



**RECTORÍA
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO, PLAN DE ACCION Y MAPA DE RIESGOS
DE GESTIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN GOBIERNO UNIVERSITARIO**

1. Presentación

La Oficina de Control Interno en cumplimiento del Plan de trabajo 2024 aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y en cumplimiento del rol de seguimiento conferido por la Ley 87 de 1993, en concordancia con el artículo 39 de la Ley 909 de 2004, con observancia de los lineamientos establecidos en la Circular 05 de 2005 de la Comisión Nacional del Servicio Civil C.N.S.C., en el Artículo 75 del Acuerdo 006 de 2006 y en la Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno, determina “Con fundamento en los informes de seguimiento realizados por las Oficinas de Planeación, *los Jefes de las Oficinas de Control Interno deberán verificar el cumplimiento de dicha información a través de las auditorias u otros mecanismos que validen los porcentajes de logro de cada compromiso*”.

Lo anterior, acorde con lo reglamentado en el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.4.7. *“Relación administrativa y estratégica del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces. (...) PARÁGRAFO 1º. Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como destinatario principal al representante legal de la entidad y al comité de coordinación de control interno y/o comité de auditoría y/o junta directiva, y deberán ser remitidos al nominador cuando éste lo requiera (...); al igual que el contenido el artículo 2.2.21.5.3 “De las oficinas de control interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control (...).”*

El presente documento registra los resultados de la verificación de las acciones formuladas para contrarrestar las causas de los hallazgos contenidos en el Plan de Acción y Mejoramiento del Proceso de Gestión de Gobierno Universitario; de igual manera, se hizo la valoración por parte de la Oficina de Control Interno a partir de las evidencias aportadas por la dependencia.

Los planes de acción, planes de mejoramiento y mapas de riesgo de gestión se constituyen como el instrumento de planeación, que permite ejecutar actividades para alcanzar los objetivos estratégicos contenidos en el Plan de Desarrollo Institucional (PDI), en este caso vigencia 2020-2024.

2. Evaluación componente planes de mejoramiento y verificación de evidencias por parte de la Oficina de Control Interno.

Para el ejercicio de verificación y valoración de las evidencias, el auditor asignado realizó la lectura de las acciones con sus correspondientes “meta-producto” y solicitó los soportes, teniendo en cuenta la contribución a los propósitos institucionales para subsanar la causa



de los hallazgos de auditorías. A continuación, se describe el resultado producto del seguimiento y evaluación, esto de acuerdo con la evidencia suministrada por la dependencia.

HALLAZGO	ESTADO	OBSERVACIÓN
AM 01 GGU 2023	Cerrado	Se ejecutaron las acciones planteadas en un 100%

Tabla 1 de estado de los hallazgos según seguimiento de plan de mejoramiento.

Resumen

CONCEPTO	FORMULADOS	CERRADO	PENDIENTE
Hallazgo	0	0	0
No Conformidad	0	0	0
Oportunidad de Mejora	1	1	0
TOTAL	1	1	0

Tabla 2 Resumen de estados de los hallazgos según seguimiento de plan de mejoramiento.

Respecto al AM 01 GGU donde la descripción del Aspecto por mejorar corresponde a: Aunque el proceso cuenta con una ficha de caracterización, según la estructura documental adoptada en el sistema de Gestión de la UPN, al revisar las salidas de cada uno de las etapas del ciclo PHVA, estas no están claramente identificadas con la actividad que las produce o genera, así, por ejemplo: Etapa Planear: Actividades; Actividad 1. Articular las acciones de los diversos ejes a los planes de acción anuales de la dependencia, Actividad 2. Diseñar las agendas y presentar la programación de las sesiones en los Consejos Superior y Académico. Actividad 3. Proponer las actividades de apoyo a la dirección, en el que hacer del Gobierno Universitario. Salidas:1. Acto administrativo respectivo, 2. Normatividad vigente, 3. Actos administrativos en relación con el presupuesto de la institución.

Al respecto, se sugiere analizar y mejorar la identificación de las salidas de cada uno de los ciclos (Planear – asociada a planes de acción, de mejoramiento, cronogramas, agendas (de designaciones y agendas de órganos colegiados, etc.). En la etapa del Hacer, se presenta similar situación, ya que las salidas no se encuentran armonizadas con las actividades allí consignadas, considerando que en esta etapa se debe guardar clara coherencia con los procedimientos del proceso que representan el Hacer, y que, para el caso del proceso Gobierno Universitario, corresponden a: Elecciones y designaciones; Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias...PQRSFD y al procedimiento Sesión del Consejo Superior y Sesión del Consejo Académico. Sin embargo, las salidas que se registran son las mismas que se identifican en la etapa del planear: - Acto administrativo respectivo, - Normatividad vigente, - Actos administrativos en relación con el presupuesto de la institución. Este aspecto por mejorar se comparte con la Oficina de Desarrollo y Planeación, proceso de Gestión de Calidad.



Para los anteriores controles el proceso suministró la base de datos en formato de Excel en donde se registraron 381 PQRSFD del primer semestre y 319 del segundo semestre, para un total de 700 en la vigencia como se puede observar en el informe final consolidado 2023 que publica y socializa la Secretaria general en el link <https://secretariageneral.upn.edu.co/wp-content/uploads/2024/02/INFORME-FINAL-CONSOLIDADO-2023.pdf>, las cuales fueron 682 PQRSFD recibidas y gestionadas por las dependencias asignadas dentro de los tiempos establecidos, sin embargo 6 PQRSFD quedaron sin respuesta, dentro de los tiempos oportunos de respuesta y 12 PQRSFD fuera de los tiempos; que corresponde al 1.7% , por lo anterior se concluye que el control es eficaz mas no efectivo por el incumplimiento en los tiempos, por lo cual se da un cumplimiento del 98.3%

4. Evaluación componente planes de acción y verificación de evidencias por parte de la Oficina de Control Interno.

El proceso del Proceso de Gestión de Gobierno Universitario tiene definidas dos (2) metas las cuales corresponden al componente específico Eje 4. Gestión académica administrativa y financiera y el subcomponente Programa 4.1 Innovación en la gestión académica administrativa y financiera con las metas de PDI ; Proyecto 4.1.1. Actualización orgánica y normativa, para la primera meta y Proyecto 4.1.2. Fortalecimiento del Sistema de Gestión Integral en donde se establecen el siguiente número de acciones y su respectivo avance:

NO	ACCIONES	METAS	AVANCE
1	2	1	100%
2	2	1	100%
Total	4	2	100%

Tabla 4 de Avances en las acciones según seguimiento de plan de acción..

Referente a la primera meta: Poner a disposición de la ciudadanía el 100% de la normatividad de interés general y realizar la notificación de los actos administrativos que así lo requieran, en donde se logro evidenciar que en cada una de ella se efectúa la presentación de autocontrol, con dos acciones las cuales son: 1. Publicar la normatividad de conocimiento general expedida en la vigencia 2023 y 2. Realizar la notificación de los actos administrativos de carácter particular y concreto expedidos en la vigencia 2023. por lo tanto, se otorga un cumplimiento al 100% de la acción propuesta.

El proceso de Gestion Universitario suministró dentro de los soportes de las acciones planteadas, copia de un archivo en Excel en donde se evidencia la siguiente documentación generada:



- 1376 resoluciones así:
 - o 284 I trimestre, 381 II trimestre, 276 III trimestre y 435 IV trimestre,
- 128 acuerdos del Consejo Académico así.
 - o 19 I trimestre, 47 II trimestre, 18 III trimestre y 44 IV trimestre.
- 134 acuerdos del Consejo Superior así:
 - o 2 I trimestre, 4 II trimestre, 12 III trimestre y 16 IV trimestre.

Adicionalmente, se verificó la notificación de 431 resoluciones por medio de correo electrónico con 18 I trimestre, 201 II trimestre y 82 III trimestre y 130 IV trimestre, también se observó 31 acuerdos del Consejo Académico con 4 I trimestre, 7 II trimestre y 5 III trimestre y 15 IV trimestre y por último 9 acuerdos del Consejo Superior con 2 II trimestre y 2 III trimestre y 5 IV trimestre. Por lo anterior, la oficina de Control interno corrobora la ejecución de la acción planteada en un 100% demostrando la eficiencia en el proceso.

Con respecto a la meta No 2 Coordinar y gestionar las convocatorias a elección y designación de los representantes ante los diferentes cuerpos colegiados, de acuerdo con las necesidades, y dando cumplimiento a la normatividad vigente. Esta meta también tiene definidas las siguientes dos (2) acciones: 1. Proyectar resoluciones y acuerdos de convocatoria a elección y designación de representantes, y elección y designación de directores y decanos, para firma del Rector o presidente del Consejo Superior de acuerdo con su competencia y 2. Coordinar los procesos de elección y designación dando cabal cumplimiento al calendario establecido para cada uno.

La Secretaria General dió cumplimiento a lo establecido en la normatividad realizando las siguientes actividades, que reporta junto con los soportes verificados por la Oficina de Control Interno de la siguiente forma:

En el primer Semestre: Se dio la elección de representante suplente de los empleados públicos de carreras ante la Comisión de Carrera Administrativa, elección de representantes de profesores ante los diferentes consejos, elección de representante de profesores catedráticos ante CIARP, consulta y designación de decanos de las Facultades de Educación y de Bellas Artes, elección de directores de todos los departamentos, y se proyectaron las resoluciones para la realización de 3 procesos de elección en este período, cubierto en su totalidad por el proceso de Gestión Universitario.

En el segundo semestre, el proceso reportó el acompañamiento y coordinación en las siguientes actividades: Elección de dos representantes suplentes ante el Copasst, elección de representante de profesores ocasionales ante el CIARP, elección de representantes de estudiantes ante los diferentes consejos y elección de director de Departamento de Biología; elección de representantes de egresados ante los diferentes consejos, II elección de representantes de profesores ante los diferentes consejos, elección de representante de profesores de planta ante el CIARP, e inicio del proceso de designación de Rector(a) periodo 2024-2028, dichas actividades fueron verificadas contra los soportes suministrados a la Oficina de Control Interno de forma satisfactoria.



Recomendaciones y conclusiones:

El avance general del cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento es del 100%, y se da por cerrado el único hallazgo que se presenta en el proceso, referente al plan de acción, las dos acciones planteadas con ejecutadas con un cumplimiento del 100% y las cuatro acciones trazadas como controles para mitigar los dos riesgos definidos por el proceso, son implementados y ejecutado en un 98.3%.

Dado lo anterior, se reconoce que la dependencia ha realizado buenas prácticas efectuando seguimiento a las acciones propuestas para que sean ejecutadas a cabalidad y que efectivamente contribuyen a alcanzar las metas planteadas, desde la alta dirección.

Se sugiere continuar con un permanente seguimiento al mapa de riesgos, dentro del ejercicio de autocontrol, como primera línea de defensa y conocimiento, así como un análisis exhaustivo de los factores internos y externos como la fuente principal de riesgos y oportunidades.

Durante esta actividad la dependencia, aportó los soportes requeridos y los colocó a disposición en el tiempo y medio solicitado, así mismo, se observó la colaboración y buena disposición por parte del funcionario asignado por el líder del proceso para atender este seguimiento.

Adicional es de resaltar al proceso toda vez que han realizado la retroalimentación en el aplicativo de Isolucion, lo cual es un gran aporte tanto para los seguimientos efectuados por la Oficina de Control Interno, como para las decisiones de la Alta Gerencia

Firma:



YESID HERNANDO MARÍN CORBA
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Jenny Vélez

Fecha: 6/8/2024