



## INFORME DE AUDITORÍA ESPECIAL PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNO PENDIENTES VIGENCIAS 2019-2021.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Mayo de 2023

PERTINENTE CREATIVA INTEGRADORA

 @uniquindio  universidaddelquindio  universidad\_del\_quindio

[www.uniquindio.edu.co](http://www.uniquindio.edu.co)

## INTRODUCCIÓN

La Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”, señala:

Artículo 3. Características del Control Interno:

“(…) a) El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la respectiva entidad.

Artículo 12. Funciones de los auditores internos:

“(…) d) Verificar que los controles asociados con todas y cada una de las actividades de la organización estén adecuadamente definidos, sean apropiados y se mejoren permanentemente, de acuerdo con la evolución de la entidad; (…)

“(…) e) Velar por el cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la organización y recomendar los ajustes necesarios;

“(…) g) Verificar los procesos relacionados con el manejo de los recursos, bienes y los sistemas de información de la entidad y recomendar los correctivos que sean necesarios;

“(…) k) Verificar que se implanten las medidas respectivas recomendadas.

La Ley 1753 en su artículo 133, indicó:

“ARTÍCULO 133. Integración de Sistemas de Gestión. Intégrense en un solo Sistema de Gestión, los Sistemas de Gestión de la Calidad de qué trata la Ley 872 de 2003 y de Desarrollo Administrativo de que trata la Ley 489 de 1998. El Sistema de Gestión deberá articularse con los Sistemas Nacional e Institucional de Control Interno consagrado en la Ley 87 de 1993 y en los artículos 27 al 29 de la Ley 489 de 1998, de tal manera que permita el fortalecimiento de los mecanismos, métodos y procedimientos de control al interior de los organismos y entidades del Estado.

*El Gobierno Nacional reglamentará la materia y establecerá el modelo que desarrolle la integración y articulación de los anteriores sistemas, en el cual se deberá determinar de manera clara el campo de aplicación de cada uno de ellos con criterios diferenciales en el territorio nacional.*

*Una vez se reglamente y entre en aplicación el nuevo Modelo de Gestión, los artículos 15 al 23 de la Ley 489 de 1998 y la Ley 872 de 2003 perderán vigencia.”*

Fue así como con el Decreto 1499 de 2017, “*Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015*” se adoptó el nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, que articula el Modelo Estándar de Control Interno, el cual sirvió de base para la elaboración de la Guía de Auditoría para entidades públicas, utilizada como referente en este proceso de auditoría interna.

En el mismo sentido, el Consejo Superior de la Universidad del Quindío en el Acuerdo 040 del 27 de mayo de 1994, “Por el cual se establece el Sistema de Control Interno en la Universidad del Quindío y se reestructura la Oficina de Auditoría interna”, menciona en su artículo 3°, que dentro de los objetivos del Sistema de Control Interno se encuentran los siguientes:

*“a. Proteger los recursos de la Organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que la afecten.*

*b. Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones, promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional. (...)*”

*“(...) d. Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional.*

Es así como el Comité de Coordinación de Control Interno de la Universidad del Quindío, aprobó el Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2023 y en la cual quedó aprobada la Auditoría Especial Planes de Mejoramiento Interno pendientes en las vigencias 2019-2021.

## 1. OBJETIVO

Evaluar el cumplimiento de las acciones de mejora en los planes de mejoramiento propuesto por las diferentes dependencias y programas que conforman la estructura orgánica de la Universidad del Quindío.

## 2. ALCANCE

El período a auditar corresponde a los años 2019, 2020 y 2021, y se hará énfasis en los siguientes aspectos:

- Acciones de Mejora.
- Cumplimiento de las metas.
- Porcentaje de cumplimiento.
- Evidencias.

## 3. CRITERIOS

- ✓ Constitución Política, artículos 209 y 269.
- ✓ Ley 87 de 1993, Normas del ejercicio de Control Interno.
- ✓ Ley 1753 de 2015, artículo 133, Sobre articulación del Sistema de Control Interno al Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- ✓ Decreto 1083 de 2015, Decreto único Reglamentario del Sector Público.
- ✓ Decreto 1499 de 2017, Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.
- ✓ Acuerdo 040 de 1994 del Consejo Superior de la Universidad del Quindío, por el cual se establece el Sistema de Control Interno de la Universidad.
- ✓ Acuerdo 005 de 2005 del Consejo Superior de la Universidad del Quindío; "Estatuto General".
- ✓ Acuerdo 20 de 2015 del Consejo Superior de la Universidad del Quindío; por medio del cual se establece la estructura organizacional de la Universidad del Quindío.
- ✓ Resolución de Rectoría 1127 de 3 de diciembre de 2008, Por medio del cual se adopta el Manual de Procesos y Procedimientos de la Universidad del Quindío.
- ✓ Resolución de Rectoría 3375 de 2017 por medio de la cual se actualiza la estructura del sistema integrado de gestión de la Universidad del Quindío y se dictan otras disposiciones.
- ✓ Resolución de Rectoría 9613 de 2022, por medio de la cual se adopta, modifica y actualiza el Manual de Funciones y otras de la Universidad del Quindío.
- ✓ Resolución de Rectoría N 7322 del 27-07-2020 7322 "Por medio de la cual se actualiza la política de administración de riesgos de la Universidad del Quindío y se dictan otras disposiciones".
- ✓ Los demás relacionados con el Sistema de Control Interno, la gestión de riesgos y el normograma correspondiente al Macro proceso de Docencia.

