Fecha:26/05/2020
Proceso / Área / Actividad auditada: Direccionamiento Estratégico
Criterios de auditoría: ISO 9001:2015, Procedimientos: PD-DIE-02 Formulación, seguimiento y evaluación de los planes estratégicos, PD-DIE-03 Gestión de riesgos y oportunidades institucionales
Responsable del proceso: Asesor de Planeación
Nombre del auditado: Samuel Elías Betancur Garzón
Nombre de auditor líder y auditores de apoyo: Natalia Rozo y Arlex Rodríguez Quevedo
Nombre del asesor de control interno: Eliana Andrea Vaca Rojas

REUNIÓN DE APERTURA			EJECUCIÓN EN SITIO		REUNIÓN DE CIERRE		
Día: 07	Mes: 05	Año: 2020	Desde: 07/05/2020	Hasta: 20/05/2020	Día:26	Mes:05	Año:2020

OBJETIVO
Verificar el cumplimiento del Plan de acción institucional y Matriz de Riesgos

ALCANCE
Desde la planificación hasta la ejecución y evaluación del Plan de Acción Institucional y Matriz de Riesgos Institucionales, vigencia 2019.

FORTALEZAS
1. Disposición del equipo de trabajo y colaboración para la ejecución de la auditoría y entrega de información solicitada a tiempo. 2. El proceso cumple y se ejecuta con los parámetros establecidos en sus procedimientos y registros auditados 3. Se identificó cumplimiento de las actividades del cronograma establecido para la elaboración del Plan de Acción Institucional (PAI).

RELACIÓN DE HALLAZGOS

CÓDIGO DEL HALLAZGO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN / EVIDENCIA / CRITERIO	NOMBRE DE LOS AUDITORES
CP-DIE-NC1-2020	No conformidad	Revisado el Plan de Mejoramiento Institucional, no se evidenció el documento denominado ***"análisis y revisión del Proyecto educativo Institucional" (PEI)"***, actividad a cargo del proceso, en el marco de la auditoría realizada por el MEN y suscrita en la vigencia 2018, por lo cual no presentó avance hasta la fecha, incumpliendo el requisito 10.2 No conformidad y acción correctiva de la norma ISO 9001:2015.	Natalia Rozo Arlex Rodríguez
CP-DIE-NC2-2020	No conformidad	Revisado el Mapa de riesgos establecido para la vigencia 2019, no se evidenció ejecución en la acción ***"capacitación en normas para la construcción de laboratorios"*** para controlar el riesgo **"Incumplimiento de normas técnicas exigidas para la certificación de obras civiles en laboratorios"** quedando en proceso crítico de acuerdo al seguimiento realizado por la	Natalia Rozo Arlex Rodríguez

		oficina de Control Interno en la vigencia 2019, situación que genera incumplimiento al requisito número 6 Acciones para abordar riesgos y oportunidades de la norma ISO 9001:2015.	

VERIFICACIÓN DE INDICADORES

Indicador 1. Evaluación del avance del Plan de Acción Institucional - PAI. no hay claridad terminología en la periodicidad de la medición, encontrando que el objetivo del indicador referencia que es Trianual y en la frecuencia se referencia que es trimestral, por otro lado, en la primera medición del año 2019 (30 de junio) en el análisis se menciona que la medición al PAI 2019-2021 se realizará bimensual y se logró evidenciar que la medición se realizó desde junio de 2019 de manera bimestral.

Se debe tener claridad en la terminología de la periodicidad.
Se evidencia última medición el 13 de diciembre de 2019 con un avance en las metas del 35.3%.
Para el primer trimestre del 2020 la medición del PAI (Plan de Acción Institucional) arrojó un avance del 2.2% encontrándose en un nivel de cumplimiento del PAI en general del 37.5%

Indicador 2. Seguimiento y medición del Plan Operativo Anual - POA. - Se evidencia medición bimestral a partir del mes de junio de 2020, en la frecuencia de medición establece que es Trimestral

Se evidencia última medición el 13 de diciembre de 2019 con un nivel de cumplimiento de 67.9 %.
Para el primer trimestre del 2020 la medición del Plan Operativo Anual - POA arrojó un grado de avance del 4.2%

Indicador 3. Verificación de la ejecución del Plan Operativo Anual de Inversiones - POAI. De acuerdo con la información suministrada por el auditado para este indicador, se pudo verificar el cumplimiento de medición y análisis el cual no se encontraba reportado en la Ficha Técnica del Indicador.

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.

Para la vigencia 2019 se identificaron para el Proceso de Direccionamiento cuatro (4) riesgos de los cuales se encontró lo siguiente:

Riesgo 1: Inadecuada aplicación de recursos de inversión en desarrollo de funciones institucionales"

Acción de mejora o de control propuesta:

a. Diversificar la oferta y venta de servicios para aumentar la fuente de ingresos propios

Observaciones: La acción de mejora fue eficaz ya que se evidenció cumplimiento del 100% para la vigencia 2019.

Riesgo 2: Inadecuado e inoportuno suministro de información al MEN y organismos de control.

Acción de mejora o de control propuesta:

a. Socialización del cronograma con fechas de corte para el registro de la información.
b. Socialización de las diferentes inconsistencias que se pueden presentar y cómo subsanar

Observaciones: La acción de mejora fue eficaz ya que se evidenció cumplimiento del 100% para la vigencia 2019.

Riesgo 3: Formulación de planes estratégicos incoherentes con la realidad institucional

Acción de mejora o de control propuesta:

a. Socializar y apropiar el PAI, desde WEB y correos institucionales

Observaciones: La acción de mejora fue eficaz ya que se evidenció cumplimiento del 100% para la vigencia 2019.

Riesgo 4: Incumplimiento de normas técnicas exigidas para la certificación de obras civiles en laboratorios

Acción de mejora o de control propuesta:

a. Capacitación en normas para la construcción de laboratorios

Observaciones: La acción de mejora no fue eficaz ya que no se evidenció cumplimiento, quedando en proceso crítico con un avance del 0%.

EFICAZ Si ___ No _X_ ¿Por qué?
De acuerdo al cumplimiento del mapa de riesgos para el proceso de Direccionamiento Estratégico, el grado porcentual de los 4 riesgos representa un 75% correspondiente a 3 puntos según la tabla de valoración de la eficacia, teniendo en cuenta que para la vigencia 2019 el riesgo número 4 quedó en proceso crítico ya que no evidenció avance.

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

Hallazgo MEN: La IES no entregó los actos internos de aprobación por el órgano competente del Plan de Desarrollo Institucional — PDI, del Proyecto o Plan Educativo Institucional — PEI y de los Planes de Estudio de Programas — PEP solicitados, ni aportó documento alguno que permita evidenciar el seguimiento a las actividades descritas en la misma a efectos de medir la eficiencia y eficacia de la aplicación de estas La IES no entregó los actos internos de aprobación por el órgano competente de los PEP solicitados.

Descripción de la acción: Realizar seguimiento periódico a los principales documentos de la plataforma estratégica de la Universidad de los Llanos.

Actividad/Unidad: Documento de análisis y revisión del PEI.

Estado: Abierta.

Observación: La acción correctiva no fue eficaz ya que no se evidenció cumplimiento en la actividad que establece realizar documento de análisis y revisión del PEI.

EFICAZ Si ___ No __X_ ¿Por qué?

No se evidenció cumplimiento de la actividad “Documento de análisis y revisión del PEI” hasta la fecha.

ASPECTOS POR MEJORAR

- Tener claridad en la terminología de la periodicidad para los indicadores de gestión del proceso.
- Se debe tener más control para el cumplimiento de las actividades establecidas en el mapa de riesgos.

CONCLUSIONES

1. El objeto y criterios de la auditoría se cumplieron de acuerdo a lo establecido en el Plan de Auditoría.
2. Con relación a la emergencia sanitaria presentada por el Covid-19 la auditoría se hizo mediante las herramientas tecnológicas apropiadas para comunicar, suministrar, revisar, y compartir la información relacionada con el proceso de Direccionamiento Estratégico.

3. El resultado del presente informe de auditoría establece dos (2) No Conformidades.

ANEXOS
N/A

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