INFORME DE GESTIÓN
VIGENCIA 2019

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO
ELIANA ANDREA VACA ROJAS
ASESORA DE CONTROL INTERNO

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
DICIEMBRE

OBJETIVO

La oficina Asesora de Control Interno enmarca sus actuaciones en el cumplimiento de los roles establecidos en la Ley 87 de 1993, procurando que todas las actividades y operaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

ALCANCE

Evaluar la gestión de las actividades desarrolladas en la vigencia 2019.

ROLES

La gestión de la oficina se enmarca dentro de los cinco (5) roles establecidos en el Decreto 648 de 2018, a saber:

- Liderazgo Estratégico
- Enfoque hacia la prevención
- Evaluación de la gestión del Riesgo
- Relación con entes externos de control
- Evaluación y seguimiento

RESULTADOS

1. ROL LIDERAZGO ESTRATÉGICO

Con el fin de contribuir de manera independiente en la consecución de los objetivos de la universidad, la oficina de Control Interno debe convertirse en un soporte estratégico para la toma de decisiones del comité coordinador de Control Interno y del rector, agregando valor de manera independiente, mediante la presentación de informes, manejo de información estratégica y alertas oportunas ante cambios actuales o potenciales que puedan retardar el cumplimiento de los objetivos propuestos en el plan de acción institucional y demás herramientas previstas para la medición.

Para ello, durante la vigencia 2019 se propuso el programa anual de auditoría, el cuál atendiendo las necesidades y solicitudes por parte de los cuerpos colegiados de la Universidad, tuvo tres modificaciones, quedando a ejecutar en la vigencia 15 auditorías; 10 auditorías dirigidas a los procesos de la Universidad y 5 auditorías de carácter especial a procedimientos puntuales.

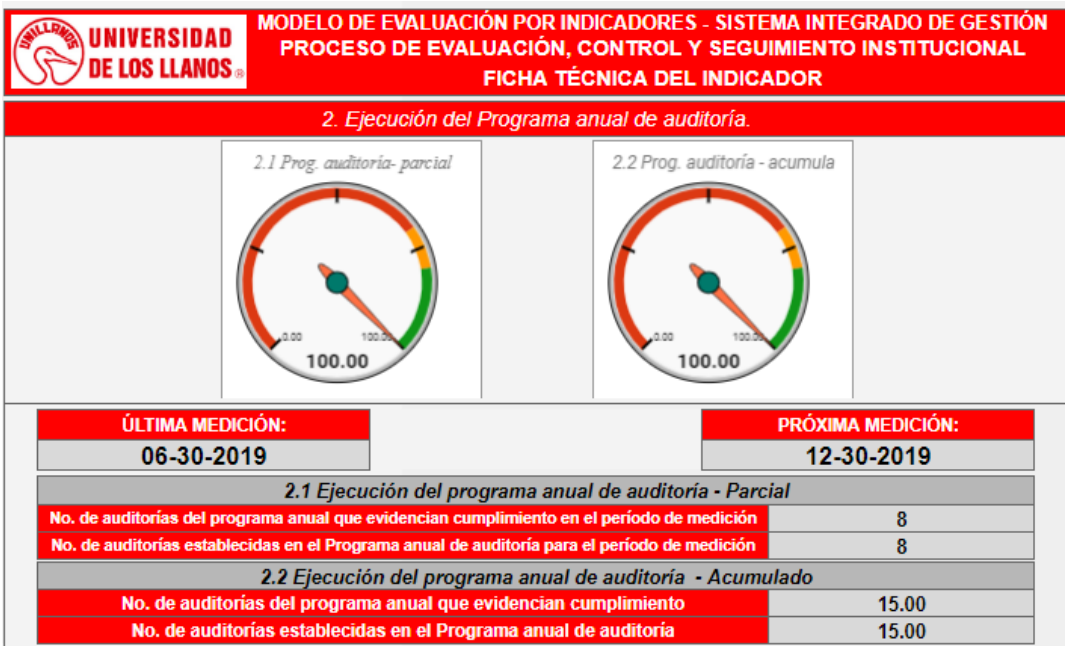
TITULO DE LA AUDITORIA	PROCESOS			
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control
Proceso Gestión de Bienes y Servicios			X	
Proceso Gestión de Talento Humano			X	
Proceso Gestión Financiera			X	
Proceso de Bienestar Institucional		X		
Proceso Gestión Jurídica			X	
Proceso Proyección Social		X		
Proceso Investigaciones		X		
Proceso Gestión Documental			X	
Proceso de Apoyo a la Academia			X	
Proceso Gestión de Calidad	X			
Seguimiento a planes de mejoramiento por procesos				
AUDITORÍAS ESPECIALES				
Auditoría Especial avances de ejecución Convenio Interadministrativo de Asociación C V 003 de 2016 suscrito entre la Unidad de Planeación Minero Energética (UPME), Instituto de planificación y promoción de soluciones energéticas para la zonas no interconectadas (IPSE) y la Universidad de los Llanos.		X		
Auditoría Especial Centro de calidad de aguas bajo requisitos de la NTC ISO 17025			X	
Auditoría Especial a la ejecución de convenios de la Universidad y otras entidades			X	
Auditoría Especial al Centro de Calidad de Aguas incluyendo métodos de referencia del alcance.			X	
Auditoría especial al proceso del concurso de méritos para proveer cargos de profesores de planta de la FCE (vigencia 2013-2015)		X		

