



RECTORÍA
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO Y MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN
GESTIÓN DOCENTE UNIVERSITARIA

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 (...)”*.

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 Docente Universitaria; 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 o a la subsanación de 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
H01-2021	Cerrado	Las evidencias aportadas son coherentes y dan cumplimiento a las acciones establecidas.
OM-01-GDU-2024	Abierto	Se encuentra en ejecución dentro de los tiempos establecidos.
OM-02-GDU-2024	Abierto	Se encuentra en ejecución dentro de los tiempos establecidos.
OM-03-GDU-2024	Cerrado	Las evidencias aportadas son coherentes y dan cumplimiento a las acciones establecidas.
OM-04-GDU-2024	Abierto	Se encuentra en ejecución dentro de los tiempos establecidos.

Resumen

CONCEPTO	FORMULADOS	CERRADO	PENDIENTE
Hallazgo	1	1	0
Oportunidad de Mejora	4	1	3
TOTAL	5	2	3

El proceso de Gestión Docente Universitario como resultado del presente seguimiento mantiene abiertas tres (3) Oportunidades de mejora producto de la auditoría realizada a inicios de la vigencia 2024, las mismas se encuentran dentro de los tiempos establecidos para la ejecución de las acciones.

Se procede a dar cierre al Hallazgo 01-2021 y la OM-03-GDU-2024 toda vez que las evidencias aportadas y la gestión realizada permitió dar cumplimiento a las acciones establecidas con relación a la actualización del normograma y la ficha de caracterización del proceso, es importante que se establezcan controles al interior del proceso a fin de mantener actualizados los documentos en el Sistema de Gestión Integral.

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

El Proceso Gestión Docente 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, cuyas metas están relacionadas con la actualización y publicación de los procedimientos de asignación y reconocimiento de puntaje y registro de carga académica y remuneración docente de cátedra ocasional.



EJE PDI	N° METAS O PRODUCTOS	% CUMPLIMIENTO
Eje 4. Gestión académica administrativa y financiera	1	85%
Eje 4. Gestión académica administrativa y financiera	1	70%

Fuente: Reporte Proceso Gestión Docente Universitario - Plan de Acción y Mejoramiento Institucional 2022, Formato FORPES-006.

El Proceso de Gestión Docente Universitario en su ejercicio de autoevaluación remitió a la Oficina de Control Interno las evidencias que soportaron su reporte a la ODP en la vigencia 2023 con relación al avance en el seguimiento del Plan de Acción, las mismas son revisadas y son acordes a la información suministrada; no ha sido posible dar cumplimiento al avance del 100% toda vez que este va sujeto a los procedimientos PRO-001-GDU y PRO-006-GDU actualizados, aprobados y publicados.

4. Verificación Mapa de Riesgos de Gestión.

RIESGOS	CONTROLES
GDU-1	5

El proceso Gestión Docente Universitario cuenta con un solo riesgo dentro de su mapa de riesgos y cinco (5) controles establecidos relacionado a continuación:

Riesgo: Posibilidad de afectación económica y reputacional por pagos inadecuados a los docentes de la Universidad, debido a la asignación equivocada de puntaje por interpretación errónea de la normatividad vigente

Control establecido:

1. El coordinador del equipo CIARP valida la información presentada por los docentes, que cumpla con el protocolo y cronograma para la radicación de solicitudes mediante herramientas virtuales.
2. El responsable del Equipo de trabajo CIARP, verifica que las productividades cumplan con los criterios de validación establecidos en la lista de chequeo, para continuar con el proceso de evaluación
3. El responsable del Equipo de trabajo CIARP, elabora estudios de asignación de puntaje, cumpliendo con la normatividad vigente.
4. El coordinador del Equipo CIARP, revisa los estudios presentados por el responsable de cada uno de los procedimientos y agenda sesión para aprobación de puntos por parte del comité CIARP.



5. El comité CIARP, revisa y aprueba los estudios presentados por el Equipo CIARP.

Evaluación:

De acuerdo a las evidencias aportadas se evidencia que las mismas son acordes a los controles establecidos por el proceso para el riesgo identificado, adicional guardan relación con las funciones del proceso.

Se evidencia un seguimiento efectivo realizado, lo anterior de acuerdo a lo reportado en el aplicativo Isolucion, se resalta la eficiencia en la labor de reportar sus avances en los controles en el Sistema de Gestión Integral.

Se invita al proceso a continuar con la aplicación de los controles establecidos y a realizar un análisis interno si de acuerdo a su quehacer este riesgo de gestión identificado es suficiente o si se debe incluir un nuevo riesgo de gestión que complemente las labores de mitigaciones del riesgo relacionados con aspectos de fraude bien sea interno o externo, fallas tecnológicas, u otros aspectos a considerar tomando como base la guía de administración de riesgos y diseño de controles en entidades públicas V6 del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP

Recomendaciones y conclusiones:

Se insta al Proceso de Gestión Docente Universitario a continuar con su compromiso institucional relacionados con el Plan de Desarrollo Institucional, participando activamente en las actualizaciones a que haya lugar desde su quehacer y en la efectiva aplicación de los controles y seguimientos realizados en pro de la mejora continua.

Con relación a las actividades inherentes al proceso que dependen de otras dependencias se invita a realizar el seguimiento respectivo a las mismas a fin lograr el cumplimiento de las metas establecidas.

Firma:

YESID HERNANDO MARÍN CORBA
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Diana C. Sánchez / Profesional OCI
Fecha: 23 -07-2024