Fecha: 24 DE MARZO DE 2020
Proceso / Área / Actividad auditada: GESTIÓN DE TIC
Criterios de auditoría: CARACTERIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE GESTIÓN DE TIC, NTC ISO 9001:2015, MECI Y NORMATIVIDAD INTERNA Y EXTERNA LAS CUALES HACEN PARTE DEL PROCESO.
Responsable del proceso: JEFE OFICINA DE SISTEMAS
Nombre del auditado: OLGA LUCIA BALAGUERA
Nombre de auditor líder y auditores de apoyo: AUDITOR LÍDER SERGIO ALEJANDRO MARTÍNEZ DÍAZ - AUDITOR DE APOYO ANA ZORAYDA RIAÑO BERNAL
Nombre del asesor de control interno: ELIANA ANDREA VACA ROJAS

REUNIÓN DE APERTURA			EJECUCIÓN EN SITIO		REUNIÓN DE CIERRE		
Día: 09	Mes: 03	Año: 2020	Desde: 09/03/2020	Hasta: 20/03/2020	Día: 26	Mes: 03	Año: 2020

OBJETIVO
VERIFICAR CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN LA CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO, PROCEDIMIENTOS Y EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD INTERNA Y EXTERNA APLICABLE.

ALCANCE
COMPRENDE TODAS LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS Y LINEAMIENTOS RELACIONADOS CON EL PROCESO GESTIÓN DE TIC VIGENCIA 2018-II Y 2019.

FORTALEZAS

1. Disposición del jefe y equipo de trabajo, colaboración para la ejecución de la auditoría y entrega de la información solicitada.
2. El diseño, desarrollo e implementación del sistema de información académico de la Universidad - SIAU, en los procesos institucionales se ha configurado de acuerdo con la naturaleza del producto y de la experiencia de la institución, esto ha permitido eliminar pasos o actividades presenciales para las partes interesadas en la cual se hace muy práctico el uso de esta herramienta tecnológica.
3. El diseño, desarrollo e implementación de la mesa de ayuda como herramienta para organizar el trabajo de asistencia técnica requerida por los funcionarios y docentes.
4. La implementación de las copias de seguridad a un servidor en la nube, minimiza costos para la institución asegurando el almacenamiento de la información y disminución del riesgo de pérdida.

RELACIÓN DE HALLAZGOS

CÓDIGO DEL HALLAZGO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN / EVIDENCIA / CRITERIO	NOMBRE DE LOS AUDITORES
CP-GRT-NC1-2020	No Conformidad	En el desarrollo de la auditoría a las cuentas de correo institucional de la comunidad académica y administrativa, se observó que se tienen correos activos de personal que ya no labora en la organización, ver Anexo 1. Cuentas de correo institucional. Lo anterior incumple lo establecido en la Resolución Rectoral 1470 de 2015 numeral 5.6.	Sergio A. Martínez Ana Zorayda Riaño Bernal

CP-GRT-NC2-2020	No Conformidad	En la revisión de los cinco (5) indicadores de gestión del proceso de Gestión de TIC, se observó que para las vigencias auditadas no fueron medidos ni analizados en su totalidad, ver Anexo 2. Indicadores de gestión. Así mismo, no se tiene un control eficaz sobre el almacenamiento de las fuentes de información para alimentar el indicador; ver en el presente informe VERIFICACIÓN DE INDICADORES. Por lo anterior, incumple con el numeral 9.1.3 Análisis y Evaluación de la norma NTC ISO 9001:2015.	Sergio A. Martínez Ana Zorayda Riaño Bernal
CP-GRT-NC3-2020	No Conformidad	En la revisión al Mapa de Riesgos Institucional 2019 el proceso de Gestión de TIC estableció 2 riesgos con 2 acciones asociadas al control, de las cuales no hubo cumplimiento en la siguiente acción “Realizar capacitación para exponer las medidas de seguridad que se deben tener en las acciones diarias de las funciones como empleados o contratistas de la Universidad de los Llanos”; ver en el presente informe VERIFICACIÓN AL MAPA RIESGOS. Por lo tanto, incumple con el numeral 6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES de la norma NTC ISO 9001:2015.	Sergio A. Martínez Ana Zorayda Riaño Bernal
CP-GRT-NC4-2020	No Conformidad	En el desarrollo de la auditoria se evidencia que el proceso tiene creada las hojas de vida de los equipos informáticos por mesa de ayuda, en la revisión aleatoria que se realizó, se observó que no se están ingresando las revisiones de los mantenimientos preventivos descritos en el Plan de Mantenimiento Preventivo 2018 y 2019, así mismo, no se tiene un control eficiente de los mantenimientos realizados no se emplea la Bitácora de Servicios disponible en el FORMATO FO-GRT-14 HOJA DE VIDA DE EQUIPOS DE CÓMPUTO sino en un formato no controlado. Del año 2018 solo se tiene evidencia del mantenimiento realizado en el mes de mayo a siete (7) equipos y en la vigencia 2019 se evidencia hasta el mes de junio. Finalmente, de acuerdo a los datos registrados del total de los equipos informáticos de la vigencia 2019 el Plan de mantenimiento registra (938), en el indicador de gestión son (1183), y en el reporte generado por el área de Almacén (1196) equipos informáticos; además, en los planes de mantenimiento preventivos no se da una explicación de la diferencia (disminución) de equipos de escritorio 2018 (424) y 2019 (390). Todo lo anterior, incumple con lo descrito en el cronograma del Plan de Mantenimiento Preventivo, la Caracterización de proceso Gestión de TIC Actividad “Elaborar el Plan de mantenimiento preventivo para la vigencia” y en el Numeral 7.5.3 Control de la información documentada de la norma NTC ISO 9001:2015.	Sergio A. Martínez Ana Zorayda Riaño Bernal

CP-GRT-NC5-2020	No Conformidad	En el desarrollo de la auditoría, se evidenció que el proceso cuenta con una herramienta para la medición de la calidad del servicio FORMATO FO-DOC-113 ENCUESTA CALIDAD DEL SERVICIO OFICINA DE SISTEMAS. Actualmente se encuentra en uso un documento no estandarizado y no se evidencia la organización del archivo de las encuestas realizadas durante la vigencia auditada. De acuerdo a lo anterior, incumple con lo descrito en el Numeral 7.5.3 Control de la información documentada de la norma NTC ISO 9001:2015.	Sergio A. Martínez Ana Zorayda Riaño Berna
CP-GRT-NC6-2020	No Conformidad	En la revisión de la información documentada del proceso Gestión de TIC publicada en el micrositio del SIG, se evidencia que los documentos FO-GRT-02 FORMATO CONTROL DE BACKUP- BASE DE DATOS SIIF (Vigencia 2011), FO-GRT-14 FORMATO HOJA DE VIDA DE EQUIPOS DE CÓMPUTO (Vigencia 2012), FO-GRT-16 FORMATO DE REGISTRO DE NO CONFORMIDAD (Vigencia 2012), y el PROCEDIMIENTO PARA CREACIÓN DE CUENTAS DE ACCESO AL SISTEMA DE INFORMACIÓN CONTABLE Y FINANCIERO SICOF (Código PD-GRT-04 Vigencia 2019 y Código PD-GRT-02 Vigencia 2018), en referencia a los procedimientos realizados, no están articulados en sus actividades y productos generados. Por lo anterior, incumple con el Numeral 7.5.2 Creación y Actualización Literal c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación, de la norma NTC-ISO 9001:2015.	Sergio A. Martínez Ana Zorayda Riaño Berna
CP-GRT-NC7-2020	No Conformidad	En la revisión del Plan de Mejoramiento derivado de la auditoría interna de la vigencia 2018 y de la auditoría de ICONTEC vigencia 2019, se evidenció que el proceso no tomó las medidas de control pertinentes para darle cumplimiento a lo establecido en las acciones de mejora, correcciones y acciones correctivas en los tiempos dispuestos para realizarlas, ver Anexo 4. Acta de reunión Seguimiento Plan de Mejoramiento; ver en el presente informe VERIFICACIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO DE VIGENCIAS ANTERIORES. Lo anterior incumple con el numeral 10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA de la norma NTC ISO 9001:2015.	Sergio A. Martínez Ana Zorayda Riaño Berna
CP-GRT-NC8-2020	No Conformidad	En el desarrollo de la auditoría no se evidencia para las vigencias auditadas, la formulación del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información. De acuerdo a lo anterior, incumple con lo dispuesto en el Art. 1 “Integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción” del Decreto 612 de 2018.	Sergio A. Martínez Ana Zorayda Riaño Berna

CP-GRT-NC9-2020	No Conformidad	En el desarrollo de la auditoría a las cuentas de usuarios en el sistema de información SICOF, se observó que se tienen cuentas activas o permisos dados al personal que ya no labora en la institución, lo que puede ocasionar acceso y manipulación a la información, ver Anexo 3. Cuentas de usuario SICOF. Debido a lo anterior, Incumple con lo descrito en las Condiciones Generales "Los usuarios deben ser personal activo de la institución" en el PROCEDIMIENTO PARA CREACIÓN DE CUENTAS DE ACCESO AL SISTEMA DE INFORMACIÓN CONTABLE Y FINANCIERO - SICOF con código PD-GRT-02.	Sergio A. Martínez Ana Zorayda Riaño Berna
CP-GRT-NC10-2020	No Conformidad	En la revisión del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETI de las vigencias auditadas 2018 y 2019, no se presentan los contenidos recomendados que debería tener un PETI, de acuerdo a la Guía del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones "Cómo Estructurar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información - PETI v1.0 Vigencia 2016" y lo descrito en la Caracterización de proceso Gestión de TIC Actividad "Elaborar el Plan Estratégico de las TIC - PETIC".	Sergio A. Martínez Ana Zorayda Riaño Berna
CP-GRT-OBS1-2020	Observación	En el desarrollo de la auditoría en la revisión de la Política de Seguridad de Información de la Universidad de los Llanos no se evidencia la publicación en la página de la institución en el micrositio del Sistema Integrado de Gestión. Lo anterior incumple con el artículo 2 del Acuerdo Superior 002 de 2019.	Sergio A. Martínez Ana Zorayda Riaño Berna

VERIFICACIÓN DE INDICADORES
En el proceso de apoyo existen formulados cinco (5) indicadores de gestión: **1. Ejecución plan de mantenimiento preventivo de equipos de cómputo.** No se evidencia medición ni análisis de resultados durante la vigencia 2018. El indicador reporta una diferencia con la meta de 19.66% y no se formularon acciones para alcanzar la meta. Finalmente, el número de equipos planeados para revisión presente diferencias con los datos reportados en el Plan de Mantenimiento formulado por la Oficina de Sistemas. **2. Nivel de satisfacción de los usuarios frente al servicio de soporte técnico de equipos.** No se evidencia medición ni análisis de resultados durante el periodo II-2019. **3. Tiempo empleado para atención de requerimientos.** No se evidencia medición ni análisis de resultados durante el periodo de octubre a diciembre de la vigencia 2019, para ninguno de los tres (3) aspectos: 3.1 servicios que requieren repuestos, 3.2 servicios que incluyen formateo y 3.3 servicios inmediatos. En el análisis de resultados no se diferencia los tres aspectos para calcular el promedio por servicio. **4. Nivel de satisfacción de los usuarios frente a la atención en la oficina de sistemas.** No se evidencia medición ni análisis de resultados durante el periodo de julio a diciembre de la vigencia 2018 para estudiantes y docentes, en el caso de administrativos durante agosto a diciembre de 2018. Para la vigencia 2019 no se evidencia medición ni análisis de resultados durante los meses de noviembre a diciembre para estudiantes, docentes y administrativos. El objetivo del indicador se formula igual que el indicador No. 3.

5. Nivel de satisfacción de los usuarios frente a los sistemas de información con que cuenta la Universidad. No se evidencia medición ni análisis de resultados durante el periodo 2018-II ni durante la vigencia 2019 para estudiantes, docentes y administrativos.

VERIFICACIÓN AL MAPA RIESGOS

Nota: El Auditor deberá verificar durante la ejecución de la auditoría la eficacia de las acciones establecidas en el mapa de riesgos.
Nota: La eficacia de medirá de manera independiente para cada acción asociada al control.

Se revisa el mapa de riesgos en el cumplimiento de las acciones establecidos para controlar los riesgos para la vigencia 2019:

Riesgo 1: Incumplimiento de políticas y medidas de seguridad.
Acción de mejora o de control propuesta: Realizar capacitación para exponer las medidas de seguridad que se deben tener en las acciones diarias de las funciones como empleados o contratistas de la Universidad de los Llanos.
Observaciones: Las acciones de mejora propuestas definen la realización de unas capacitaciones, no se evidencia esta actividad, sino la elaboración de la política de seguridad. Además, falta diligenciar en la Valoración y análisis del riesgo los Indicadores y Plan de contingencia en caso de materialización del riesgo.

EFICAZ Si ___ No _X_ ¿Por qué? No se tomaron las medidas pertinentes para realizar las actividades en las fechas establecidas por el proceso.

VERIFICACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO DE VIGENCIAS ANTERIORES

Nota: El Auditor deberá verificar durante la ejecución de la auditoría la eficacia de las acciones correctivas que reporten cumplimiento en el plan de mejoramiento asociado al proceso.
Nota: La eficacia de medirá de manera independiente para cada acción correctiva y/o mejora.

Durante la auditoría en sitio se realiza la revisión del plan de mejoramiento para las vigencias auditadas suscribiendo un acta de reunión el día 19-03-2020 (Ver Anexo 4. Acta de reunión Seguimiento Plan de Mejoramiento).

Auditoría Interna
Observación PD-GRT-OBS3-2018.
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, mediante un Lista de asistencia de capacitación, a iniciar desde el 10/08/2018 al 16/03/2020. Vencida y prorrogada la fecha de finalización.
Estado: Abierta

EFICAZ Si ___ No _X_ ¿Por qué? No se tomaron las medidas pertinentes para realizar las actividades en las fechas establecidas por el proceso.

Auditoría ICONTEC 2019.
No Conformidad No 4
Corrección: Realizar los mantenimientos preventivos de equipos de cómputo que no se ejecutaron en el año 2019.
Actividad: Registro de los mantenimientos al 100%, a iniciar desde el 17/12/2019 al 31/01/2020.
Estado: Abierta con avance en la actividad.

EFICAZ Si ___ No _X_ ¿Por qué? No se tomaron las medidas pertinentes para realizar las actividades en las fechas establecidas por el proceso, además se programaron en fechas de periodos de vacaciones del personal y terminación del contrato.
Auditoría ICONTEC 2019. No Conformidad No 4 Acción Correctiva: Actualizar el PD-GRT-07 (Procedimiento de soporte técnico), incluyendo las actividades y condiciones relacionadas con la elaboración y seguimiento del plan de mantenimiento preventivo de equipos de cómputo de la Universidad. Actividad: Procedimiento actualizado en el sistema, a iniciar desde el 17/12/2019 al 28/02/2020. **Estado:** Abierto con avance en la actividad.
EFICAZ Si ___ No _X_ ¿Por qué? Porque no se realizó seguimiento a la publicación y formalización del procedimiento en el micrositio del SIG.
Auditoría ICONTEC 2019. No Conformidad No 4 Acción Correctiva: Formular el plan de mantenimiento preventivo de la Universidad, incluyendo todos los equipos de cómputo. Actividad 3: Plan de mantenimiento preventivo, a iniciar desde el 17/12/2019 al 28/02/2020. **Estado:** Abierta, no registra avance en la actividad.
EFICAZ Si ___ No _X_ ¿Por qué? En la revisión realizada durante la auditoría no se ha formulado el plan de mantenimiento preventivo de la vigencia 2020.
Auditoría ICONTEC 2019. No Conformidad No 4 Acción Correctiva: Realizar seguimiento al plan de mantenimiento preventivo de la Universidad. Actividad 4: Registro de seguimiento al plan de mantenimiento preventivo, a iniciar desde el 17/12/2019, y hasta la medida en que se ejecuta el plan, al 100%. **Estado:** Abierta con avance en la actividad.
EFICAZ Si ___ No _X_ ¿Por qué? En la revisión realizada durante la auditoría no se ha formulado el plan de mantenimiento preventivo de la vigencia 2020, además no se establece una fecha de cierre de la actividad formulada.
Auditoría ICONTEC 2019. No Conformidad No 4 Acción Correctiva: Capacitar al personal de soporte técnico a cerca de la importancia de registrar la prestación de los servicios en la mesa de ayuda. Actividad 5: Listado de asistencia a la capacitación al 100%, a iniciar desde el 17/12/2019 al 28/02/2019 **Estado:** Cerrada.
EFICAZ Si _X_ No ___ ¿Por qué? Se evidencia acta de reunión realizada en los tiempos establecidos.

ASPECTOS POR MEJORAR
1. Revisar los indicadores del proceso y actualizarlos de acuerdo a las necesidades, de tal forma que aporten información necesaria y suficiente para la toma de decisiones en pro del cumplimiento de los objetivos de proceso. 2. Teniendo en cuenta que la oficina de Sistemas es la responsable de crear las cuentas de correos electrónicos a los funcionarios, docentes y contratista de la Universidad de acuerdo a los requerimientos de los procesos institucionales, sería pertinente que se especifique el proceso al cual se encuentra adscrito el funcionario, docente o contratista, con el fin de llevar un mejor control, en el momento que ya no se encuentren en la entidad. De igual manera, es importante que se solicite a los procesos semestralmente, que informen los funcionarios que están activos y no activos para proceder con la inactivación de cuentas.

3. Ser más rigurosos en el cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo, como estrategia sería enviar las fechas y horarios para los mantenimientos programados y la relación de inventario de los equipos informáticos asignados al responsable del proceso o del inventario.
4. Organizar la información que evidencia la gestión, seguimientos y mantenimientos que realiza la Oficina de Sistemas (físico o magnético) de acuerdo a la tabla de retención documental del proceso para tener mayor control de los mismos.
5. Confrontar información de los equipos de cómputo que tiene la Universidad con el área de almacén, para evitar incoherencias en la información que se plasma en los planes y en los informes que se elaboran.
6. Es importante que se incluya en el sistema de mesa de ayuda en las hojas de vida de los equipos informáticos cada procedimiento realizado con su respectiva fecha inicio y finalización. Lo anterior, con el fin de generar los diferentes reportes para poder determinar el tiempo empleado en la atención de los requerimientos.
7. Es necesario concientizar a los funcionarios administrativos, docentes y contratistas, sobre la importancia de darle buen uso a los bienes públicos equipos informáticos (tablets, portátiles, computadores, impresoras, escáneres, video beam), de utilizarlos en la entidad para el fin que se compraron, porque de lo contrario se estaría generando un posible detrimento patrimonial.
8. De acuerdo a la Guía publicada por el MinTIC “Cómo Estructurar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información - y la G.ES.06 Guía para la Construcción del PETI – Planeación de la Tecnología para la Transformación Digital julio de 2019 Versión 2”, es pertinente que se diseñe y elabore el plan teniendo en cuenta las directrices generales de la guía.
9. En el sistema SICOF, se genera informe de almacén de los equipos de cómputo de la entidad, en el cual no se evidencia la fecha de ingreso del activo, sino la fecha del último movimiento que se le haya efectuado. Por lo anterior, es importante que se revise el sistema y se parametrice las fechas de los activos, con el fin de que se pueda realizar la trazabilidad a cada equipo.
10. Revisar y actualizar la caracterización del proceso de acuerdo a la normatividad interna y externa vigente.

CONCLUSIONES

1. El objeto y criterios de la auditoría se cumplieron de acuerdo a lo establecido en el Plan de Auditoría.
2. El resultado del presente informe de auditoría establece diez (10) No Conformidades, una (1) Observación y diez (10) Aspectos por Mejorar.
3. El líder del proceso debe comprometerse en la formulación, ejecución y cumplimiento del plan de mejoramiento con el objetivo de eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos y las acciones implementadas sean eficaces para que no se vuelvan a presentar.
4. La auditoría aplicada permite mejorar el desempeño del proceso detectando las principales oportunidades de mejora en busca de la calidad institucional.

ANEXOS

Anexo 1. Cuentas de correo institucional

Anexo 2. Indicadores de gestión

Anexo 3. Cuentas de usuario SICOF

Anexo 4. Acta de reunión Seguimiento Plan de Mejoramiento

Firma Auditor Líder	Firma del Auditado	Firma Asesor de Control Interno de Gestión