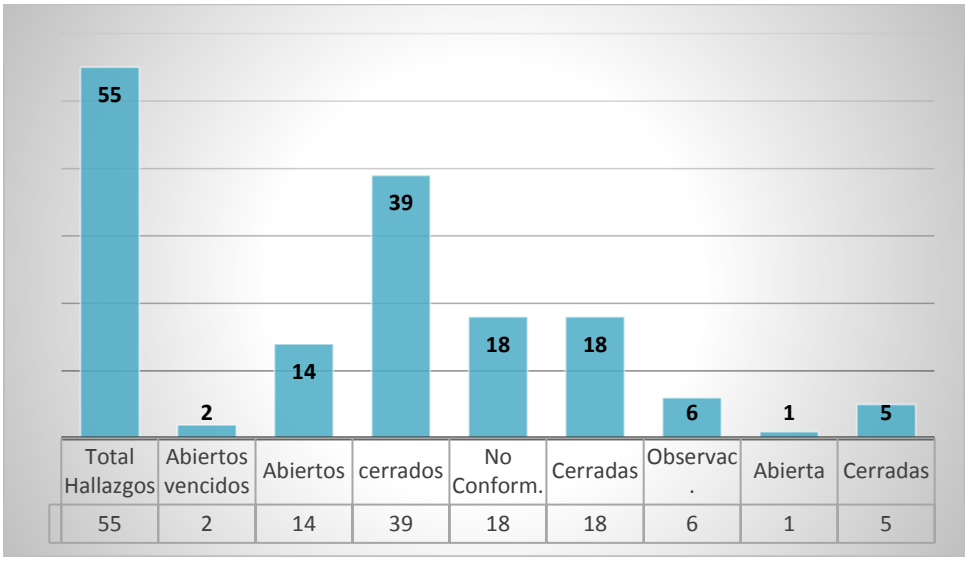
AÑO	ENTIDAD	HALL.	ABI.	CERR.	No Con.	ABI.	CERR.	ACC.CORR.	ABI.	CERR.	OBSER.	ABI.	CERR.	A. MEJ.	ABI.	CERR.	CORREC.	ABI.	CERR.
2013	C.G.R.	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2017	C.D.	19	1	18	0	0	0	28	1	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2017	MEN	16	7	9	0	0	0	17	7	10	6	1	5	6	1	5	0	0	0
2018	ICONTEC	0	0	0	3	0	3	11	0	11	0	0	0	0	0	0	3	0	3
2018	C.D.	19	7	12	0	0	0	19	7	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2018	IDEAM	0	0	0	15	0	15	15	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	55	16	39	18	0	18	91	16	75	6	1	5	6	1	5	3	0	3

Fuente: Oficina de Control Interno

Como resultado del seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno de Gestión, con corte a 16 de diciembre 2019, se cerraron treinta y nueve (39) hallazgos, dieciocho (18) No Conformidades y cinco (5) observaciones. Así mismo se cerraron setenta y cinco (75) acciones correctivas, cinco (5) acciones de mejora y tres (3) correcciones.

Los dieciséis (16) hallazgos y una (1) observación abiertos se trasladarán al Plan de Mejoramiento 2020.

Figura 1. Hallazgos Entes de Control



HALLAZGOS VENCIDOS ENTES EXTERNOS

Hallazgo Contraloría General de la República del año 2013:

HALLAZGO 15 03 001: Vinculación de personal docente y administrativo. La planta de personal docente de carrera de la universidad de los Llanos ocupa aproximadamente un 15% del total de los profesores, cifra que resulta sustancialmente inferior frente a un 85% que corresponde a los profesores ocasionales y catedráticos vinculados durante este periodo. Se evidencio la vinculación mediante Resolución Rectoral por periodos inferiores a un año, de profesores ocasionales de tiempo completo, con renovación sucesiva de contratos y en cuyo objeto se establece el cumplimiento de funciones misionales (docencia, investigación, proyección social) en programas permanentes de la universidad y no transitorios como lo establece la Ley. Igual situación se estableció con los profesores catedráticos vinculados por periodos académicos. Falta de gestión oportuna por parte de la universidad de los Llanos, en la realización de las convocatorias y la provisión definitiva y permanente de los cargos docentes de tiempo completo. En cuanto a los estudios de reforma de la estructura orgánica y planta de cargos, la universidad de los Llanos, hasta el 19 de noviembre de 2013 mediante resolución rectoral No 4284 conformo el equipo técnico para elaborar el estudio de reforma de estructura orgánica y planta de cargos; así mismo el consejo superior, no ha establecido la política de relevo generacional.

