# 2020-2 INFORME PLAN DE MEJORAMIENTO SEGUNDO SEMESTRE

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS-SEGUNDO SEMESTRE -2020

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

**OBJETIVO:**

Verificar y consolidar el grado de avance de los seguimientos al Plan de Mejoramiento y presentar a la Alta Dirección:

- Plan de mejoramiento producto de la auditoria de la Contraloría General de la Republica vigencia 2013.
- Plan de mejoramiento producto de auditoría realizada por la Contraloría Departamental vigencias 2017 y 2018.
- Plan de mejoramiento producto de la auditoría realizada por el Ministerio de Educación Nacional en la vigencia 2017
- Plan de mejoramiento derivado de la auditoría del ICONTEC de la vigencia 2019
- Plan de Mejoramiento derivado de la auditoría de CELAC de la vigencia 2019
- Planes de mejoramiento derivados de auditorías internas a los procesos de bienestar institucional, gestión de apoyo a la academia, direccionamiento estratégico, gestión de tic, autoevaluación institucional, comunicación institucional, gestión de talento humano, gestión financiera, gestión de bienes y servicios, gestión jurídica, proyección social, investigaciones, gestión documental, facultad de ciencias económicas, centro clínico veterinario, centro de idiomas, comunicación institucional, gestión de la calidad, realizadas durante las vigencias, 2017, 2018, 2019 y 2020.

**MARCO NORMATIVO**

- Ley 87 de 1993 artículo 9° "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones", le corresponde a dicha oficina, asesorar a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.
- Directiva presidencial No 03 del 03 de abril de 2012 establece: "…el cumplimiento, la coherencia e integridad de los planes de mejoramiento es responsabilidad de las entidades, para lo cual las Oficinas de Control Interno son las responsables del seguimiento a los mismos, en virtud de su rol de evaluador independiente".
- Procedimiento PD-GCL-01, para la formulación, monitoreo y seguimiento de planes de mejoramiento de gestión de los procesos.
- Decreto 943 de 2014 "Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)

## METODOLOGÍA

El presente seguimiento se realizó con base en la gestión de los líderes de proceso, sobre las acciones correctivas y de mejora, que hacen parte de los planes de mejoramiento mencionados anteriormente, correspondiente al segundo semestre 2020, sin embargo, contempla toda la vigencia.
Se realizó requerimiento mediante correo electrónico, con el fin de que hicieran el reporte de las evidencias que reflejen el cumplimiento a las acciones suscritas. De igual manera mediante los procesos de auditoría, el auditor realizó la verificación al cumplimiento del plan de mejoramiento.

## CONTENIDO

Es importante mencionar que de acuerdo a la actualización del MECI en el año 2014, el módulo de Control de Evaluación y Seguimiento, establece el componente de Planes de Mejoramiento, donde se describen las correcciones, acciones correctivas y de mejora necesarias para eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos, no conformidades y observaciones evidenciadas en los procesos de auditoria interna y externa.

Por lo tanto, una vez realizado el seguimiento al cumplimiento de las acciones contenidas en los planes de mejoramiento, la Oficina de Control Interno, se permite presentar los siguientes resultados:

El Plan de Mejoramiento Institucional de la vigencia 2020, se alimentó con hallazgos, no conformidades y observaciones que vienen de la vigencia 2013, 2017, 2018, 2019 y los derivados de las auditorías realizadas en el año 2020.

El Plan de Mejoramiento vigente con corte 11 de diciembre 2020, se compone de la siguiente manera:

**Cuadro 1.**
**PLANES DE MEJORAMIENTO ENTES DE CONTROL 2013 - 2018**

| AÑO | ENTIDAD | HALLAZGO | ABIERTO | CERRADO | ACCIÓN CORRECTIVA | ABIERTA | CERRADA | OBSERVACIÓN | ABIERTA | CERRADA | ACCIÓN DE MEJORA | ABIERTA | CERRADA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2013 | CGR | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2017 | CD | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2017 | MEN | 7 | 3 | 4 | 7 | 3 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 2018 | CD | 7 | 0 | 7 | 7 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL** | | **16** | **5** | **11** | **16** | **5** | **11** | **1** | **0** | **1** | **1** | **0** | **1** |

Fuente: Control Interno

Al respecto del cuadro 1 se resumen los hallazgos que, a la fecha de corte del presente informe continúan abiertos:

**Contraloría General de la Republica, hallazgo 15 03 001 vigencia 2013:**

| Acción correctiva | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Adelantar actividades para consolidar propuesta de nueva estructura organizacional de la Universidad de los Llanos. | Presentar y gestionar ante el Consejo Superior la nueva propuesta de rediseño organizacional de la Universidad de los Llanos. | Acta del Consejo Superior | 1 | 01/01/2017 | 30/09/2020 |

Sobre el particular, la oficina de Talento Humano mediante oficio No 50.20.336 del 18 de noviembre 2020, manifestó lo siguiente: "*…dentro de las metas de responsabilidades de Plan de Acción Institucional 2019 – 2021 de la Administración del Rector de la Universidad de los Llanos, se parametrizo la siguiente: Meta 1.3.1. Presentar una propuesta de modernización de la estructura organizacional al Consejo Superior Universitario para su aprobación e implementación. Esta meta en la actual vigencia, se ha venido avanzando de acuerdo al trabajo que ha desarrollado el equipo de trabajo que se conformó para tal fin, "Vicerrectoría Académica, Planeación y la División de Servicios Administrativos", se han realizado varias reuniones donde se han hecho ajustes a los documentos elaborados desde la vigencia pasada; El 05/10/2020 en reunión se socializo con la alta dirección "Rector y Vicerrectores de la Universidad de los Llanos", el documento propuesta ya finalizado con todos los ajustes, el resultado de esta reunión fue una serie de observaciones y sugerencias manifestadas por los participantes donde a la fecha se están realizando estos ajustes, una vez se terminen de ajustar, con la debida autorización del Sr. Rector, pasaría a la siguiente instancia agendar con el Consejo Académico y Superior"*

**Contraloría Departamental del Meta, hallazgo No 14 vigencia 2017:**

| Acción correctiva | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Realizar seguimiento al uso de las licencias de estudio Dyned y pruebas diagnósticas adquiridas con el contrato 1824 de 2016. | Hacer uso del 100% de las licencias reactivadas según oficio del 26/12/2017 suscrito por la Representante Legal de Virtual Academy | Informe semestral de uso de licencias | 2 | 01/06/2018 | 16/03/2020 I.S. 2021 |

Al respecto, la Vicerrectoría de Recursos Universitarios remite oficio No 40.10.50.12.090 del 09 de diciembre 2020 del director del Centro de Idiomas, donde manifestó lo siguiente: "*…1. Virtual Academy, aceptó habilitar las licencias asignadas sin usar (Subrayadas en rojo), entre el segundo semestre académico del año 2020 y el primer semestre académico del año 2021, sin costo alguno para la Universidad:*

*LICENCIAS DE ESTUDIO (820) Asignadas usadas: 674 Asignadas sin usar: 146*
*EXÁMENES DE CLASIFICACIÓN (1.221) Usadas: 999 Asignadas sin usar: 222*

*En el entendido, durante el segundo semestre de 2020 Virtual Academy, confirmó mediante llamada telefónica que por temas referentes a la alta demanda en la que incurrieron por la utilización de sus diferentes plataformas virtuales por parte de sus clientes, a causa del Decreto Presidencial que formalizó la emergencia sanitaria por el COVID-19, ellos suplirían esta necesidad durante el segundo semestre del año 2021, teniendo en cuenta que es el plazo máximo para utilizarlas*

*2. La Universidad de los Llanos, a través del Centro de Idiomas se compromete a realizar las acciones y estrategias necesarias para utilizar al 100% de las 146 licencias de estudio pendientes y los 222 exámenes de Clasificación, una vez las licencias estén habilitadas por parte de Virtual Academy.*

*3. Enviar el respectivo reporte de utilización de las licencias utilizadas a la oficina de Control Interno de Gestión, una vez se culmine el proceso de utilización de las licencias de estudio y los exámenes de clasificación.*

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL**

**Proceso de Direccionamiento Estratégico y Rectoría, hallazgo No 2 vigencia 2017:**

| Acción correctiva | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Realizar seguimiento periódico a los principales documentos de la plataforma estratégica de la Universidad de los Llanos. | 1. Desarrollar un ejercicio de verificación de la pertinencia y vigencia del PEI. | 1. Documento de análisis y revisión del PEI. | 1 | 01/01/2019 | 31/12/2020 |

Sobre esta acción, el proceso en el mes de mayo 2020 solicitó prórroga para su cumplimiento.

**Procesos responsables, Contabilidad, Sistemas y ADA. Hallazgo No 7 vigencia 2017:**

| Acción correctiva | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Gestionar con la empresa proveedora del software, la actualización del aplicativo para la elaboración de las conciliaciones en el sistema | 4. Generar en el sistema las conciliaciones | 4.Conciliaciones elaboradas | 1 | 01/01/2019 | 31/12/2019 |

Al respecto, la oficina de contabilidad remite oficio de fecha 25 de noviembre 2020 manifestando lo siguiente: "…*Las conciliaciones bancarias se encuentran hechas a fecha octubre de 2020, las cuales vienen siendo elaboradas en Excel como una acción alterna que se señala dentro del hallazgo 7, donde se compara el libro de bancos con el respectivo extracto bancario.*
*Como se evidencia en el párrafo anterior, las conciliaciones bancarias no se han logrado realizar en el sistema SICOF, para lo cual se ha sostenido una serie de reuniones con la empresa ADA, para poder resolver los pendientes que se presentan en el sistema y de esta manera lograr dejar que este se encuentre en condiciones de lograr realizar las conciliaciones bancarias…".*

**Procesos responsables Tesorería y Jurídica. Hallazgo No 9 vigencia 2017:**

| Acción correctiva | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Revisar cada convenio en que proceso va, así mismo solicitar acta de liquidación | Realizar seguimiento de cada convenio | Certificación de cuentas bancarias canceladas | 100% | 11/04/2018 | 31/12/2019 |

Revisada la información reportada por la tesorería de la Universidad, el hallazgo continúa abierto, debido a que el reporte de cuentas activas e inactivas no corresponden con las certificaciones de cuentas enviadas.

**Cuadro 2**
**PLANES DE MEJORAMIENTO ENTES DE CONTROL 2019-2020**

| AÑO | ENTIDAD | HALLAZGO | ABIERTO | CERRADO | NO CONFORMIDAD | ABIERTA | CERRADA | ACCIÓN CORRECTIVA | ABIERTA | CERRADA | CORRECCIÓN | ABIERTA | CERRADA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2019 | ICONTEC | 0 | 0 | 0 | 5 | 3 | 2 | 14 | 3 | 11 | 6 | 1 | 5 |
| 2019 | CELAC | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 |
| 2020 | C.D. | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | | 2 | 2 | 0 | 7 | 4 | 3 | 19 | 8 | 11 | 8 | 2 | 6 |

Fuente: Oficina de Control Interno

Con base en el resultado que muestra el cuadro 2, a continuación, se describen los que a la fecha continúan abiertos:

**ICONTEC**

**Proceso responsable Internacionalización, no conformidad No 3 vigencia 2019:**

| Acción correctiva | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Actualizar el PD-GIT-08 (Procedimiento movilidad saliente nacional e internacional, incluyendo el paso a seguir en el caso de que el estudiante de movilidad saliente no entregue de manera oportuna los informes. | Procedimiento actualizado en el sistema. | Procedimiento | 1% | 17/12/2019 | 19/08/2020 |

Sobre el particular, la oficina de Internacionalización mediante correo electrónico del 07 de diciembre 2020, manifestó lo siguiente: **"…***se inició la proyección de la modificación del procedimiento para incluir este paso, sin embargo, este año en temas de movilidad hemos creado nuevas normas y opciones virtuales para poder ofertar el otro año, lo que ha generado que ese procedimiento tenga mayores modificaciones por lo tanto no se ha publicado".*

**Proceso responsable Gestión de TIC, no conformidad No 4 vigencia 2019:**

| Corrección | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Realizar los mantenimientos preventivos de equipos de cómputo que no se ejecutaron en el año 2019 | Registro de los mantenimientos | Registros | 100% | 17/12/2019 | 19/03/2020 |

| Acción correctiva | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Realizar seguimiento al plan de mantenimiento preventivo de la Universidad. | Registro de seguimiento al plan de mantenimiento preventivo. | Seguimiento | 100% | 17/12/2019 | A medida que se ejecuta |

Al respecto el proceso envió información, sin embargo, continúa abierta porque no se cumplió con lo requerido.

**Proceso responsable Vicerrectoría Académica, no conformidad No 5 vigencia 2019:**

| Acción correctiva | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Determinar en los procedimientos PD-DOC-38 PROCEDIMIENTO CONTROL ACTIV DOCENTE – DOCENTE CATEDRA y PD-DOC-39 PROCEDIMIENTO CONTROL ACTIV DOCENTE - DOCENTES TIEMPO COMPLETO y MEDIO TIEMPO la responsabilidad de los docentes frente a la revisión, ajuste y posterior entrega del FO-DOC-81 FORMATO DISEÑO DE CURSO - PROGRAMAS PRESENCIALES. | Procedimientos PD-DOC-38 PROCEDIMIENTO CONTROL ACTIV DOCENTE – DOCENTE CATEDRA y PD-DOC-39 PROCEDIMIENTO CONTROL ACTIV DOCENTE - DOCENTES TIEMPO COMPLETO y MEDIO TIEMPO ajustados. | Procedimientos | 100% | 17/12/2019 | 01/07/2020 |

Sobre el particular, la vicerrectoría académica mediante correo electrónico del 03 de diciembre 2020 No 40000.201, manifestó lo siguiente: **"…***el día 29 de mayo se solicitó ampliación del plazo para dar cumplimiento a la actividad prevista, toda vez que desde el mes de marzo de 2020, con el apoyo de la oficina de gestión de la calidad y la Dirección General de Currículo se adelantó el diseño de un nuevo procedimiento que establece las actividades necesarias para el control a las actividades en el ejercicio de la docencia, independiente del tipo de vinculación, el cual se encuentra en etapa de revisión y ajustes finales, sin embargo, el 01 de julio de 2020, fecha para la cual se había adquirido el compromiso de establecer formalmente el nuevo procedimiento, el Consejo Académico emitió la Resolución N° 064, "Por la cual se establecen las medidas transitorias para el desarrollo de la actividad docente durante el primer periodo académico de 2020, ante la emergencia sanitaria Coronavirus COVID-19"situación que requirió que de manera transitoria se emitieran nuevas disposiciones para el control de la actividad Docente, en el marco del desarrollo de las clases mediadas por TIC".*

*Amablemente me permito manifestar el compromiso de consolidar lo correspondiente a la Actividad 2, antes de la finalización del I P: A de 2021, atendiendo al regreso progresivo a las actividades presenciales, a fin de considerar situaciones particulares resultantes de la prestación del servicio de Docencia remoto.*

## AUDITORÍA CELAC

**Proceso responsable Direccionamiento Estratégico, no conformidad No 1 vigencia 2019:**

| Corrección | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Realizar un análisis FODA con la información documentada del contexto de la organización y del Centro de Idiomas<br><br>Matriz FODA | Ajustar el PD-DIE-03 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES INSTITUCIONALES incluyendo las actividades necesarias para la identificación, tratamiento y evaluación de la eficacia del uso y adecuación de las oportunidades establecidas en el contexto. | PD-DIE-03 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES INSTITUCIONALES actualizado. | 100% | 03/12/2019 | 03/08/2020 |
| | Ajustar la herramienta institucional de gestión de riesgos a manera que incluya disposiciones para la identificación. Uso, adecuación y evaluación de la eficacia de las oportunidades. | Herramienta Riesgos y Oportunidades ajustada | 100% | 03/12/2019 | 03/08/2020 |
| | Realizar capacitaciones con los miembros del Centro de Idiomas sobre la importancia y adecuación de las oportunidades. | Listado de asistencia | 100% | 03/12/2019 | 03/08/2020 |

Respecto a la No conformidad suscrita con CELAC, quedo bajo responsabilidad del proceso de Direccionamiento Estratégico. Se solicitó información, no se obtuvo respuesta.

## CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL

**Proceso responsable Vicerrectoría de Recursos Universitarios, hallazgos 1 y 2 vigencia 2020.**

En cuanto a los hallazgos derivados de la denuncia 022 de 2020, la fecha de finalización está dada para el 31 de enero 2021.

**Cuadro 3**
**AUDITORÍAS INTERNAS VIGENCIAS 2015 – 2020**

| AÑO | PROCESO | NO CONFORMIDAD | ABIERTA | CERRADA | ACCIÓN CORRECTIVA | ABIERTA | CERRADA | OBSERVACIÓN | ABIERTA | CERRADA | ACCIÓN DE MEJORA | ABIERTA | CERRADA | CORRECCIÓN | ABIERTA | CERRADA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2015 | Bienestar I. | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2017 | G.A.A. | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2018 | TIC | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 2018 | Aut.Instit. | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2018 | Vicerrecurs. | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2019 | Jurídica | 5 | 5 | 0 | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2019 | Vicerrecurs. | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2019 | Talento Hum. | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 2019 | Bienestar I. | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2019 | Financiera | 5 | 0 | 5 | 7 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2019 | Proyección S. | 5 | 2 | 3 | 5 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2019 | Investigacion | 3 | 0 | 3 | 3 | 0 | 3 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 2019 | Archivo y C. | 6 | 6 | 0 | 6 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2019 | F.C.E. | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2019 | Centro Clínico | 12 | 12 | 0 | 21 | 21 | 0 | 8 | 0 | 8 | 8 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| 2019 | G. Calidad | 7 | 5 | 2 | 8 | 6 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 2020 | Centro de Id. | 16 | 14 | 2 | 16 | 14 | 2 | 5 | 3 | 2 | 5 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 2020 | Sistemas | 10 | 6 | 4 | 10 | 6 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 2020 | Proyección S. | 5 | 4 | 1 | 5 | 4 | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 2020 | Planeación | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2020 | Investigacion | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 2020 | Bienestar I. | 13 | 7 | 6 | 18 | 9 | 9 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 2020 | Financiera | 4 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 2020 | Comun. Inst. | 10 | 10 | 0 | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2020 | G. Calidad | 6 | 6 | 0 | 6 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2020 | Docencia C.E. | 6 | 6 | 0 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | | 129 | 88 | 41 | 138 | 91 | 47 | 22 | 5 | 17 | 46 | 27 | 19 | 2 | 0 | 2 |

Respecto al seguimiento realizado a los planes de mejoramiento suscritos con los procesos de Bienestar Institucional año 2015 y 2019, Gestión de Apoyo a la Academia año 2017, Gestión de Tic año 2018, Autoevaluación Institucional año 2018, Vicerrectoría de Recursos año 2018 y 2019, Gestión Financiera año 2019, Investigaciones año 2019 y 2020, estos fueron cerrados, porque realizaron las actividades establecidas para dar cumplimiento a las correcciones, acciones correctivas y de mejora. Es de aclarar que las acciones, debido al tiempo de cumplimiento no fueron eficaces, puesto que estas no se implementaron según lo planeado.

**PROCESO GESTIÓN JURIDICA, VIGENCIA 2019:** El plan de mejoramiento suscrito con el proceso en la vigencia 2019, ya venció. Sobre el particular se solicitó el 01 de diciembre evidencia del cumplimiento de las cinco (5) no conformidades abiertas, derivadas del proceso de auditoría interna, a la cual no se obtuvo respuesta.

Lo que a la fecha tiene pendiente el proceso de Gestión Jurídica, es lo siguiente:

| Acción correctiva | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Realizar una revisión detallada que permita actualizar los convenios activos desde el año 2013. | Revisar los convenios que desde el año 2013 ha firmado la Universidad de los Llanos.<br>Hacer los requerimientos de completitudes y registro de folios de los referidos convenios.<br>Actualizar base de datos de convenios. | Base de datos actualizada. | 1 | 24/04/2019 | 20/12/2019 |
| Realizar una revisión detallada que permita actualizar los convenios activos desde el año 2013. | Revisar los convenios que desde el año 2013 ha firmado la Universidad de los Llanos.Consultar con Rectoria la existencia de Resoluciones de designacion de supervisor , para los convenios que se evidencien con hallazgos y soliciar copias de las debidas Resoluciones Rectorales. Actualizar los convenios y las bases de datos. Actualizar el procedimiento PD-JUR 01 y losformatos relacionados a este. | convenios actualizados.<br><br>Base datos actualizada.<br><br>Procedimiento actualizado | 100% | 24/04/2019 | 20/12/2019 |

**PROCESO DE TALENTO HUMANO, VIGENCIA 2019:** Pasa para la siguiente vigencia con una observación abierta cuya acción y actividad es la siguiente:

| Acción de mejora | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Definir e implementar un procedimiento para la gestión de las novedades de incapacidades del personal de planta administrativo y docente, y docentes ocasionales de la Universidad. | 1. Revisar la documentacion existente y hacer el tramite correspondiente del recobro de los 48 casos, de acuerdo a las acciones descritas en el procedimiento con las "EPS". | Prcedimiento | 1 | 10/06/2019 | 30/09/2020 |

Sobre el particular, pese a que el proceso actualizo el procedimiento esta acción no se ha cerrado porque hasta la fecha no se ha reportado la gestión de los 48 casos citados en la observación.

**PROCESO DE PROYECCIÓN SOCIAL VIGENCIA 2019:** de acuerdo al requerimiento realizado por la oficina de Control Interno en el mes de noviembre 2020, envía evidencia sobre las cinco no conformidades abiertas. Sin embargo, al realizar la revisión de la información reportada, se dio cierre a tres (3) no conformidades y dos (2) continúan abiertas. Las acciones y actividades pendientes son las siguientes:

| Acción correctiva | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Ajustar y actualizar el procedimiento PD-PDO-04 "PROCEDIMIENTO PARA ACCEDER Y ACTUALIZAR LA BASE DE DATOS DEL PROGRAMA DE EGRESADOS" | 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. Se realizará ajuste a actualización del procedimiento de actualización de datos y trámite respectivo para su publicación. | procedimiento ajustado | 1 | 01/08/2019 | 16/09/2020 |
| Suprmir del Sistema dichos procedimientos | Revisar y ajustar el procedimiento PD-PSO-08 aplicación de encuestas a empleadores y trabajo de campo de acuerdo a las nuevas tecnologías de la información y lineamientos del proceso para la recopilación de información relevante para el proceso. | Revisión de procedimiento y encuestas | 100% | 01/07/2020 | 16/10/2020 |

Este proceso solicitó ajustes a las fechas. El proceso de control interno de acuerdo al procedimiento No PD-GCL-01, realizó los respectivos cambios.

**PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL (ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA), VIGENCIA 2019:** la oficina de control interno, solicito en los meses de enero y julio evidencia de cumplimiento de las no conformidades. Al respecto no se recibió evidencia. El 01 de diciembre se requirió nuevamente evidencia para el cierre de las no conformidades las cuales ya están vencidas. Sobre el particular, la oficina de archivo y correspondencia envió información, una vez revisada no se cumplió al 100% con lo establecido por el proceso, por consiguiente, continúan abiertas las seis (6) no conformidades derivadas del proceso de auditoría interna.

A continuación, se relacionan las acciones, actividades y fechas de cumplimiento:

| Acción correctiva | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Crear, presentar y estructurar el plan de conservacion documental y el plan de preservación digital | Crear los planes de conservacion documental y preser vación digital. Socializar ante el Comité Interno de Archivo, facultades y oficinas administrativas | 1 acta de comité de archivo sobre la presentacion y socializaciòn de los planes<br>5 Visitas a las facultades<br>1 socialización general a oficinas administrativas de la Universidad de los Llanos<br>1 Plan de conservación elaborado y 1 plan de preservación elaborado | 100% | 16/10/2019 | 26/06/2020 |
| Socializar la necesidad de personal y recursos ante el comite inteno de archivo para que desde alli se soliciten los recursos a la Rectoria y Vicerectoria de Recursos | Realizar solicitud de personal y de recursos | 1 acta de comitè de archivo<br>1 oficio ante comité de archivo y ante rectoria para la solicitud de personal y recursos para la adecuacion del archivo central | 100% | 01/10/2019 | 31/11/2019 |
| Solicitar personal y realizar capacitaciones para la organización y manejo de los archivos de gestion. Elaborar y estructurar el programa anual de los archivos de gestion | Realizar solicitud de personal de apoyo en la gestión e iniciar visitas de capacitación para la organización y manejo de los archivos | 1 Solicitud de personal<br>5Visitas a las facultades.<br>1 capacitación general al personal administrativo Universidad de los Llanos<br>1 programa anual de archivos de gestiòn elaborado | 100% | 16/10/2019 | 26/06/2020 |
| Convocar comites de archivo trimestralmente de acuerdo como lo indica la resolución 0275 del 2014 | Convocar al comité interno de archivo en los tiempos que establece la Resolución Rectoral 0275 del 2014 | 4 actas de comites internos de archivo | 100% | 28/10/2019 | 20/03/2020 |
| Crear y aplicar encuesta digital por medio de la pagina web de la Universidad y correos institucionales | Solicitar a la Oficina de Sistema apoyo mediante memorando formal para la implementacion de la encuesta digital | 1 Encuesta digital implementada | 100% | 01/10/2019 | 30/11/2019 |
| Solicitar la compra de buzones fisicos a la Oficina de Vicerecursos y Crear una encuesta que evalúe el desempeño y cumplimiento de las actividades designadas al proceso | Incorporar buzones fisicos de sugerencia en cada sede de la Universidad.<br>Solicitar apoyo a la Oficina de Sistemas para el acompañamiento en la implementación de encuesta interna que permita evaluar la gestión del proceso. | 2 solicitudes de buzones físicos de sugerencias<br>1 oficio de solicitud de apoyo a la oficina de sistemas para la implementacion de la encuesta<br>1 encuesta de evaluación al proceso formulada e implementada | 100% | 01/10/2019 | 15/12/2019 |

**DOCENCIA (FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS), VIGENCIA 2019:** de acuerdo al proceso de auditoría interna realizado a la Facultad, se derivaron dos (2) no conformidades, de las cuales, de acuerdo a la información reportada en el mes de julio por el proceso, se cerró una y la otra quedó abierta. El 30 de noviembre 2020, la oficina de control interno realiza requerimiento, sin que a la fecha se haya tenido respuesta.

Las acciones correctivas, actividades y fechas son las siguientes:

| Acción correctiva | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Recibir capacitación exhaustiva del tema tanto archivo fisico como digital. | 1. Solicitar a la dependencia de archivo la capacitacion completa tanto como el archivo fisico, como el digital. 2. Recibir la capacitación. | 1 capacitacion P.A. II-2019<br>1 capacitación P.A. I-2020<br>Actas de capacitación | 2 | 01/10/2019 | 01/10/2020 |
| Ordenar adecuadamente los archivos, todas las vigencias | Diligenciamiento del formato FO-GDO-04 FORMATO ÚNICO DE INVENTARIO DOCUMENTAL | Archivo digital diligenciado | 1 | 01/10/2019 | 01/10/2020 |

**GESTIÓN DE APOYO A LA ACADEMIA (CENTRO CLINICO VETERINARIO), VIGENCIA 2019:** Como producto de la auditoría interna realizada, se evidenciaron doce (12) no conformidades y ocho (8) observaciones, las cuales tenían fecha de vencimiento para el 15 de junio 2020. En el mes de agosto 2020 el director del centro clínico envía oficio solicitando ampliación de fechas de las acciones establecidas en el plan de mejoramiento. Se prorrogo la fecha de las no conformidades para el 15 de abril 2021. Las ocho (8) observaciones fueron cerradas, según la evidencia que reporto el centro clínico.

**GESTIÓN DE LA CALIDAD, VIGENCIA 2019:** Al proceso en mención, en la auditoría realizada se le evidenciaron siete (7) no conformidades. En el mes de abril 2020, solicitaron ajuste a las acciones, actividades y fechas de cumplimiento

Con base al procedimiento PD-GCL-01, se realizaron los ajustes. El 01 de diciembre 2020, la oficina de control interno hizo requerimiento de la evidencia de cumplimiento de las cinco (5) no conformidades abiertas. Sobre el particular el proceso de calidad, el día 12 de diciembre dio respuesta a tres (3) no conformidades, sin embargo, al revisar la información enviada, continúan abiertas por no cumplirse con los compromisos y otra por vencer en febrero de 2021.

Las acciones, actividades y fechas son las siguientes:

| Acción correctiva | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Actualizar los objetivos de calidad asegurando que sean cuantificables y asegurando los mecanismos para evaluar su medición | Aprobar los nuevos objetivos de calidad. | Acta de aprobación | 1 | 01/01/2020 | 28/04/2020 |
| | Realizar plan de gestión del cambio. | Documento plan | 1 | 01/01/2020 | 30/06/2020 |
| Documentar e implementar la metodología para la evaluación de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad | Implementar la metodología definida para realizar el seguimiento y evaluación del desempeño de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad. | Indicadores clave de desempeño en cada proceso | 1 | 28/02/2020 | 30/09/2020 |
| Documentar el alcance del sistema de gestión ambiental | Identificación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas. | Asesoramiento y diligenciamiento de la matriz con todas las partes interesadas | 1 | 03/02/2020 | 20/05/2020 |
| Establecer los objetivos del sistema de gestión ambiental y la planificación para lograrlos | Seguimiento, evaluacilón y analisis de cumplimento de los objetivos del SGA | Informe de gestión y de desempeño ambiental de la Universidad de los Llanos año 2020 | 1 | 01/03/2020 | 28/02/2021 |
| Documentar el seguimiento, medición y análisis de los indicadores del Plan de Gestion Integral de Residuos Solidos PGIRS PL-GCL-01 | Evaluación y seguimiento a la gestión integral de residuos sólidos año 2020 | Informe de gestión y de desempeño ambiental de la Universidad de los Llanos año 2020 | 1 | 03/02/2020 | 28/02/2021 |
| Documentar el seguimiento, medición y análisis de los indicadores del Programa para el uso eficiente y ahorro del agua PUEAA sede Barcelona PG-GCL-01 | Evaluación y seguimiento al PUEAA del año 2020 | Informe de gestión y desempeño ambiental de la Universidad de los Llanos año 2020 | 1 | 03/02/2020 | 28/01/2020 |

**DOCENCIA (CENTRO DE IDIOMAS), VIGENCIA 2020:** De la auditoría interna realizada en la vigencia en mención, se derivaron dieciséis (16) no conformidades y cinco (5) observaciones. El líder del proceso del centro de idiomas mediante oficio de fecha 05 de diciembre 2020, solicito ajuste a las fechas de finalización de las actividades establecidas para las acciones, las cuales estaban para vencer el 18 de diciembre del presente año. La nueva fecha programada quedo para el 19 de marzo 2021.

**PROCESO GESTION DE TIC (SISTEMAS), VIGENCIA 2020:** Como producto de la auditoría realizada por la oficina de control interno en la presente vigencia, se evidenciaron diez (10) no conformidades y una observación. El 22 de noviembre se solicitó evidencia de cumplimiento de las acciones. En reunión por google Meet el 03 de diciembre se verificó información reportada por el proceso, de la cual se cerraron cuatro (4) no conformidades y la observación. Las acciones y actividades pendientes son las siguientes:

| Acción correctiva | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Revisión y actualización de las cuentas de correo institucional | Mediante boletín interno solicitar a los procesos el listado de funcionarios activos en cada dependencia de la Universidad y actualizar el estado de las cuentas de correo electronico | Boletin interno semestral | 2 | 01/04/2020 | 28/02/2021 |
| Realizar la medición y analisis de los indicadores del proceso, dentro de los tiempos establecidos en cada uno de ellos. | 1. Revisión y actualización de los indicadores de acuerdo a las necesidades del proceso | Indicadores de proceso | 100% | 01/04/2020 | 30/05/2020 |
| | 2. Recolectar la información necesaria para el monitoreo y diligenciamiento de cada uno de los indicadores de gestión del proceso. | Indicadores de proceso | 100% | 01/04/2020 | 20/12/2020 |
| mplementación del documento estandarizado para calificar la calidad del servicio | 1. Aplicación de la encuesta de acuerdo al formato estandarizado, tanto fisico como digital para calificar la calidad del servicio de la oficina de sistemas de acuerdo a lo publicado en el sistema integrado de gestión | Encuestas aplicadas | 100% | 01/04/2020 | 30/06/2020 |
| Revisión de las acciones y actividades establecidas en los planes de mejoramiento suscritos, derivados de la auditoria interna e Icontec durante la vigencia anterior | Enviar oficio al área de control interno de gestión solicitando prorroga de las fechas vencidas y cumplir las acciones y actividades propuestas en los planes de mejoramiento suscritos en vigencias anteriores; se tomaran las fechas propuestas en el oficio para darle seguimiento a las actividades vencidas descritas en el informe de auditoria | Oficio via correo electronico | 1 | 01/04/2020 | 15/05/2020 |
| De acuerdo a lo descrito en el articulo 1 del decreto 612 de 2018 se debe formular y publicar los planes estrategicos e institucionales: 1. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información 2. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información. | . Diagnóstico de los riesgos de información de la Universidad de los Llanos<br>2, Formulación publicación del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información<br>2. Formulación y publicación Plan de Seguridad y Privacidad de la Información. | Planes formulados y publicados | 2 | 01/04/2020 | 16/11/2020 |
| Solicitar a los procesos los usuarios activos del sistema SICOF, para revisión y actualización | 1. Mediante correo electronico solicitar a los procesos el listado de funcionarios activos en el sistema SICOF y actualizar el estado de los usuarios | Correo electronico semestral | 2 | 01/04/2020 | 28/02/2021 |

**PROCESO DE PROYECCIÓN SOCIAL, VIGENCIA 2020:** De conformidad con la auditoría realizada en la vigencia en mención por la oficina de control interno, se observaron cinco (5) no conformidades y tres (3) observaciones. Control interno el 30 de noviembre del presente año, solicita evidencia de cumplimiento, a lo cual Proyección Social, el 04 de diciembre envían oficio para cierre de hallazgos. Respecto a la información reportada por el proceso, se tuvo reunión con los profesionales del proceso por Google Meet, donde se comentó que alguna evidencia no cumplía con lo planteado en las acciones y actividades para eliminar las causas de las no conformidades y observaciones. Se cerró una (1) no

conformidad y dos (2) observaciones. El proceso solicitó ajuste a las actividades y fechas de cumplimiento, a lo cual se hicieron los respectivos cambios al plan de mejoramiento.

Las acciones y actividades pendientes por cerrar, son las siguientes:

| Acción correctiva | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Revisión con la Oficina del Sistema Integrado de Gestión de la matriz de salida no conformes, para dar cierre a las actividades. | Revisión y seguimiento de cada una de las salidas no conformes que se encuentran abiertas | Salidas No Conformes | 3 | 12/06/2020 | 03/07/2020 |
| Controlar períodicamente el cumplimeto de las acciones descritas en el plan de mejoramiento. | Enviar oficio notificando el estado actual de las actividades abiertas en el plan de mejoramiento con la información que evidencie el cierre | Oficio enviado | 1 | 19/06/2020 | 30/06/2020 |
| Revisar la evidencia soportada por cada proyecto y consolidar la información allegada | Ajustar y publicar el procedimiento de educación continua. | Procedimiento ajustado | 1 | 12/06/2020 | 15/09/2020 |
| Revisión del archivo de gestión. | Reunión con el proceso de Gestión Documental de la pertienencia y actualización de las tabla de retención documentación correspondiente a Proyección Social. | Acta de reunión | 1 | 23/06/2020 | 30/07/2020 |
| **Acción de Mejora** | **Actividad /Descripción** | **Actividad/Unidad de medida** | **Cantidad/ Unidad de medida** | **Fecha de inicio** | **Fecha de finalización** |
| Actualización de instructivo y de entrega de carnets. | Mantener actualizado el listado de carnets en la plataforma con su respectiva evidencia y entrega. | Listado actualizado | 422 | 12/06/2020 | 31/08/2020 |
| | Actualizar delinstructivo de entrega de carnets en el micrositio de proyección social | Instructivo actualizado | 1 | 12/06/2020 | 31/07/2020 |

**DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, VIGENCIA 2020:** Como resultado de la auditoria interna, se evidenciaron dos (2) no conformidades, de las cuales se cerró una (1) y la otra quedó abierta. La acción y actividad pendiente es la siguiente:

| Acción correctiva | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| Capacitar al personal de infraestructura sobre el conocimiento en normas técnicas para la construcción, mejoramiento o adecuación de laboratorios | Realizar sesiones de capacitación en normas técnicas para la construcción, mejoramiento o adecuación de laboratorios | Capacitaciones | 2 | 01/07/2020 | 31/08/2020 |

Es importante aclarar que de las dos (2) capacitaciones planeadas por el proceso, enviaron evidencia de una (1), por lo tanto, continúa abierta hasta que se realicen las dos capacitaciones propuestas.

**BIENESTAR INSTITUCIONAL, VIGENCIA 2020:** De la auditoría interna realizada al proceso, se evidenciaron trece (13) no conformidades, de las cuales, como resultado del seguimiento y revisión a la evidencia reportada por el proceso, se cerraron seis (6) y siete (7) continúan abiertas.
Las acciones y actividades pendientes son las siguientes:

| Acción correctiva | Actividad /Descripción | Actividad/Unidad de medida | Cantidad/ Unidad de medida | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.Revisar y ajustar la caracterización del proceso incluyendo informe de necesidades | 1. Aajustar la caracterización del Proceso. | Caracterización | 100% | 30/09/2020 | 31/10/2020 |
| 1.Realizar la revisión y ajuste a los indicadores del proceso. | 1.Revisión y actuallización de los indicadores de acuerdo a las necesidades del proceso. | Indicadores del proceso medidos y analizados | 100% | 30/09/2020 | 30/12/2020 |
| 2. Realizar la medición y análisis de los indicadores del proceso, dentro de la periodicidad establecida en cada uno de ellos. | 2. Recolectar la información necesaria para el seguimiento y diligenciamiento de cada uno de los indicadores. | | | | |
| 1.Realizar la revisión y ajustes del software existente para su funcionalidad de acuerdo a las necesidades y control eficiente del inventario de Bienestar. | 1. Revisión y ajuste al software de inventarios. | 1. Software ajustado | 100% | 30/10/2020 | 31/12/2020 |
| 1. Implementar acciones de control efectivas para eliminar la causa raíz de los Hallazgos | 1.Realizar controles y seguimientos periódicos a las acciones establecidas en el plan de mejoramiento | Documento soporte | 100% | 30/09/2020 | 30/12/2020 |
| 2. Verificar las acciones establecidas en el Plan de Mejoramiento suscritos con el MEN y auditoría interna y requerir la información pertinente a los procesos para revisión y analisis y dar cumplimiento con los compromisos adquiridos. | 2. Verificar la información solicitada a los procesos y realizar reporte a la oficina de Control Interno para su analisis | 1. Documentos soporte<br>2. Oficio a Control Interno | 100% | 30/09/2020 | 30/12/2020 |
| Proyectar la documentación necesaria para solicitar y gestionar la creación legal del club deportivo, para dar cumplimiento a lo citado en la Ley | 1.Proyectar documentación requerida<br>2.Realizar gestión con las entidades pertinentes para la creación del club deportivo | Documentación pertinente | 100% | 30/09/2020 | 30/12/2020 |
| Verificar la elaboración de las actas de los Comités y Consejos y sus respectivas firmas. | Validación de las actas debidamente firmadas | Actas firmadas y archivadas | 100% | 30/09/2020 | 31/10/2020 |
| Presentar los informes de gestión del proceso de bienestar institucional semestralmente y dar cumplimiento a lo establecido en el articulo noveno del acuerdo 025 del 2002. | 1. Compilar los informes semestrales de los coordinadores de cada área.<br>2. Elaborar los informes semestralmente.<br>3. Presentar semestralmente los informes al Consejo de Bienestar Institucional. | 1.Informes semestrales<br>2. Actas del consejo de bienestar firmadas | 100% | 30/09/2020 | 31/10/2020 |

En cuanto a las auditorías realizadas a los procesos de Gestión financiera, Comunicación Institucional, Gestión de Calidad – Ambiental y Docencia – Comisiones de Estudio, sus acciones y actividades vencen en el 2021.

**VERIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES.**

De acuerdo al procedimiento para la formulación, monitoreo y seguimiento de planes de mejoramiento de gestión de los procesos PD-GCL-01, se planea la actividad de realizar seguimiento y evaluar la eficacia de las acciones, de acuerdo al cumplimiento de los avances semestrales del Plan de Mejoramiento Institucional, que corresponde a la oficina de Control Interno de Gestión, dentro de sus funciones, verificar que las acciones planteadas por cada líder de proceso, haya subsanado la causa que le dio origen al hallazgo, no conformidad u observación, por parte de los entes externos y de las auditorías internas.

Dado lo anterior, durante la vigencia fue complejo medir la eficacia de las acciones, dado que, por las circunstancias de aislamiento preventivo y el trabajo en casa, es limitada la verificación de las actividades y si efectivamente se siguen implementando para la mejora de sus procesos. Se espera que, para la siguiente vigencia, las condiciones de salud pública mejoren y se logre verificar la eficacia de las acciones de acuerdo al cumplimiento de lo programado por cada proceso.

**RECOMENDACIONES**

Es importante recordar, la importancia del plan de mejoramiento que cada líder de proceso suscribe con la oficina de control interno, ya que esta traza una línea base, para conocer si lo que estamos haciendo está bien o necesita una mejora continua, para realizar eficazmente nuestras actividades y cumplir con los objetivos y metas trazados por la institución.

**CONCLUSIONES**

- El seguimiento realizado al Plan de Mejoramiento Institucional, producto de las auditoría internas y externas, realizado por la oficina de Control Interno, arrojo el siguiente resultado:

**Cuadro 4**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS | 18 |
| NO CONFORMIDADES | 136 |
| OBSERVACIONES | 23 |
| **TOTAL** | **177** |

- En el plan de mejoramiento se tienen dieciocho (18) hallazgos, de los cuales se cerraron once (11) y siete (7) continúan abiertos. Ciento treinta y seis (136) no conformidades, se cerraron cuarenta y cuatro (44) y noventa y dos (92) siguen abiertas y veintitrés (23) observaciones de las cuales se cerraron dieciocho (1(9 y cinco (5) quedaron abiertas. Lo que quedo abierto al cierre de este informe, pasa para el plan de mejoramiento de la vigencia 2021.

**Cuadro 5**

| HALLAZGOS | ABIERTOS | CERRADOS |
|---|---|---|
| 18 | 7 | 11 |
| **NO CONFORMIDADES** | **ABIERTAS** | **CERRADAS** |
| 136 | 92 | 44 |
| **OBSERVACIONES** | **ABIERTAS** | **CERRADAS** |
| 23 | 5 | 18 |
| **TOTAL** | | |
| **177** | **104** | **73** |

Fuente: Oficina de control interno

- Así mismo para cada uno de los hallazgos, no conformidades y observaciones se establecieron 230 acciones, así:

**Cuadro 6**

| ACCIONES CORRECTIVAS | ABIERTAS | CERRADAS |
|---|---|---|
| 173 | 104 | 69 |
| **ACCIONES DE MEJORA** | **ABIERTAS** | **CERRADAS** |
| 47 | 27 | 20 |
| **CORRECCIONES** | **ABIERTAS** | **CERRADAS** |
| 10 | 2 | 8 |
| **TOTAL** | | |
| **230** | **133** | **97** |

Del cuadro se concluye que, de las 230 acciones, se cerraron noventa y siete (97) y ciento treinta y tres (133) pasan abiertas para la siguiente vigencia, realizar el seguimiento.

**ANEXOS: N/A**

Elaboró:

**ANA ZORAYDA RIAÑO BERNAL**
**Profesional /Contratista C.I**

Revisó / Aprobó:

**ELIANA ANDREA VACA ROJAS**
**ASESORA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN**