



**RECTORÍA
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN Y MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN – PROCESO
GESTIÓN DE CALIDAD**

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 auditorías 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 (...).”*

Los planes de acción 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 Mapa de Riesgos de Gestión.

RIESGOS	CONTROLES
GDC-3	3
GDC-4	3
GDC-5	1
GDC-6	2

Tabla 1 Riesgos definidos por el proceso



Se procedió a realizar el seguimiento del Mapa de Riesgos de Gestión que tiene el Proceso Gestión de Calidad: respecto al riesgo GDC-3 *“Posibilidad de pérdida Reputacional por pérdida de la certificación de calidad debido a gestión deficiente en la formulación, seguimiento y evaluación de la efectividad de las acciones de mejora continua propias del Sistema de Gestión Integral”* fueron definidos por el proceso tres controles preventivos, revisada la evidencia aportada por el proceso mediante correo electrónico en el que se compartió una carpeta, se encontró la trazabilidad de las tareas realizadas para evitar la materialización del riesgo en dos de los tres controles definidos. En lo concerniente al riesgo GDC-4 *“Posibilidad de pérdida Reputacional por asesoría y acompañamiento deficiente a los procesos debido a la falta de competencia de los funcionarios de Gestión de calidad”* fueron definidos tres controles preventivos; revisada la evidencia aportada por el proceso mediante correo electrónico en el que se compartió una carpeta, se encontró la trazabilidad de las tareas realizadas para evitar la materialización del riesgo durante el lapso objeto del presente seguimiento y en el listado aportado fue evidenciada la relación de las asesorías realizadas sobre múltiples aspectos a los diferentes procesos por parte de las funcionarias adscritas al Proceso GDC. En lo atinente al riesgo GDC-5 *“Posibilidad de pérdida Reputacional por la generación de Informes de auditoría de calidad sesgados e inapropiados debido a la mala aplicación del procedimiento que favorezca intereses particulares o de terceros”* se encontró definido un control de tipo preventivo y en la carpeta compartida se halló la evidencia de la ejecución de las tareas llevadas a cabo para evitar la materialización del riesgo, a través de las capacitaciones, socializaciones y actualización de la base de datos de los auditores. En lo que atañe al riesgo GDC-6 *“Posibilidad de pérdida Reputacional por el uso indebido del Sistema de información del SGI debido a la mala parametrización e implementación del Software”* fueron definidos dos controles de tipo correctivo. Al verificar la evidencia aportada se encontró que con la contratación de una profesional para el SGI y la relación de los casos inherentes a la parametrización se efectuaron los controles descritos. En síntesis, no se halló evidencia de la materialización de los riesgos y se encontró que el proceso ha realizado las actividades tendientes a la administración de estos.

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

El proceso Gestión de Calidad tiene definida una (1) meta la cual corresponde al Eje 4. Gestión académica administrativa y financiera y el subcomponente Programa 4.1 Innovación en la gestión académica administrativa y financiera, así:

No	ACCIONES	METAS	AVANCE
1	1	2	100%
Total	1	2	100%

Tabla 2 de Avances en las acciones según seguimiento de plan de acción.

Frente a las metas: Generar reportes dinámicos con la información del módulo de programación, seguimiento y control de oferta interna y externa de capacitación y actualización de conocimientos del personal administrativo y docente de la UPN se encontró que, en efecto se logró articular con la Subdirección de Personal el diseño y desarrollo de



una sección denominada la "Escuela Institucional" en el site del Portal de Análisis, por medio de la cual se reportó la agenda de la oferta interna y externa de capacitación y actualización del personal administrativo y docente de la UPN y que actualmente ese espacio se está integrando al aula virtual del CINNET, por lo cual se da por cumplida la acción planteada en un 100%.

4. Recomendaciones y conclusiones:

A partir de la evidencia aportada se puede concluir que el avance general del cumplimiento de las actividades definidas en el Plan de acción alcanza el 100% y las acciones planteadas como controles para mitigar los riesgos fueron ejecutadas en un 90%.

Dado lo anterior, se reconoce que el Proceso Gestión de Calidad 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.

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 detección de riesgos y oportunidades.

Durante esta actividad el proceso aportó los soportes requeridos y los colocó a disposición en la debida oportunidad con criterios de organización y transparencia; así mismo, se observó la irrestricta colaboración y buena disposición por parte de los funcionarios asignados por la líder del proceso para atender este seguimiento e igualmente se pudo verificar que en el aplicativo Isolucion está la información concerniente a los riesgos y en las carpetas compartidas a través del correo electrónico y el Drive, las evidencias que soportan el presente informe de seguimiento.

Firma:

YESID HERNANDO MARÍN CORBA

Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Héctor Leonardo González García

Fecha: 08-08-2024