Acción correctiva: Adelantar actividades para consolidar propuesta de nueva estructura organizacional de la Universidad de los Llanos.
Actividad: Presentar y gestionar ante el Consejo Superior la nueva propuesta de rediseño organizacional de la Universidad de los Llanos, mediante acta del Consejo Superior. **VENCIDO.**

Este hallazgo fue llevado a Comité Coordinador de Control Interno el día 16 de diciembre 2019 y se tomó la decisión de dar un plazo de seis (6) meses para reunirse el Vicerrector de Recursos Universitarios, el jefe de Personal, vicerrector Académico y Wilmar Cruz.

Hallazgo Contraloría Departamental 2017:

HALLAZGO No 14: La Universidad de los Llanos estableció en los estudios previos que derivó en el contrato 1824 de 2016 la necesidad de adquirir 2.000 licencias Dyned para estudio y 1.600 licencias para pruebas diagnósticas para uso durante 12 meses, soportados en la Política de aprendizaje y enseñanza de lenguas extranjeras y la aprehensión del idioma inglés por parte de los estudiantes, como requisito de grado establecido en el Acuerdo Académico 014 de 2014 y Acuerdo Superior 015 de 2013, así como el Acuerdo Superior 007 de 2010 y Acuerdo Académico 010 de 2010. No obstante, en la formulación del proyecto Nº VIAC 63 1711 2015 y los estudios previos del contrato en mención no se estableció la ruta de aprendizaje y los mecanismos de monitoreo, control y seguimiento que garantizaran la eficacia de los recursos y el cumplimiento de los acuerdos mencionados, lo cual significa omisión al principio de planeación, establecido en el artículo 209 de la Constitución Política. Dicha actuación derivó en que solo se utilizaron 379 de las 1.600 licencias de pruebas diagnósticas adquiridas lo que representa

el 23%, y 1.180 licencias de estudio de las 2.000 adquiridas que representa el 59%. Adicionalmente, quienes accedieron al software lo hicieron por escasos lapsos de tiempo, representado en segundos, minutos y en el mejor de los casos 15 días de los doce meses de duración del contrato. Así las cosas, se configura un presunto detrimento patrimonial por una gestión ineficaz del Centro de Idiomas de la Universidad de los Llanos por $940.000.000, que surge en la elaboración de los proyectos y estudios previos, y no se corrige durante el proceso académico, pues no se establecieron mecanismos de monitoreo, control y seguimiento de las actividades que garantizara el uso de las licencias conforme la finalidad para la cual fueron adquiridas. Presuntos responsables: Bernardo Rocha Salamanca, Director del Centro de Idiomas para la época de los hechos, quien elaboró los estudios previos y responsable de dar cumplimiento a la política institucional conforme lo señala el acuerdo 015 de 2013 y Andrea Parra Ramírez Representante Legal de la Empresa Virtual Academy EU.

Acción Correctiva: Realizar seguimiento al uso de las licencias de estudio Dyned y pruebas diagnósticas adquiridas con el contrato 1824 de 2016.
Actividad: Hacer uso del 100% de las licencias reactivadas según oficio del 26/12/2017 suscrito por la Representante Legal de Virtual Academy. **VENCIDO**

Este hallazgo fue llevado a Comité Coordinador de Control Interno el día 16 de diciembre 2019, y se tomó la decisión de dar tres (3) meses de tiempo para que se reúnan el director del Centro de Idiomas y el Vicerrector de Recursos con el proveedor de Dyned, para gestionar el cumplimiento del uso al 100% de las licencias.

PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORIAS INTERNAS VIGENCIAS ANTERIORES

Al Plan de Mejoramiento 2019, se pasaron veintiún (21) No Conformidades y cuatro (4) observaciones que venían abiertas desde las vigencias 2015, 2017 y 2018. Para eliminar las causas que dieron origen a las No Conformidades y observaciones, los procesos establecieron veintitrés (23) acciones correctivas y cuatro (4) acciones de mejora.

Tabla No 2.

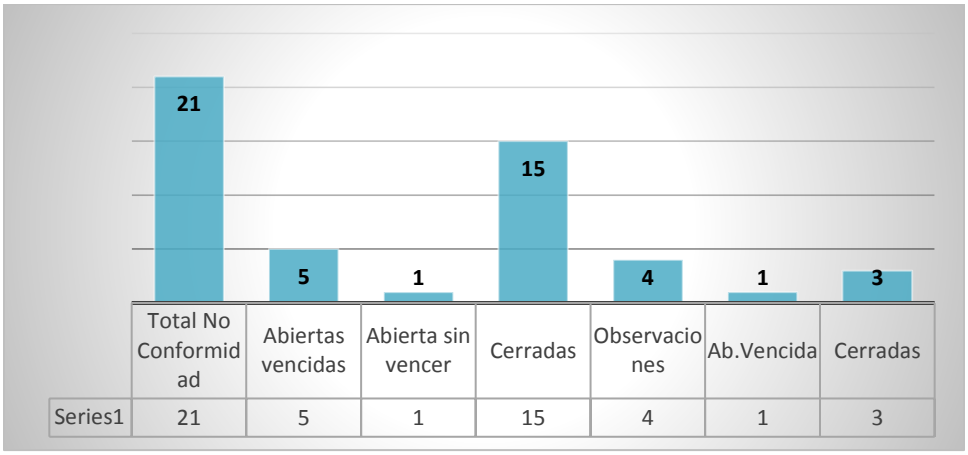
AÑO	PROCESO	N.C.	ABI.	CERR.	A. CORR.	ABI.	CERR.	OBSER.	ABI.	CERR.	ACC.MEJ.	ABI.	CERR.
2015	Bien. Inst.	2	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0
2017	Gest. Calid	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
2017	G. A. Acad.	5	2	3	5	2	3	0	0	0	0	0	0
2018	Com. Inst.	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
2018	Bien. Inst.	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
2018	Docencia	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
2018	Dir. Estrat.	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
2018	GBS -Almac	1	0	1	1	0	1	2	0	2	2	0	2
2018	G.T.Human.	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
2018	TIC	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0
2018	Autoe. Inst.	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
2018	GBS- Cafeter.	5	1	4	7	1	6	1	0	1	1	0	1
TOTAL		**21**	**6**	**15**	**23**	**6**	**17**	**4**	**1**	**3**	**4**	**1**	**3**

Fuente: Oficina de Control Interno

En cumplimiento al programa anual de auditorías, la Oficina de Control Interno realizó seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, evidenciando cumplimiento en quince (15) No Conformidades y tres (3) observaciones, las cuales fueron cerradas. Así mismo se cerraron quince (15) acciones correctivas y tres (3) acciones de mejora.

Las seis (6) No Conformidades abiertas y una (1) observación pasan para el plan de mejoramiento 2020.

Figura 2. Plan de Mejoramiento vigencias anteriores



De éste plan de mejoramiento se tienen abiertos y vencidos los siguientes:

BIENESTAR INSTITUCIONAL AÑO 2015:

No Conformidad BIN004H: No se asignó el debido porcentaje de descuento socioeconómico
Acción correctiva: Presentar ante las instancias pertinentes propuesta de modificación a la normatividad que regula el proceso de descuento socioeconómico.