Cabe resaltar que la aprobación inicial y la aprobación de cada modificación es revisada, evaluada y aceptada por el comité coordinador de Control Interno. Se ejecutaron todas las auditorías obteniendo los siguientes resultados:

PROCESO	HALLAZGOS
Proceso Gestión de Bienes y Servicios	2 no conformidades y 2 Observaciones
Proceso Gestión de Talento Humano	6 no conformidades y 3 observaciones
Proceso Gestión Financiera	11 no conformidades
Proceso de Bienestar Institucional	2 no conformidades
Proceso Gestión Jurídica	4 no conformidades
Proceso Proyección Social	6 no conformidades
Proceso Investigaciones	3 no conformidades y 1 observación
Proceso Gestión Documental	6 No conformidades
Proceso de Apoyo a la Academia	12 no conformidades y 8 observaciones
Proceso Gestión de Calidad	7 no conformidades
Auditoría Especial avances de ejecución Convenio Interadministrativo de Asociación C V 003 de 2016 suscrito entre la Unidad de Planeación Minero Energética (UPME)	5 no conformidades y 1 observación
Auditoría Especial al Centro de Calidad de Aguas incluyendo métodos de referencia del alcance. (I)	13 no conformidades
Auditoría Especial Centro de calidad de aguas bajo requisitos de la NTC ISO 17025	3 observaciones
Informe de Auditoria Especial FCE Concurso de Méritos	7 observaciones
Informe de Auditoria Especial a Convenios Jurídica	10 no conformidades y 1 observación

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**

Esta ejecución es insumo para los indicadores de gestión formulados por la oficina y que son revisados por la alta dirección y la coordinación del Sistema Integrado de Gestión:



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

MODELO DE EVALUACIÓN POR INDICADORES - SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL
FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

2. Ejecución del Programa anual de auditoría.

2.1 Prog. auditoría- parcial — 100.00

2.2 Prog. auditoría - acumula — 100.00

ÚLTIMA MEDICIÓN:	PRÓXIMA MEDICIÓN:
06-30-2019	12-30-2019

2.1 Ejecución del programa anual de auditoría - Parcial	
No. de auditorías del programa anual que evidencian cumplimiento en el período de medición	8
No. de auditorías establecidas en el Programa anual de auditoría para el período de medición	8
2.2 Ejecución del programa anual de auditoría - Acumulado	
No. de auditorías del programa anual que evidencian cumplimiento	15.00
No. de auditorías establecidas en el Programa anual de auditoria	15.00

Para cada uno de los hallazgos encontrados (no conformidades y observaciones) se suscribió el respectivo plan de mejoramiento que es cargado por la oficina de Control Interno a la matriz general y que es objeto de seguimiento constante por parte de los profesionales de control interno en el ejercicio de las auditorías y seguimientos específicos al mismo.

Igualmente, como rol de asesor para la toma de decisiones, se fungió como secretario técnico del Comité coordinador de Control Interno que se reunió 07 veces durante la vigencia, en dichos comités se trataron temas relevantes de auditorías, seguimientos, informes presentados y solicitudes de modificación del programa anual de auditoría.

La oficina de Control Interno, para el correcto funcionamiento se apoya en la proyección del plan de acción el cual contiene los informes de ley y demás seguimientos que se deben adelantar, estableciendo la periodicidad y demás observaciones que haya lugar para su cumplimiento, por esta razón se presentó de manera oportuna un informe de gestión de la oficina con corte a 30 de junio, donde se evaluó de manera parcial la gestión y se presentaron los avances obtenidos en las actividades propuestas.

2. ROL DE ENFOQUE HACIA A LA PREVENCION

El rol de enfoque hacia la prevención articula la asesoría y acompañamiento, con el fomento de la cultura del control, estos roles originalmente establecidos en el artículo 2.2.21.5.3 del capítulo 5 del Decreto 1083 de 2015. En consecuencia, debe entenderse que es a través de este rol que es posible generar en todos los servidores una cultura de control efectiva frente al logro de los objetivos.

Para la ejecución de este rol, la oficina de Control Interno hizo campañas de fomento de la cultura del control enfocadas a recomendaciones con alcance preventivo dirigidas a los funcionarios de la universidad:

- Actividad recreativa (sopa de letras) a las dependencias de las sedes: Barcelona y San Antonio, como tema de la Actividad: los roles de la oficina de control interno, el autocontrol, la mejora continua.
- Actividad lúdica de sensibilización sobre "Tramite de las PQRSD" re realizó con todas las facultades de la Universidad de los Llanos y las dependencias de las Sedes Barcelona y San Antonio

Actividades de sensibilización y capacitación haciendo uso de los boletines internos socializados a través de los correos institucionales, adicional cada boletín enviado es publicado en el micro sitio de la oficina para conocimiento de la comunidad académico-administrativa, en total fueron 11 boletines que tocaron temas como:

- Resolución rectoral 001-2019 sobre Cajas menores
- Atención al Ciudadano y PQRSD
- Cultura Organizacional y Ética profesional
- Riesgos
- Supervisión e Interventoría
- Legalización de avances
- Actividades lúdicas como sopa de letra con temas relacionados a los principios del MECI y las funciones de la Oficina de Control Interno de Gestión
- PQRSD, la diferencia, términos legales
- Austeridad del gasto
- Funciones OCI
- Objetivos específicos auditorías de gestión



Con el fin de mantenerse informado y generar opiniones desde la perspectiva de control interno basadas en los principios de independencia y confidencialidad, la oficina participó en comités como:

- Sostenibilidad Contable
- Conciliaciones
- Archivo

La oficina cuenta con las herramientas necesarias para evaluar la gestión de sus funcionarios en el ejercicio de auditoría y que sirve como insumo para la toma de decisiones, identificación de riesgos, revisar la pertinencia del personal y el mejoramiento continuo, la evaluación se hace mediante el formato *FO-ECS-05,* para el primer semestre esta evaluación era aplicada por el auditado y el Asesor de Control Interno al auditor líder teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

No.	Afirmaciones
1.	Recibió vía correo electrónico la notificación de los auditores asignados a su proceso
2.	El Auditor se identificó con el carnet de la Universidad
3.	El Auditor le informó con 8 días de anticipación el Plan de Auditoria de su proceso
4.	El Auditor le informó cual era el alcance y los criterios de la auditoría.
5.	El Auditor demostró conocimiento del proceso auditado.
6.	El Auditor aportó al mejoramiento del proceso retroalimentando sobre aspectos positivos y motivando la formulación de acciones de mejoramiento.
7.	El Auditor fue respetuoso y cordial con el personal auditado
8.	El Auditor le informó las No Conformidades y observaciones antes de conocer el informe final de la Auditoria.
9.	El Auditor retroalimentó el resultado de la auditoría, informando lo encontrado en términos fortalezas y debilidades
10.	El informe de auditoría fue claro, coherente, consistente y fundamentado en la evidencia.
SUBTOTAL DE AUDITADO	

No.	Afirmaciones
1	El Auditor Líder mostró disposición en la asignación de la auditoria
2	El Auditor Líder demostró habilidades para trabajar en equipo
3	El Auditor realizó el Plan de Auditoria de acuerdo al procedimiento
4	El Auditor realizó reunión de apertura en la fecha establecida del Plan de Auditoria
5	El Auditor utilizó los formatos establecidos en el procedimiento de auditoria
6	Los documentos entregados por el auditor (Plan, Informe y Actas) son claros, legibles, completos y de buena presentación
7	El Auditor demostró conocimiento en los criterios normativos de la Auditoria
8	La información que encontró el auditor fue manejada con privacidad, reserva y discreción
9	El Auditor entrego el Informe Final y demás documentos a la Oficina de Control Interno para su custodia.
10	El Auditor asesoró al auditado en la metodología para la suscripción del Plan de Mejoramiento
SUBTOTAL DE ACI	

Actualmente, recogiendo las observaciones de las mesas de trabajo de la oficina de control interno, la evaluación fue modificada incluyendo la evaluación para el auditor de apoyo, quien hace parte de la ejecución del procedimiento de auditoría.

No.	Afirmaciones
1.	El auditor líder le informó con 8 días de anticipación el Plan de Auditoria de su proceso y llegó a realizar la auditoria a la hora acordada.
2.	El auditor líder realizó la auditoría en los tiempos acordados en el plan de auditoría
3.	El auditor líder le informó cual era el alcance y los criterios de la auditoría.
4.	El auditor líder le informó los hallazgos durante el ejercicio de la auditoría.
5.	El informe de auditoría fue claro, coherente, consistente y fundamentado en la evidencia.
6.	Los auditores se identificaron con el carnet de la Universidad
7.	El equipo auditor demostró conocimiento del proceso auditado.
8.	El enfoque y orientación de la auditoría fue el adecuado.
9.	El equipo auditor fue respetuoso y cordial con el personal auditado
10.	El equipo auditor retroalimentó el resultado de la auditoría, informando lo encontrado en términos fortalezas y debilidades
11.	El auditor de apoyo fue respetuoso con el auditado
12.	El auditor de apoyo mantuvo la confidencialidad y seguridad de la información, datos y documentos.
13.	El auditor de apoyo demostró disposición para trabajar en equipo
14.	El auditor de apoyo demostró conocimiento, habilidades e interés frente al proceso de auditoría.

No.	Afirmaciones
1	El auditor líder demostró capacidad para mantener el liderazgo en la conducción de la auditoria.
2	El auditor líder realizó el Plan de Auditoria de acuerdo al procedimiento.
3	El auditor líder realizó reunión de apertura en la fecha establecida del Plan de Auditoria.
4	El auditor líder tiene total conocimiento sobre los documentos de referencia (Leyes, Caracterización de proceso y subprocesos, guías y procedimientos etc.) que utiliza para realizar la auditoria.
5	Los formatos establecidos en el procedimiento de auditoria entregados por el equipo auditor (Plan, Informe, Lista de verificación y Actas) son claros, legibles, completos y de buena presentación.
6	El equipo auditor demostró conocimiento en los criterios normativos de la auditoria.
7	La información que encontró el equipo auditor fue manejada con privacidad, reserva y discreción.
8	El equipo auditor entrego el Informe Final y demás documentos a la oficina de Control Interno para su custodia.
9	Los auditores tenían previamente identificados y definidos sus roles y las actividades a desarrollar.
10	El equipo auditor asesoró al auditado en la metodología para la suscripción del Plan de Mejoramiento
11	El auditor de apoyo aplica de manera efectiva los métodos y técnicas relacionados con la calidad y el control con el fin de identificar hallazgos que permitan la mejora continua del programa.
12	El auditor de apoyo estableció buena comunicación con el auditor líder durante el desarrollo de la auditoria.
13	El auditor de apoyo desarrolló las actividades encomendadas de manera oportuna.
14	El auditor de apoyo estuvo presente durante todas las actividades establecidas en el plan de auditoría.
	SUBTOTAL DE ACI

Siendo así y luego de ejecutado el programa anual de auditoría se puede establecer que el desempeño de los auditores internos en las actividades de auditoría fue de destacar ya que el promedio de las evaluaciones da como resultado:

- **(89-140)** El auditor evaluado se comporta de una manera acorde y conforme a los parámetros de una auditoría interna y puede continuar con su buen desempeño para mantener la calidad en su labor.

3. ROL DE LA RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL

Con el fin de definir su alcance para las oficinas de control interno, este rol se ajustó en el Decreto 648 de 2017. Pasó de denominarse “Relación con entes externos” a “Relación con entes externos de control”. Esto se llevó a cabo para enmarcarlo en la relación con los organismos de control respectivos y no con todas las instancias externas con quienes la entidad tiene relación, por esta razón la oficina de Control Interno sirvió como interlocutor con las visitas de seguimiento el plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría Departamental vigencia 2017, de los 19 hallazgos encontrados relacionados con los procesos de la Universidad, actualmente se encuentra abierto 01, para este caso el resultado del seguimiento ha sido llevado ante el Comité coordinador de Control Interno.

Aunque la Contraloría General de la Republica en las ultimas vigencias no ha practicado auditoría a la Universidad, actualmente se reportan los avances del hallazgo abierto mediante el aplicativo SIRECI.

Se recibió la auditoría de seguimiento hecha por ICONTEC, aunque la oficina no fue interlocutora, participó desde el seguimiento al plan de mejoramiento suscrito en vigencias anteriores.

Cabe resaltar que los planes de mejoramiento que se deriven de las auditorías hechas por entes de control son integrados en la matriz de plan de mejoramiento institucional y son objeto de seguimiento continuo.

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.

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

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.

De igual manera se consolidó la información pertinente para evaluar y determinar la efectividad de los controles asociados a las etapas del proceso contable de la Universidad, conforme a la Resolución No. 193 de 2016 emitida por la Contaduría General de la Nación.

4. ROL DE LA EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO

El artículo 2.2.21.5.4 del Decreto 1083 de 2015 determina que las entidades públicas establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo, como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las unidades de control interno o quien haga sus veces, evaluando aspectos, tanto internos como externos, que pueden llegar a representar amenaza para la consecución 22 de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control.

La Universidad de los Llanos mediante Resolución Rectoral 081 de 2019 aprobó el PA-AC para la vigencia 2019, así mismo se debe indicar que para el periodo 2019 se establecieron cincuenta y tres **(53)** actividades de acuerdo a los 6 componentes que integran el PA-AC como se observa el cuadro siguiente:

COMPONENTES	**ACTIVIDADES**	**%**
Gestión del Riesgo	8	15%
Racionalización de Tramites	4	8%
Rendición de Cuentas	14	26%
Servicio al Ciudadano	9	17%
Transparencia y Acceso a la Información	16	30%
Iniciativas Adicionales	2	4%
TOTAL	**53**	**100%**

La responsabilidad de la estructuración, operación y consolidación de cada componente se encuentra definida en el documento aprobado mediante resolución rectoral 081 del 31 de enero 2019 “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2019.

Teniendo en cuenta el monitoreo para el periodo 2019, se realizó el seguimiento a las actividades que presentaron avance en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano por cada uno de los responsables, para la identificación de la información en el siguiente informe se relaciona a continuación la tabla de convenciones por la cual la Oficina de Control Interno identificó por cada una de las actividades y el análisis de cada uno de los componentes:

TABLA DE CONVENCIONES	
EJECUTADA	ACTIVIDAD CUMPLIDA AL 100%
PROCESO	ACTIVIDAD CON AVANCE PARCIAL
SIN AVNACE	ACTIVIDAD SIN AVANCE EN EL PERIODO PROGRAMADO

Valoración de la Eficacia del Monitoreo La Eficacia del monitoreo se mide teniendo en cuenta el siguiente cuadro de valoración:

RANGO	PUNTOS
0 - 20%	0
21 - 40%	1
41 - 60%	2
61 -80%	3
81 - 90%	4
> 91%	5

El rango es el grado porcentual de cumplimiento de las actividades que tuvieron avance, cada rango se relaciona con una puntuación que mide el nivel de la Eficacia en que se encuentra cada componente y el monitoreo del PA-AC en general, siendo Cero (0) la puntuación más baja y Cinco (5) la puntuación más alta

Resultados del análisis de las actividades planteadas con fecha límite de cumplimiento a 31 de diciembre de 2019

COMPONENTES	ACTIVIDADES	Actividades Corte 31 Diciembre 2019		
		CUMPLIDA	PROCESO	SIN AVANCE
Gestion del Riesgo	8	6	2	0
Racionalización de Tramites	4	1	1	2
Rendición de Cuentas	14	13	1	0
Servivio al Ciudadano	9	5	3	1
Transparencia y Acceso a la Información	16	4	10	2
Iniciativas Adicionales	2	1	1	0
TOTAL	**53**	**30**	**18**	**5**
		57%	**34%**	**9%**

Para el tercer corte a 31 de diciembre de 2019 se hizo seguimiento a cincuenta y tres (53) actividades, se evidencia que el estado de la actividad más representativa es la (Cumplida) con 30 actividades representando el 57% de cumplimiento, siguiéndola con el 34% que corresponden a 18 actividades que quedaron en proceso y sin avance se evidencio 5 actividades con el 9%.

Mapa de riesgo institucional

Se encuentra publicado en la página Web de la universidad que se encuentra en el micrositio del SIG, en el link, https://sig.unillanos.edu.co/index.php/gestion-riesgo



La oficina de Control Interno de Gestión realiza el tercer seguimiento con corte a 31 de diciembre de 2019, mediante la matriz institucional de riesgos en Google Drive.

Para el tercer corte se realizaron unos ajustes al Mapa de Riesgos Institucional de acuerdo a lo expuesto en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, en la cual, se identificaron para el tercer corte del año 2019 sesenta y ocho (68) riesgos asociados en los 17 procesos institucionales, (1) riesgo financiero, (32) riesgos operativos, (2) riesgos estratégicos, (4) riesgos de imagen, (21) riesgos de corrupción, (6) riesgos de cumplimiento y (2) riesgos de tecnología; con ciento ocho (108) acciones asociadas al tratamiento.

Resultados de análisis de las acciones de control ejecutadas vigencia 2019

El tercer seguimiento al mapa de riesgos institucional se realiza con corte del 31 de diciembre de 2019, a continuación, se relaciona la tabla de convenciones por la cual la Oficina de Control Interno identifico las acciones realizadas en la evaluación y seguimiento de la gestión del riesgo.

Ejecutada	>= 80%
En Proceso Aceptable	60% a 79%
En Proceso Crítico	<= 59%

La eficacia se mide teniendo en cuenta el siguiente cuadro de valoración:

Rango	Puntos
0-20 %	0
21-40 %	1
41-60 %	2
61-80 %	3
81-90 %	4
<91 %	5

El rango es el grado porcentual de cumplimiento de las actividades que tuvieron avance, cada rango se relaciona con una puntuación que mide el nivel de la **EFICACIA** en que se encuentra cada proceso, siendo cero (0) la puntuación más baja y cinco (5) la puntuación más alta.

Resultado de la eficacia vigencia 2019

El nivel de la Eficacia del monitoreo a corte del 31 de diciembre de 2019 corresponde a 4 puntos, encontrándose en un nivel medio-alto, teniendo en cuenta que los procesos menos eficaces fueron Gestión de la Calidad, Gestión de Internacionalización, Gestión de TIC y Gestión de Apoyo a la Academia.

No.	PROCESO	EFICACIA	
1	Direccionamiento Estratégico	80%	3
2	Comunicación Institucional	96%	5
3	Gestión de la Calidad	34%	1
4	Docencia	93%	5
5	Investigación	68%	3
6	Proyección Social	100%	5
7	Bienestar Institucional	100%	5
8	Gestión Jurídica	93%	5
9	Gestión de Talento Humano	92%	5
10	Gestión Financiera	100%	5

11	Gestión de Internacionalización	80%	2
12	Gestión de Bienes y Servicios	100%	5
13	Gestión Documental	100%	5
14	Gestión de TIC	65%	3
15	Gestión de Apoyo a la Academia	55%	2
16	Evaluación, Control y Seguimiento Institucional	100%	5
17	Autoevaluación Institucional	100%	5
TOTAL		84%	4

Así mismo, según el nivel de cumplimiento teniendo en cuenta las actividades plasmadas en el Mapa de Riesgos Institucional 2019 y para cumplimiento en la vigencia en términos de porcentaje, el nivel de cumplimiento es del 84% y se encuentra en el rango de 80% a 100% lo cual corresponde a la Zona Alta (Color Verde).

de 0% a 59%	
de 60% a 79%	
de 80% a 100%	X

Los resultados de estos seguimientos son publicados en la página WEB.

Última medición del indicador se seguimiento al mapa de riesgos.



5. ROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La Ley 87 de 1993 establece como un punto central de la labor oficina de control interno, la verificación y evaluación permanente del sistema de control interno implementado en la entidad. En este sentido, la oficina de control interno, es la encargada de proporcionar información sobre la

efectividad del sistema de control interno (SCI) y generar las recomendaciones que contribuyan a su mejoramiento y optimización, a través de un enfoque basado en el riesgo.

Como elemento de control que contribuye a la retroalimentación del Sistema de Control Interno, la Oficina de Control Interno realizó en la vigencia en mención, los seguimientos y actividades previstas en el plan de acción y en el programa anual de auditorías, cuyos resultados fueron socializados a los líderes de proceso y en comité coordinador de Control Interno. En estos seguimientos se verificó y validó el cumplimiento normativo de los objetivos y metas, así como la eficiencia, eficacia y/o efectividad de los procesos, entre otros, y se formularon las recomendaciones de mejora procedentes.

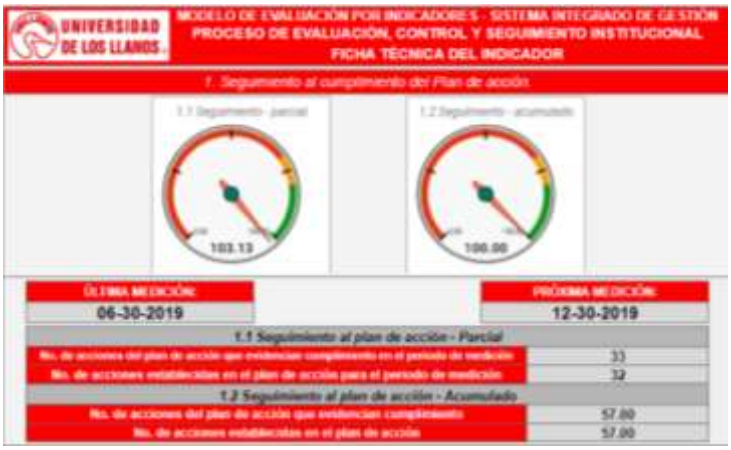
Informes presentados por la oficina de control interno

SEGUIMIENTOS E INFORMES	PERIOCIDAD	CANTIDAD PROGRAMADA	CANTIDAD EJECUTADA
Realización de rendición de cuentas virtual	Diciembre	1	1
Evaluación de la Política de Control Interno FURAG DAFP	Febrero	1	1
Informe Derechos de Autor Software	Marzo	1	1
Informe de Gestión OCI	Junio - Diciembre	2	2
Informe de Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional	Mayo - Septiembre - Diciembre	3	3
Informe Pormenorizado de Control Interno.	Marzo - Julio - Noviembre	3	3
Informe de Evaluación de Rendición de la cuenta incluyendo análisis de la estrategia.	Diciembre	1	1
Informe de seguimiento con corte establecido en el PA-AC 2019	Mayo - Septiembre - Diciembre	3	3
Informe de Seguimiento PGI Rectoral 2019-2021	Noviembre	1	1
Informe Control Interno Contable.	Febrero	1	1
Informe para el fenecimiento de la Cuenta Gral. a la Cámara de Representantes.	Marzo	1	1
Seguimiento a caja menores con la respectiva acta	Abril - Junio - Septiembre - Diciembre	4	4
Informe avance al plan de mejoramiento institucional.	Julio - Diciembre	2	2
Avance Plan de mejoramiento C.G.R.Formato M3 Sireci	Enero - Julio	2	2
Avance Plan de mejoramiento C.D.M Formato 10 y 10A SIA Contralorías	Julio	1	1
Informe Austeridad en el Gasto	Enero -Abril- Julio- Octubre	4	4
Informe de seguimiento Legalización de avances	Julio - Diciembre	2	2
Informe de seguimiento al Comité de Conciliaciones.	Junio - Diciembre	2	2
Informe sobre las quejas, sugerencias y reclamos incluyendo el protocolo de atención al ciudadano	Enero - Mayo- Septiembre	3	3
Informe de seguimiento Ekogui incluyendo certificaciones	Febrero - Agosto	2	2

Boletines de Control Interno asociados temas de autocontrol y control interno	Febrero a Diciembre	11	11
Actividades recreativas o lúdicas para el fomento del Autocontrol	Abril - Agosto	2	2
Informe Encuesta Autocontrol	Junio - Diciembre	2	2
Informe de Seguimiento a la Matriz de racionalización de tramites	Julio - Diciembre	2	2

El cumplimiento del plan de acción se midió semestral por medio de un indicador de gestión propuesto por la oficina, en él se daba avance a cada informe o seguimiento indicando las observaciones y la manera de entrega del mismo, cada uno de los informes se enviaba al proceso encargado y al rector de la Universidad.

Última medición del indicador seguimiento al cumplimiento del Plan de acción.



Plan de mejoramiento auditorías 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.

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**

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.

Última medición del indicador se seguimiento plan de mejoramiento institucional.



Elaborado,

ORIGINAL FIRMADO

ELIANA ANDREA VACA ROJAS
ASESORA DE CONTROL INTERNO