4. METODOLOGÍA

Aplicación del procedimiento de auditoría interna SE.CI-01-P-01 y utilización de la Guía de Auditorías para entidades públicas Versión 4 de julio del 2020, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Etapas de la Auditoría Interna:

- ✓ Planeación de Auditoría y envío del Plan de Auditoría al área auditada.
- ✓ Reunión de apertura.
- ✓ Solicitud de información al área.
- ✓ Análisis de información.
- ✓ Elaboración y socialización de informe.
- ✓ Reunión de cierre y entrega informe final.
- ✓ Plan de mejoramiento (En los casos que aplique).

5. INFORMACION DE CONTEXTO

El Plan de Desarrollo Institucional 2016-2025, de la Entidad, establece que el proceso de autoevaluación en la Universidad del Quindío se caracteriza por ser:

- ✓ Participativo (Toda la comunidad está convocada);
- ✓ Reflexivo (Lo primordial es la reflexión consensuada sobre nuestro quehacer) y
- ✓ Productivo (El principal resultado será el aseguramiento de la calidad a través de los planes de mejoramiento que tracen nuevos retos y rumbos a la Institución).

De acuerdo a lo anterior; se refleja la calidad y el mejoramiento continuo de la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos al interior de la Universidad y la satisfacción de las expectativas de los usuarios, por lo cual implementa prácticas de auto control, auto evaluación, transparencia y responsabilidad social.

Es así como se lleva a cabo el seguimiento de los planes de mejoramiento de las vigencias 2019, 2020 y 2021, como se observa en la tabla No 1. la información relacionada con las acciones de mejora pendientes a abril de 2023.

Tabla No 1. Acciones de mejora pendientes

AREAS Y/O DEPENDENCIAS AUDITADAS	PERIODO AUDITADO	ACCIONES DE MEJORA PENDIENTES
DIRECCION DE COMUNICACIONES ESTRATEGICAS	2019	2
GRANJA EXPERIMENTAL BENGALA	2020	3
CAT MANIZALES	2021	3
CAT CALI	2021	1
DIRECCION DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION	2021	2
UNIDAD DE INNOVACION VIRTUAL	2021	2
DIRECCION JURIDICA	2021	3

Fuente: Informe Planes de mejoramiento. Oficina Control Interno.

Con el fin de hacer seguimiento a los Planes de Mejoramiento como se observa en la tabla No. 1, y que se encuentran suscritos con la oficina de Control Interno, para las vigencias 2019,2020 y 2021, se solicitó, mediante correo electrónico, reunión con cada uno de los líderes de las dependencias enunciadas en la tabla, con el objetivo de revisar y socializar las acciones de mejora, establecidas en el Plan.

Así mismo, en la reunión de apertura de la Auditoría, se socializó a cada encargado del área las acciones que tenían establecidas, y se les requirió suministrar la información relacionada con los avances de las diferentes metas planteadas y no cumplidas a la fecha, en el Plan de Mejoramiento.

Igualmente, y una vez finalizada la reunión, se envió a cada líder el plan de mejoramiento, con el objeto de que explicaran en el cuadro de las observaciones, las actividades realizadas con sus correspondientes evidencias o en su defecto replantear las metas y crear un nuevo Plan, el cual no deberá ser superior para su cumplimiento a seis (6) meses cumpliendo con la resolución 107 de la Contraloría General del Quindío de 20 de abril de 2021.

Una vez allegada la información por parte de las dependencias auditadas, se procedió a analizar y verificar que efectivamente correspondiera a los compromisos adquiridos y así dar cumplimiento al plan de mejoramiento propuesto por cada dependencia.

## 6. RESULTADO DE LA AUDITORÍA

### 6.1 Proceso de Comunicaciones Estratégicas

En octubre del año 2019, se realizó la Auditoría Interna al proceso de Comunicación estratégica, para la cual se establecieron cinco oportunidades de mejora las cuales dos alcanzaron únicamente un 30% de cumplimiento.