Actividad: Presentar la propuesta de modificación a los cuerpos colegiados pertinentes, mediante acta del Consejo Superior. **VENCIDA**

Este hallazgo fue llevado a Comité de Control Interno el día 16 de diciembre 2019 y uno de los miembros del Comité informó que se ha venido avanzando en el cumplimiento del porcentaje en los descuentos y en el ajuste del Acuerdo.

GESTION DE APOYO A LA ACADEMIA 2017:

No Conformidad PD-GAA-H262017: Los laboratorios de histopatología, microbiología animal, laboratorio clínico, centro de calidad de agua, ecología acuática no cuentan con áreas separadas para la realización actividades incompatibles.

Acción Correctiva: Solicitar a la oficina de Planeación el diagnostico de las instalaciones de los laboratorios.
Actividad: Solicitar a la oficina de Planeación el diagnostico de las instalaciones de los laboratorios, mediante la solicitud y el diagnóstico. **VENCIDO**

No Conformidad PD-GAA-H322017: No existe evidencia de los protocolos para el transporte y almacenamiento de equipos ni el registro de las calibraciones realizadas.

Acción Correctiva: Solicitar a la oficina de Planeación el diagnostico de las instalaciones de los laboratorios.

Actividad: 1. Solicitar el diagnostico con base a las necesidades técnicas de cada uno de los laboratorios. 2. Diagnóstico de las instalaciones según las necesidades. **VENCIDO.**

Estas dos No Conformidades se llevaron a Comité Coordinador de Control Interno el día 16 de diciembre 2019 y el asesor de Planeación manifestó que ese diagnóstico se realizó y que la evidencia la allegaban a la oficina de Control Interno. Sobre lo anterior el coordinador de laboratorios envió al correo electrónico de Control Interno, el diagnóstico realizado a los laboratorios de las facultades de Salud, Humanas, Agropecuarias y Básicas. Sin embargo, según la muestra de auditoria, no se evidenció diagnóstico realizado al laboratorio de Fitopatología, por consiguiente, continúa abierto para la siguiente vigencia.

GESTIÓN DE TIC 2018:

Observación PD-GRT-OBS3-2018: Al revisar el mapa de riesgos de la vigencia 2017, se evidencia entre las acciones establecidas para controlar el riesgo número 1, no se elaboró la capacitación y no se ha aprobado la política de seguridad a través de acto administrativo.

Acción de mejora: Actualizar la resolución rectoral 1740 de 2015 con los nuevos lineamientos de la utilización de los recursos informáticos. Con la asesoría de la Facultad de ciencias Básicas e Ingeniería se está realizando la actualización de la política de seguridad.
Actividad: Realizar la capacitación a todos los funcionarios de la Universidad. **VENCIDA.**

Esta observación se llevó a Comité Coordinador de Control Interno y desde allí se impartió la directriz de darle un plazo de tres meses para que realice la capacitación de la política de seguridad de la información.

AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL: Este proceso tiene dos (2) No Conformidades abiertas, las cuales ya vencieron. No se realizó seguimiento en el segundo semestre, el cual queda para revisar en el primer semestre 2020.

GESTION DE BIENES Y SERVICIOS – ARRENDAMIENTOS: Se tiene una No Conformidad abierta, la cual tiene fecha de vencimiento es el 31 de diciembre 2019.

AUDITORÍAS INTERNAS
PLAN DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2019

