



**RECTORÍA**  
**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
**SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN Y CONTROL POR DEPENDENCIAS AÑO 2022**  
**Subdirección de Asesorías y Extensión**

## Presentación

El presente documento registra los resultados del ejercicio de autoevaluación y reporte del nivel de cumplimiento del Plan de Acción y Mejoramiento de la Subdirección de Asesorías y Extensión, vigencia 2022; así como la valoración realizada por la Oficina de Control Interno a partir de las evidencias aportadas por la dependencia.

Este ejercicio se desarrolló por parte de la OCI en cumplimiento del Plan de trabajo 2023 aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y en cumplimiento del rol de seguimiento, afín a lo establecido en la Ley 87 de 1993 (artículo 2º letra d) y el Decreto 648 de 2017 (artículo 2.2.21.5.3).

El informe se organiza en dos apartados, presentando en el primero una tabla que resume la información del reporte por componentes del Plan de Acción y Mejoramiento, correspondientes a: 1) Acciones que aportan o dan cumplimiento a las metas del Plan de Desarrollo Institucional, PDI 2020-2024; 2) Acciones de mejoramiento derivadas de auditorías internas (Auditorías de Control Interno, Auditorías del sistema de Gestión – Calidad ISO 9001-2015, Auditorías externas, Acreditación Institucional). 3) Otros elementos de gestión (Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano y otras iniciativas).

En el segundo, se presenta la valoración cualitativa realizada por la Oficina de Control Interno, en cumplimiento de la evaluación a la gestión y control por dependencias, acción que se realiza anualmente, con el fin de verificar la confiabilidad de los reportes y la coherencia con respecto al cumplimiento de las acciones y metas incluidas en el Plan de Acción y Mejoramiento Institucional anual.

La valoración cualitativa realizada busca, a partir de una muestra significativa, asegurar el nivel de confiabilidad de los reportes de “autoevaluación” y emitir algunas recomendaciones generales tendientes a cualificar la planeación y diseño de los planes de acción y mejoramiento anuales.

En este orden de ideas, se usaron tres criterios de verificación que permitieron realizar una valoración general a partir de las cuales se expresa el concepto de la Oficina de Control Interno:

- i. La evidencia aportada por la dependencia confirma plenamente el nivel de avance o cumplimiento reportado de la(s) acción (es), las cuales contribuyen o dan cumplimiento a la meta.



- ii. La evidencia aportada confirma los avances y/o el cumplimiento de la acción o las acciones evaluadas, pero no el cumplimiento de la meta.
- iii. La evidencia aportada no es coherente con lo reportado y no da cuenta del cumplimiento de las acciones que permite el cumplimiento de la meta-producto.

## 1. Autoevaluación Plan de Acción y Mejoramiento 2022, Subdirección de Asesorías y Extensión

**Tabla 1.** Autoevaluación Subdirección de Asesorías y Extensión - Nivel de cumplimiento Plan de Acción y Mejoramiento, por componente

Componente	Cantidad Acciones	de Metas o productos	Nivel de cumplimiento (promedio) componente	de por
Plan de Desarrollo Institucional 2020-2024	20	56	95%	
Planes de Mejoramiento	11	66	100%	
Otros elementos de gestión	9	6	50%	
<b>Nivel de logro global, reportado</b>	<b>40</b>	<b>128</b>	<b>88,59%</b>	

Fuente: Reporte Plan de Acción y Mejoramiento Institucional, 2022 – Formato FOR-PES-006 – Subdirección de Asesorías y Extensión.

Según el reporte realizado por la Subdirección de Asesorías y Extensión, se programaron 20 acciones en la vigencia 2022, para dar cumplimiento al PDI 2020-2024, con un promedio de avance de 95%. Asimismo, se incluyeron 11 acciones con 66 meta-productos asociados a planes de mejoramiento de autoevaluación institucional, calidad y control interno.

Según la autoevaluación de la dependencia, el nivel de cumplimiento del plan de acción y mejoramiento 2022 fue del 88,59%.

## 2. Verificación de evidencias por parte de la Oficina de Control Interno

Para el ejercicio de verificación y valoración de las evidencias, se determinó una muestra estadística, según la fórmula establecida en el formato *FOR-GDC – 032 – Cálculo de la muestra*, disponible en el sistema de Gestión Integral. Además, 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 o a la subsanación de hallazgos de auditorías. A continuación, se describe la cantidad de acciones y metas verificadas de acuerdo con la evidencia suministrada por la dependencia, según la muestra requerida.



**Tabla 2. Verificación de evidencias (Según la muestra)**

Componente	Cantidad Acciones	de Metas o productos
Plan de Desarrollo Institucional 2020-2024	6	22
Planes de Mejoramiento	6	60
Otros elementos de gestión	1	1
<b>Total evidencias verificadas</b>	<b>13</b>	<b>83</b>

Fuente: Elaboración Oficina de Control Interno

### **2.1 Verificación componente Plan de Desarrollo Institucional**

Las evidencias aportadas por la dependencia confirman plenamente el nivel de avance o cumplimiento reportado de la(s) acción (es), las cuales contribuyen o dan cumplimiento a la meta. Al respecto, cabe destacar el compromiso misional de extensión que está, en gran medida, a cargo de la Subdirección de Asesorías y Extensión, con el liderazgo de la Vicerrectoría de Gestión Universitaria, dando cumplimiento a las apuestas de esta misión, además de gestionar recursos propios a través de la suscripción y desarrollo de los proyectos de asesoría y extensión, constituidos mediante la figura SAR.

### **2.2 Verificación componente planes de mejoramiento**

Las evidencias aportadas por la dependencia confirman plenamente el nivel de avance o cumplimiento reportado de la(s) acción (es), las cuales contribuyen o dan cumplimiento a la meta. Con respecto a las acciones derivadas de planes de mejoramiento, se destaca el esfuerzo por incluir aquellas que aportan al Plan de Mejoramiento Institucional, derivado de la autoevaluación para la acreditación de alta calidad. Además, se encontraron acciones para dar cumplimiento a hallazgos y aspectos por mejorar asociados al sistema de gestión de calidad y de Control Interno, sobre los cuales, posteriormente se realizarán los cierres específicos conforme al procedimiento puntual para estos casos.

### **2.3 Verificación componente Otros elementos de la gestión – Plan anticorrupción**

Las evidencias aportadas por la dependencia confirman plenamente el nivel de avance o cumplimiento reportado de la(s) acción (es), las cuales contribuyen o dan cumplimiento a la meta que fue verificada. No obstante, conforme a la misma autoevaluación de la SAE, de las cuatro (4) metas propuestas, dos (2) fueron reportadas en el 0% de avance, correspondientes a la actualización del normograma y a la actualización del mapa de riesgos del proceso.



### 3. Conclusión

La dependencia presentó una autoevaluación acorde con lo efectivamente alcanzado y las evidencias correspondientes, logrando una adecuada rigurosidad en la valoración de su gestión.

Se recomienda atender aquellas acciones que no fueron cumplidas en el menor plazo posible, en especial la actualización del normograma y del mapa de riesgos del proceso, dado que constituyen dos elementos importantes del servicio público.

Así mismo, aunque no estuvo registrado en este seguimiento, por evaluaciones y seguimientos adicionales a la gestión institucional, se recomienda avanzar en la gestión documental dada la situación que se ha identificado desde el informe de diagnóstico realizado por la Subdirección de Servicios Generales – Archivo y correspondencia.

Firma:

**YANETH ROMERO COCA**

Jefe Oficina de Control Interno

Auditor asignado: Yaneth Romero Coca

Fecha: 23-03-2023