En la reunión de apertura de la Auditoría llevada a cabo el día 17 de abril de la actual vigencia, el Director de Comunicaciones Estratégicas manifestó que para el cumplimiento de la meta **“Acto administrativo donde se aprueben las políticas”** podría tener un tiempo indefinido de aprobación por el Consejo Superior, por lo tanto, sugirió fusionarla con la segunda meta que es **“Plan de comunicación de la vigencia 2020 con esquema de seguimiento semestral y/o trimestral. divulgadas y publicadas en la página institucional**, como se evidencia en el siguiente cuadro:



Cuadro No. 1 Descripción de las metas proceso de comunicaciones estratégicas.

	Plan de Mejoramiento propuesto 2019	Plan de Mejoramiento propuesto 2023
Descripción de la observación	Debilidades en la etapa de planeación del proceso de comunicación estratégica, evidenciando la falta de definición de políticas de comunicación institucionales, seguimiento sistemático al plan de comunicaciones y la no formulación del Acuerdo de Gestión del área para la vigencia 2019, lo cual podría generar riesgos en la gestión del proceso.	
Causa	Deficiencias en la planeación y autocontrol en la gestión administrativa	
Efecto	Incumplimiento a las metas y objetivos estrategicos del área, no existe Plan Anual de Gestión ni se firma Acuerdos de gestión.	
Acción de Mejora	* Generar un plan de comunicaciones que permita articular la estrategia con la operación, donde se definan objetivos estratégicos, estrategias, actividades, indicadores y metas anuales que midan la gestión y el impacto de las mismas, con sus respectivos responsables.  * Diseñar e implementar políticas de comunicación para la Universidad con las cuales se proteja la imagen institucional y se formalicen los distintos manuales de uso de redes sociales, plantillas, guiones, entre otros, de tal manera que se procure la eficiencia del proceso en la parte operativa y se fortalezca la gestión estratégica.	Actualizar el plan de comunicaciones de acuerdo a la nueva estructura de la Dirección de Comunicaciones Estratégicas con sus cuatro departamentos.  Establecer las Guías y Lineamientos Institucionales para: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guía Uso de Identidad e Imagen Institucional</li> <li>- Guía Uso y manejo de los Medios Digitales (Redes Sociales, Correo Electrónico)</li> <li>- Protocolo Operatividad del Centro de Servicios Universitarios</li> <li>- Guía Producción audiovisual y transmisiones en vivo</li> <li>- Guía del realizador de radio</li> <li>- Protocolo de estilo radial</li> <li>- Guía de Crisis comunicativa</li> <li>- Protocolo de Clima organizacional y gestión del cambio</li> </ul>
Fecha de Cumplimiento	Desde 01-02-2020 avance sin Cumplimiento	Desde 01-05-2023 Hasta 01-10-2023

Fuente: Información suministrada por el área.

Las metas fueron replanteadas con cumplimiento al 1º de Octubre de 2023.

6.2 Granja Experimental Bengala

En noviembre del año 2020, se realizó la Auditoría Interna al proceso de la Granja Experimental Bengala, para la cual se establecieron tres oportunidades de mejora que a la fecha de la apertura de la Auditoría se encontraban pendientes por cumplir, como se observa en el cuadro No 2.

Cuadro No 2. Granja Bengala

Plan de mejoramiento Granja Bengala			
Descripción de la observación	Se evidencia debilidades en los controles aplicados frente al registro de las ventas egresos y manejo de inventarios.	Diferencias en los informes de los inventarios.	Diferencias en las cifras de los ingresos y egresos por parte de área de tesorería.
Acción de mejora	Implementar procedimientos y/o instructivos para ejercer un mayor control en los ingresos egresos e inventarios.	Actualización de inventarios Granja Experimental Bengala con la Oficina de Activos Fijos.	Realizar conciliaciones periódicas de las cifras de ingresos y egresos con el área financiera y de tesorería
Descripción de las metas	Realizar procedimientos y formalizarlos con la oficina de calidad.	Inventarios actualizados al 31 de diciembre de 2020	Conciliaciones realizadas con el área de tesorería y financiera periódicamente

Fuente: Información suministrada por la granja Bengala

Sin embargo, y de acuerdo a los documentos aportados por el líder del proceso después de la apertura de la auditoría, se evidenció lo siguiente, como cumplimiento al plan de mejoramiento:

**Meta No. 1 . Estado de la acción Abierta, Cumplimiento y Efectividad parcial.**

Con respeto a la meta: “*Implementar procedimientos y/o instructivos para ejercer un mayor control en los ingresos, egresos e inventarios*”, presentan como evidencia:

- ✓ Borrador del instructivo para la documentación de ventas de productos y servicios.
- ✓ Formatos en Excel de Inventario de productos, Inventario de Concentrados e inventario de pajillas.
- ✓ Acta de reunión del líder del proceso con funcionario del Sistema Integrado de Gestión, donde se adquirieron compromisos relacionados con el instructivo propuesto.

Una vez analizados los documentos aportados por el líder del proceso, se evidencia un cumplimiento del 70% en la meta establecida.

Por lo anterior, la Granja Bengala ajusta las fechas para el cumplimiento total de la meta, quedando pendiente la aprobación e inscripción del mencionado formato en la Dirección de Gestión y Aseguramiento de la Calidad.

**Meta No. 2 : Cerrada- Cumplimiento y Efectividad Total.**

En cuanto a los Inventarios actualizados al 31 de diciembre de 2020, se observaron las Actas de actualización, una con fecha del 15 de junio de 2021 y la otra con fecha del 30 de octubre de 2022 respectivamente, donde, según la observación en estos informes por parte del responsable de Bienes Devolutivos, del funcionario de Activos Fijos y del Líder del proceso, no existen inconsistencias en los inventarios, por lo tanto, presenta un cumplimiento del 100% en la meta establecida.

**Meta No. 3 Cerrada- Cumplimiento y Efectividad Total.**

Continuando con las “*Conciliaciones realizadas con el área de tesorería y financiera periódicamente*”, se observa en las evidencias enviadas por el líder del proceso, la realización de conciliaciones periódicas con el Área de Tesorería los días 25 de noviembre de 2021, junio 9 de 2022 y 15 de diciembre de 2022, alcanzando el cumplimiento de la meta al 100%.

De acuerdo a la visita realizada a la Granja Experimental Bengala, se observó que, si bien han mejorado en la actualización periódica de los inventarios y conciliaciones, se recomienda organizar con la facultad del programa los procedimientos y procesos, que permita un mejor control tanto de inventarios, como de los ingresos y egresos, para tener en tiempo real un mayor control financiero de lo que ingresa diariamente a la granja por las ventas de los productos que esta ofrece.

Igualmente se observó que a pesar de que la granja cuenta con un personal calificado y competente para desarrollar las labores propias y generar recursos importantes para la Universidad, es necesario disponer de apoyo administrativo que



brinde colaboración y asesoría en procedimientos contables mínimos, para elaborar y tener actualizado el inventario diario.

De acuerdo a lo anterior, deben existir oportunidades de mejora en relación con la implementación de procesos y procedimientos que permitan tener controles más confiables asociados tanto a los ingresos como los egresos de la Granja Bengala.

### 6.3 Centros Tutoriales Manizales y Cali

Cuadro No 3. CAT Manizales y Cali

	CAT Manizales	CAT Manizales	CAT Manizales	CAT Cali
Descripción de la observación	Disminución del número de estudiantes matriculados	Analizar los resultados de las encuestas de percepción de los estudiantes y promover instrumentos donde con frecuencia se mida el nivel de satisfacción de los mismos	Documentar los riesgos existentes y promover el conocimiento la política de administración del riesgo de la Universidad del Quindío	Debilidades en la etapa de planeación del proceso de administración, evidenciando la falta de información y análisis sobre los riesgos que puedan afectar el CAT en los diferentes campos
Acción de Mejora	Generar acercamientos insitucionales para presentar la oferta académica. Uso permanente de redes sociales. Solicitar a la vicerrectoria académica la ampliación de la oferta académica	Determinar unos tiempos específicos en la mañana y en la trde para dedicación exclusiva a mensajes evitar dejar mensajes sin respnder solicitar acompañamiento de gestión de calidad para el diseño de un instrumento permanente que permita conocer la satisfacción del cliente interno	Diseño y ejecucuión de una jornada de socialización de la política de administración del riesgo con los funcionarios/pasante s CAT - elabiración del mapa de riesgo - socialización del mapa diseño y ejecución de jornadas de prevención	Realizar la gestion pertinente mediante la cual se conozca el tema de riesgos y la política de administracion de riesgos y su aplicabilidad, emitida desde la oficina de Planeacion y desarrollo, con el fin de realizar el respectivo analisis sobre los riesgos.
Descripción de las metas	crear un cronograma de visitas (corresponde previo acercamiento- llamadas- correos- concertación de fechas y necesidades individuales); implica además el seguimiento a los resultados de las visitas y al cumplimiento de compromisos establecidos solicitar a la oficina de comunicaciones diseño de piezas gráficas con la oferta e información atractiva para futuros estudiantes- compartir por facebook e instagram 3 veces por semana elaborar una solicitud formal de diplomados, maestrías para el CAT	1 diseño de horario- aplicación de martes a sábado	1 jornada de socialización de la política 1 mapa de riesgo 1 socialización del mapa 12 acciones pedagógicas preventivas	Capacitación sobre política de administración de los riesgos

Fuente: Información suministrada por los CATS

En octubre del año 2021, se realizó la Auditoría Interna al proceso del centro de Atención Tutorial - CAT Manizales, para la cual se establecieron tres acciones de mejora como se observa en el cuadro No. 3 que a la fecha se encuentran pendientes por realizar, alcanzando únicamente un 20% de cumplimiento en cada una de ellas.

Igualmente, se realizó la Auditoría Interna al proceso del Centro de Atención Tutorial - CAT Cali, para la cual se establecieron dos acciones de mejora, de las cuales una se cumplió al 100%, y la otra alcanzó solo un 20% de cumplimiento.

Al verificar la información enviada por la Vicerrectoría Académica, se comprobó por parte del equipo auditor el cumplimiento total de las metas propuestas por los CAT Manizales y Cali, como se describe en el cuadro No. 5.

**Cuadro No.5 Descripción del cumplimiento de las metas de los CAT-  
Manizales y Cali**

N°	Descripción de las metas	Evidencias
1	<p>1. Crear un cronograma de visitas (corresponde previo acercamiento- llamadas- correos- concertación de fechas y necesidades individuales); implica además el seguimiento a los resultados de las visitas y al cumplimiento de compromisos establecidos</p> <p>2. Solicitar a la oficina de comunicaciones diseño de piezas gráficas con la oferta e información atractiva para futuros estudiantes- compartir por Facebook e Instagram 3 veces por semana</p> <p>3. Elaborar una solicitud formal de diplomados, maestrías para el CAT</p>	<p>1. Se realizaron visitas y enviaron correos electrónicos a diferentes entidades como: SUSUERTE, Aguas de Manizales, Bancos y Cooperativas, Call Center, Secretarías de Educación de Manizales, Villamaría, Aguadas y Manzanares, colegios públicos de los 26 municipios de Caldas, FENALCO, secretaria de Vivienda de la Gobernación de Caldas, CAMACOL.</p> <p>2. Se realizó solicitud para elaboración de material audiovisual /oferta académica, se enviaron correos electrónicos para solicitar grabación de piezas auditivas con la oferta 2022-2 y se publican en Facebook e Instagram las piezas que produce la oficina de comunicaciones (Oferta para el CAT, Oferta de posgrados, proceso de inscripción, admisión y matrícula.</p> <p>3. Se realizaron reuniones con la Vicerrectoría Académica y Coordinadores de los CAT, para dialogar de nueva oferta académica en Distancia pertinentes para la región. Se realizaron reuniones con el CAT Manizales y la directora del programa de Gerontología, Claudia Janet Ladino, la secretaria de Integración y Desarrollo social de la Gobernación de Caldas</p>
2	<p>1. Diseño de horario</p> <p>2. Aplicación de martes a sábado</p>	Se determinó revisión permanente del correo y Whatsapp del CAT, y se acordó adicionalmente un horario al final de la mañana 11:30 y a final de la jornada de la tarde 4:30 para verificar que no quedan mensajes por responder.
3	<p>1 Jornada de socialización de la política.</p> <p>1 Mapa de riesgo.</p> <p>1 Socialización del mapa.</p> <p>12 Acciones pedagógicas preventivas.</p>	<p>Se realizó Jornada de Inducción y reinducción con los Coordinadores de los CAT.</p> <p>Se tiene mapa de Riesgos Macro proceso Docencia.</p> <p>Se han realizado reuniones con funcionarios de Macro proceso Gestión de la calidad .</p>
4	Capacitación sobre política de administración de los riesgos	<p>Se realizó Jornada de Inducción y Reinducción con los Coordinadores de los CAT.</p> <p>Se tiene mapa de Riesgos Macro proceso Docencia.</p> <p>Se han realizado reuniones con funcionarios de Macroproceso Gestión de la calidad .</p>

Fuente: Elaboración propia de la información suministrada por la Vicerrectoría académica

Se aclara que, las evidencias de las actividades descritas en el cuadro anterior, fueron constatadas y reposan en el archivo de la oficina de Control interno, entre la cuales destacamos: correos electrónicos, listados de asistencia, pantallazos de mensajes de texto, audios, invitaciones, fotos, etc.

**Metas de los CATS Manizales y Cali: Cerradas - Cumplimiento y Efectividad Total.**

### 6.4 Dirección de Tecnologías de la Información

En mayo del año 2021, se realizó la Auditoría Interna al proceso de Gestión TIC, donde se establecieron dos acciones de mejora, de las cuales habían avanzado en un 80% y un 50% respectivamente.

*En el siguiente cuadro, se muestran las oportunidades de mejora que estaban pendientes al inicio de esta Auditoría.*

**Cuadro No.6 Descripción de las metas Dirección de Tecnologías de la Información.**

Plan de mejoramiento 2021 Sistemas y Nuevas Tecnologías		
Descripción de la observación	En relación a la administración de la plataforma SEVEN- ERP, para los seis módulos adquiridos por la Universidad del Quindío, se evidencia un Recurso Humano altamente calificado para el soporte de toda la operatividad del Sistema, sin embargo, no se cuenta con un técnico suplente que tenga la capacitación necesaria para reemplazar en cualquier contingencia al administrador actual, incumpliendo lo establecido en la Política de TI, ítem 3.8 Contingencia de Recurso Humano, lo cual puede representar un riesgo en la disponibilidad del sistema en caso de eventuales ausencias del administrador	En la formulación de los indicadores de gestión de riesgos, en el riesgo “vulnerabilidad en los sistemas de información” el indicador es “# de capacitaciones realizadas”, el cual no mide la ocurrencia de incidentes en un periodo de tiempo, lo anterior no permite realizar una evaluación sobre la materialización del riesgo, lo cual va en contravía de la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de controles en entidades públicas del DAFP, esto podría ocasionar una materialización del riesgo sin que se tomen las acciones de mejora oportunas.
Acción de Mejora	( 1 ) Asignar un rol suplente que reciba la capacitación técnica de la plataforma SEVEN-ERP y los procesos asociados a la misma, de tal forma que adquiera las competencias esenciales para asumir el rol de la administración de la plataforma en mensión. ( 2 ) Implementar actividades para gestionar el conocimiento a través de estrategias de documentación de los procesos administrativos y financieros de la institución, procedimientos de administración de la plataforma y documentación de la actualización de nuevas versiones de la misma.	Implementar un procedimiento para la gestión de riegos para los principalea activos de información del Área de Sistemas y Nuevas Tecnologías. Dicho procedimiento deberá estar acompañado de una matriz de riesgos y el respectivo procedimiento de valoración de los mismos.
Descripción de las metas	(1)Para finales del mes de noviembre del año en curso(2021), se deberá contar con un profesional capacitado y construido para asumir el rol. (2). Contar con los procesos debidamente documentados.	Disponer de los procedimientos de gestión y valoración de riegos, matriz de riesgos, de los principaleas activos de información del Área de Sistemas y Nuevas Tecnologías para septiembre del año en curso.

Fuente: Información suministrada por Dirección de Tecnologías de la Información

Sin embargo, después de la reunión de apertura de la Auditoría llevada a cabo el día 13 de abril de la actual vigencia, y una vez enviado el plan de mejoramiento con las metas no cumplidas al área respectiva, allegaron la información en la cual se evidenció el cumplimiento de estas, así:

1. Respecto al par requerido para el Rol de la Administrador del aplicativo ERP-SEVEN, designaron al Ingeniero Juan Sebastián Salazar de la Dirección de Gestión Humana, quien es el funcionario que posee el perfil profesional, la experiencia y el conocimiento para cualquier eventualidad.

2. En cuanto a la gestión de Riesgos, se evidenciaron los documentos que hacen parte de estos para la Dirección de TI, así:

- ✓ Inventario de activos de información para el proceso con las respectivas valoraciones de criticidad.
- ✓ Guía de gestión de riesgos de seguridad de la información.

- ✓ Matriz de riesgos del proceso de Gestión TIC, con los riesgos identificados, evaluados, con planes de tratamiento y el seguimiento realizado para el primer trimestre de la vigencia 2023.

Se aclara que las evidencias enviadas por correo electrónico de las actividades descritas anteriormente, fueron verificadas por el equipo auditor y reposan en el archivo de la correspondiente Auditoría en la oficina de Control interno.

**Metas 1 y 2 : Cerradas - Cumplimiento y Efectividad Total.**

**6.5 Oficina Unidad de Innovación Virtual**

En mayo del año 2021, se realizó la Auditoría Interna al proceso de Unidad de Virtualización, donde se establecieron dos acciones de mejora, de las cuales se avanzaron en un 63% y un 10% respectivamente.

El cuadro No. 7 muestra las oportunidades de mejora que estaban pendientes al inicio de esta Auditoría.

**Cuadro No 7. Descripción de las metas Unidad de Innovación virtual**

Plan de Mejoramiento 2021 Unidad de Virtualizacion		
Descripción de la observación	Realizada la verificación no se encontró evidencia de actas de reunión del Comité Central de Virtualización para la vigencia 2020, incumpliendo lo establecido en el Artículo quinto de la Resolución 1027 de 2008.	Realizada la revisión a los indicadores sobre el uso de espacios académicos con componente virtual a través de la plataforma Moodle, solo se refleja el uso en un 58%, quedando pendiente mostrar el uso de otras plataformas para el resto de cursos.
Acción de Mejora	Teniendo en cuenta que mediante resolución de rectoría 7075 del 17 del marzo de 2020, el nuevo Comité Central de Virtualización se encuentra vigente, se decidió retomar las reuniones apartir del 15 de abril del 2021. Asimismo, se aprobó la programación de las reuniones para la vigencia 2021.	<p>Teniendo en cuenta que no existe normatividad para la utilización de la plataforma institucional LMS - Moodle como herramienta asincrónica para el 100% de los espacios académicos, se procede a crear el formato "uso herramientas de mediación tecnológica". Lo anterior, para identificar y evidenciar las herramientas tecnológicas utilizadas por todos los docentes para orientar los los espacios académicos. Es importante aclarar que el seguimiento debe hacerse a través de la direccción de los programas.</p> <p>Crear la normativa para la utilización de la plataforma institucional LMS - Moodle como herramienta asincrónica para el 100% de los espacios académicos.</p>
Descripción de las metas	Realizar las reuniones de Comité Central de Virtualización cada mes (último Jueves).	<p>Elaborar el formato "uso herramientas de mediación tecnológica" y socializarlo con los directores de programa para su diligenciamiento.</p> <p>Crear, aprobar y divulgar la normativa para la utilización de la plataforma institucional LMS - Moodle como herramienta asincrónica para el 100% de los espacios académicos.</p>

Fuente: Información suministrada por el área.

Al verificar las evidencias enviadas por correo electrónico por parte del área auditada, se observó que las dos metas propuestas en el plan de mejoramiento, cumplieron al 100% así:

**Observación 1 Cerrada - Cumplimiento y Efectividad Total.**

De acuerdo con la programación de las reuniones para la vigencia 2021, a la fecha, se han realizado cinco comités:

Primer comité: 15-04-2021.  
Segundo comité: 29-04-2021.  
Tercer comité: 27-05-2021.  
Cuarto comité 10-09-2021.  
Quinto comité 16-12-2021.

## **Observación 2 Cerrada - Cumplimiento y Efectividad Total.**

Se diseñó el formato y se envió a la Vicerrectoría Académica para su revisión y aprobación, posteriormente, la Vicerrectoría solicitó digitalizarlo en un formulario de Google forms, que se encuentra en el siguiente link: <https://forms.gle/sKSorKKoZ9JvQgen8>.

Lo anterior con el fin de facilitar la recolección, análisis y el seguimiento de la información para la toma de decisiones.

A la fecha el formulario de Google forms *"Uso de herramientas de mediación tecnológica para el desarrollo del espacio académico"* se encuentra abierto, teniendo en cuenta que la Vicerrectoría Académica ha extendido el plazo para su diligenciamiento.

Así mismo, en el quinto Comité Central de Virtualización del 16-12-2021, se aprobó la elaboración del acuerdo por parte de Vicerrectoría Académica, sobre la normativa para la utilización de la plataforma institucional Moodle para todos los espacios académicos.

Al revisar el normograma institucional, mediante el acuerdo 012 del Consejo Académico, de noviembre 17 del 2010, *"por medio del cual se definen criterios y mecanismos para el diseño, acceso e implementación de la metodología virtual y los recursos de apoyo a la presencialidad y distancia"*, en su Artículo primero:

*"Establecer como plataforma para los programas virtuales la definida e implementada por la Unidad de Virtualización"*.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Vicerrectoría Académica realizó durante el 2022, talleres de sensibilización a docentes y directores de programa, para promover el uso de la plataforma institucional de los espacios académicos con componente virtual.

En el año 2023, se continúa con la promoción y sensibilización a docentes y directivos mediante reuniones y talleres.

Se deja constancia que las evidencias enviadas por correo electrónico de las actividades descritas anteriormente, fueron verificadas por el equipo auditor y reposan en el archivo de la correspondiente auditoría en la oficina de Control interno.

## **6.6 Dirección Jurídica**

En noviembre del año 2021, se realizó la Auditoría Interna a la oficina Jurídica, donde se establecieron tres acciones de mejora, que, a la fecha de la Apertura de



la Auditoría, se encontraban en un 0% de cumplimiento, como lo muestra el cuadro No. 8.

**Cuadro No 8. Descripción de las metas Dirección Jurídica**

Plan de Mejoramiento Dirección Jurídica			
Descripción de la observación	El procedimiento, codigo A-GJ-02-P-09 "Revisión contractual" se encuentra desactualizado.	Documentos soporte de los estudios previos y estudios de mercado incompletos o inconsistentes presentados por algunas áreas a la Oficina Jurídica, en los que no se demuestra la capaciad jurídica, técnica y financiera del futuro contratista.	Desconocimiento por parte de los funcionarios de la Oficina Jurídica de los 4 riesgos operativos del macroproceso jurídico establecidos en el formato A-GJ-RI- Versión: 07 Fecha: 2014/12/10, adicionalmente se identificaron oportunidades de mejora en la formulación de los indicadores y la actualización de las actividades de control a la nueva realidad del proceso
Acción de Mejora	Actualización del procedimiento A-GJ-02-P-09, denominado "Revisión contractual" en el Sistema Integrado de Gestión, conforme al Actual Estatuto de Contratación ACS 050 de 2017.	Capacitar a los funcionarios que elaboran los estudios previos y del sector, para evitar que los procesos se entorpezcan por desconocimiento de la norma o del manual de contratación.	Formulación clara de los ítems asociados a los riesgos como son: causas, acciones e indicadores, con el fin de evaluar su eficiencia, eficacia y efectividad, con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo.
Descripción de las metas	Procedimiento denominado "Revisión contractual" actualizado conforme al Actual Estatuto de Contratación ACS 050 de 2017.	Capacitación en contratación "ACS 050 DE 2017" en lo referente a las disposiciones precontractuales.	Matriz de riegos debidamente ajustada en sus ítems, así como la eliminación del riesgo 4. Pérdida de documentos y expedientes.

Fuente: Información suministrada por el área.

Una vez verificada la información enviada por esta Dirección, se comprobó que, de las tres metas propuestas en el plan de mejoramiento, dos cumplieron un porcentaje del 100%, y una quedó en el 70% de avance, evidenciándose lo siguiente:

**Observación No. 1. Estado de la acción Abierta, Cumplimiento y Efectividad parcial**

Actualizaron el procedimiento A-GJ-02-P-09 denominado revisión contractual y está pendiente su remisión a la Dirección de Aseguramiento de la Calidad para su publicación en el Sistema Integrado de Gestión, por lo cual ajustaron las fechas para el cumplimiento total.

Una vez analizado los documentos aportados por el líder del proceso, se evidencia un cumplimiento del 70% en la meta establecida



## Observación No. 2 Cerrada- Cumplimiento y Efectividad Total.

Se realizaron dos eventos de capacitación de elaboración de estudios previos, estudios de mercado y actividades relacionadas con la supervisión de los contratos durante su ejecución y posterior a ello.

Es importante tener en cuenta que la Dirección Jurídica cuenta con los servicios profesionales del Dr. Fabio Lenin Solano Bautista, para el apoyo en la elaboración, revisión y verificación de los estudios de mercado, acuerdos internacionales o TLC vigentes para Colombia y aplicables a la Universidad del Quindío, de los diferentes procesos contractuales que le sean asignados por la Dirección Jurídica.

## Observación No. 3 Cerrada- Cumplimiento y Efectividad Total.

Se ajustó la formulación de los riesgos operativos, en cuanto a las causas, acciones e indicadores.

Se deja constancia que las evidencias enviadas por correo electrónico de las actividades descritas anteriormente, fueron verificadas por el equipo auditor y reposan en el archivo de la oficina de Control interno.

## FORTALEZAS:

Es importante resaltar la Buena disposición de los funcionarios para atender los requerimientos del Equipo Auditor y oportuna gestión para para presentar los documentos y evidencias requeridas.

## CONCLUSIONES:

- ✓ De los resultados presentados en la Auditoría Interna se observa que las dependencias auditadas en su mayoría alcanzaron un 100% en las metas establecidas en los planes de mejoramiento.
- ✓ Se encontraron oportunidades de mejora en relación a la creación de procedimientos y formatos formalizados por el Sistema de Calidad, que permitan tener controles reales asociados tanto a los ingresos como a los egresos de la Granja Bengala.
- ✓ Así mismo, se encontraron oportunidades de mejora en relación a la publicación en el Sistema Integrado de Gestión del procedimiento A-GJ-02-P-09 denominado revisión contractual, por parte de la Dirección Jurídica.

## RECOMENDACIONES:

- ✓ Se recomienda tener en cuenta la Resolución de la Contraloría General de Quindío No 107 del 20 de abril de 2021, **"POR LA CUAL SE ESTABLECE LA NUEVA METODOLOGÍA PARA LA SUSCRIPCIÓN, PRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO ELABORADOS POR LOS REPRESENTANTES LEGALES DE LAS ENTIDADES SUJETOS DE CONTROL DE LA CONTRALORÍA GENERAL DEL QUINDÍO"** en relación con la razonabilidad de los plazos asignados para cumplir las diferentes acciones correctivas, se indica que, todas aquellas que involucran recursos humanos deberán ejecutarse en un plazo no mayor a seis (6) meses, contados a partir de la fecha de suscripción del respectivo Plan de Mejoramiento; aquellas que involucran directamente la inversión de recursos

financieros, pueden programarse para cumplir en un plazo de doce (12) meses, a partir de la suscripción del plan.

- ✓ Se recomienda trabajar conjuntamente con los funcionarios y colaboradores encargados de las actividades, para dar cumplimiento a las metas propuestas en el plan de mejoramiento de cada área.

Cordialmente,



**CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ QUINTERO**  
**Jefe Oficina de Control Interno**

Elaboró: María Heslith Restrepo F.



## OFICINA DE CONTROL INTERNO

---

Tel: (57) 6 735 9300 Ext 324  
Carrera 15 Calle 12 Norte  
Armenia, Quindío – Colombia  
[controlinterno@uniquindio.edu.co](mailto:controlinterno@uniquindio.edu.co)