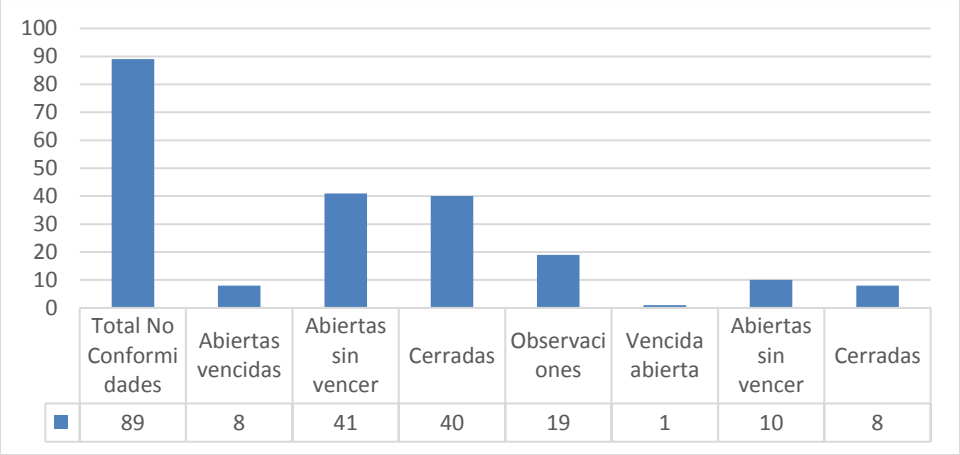
Tabla No 3.

PROCESO	N.C.	ABI.	CERR.	A. CORR.	ABI.	CERR.	OBSER.	ABI.	CERR.	ACC.MEJ.	ABI.	CERR.	CORRECC.	ABI.	CERR.
IPSE -UPME	5	0	5	5	0	5	1	0	1	1	0	1	0	0	0
GAA- AGUAS	13	0	13	13	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jurídca-Conve	10	5	5	10	5	5	1	0	1	1	0	1	0	0	0
GAA- AGUAS	0	0	0	0	0	0	3	0	3	3	0	3	0	0	0
GBS -Vicerrec.	2	1	1	2	1	1	2	0	2	2	0	2	0	0	0
G.T. Humano	6	2	4	6	2	4	3	2	1	3	2	1	0	0	0
Bienes. Inst.	2	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gest. Financ.	11	5	6	13	5	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jurídica -	4	0	4	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Proy. Social	6	5	1	6	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Investigacion.	3	3	0	3	3	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0
G. Documental	6	6	0	6	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Docenc- FCE	2	2	0	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GAA- Cen.Clin	12	12	0	21	21	0	8	8	0	8	8	0	0	0	0
G. Calidad	7	7	0	9	9	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	89	**49**	**40**	**104**	**62**	**42**	**19**	**11**	**8**	**19**	**11**	**8**	**1**	**0**	**1**

Fuente: Oficina de Control Interno

En cumplimiento del programa anual de auditorías en la vigencia 2019 se ejecutaron 15 auditorías a los diferentes procesos de la Universidad. Como resultado se evidenciaron ochenta y nueve (89) No Conformidades y diecinueve (19) observaciones. Para las No Conformidades se establecieron ciento cuatro (104) acciones correctivas, diecinueve (19) acciones de mejora y una (1) corrección. Como producto del seguimiento realizado por la oficina de Control Interno, se cerraron cuarenta (40) No Conformidades, ocho (8) observaciones y una (1) corrección. Las que quedaron abiertas, pasan para el plan de mejoramiento 2020.

Figura No 3. Plan de Mejoramiento vigencia 2019.



De los planes de mejoramiento suscritos se vencieron dos (2) en la vigencia 2019. Lo vencidos corresponden a Proyección Social e investigaciones.

Proyección Social vigencia 2019:

No Conformidad CP-PSO-NC1-2019: Se verificó el procedimiento PD-PSO-01 para la carnetización de egresados, y no se realiza un control para la entrega de carnets en las ceremonias de grado, los cuales no evidencian la provisión de éstos a los graduandos, identificándose un stock de 444 carnets pendientes por entregar.

Acción Correctiva: Ajustar el Procedimiento PD-PSO-01 para la carnetización de egresados, vinculando los otros escenarios donde puede realizarse la actividad de entrega del carné a los egresados.
Actividades: Determinar en el procedimiento PD-PSO-01 los otros momentos en que puede realizarse la actividad de entrega de carnés. **VENCIDO EN SEPTIEMBRE 2019.**

No Conformidad CP-PSO-NC2-2019: No se evidenció reporte de la información de egresados para la vigencia 2018 en la plataforma de la encuesta del observatorio laboral OLE, y al contrastar las estadísticas con la base datos SGIE esta reporta 6589 egresados, mientras que la plataforma OLE reporta 4237 egresados, presentando una diferencia de 2352, situación que dificulta el reporte real de egresados registrados hasta la fecha.

Acción Correctiva: Adecuar 1 de los 2 sistemas (OLE o SGIE) para la aplicación de la encuesta en cada uno de los momentos de los egresados.

Actividad: Realizar una evaluación de pertinencia y funcionalidad del mecanismo definidos para la aplicación de la encuesta de seguimiento, entre ellos, la funcionalidad y conveniencia de las plataformas OLE y SGIE y Diseñar o fusionar alguno de los 2 mecanismos existentes que permita realizar seguimiento efectivo a los egresados de la Universidad al momento de la graduación. **VENCIDA EN SEPTIEMBRE**

No Conformidad CP-PSO-NC3-2019: No se evidencia informe de gestión del primer semestre 2019 para el programa de egresados, como lo especifica la actividad #5 del procedimiento PD-PSO-04

Acción Correctiva: Ajustar y actualizar el procedimiento PD-PDO-04 "PROCEDIMIENTO PARA ACCEDER Y ACTUALIZAR LA BASE DE DATOS DEL PROGRAMA DE EGRESADOS"
Actividades: Actividad 1: Ajustar la actividad No. 5 del procedimiento PD-PS0-04, eliminando la determinación de las fechas (30 DE JUNIO Y 30 DE DICIEMBRE) de elaboración del informe semestral y Actividad 2: Actualizar la versión del procedimiento PD-PSO-04 en el SIG. **VENCIDO**

No Conformidad CP-PSO-NC4-2019: No se evidencia la trazabilidad de la ejecución de los eventos: “Evaluación por competencias y construcción del ítem” “Día mundial de la Bioética”, “Didácticas activas un escenario para enseñar con sentimientos” y de los diplomados: “Formulación de proyectos y gestión de recursos” “Terapias alternativas manuales” Conforme lo especifica el procedimiento PD-PSO-02 Gestión de la educación Continuada.

Acción Correctiva: Asegurar la debida gestión documental de los registros del desarrollo de eventos de Proyección Social desarrollados por la Universidad.

Actividad: Asegurar los registros documentales y demás registros pertinentes para evidenciar la gestión del proceso, a través de los coordinadores de eventos y Aplicar las disposiciones institucionales de gestión documental (Tablas de retención documental-TRD), para preservar los registros que evidencien la gestión del proceso. **VENCIDO**

No Conformidad CP-PSO-NC6-2019: No se evidencia la trazabilidad de la ejecución de los procedimientos PD-PSO-05 "Revista Corocora Para Egresados", PD-PSO-08. "Aplicación de encuestas a egresados y empleadores - trabajo de campo". PO-PSO-10 "Pauta publicitaria revista Corocora", PD-PSO-11 "Realización de actividades de Proyección social".

Acción Correctiva: Suprimir del Sistema dichos procedimientos.
Actividad: Actividad 1. Realizar una sensibilización de la caracterización del proceso de proyección social, Actividad 2. Suprimir los procedimientos * PD-PSO-05 "Revista Corocora Para Egresados" * PD-PSO-08. "Aplicación de encuestas a egresados y empleadores - trabajo de campo" * PO-PSO-10 "Pauta publicitaria revista Corocora", * PD-PSO-11 "Realización de actividades de Proyección social" y Actividad 3. Determinar la pertinencia y vigencia de estos documentos y solicitar al SIG la actualización documental del proceso de acuerdo a las concusiones del análisis. **VENCIDO.**

PROCESO DE INVESTIGACIONES 2019:

No Conformidad CP-INV-NC1-2019: No se evidenció la identificación y trazabilidad en los formatos establecidos en el "Procedimiento de Gestión de Proyectos de Investigación" PD-INV-01. Ver Anexo 1 Ver Convenciones: - Amarillo (Sin Diligenciamiento).
Acción Correctiva: Realizar la revisión y ajuste al procedimiento PD-INV-01 PROCEDIMIENTO GESTION INTEGRAL PROYECTOS DE INVESTIGACION
Actividad: Realizar dos (2) jornadas de trabajo para la revisión y actualización del procedimiento PD-INV-01 PROCEDIMIENTO GESTION INTEGRAL PROYECTOS DE INVESTIGACION, Hacer la socialización de la actualización y modificaciones del procedimiento de gestión de proyectos de investigación, con los centros de investigación de las diferentes facultades y Reporte de la actualización ante el SIG. **VENCIDO EN NOVIEMBRE.**

NOTA: Las No Conformidades 2 y 3, están relacionadas con actualización de procedimientos.

Sobre estas No Conformidades vencidas y abiertas, se envió correo electrónico a los procesos informando que sus compromisos están vencidos y que pasan para la siguiente vigencia.

OBSERVACIONES.

1. **Se hace necesario que los líderes de procesos que tienen suscritos Planes de Mejoramiento, se concienticen de la importancia de dar cumplimiento a las acciones correctivas, de mejora y correcciones. Así mismo que implementen los mecanismos de control para que las acciones se sigan ejecutando y así evitar sanciones disciplinarias.**

2. **Realizar por parte de los líderes de proceso y profesionales de cada área, autocontrol para identificar debilidades y falencias que se tienen en el desarrollo de sus actividades, para así establecer las correcciones pertinentes.**

3. **Es importante que cuando se suscriben correcciones, acciones de mejora y acciones correctivas, estas sean encaminadas a eliminar la causa de fondo para que no se vuelva a presentar y que se implemente en el quehacer diario de cada proceso.**

CONCLUSIONES.

1. En cumplimiento con la normatividad que regula el Control Interno de la Entidad y los programas de auditorías aprobados para ser ejecutados en cada vigencia, la oficina de Control Interno de Gestión realizó el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, con corte a 16 de diciembre 2019, el cual culmina con 212 registros:

Tabla No 4.

HALLAZGOS	ABIERTOS	CERRADOS
55	16	39
NO CONFORMIDADES	**ABIERTAS**	**CERRADAS**
128	55	73
OBSERVACIONES	**ABIERTAS**	**CERRADAS**
29	13	16
TOTAL H. NC. OB.	**TOTAL ABIERTOS**	**TOTAL CERRADOS**
212	84	128

Kilómetro 12 Vía a Puerto López, Vereda Barcelona, Villavicencio, Meta Colombia
Conmutador 6616800 ext. 143 – Sede Barcelona y 6616900 Sede San Antonio

Así mismo se finaliza el plan con 251 acciones:

Tabla No 5.

ACCIONES CORRECTIVAS	ABIERTAS	CERRADAS
218	84	134
ACCIONES DE MEJORA	**ABIERTAS**	**CERRADAS**
29	13	16
CORRECCIÓN	**ABIERTAS**	**CERRADAS**
4	0	4
TOTAL ACCIONES	**ABIERTAS**	**CERRADAS**
251	97	154

2. En la vigencia 2019 se logró avanzar en buena manera con los hallazgos que vienen de vigencias anteriores, con los responsables de los planes de mejoramiento.

3. Compromiso de la oficina de Control Interno y el Comité Coordinador de Control Interno, en pro de la mejora continua de la entidad.

4. En la vigencia 2019 se evaluó la eficacia de las acciones, de acuerdo al cumplimiento en fechas y su implementación al interior de cada proceso.

El resultado es el siguiente:

Tabla No 6.

Acciones eficaces	110
Acciones No eficaces	65
Acciones que aún no vencen	76
TOTAL	251

ANEXOS. Plan de Mejoramiento.

Firmas:

ORIGINAL FIRMADO
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO

ORIGINAL FIRMADO
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO