

Control Interno

Distribuido a:

Luis Fernando Gaviria Trujillo - Rectoría.

Copias

Francisco Antonio Uribe Gómez, Jefe de Planeación
Fernando Noreña Jaramillo, Vicerrector
Administrativo y
Financiero
Liliana Ardila Gómez, Secretaria General

Emitido por:

_ Sandra Yamile Calvo Cataño - Jefe de Control
Interno.

Elaborado por:

_ Sandra Yamile Calvo Cataño - Jefe de Control
Interno.
_ Enio Aguirre Torres - Profesional Control Interno.

Unidad Auditada:

Sistema de Control Interno

Áreas Responsable:

Comité Institucional de Control
Interno

INFORME

Segundo cuatrimestre 2019

Informe No. AI-1115-23-2019

Fecha del informe:

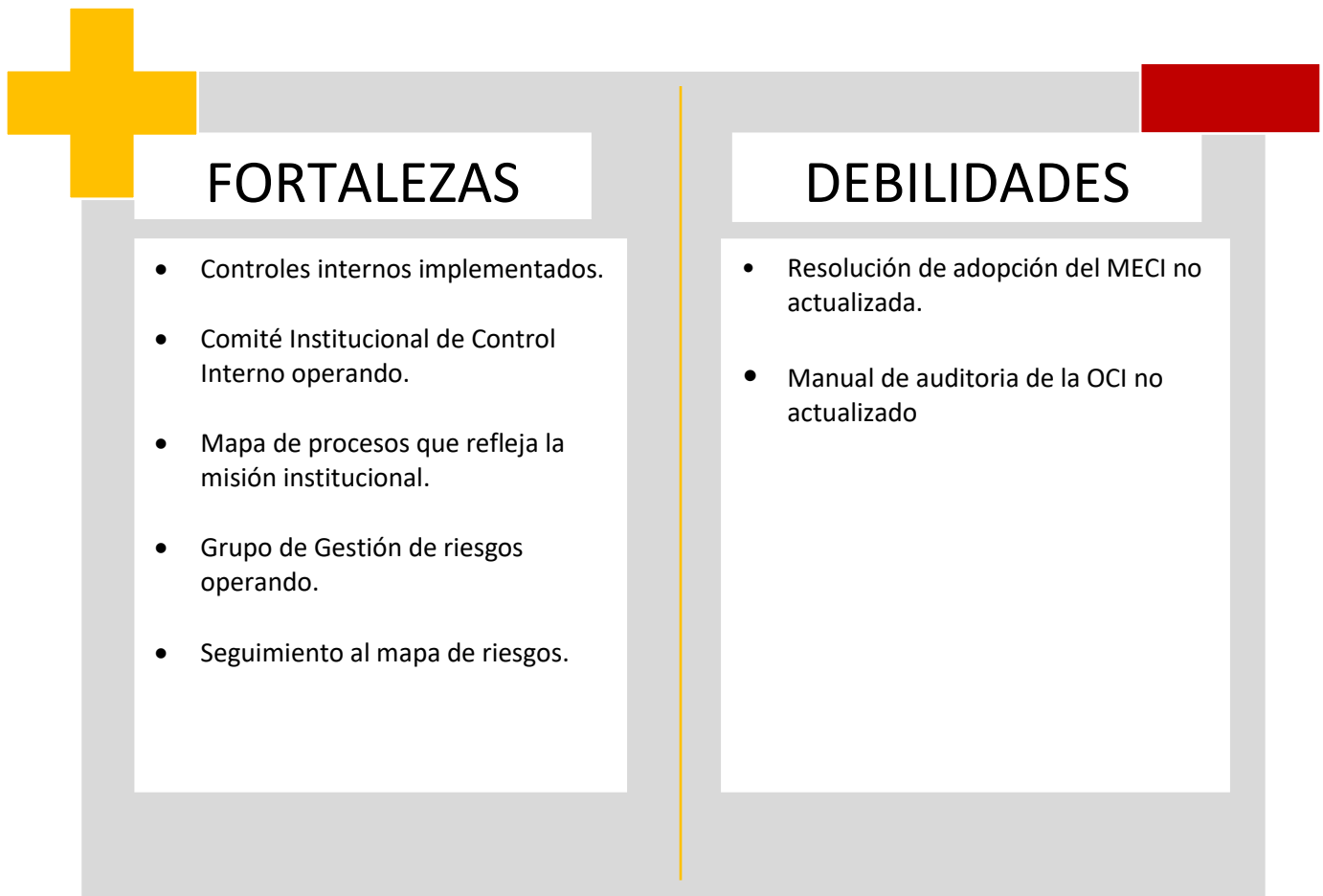
Noviembre de 2019

Contenido del informe

1. Resumen ejecutivo
2. Objetivo y Alcance
3. Riesgos y controles evaluados
4. Criterios Analizados
5. Resultados de auditoria
6. Recomendaciones
7. Plan de Mejora

1. Resumen ejecutivo

Acorde con la aplicación de la encuesta de autodiagnóstico del Departamento Administrativo de la Función Pública para la dimensión de Control Interno, se pueden concluir las siguientes fortalezas y debilidades:



Original Firmado

Sandra Yamile Calvo Cataño
Jefe Oficina de Control Interno

2. Objetivo y Alcance

OBJETIVO

- Informar sobre el estado de Control Interno en la Universidad Tecnológica de Pereira.

ALCANCE

- El presente informe corresponde al periodo comprendido entre el 01 de abril al 31 de agosto del año 2019.

3. Riesgos y controles

Los riesgos y controles que se miden a través de la evaluación al estado de Control Interno son los siguientes:

Tabla 1. de Riesgos y controles

Riesgos Controles	No actualización del MECI	Aplicabilidad de normas	Administración de riesgos no establecida
Comité Institucional de Control Interno	X	X	X
Oficina de Control Interno	X		X
Grupo de Gestión de Riesgos			X
Resolución 1570 de 2014 Por el cual se actualiza el modelo estándar de control interno	X	X	

Fuente: Análisis Control Interno 2018

La matriz anterior muestra la relación entre los riesgos y controles evaluados por Control Interno en el ejercicio de la Auditoría.

4. Criterios analizados y Metodología

Los criterios empleados en la auditoria se detallan a continuación:

1. Dimensión de Control Interno Decreto 1499 de 2017 – Manual operativo del sistema de gestión MIPG.
2. Decreto 648 de 19 de abril de 2017. “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública”

METODOLOGÍA.

La metodología empleada se basó en el análisis de la información registrada en el cuestionario de autodiagnóstico de la dimensión de Control Interno, que puso a disposición el Departamento Administrativo de la Función Pública, en el formulario FURAG.

5. Resultados de auditoría

A continuación, se presentan de forma detallada los resultados del trabajo de evaluación. Cada uno hace referencia a los riesgos y controles evaluados. Cada observación está asociada a un nivel de prioridad de solución (criticidad) cuyo significado es el siguiente:

Tabla 2. Prioridad de las observaciones según el riesgo.

Prioridad	Descripción
Alta	El hallazgo implica que las debilidades evidenciadas requieren intervenciones o ajustes significativos y deben ser atendidas en el corto plazo
Media	El hallazgo implica que las debilidades evidenciadas requieren intervenciones o ajustes en el mediano plazo.
Baja	El hallazgo implica que las debilidades evidenciadas, requieren intervenciones o ajustes menores.

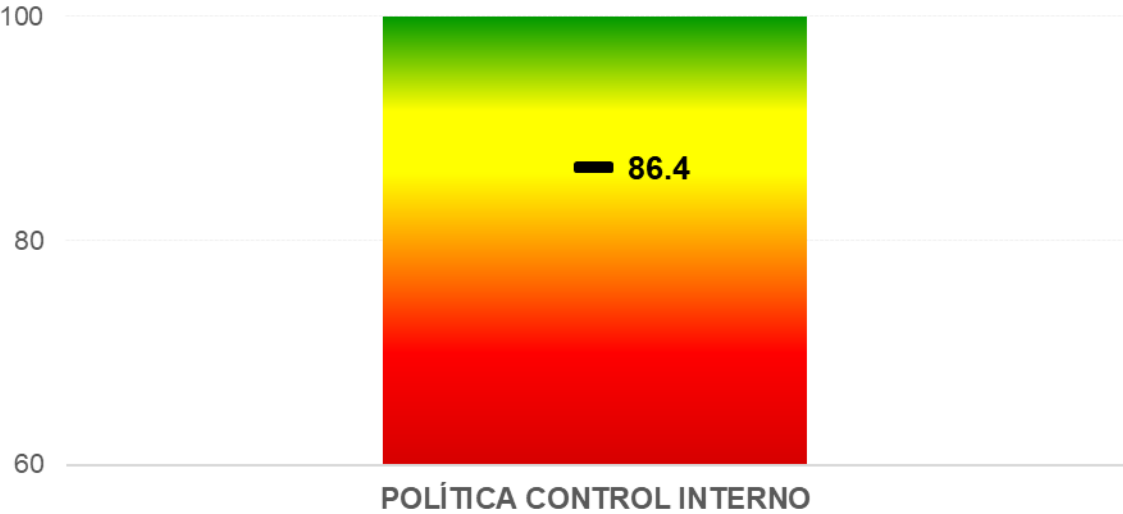
Fuente: Análisis Control Interno

1. ESTADO ACTUAL

Para la medición del estado de implementación del sistema de Control Interno en la Universidad se tomó como instrumento el autodiagnóstico de gestión - política de Control Interno, publicado por el DAFP en el modelo integrado de planeación y gestión MIPG y la información reportada en el Formulario Único de Reporte de Avance a la Gestión “FURAG” adoptado por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

La calificación arrojada luego de aplicar la encuesta de autodiagnóstico es de 86.4, que corresponde a la implementación del MECI bajo el esquema de MIPG, pero se pueden implementar mejoras en sus componentes que permitan fortalecer el sistema.

Grafica. 1 Grado de implementación Política de Control Interno



Fuente: Instrumento diseñado por Departamento Administrativo de la Función Pública.

Para el cuatrimestre, se destaca el cumplimiento de los requisitos en cada uno de sus componentes, a saber:

1.1 Ambiente de control

La Universidad ha asegurado un ambiente de control que permite disponer de condiciones para la aplicación del Control Interno, esto se evidencia en el compromiso y liderazgo que desde los órganos de Gobierno se ha venido dando en temas relacionados con la ética y valores, en especial con:

- El Comité Institucional de Control Interno opera de acuerdo a la Resolución de Rectoría No.7011 de 05 de septiembre de 2018, “Por la cual se conforma el Comité Institucional de Control Interno de la Universidad Tecnológica de Pereira y se adopta su respectivo reglamento”. Durante el primer y segundo cuatrimestre del 2019 se han realizado 8 reuniones del Comité Institucional de Control Interno, en las cuales se han revisado temas como: Avance de Plan de Mejoramiento, Observaciones auditoría Financiera CGR sobre la vigencia 2018, Avance PACTO, Formulación y Avance Plan de Mejoramiento CGR 2019, Aprobación y Seguimiento a Mapa de Riesgos Institucional 2019 y Aprobación del Manual de Auditoría de la Oficina de Control Interno.
- Socialización de del Código de Integridad y la carta de trato digno al ciudadano (Acuerdo No. 08 de 2018 del Consejo Superior), en el cual participaron los órganos de gobierno y la comunidad universitaria. <https://www.utp.edu.co/institucional/codigo-de-etica-y-buen-gobierno.html>. Se encuentra en estructuración el documento de Código de Buen Gobierno.
- Mediante Acuerdo del Consejo Superior de 13/2019 la Universidad adopto el Plan de bienestar social.
- En el Plan de Desarrollo Institucional se estableció en el Objetivo Desarrollo Institucional el Componente Desarrollo Humano y Organizacional, el cual a 30/06/2019 tiene un avance de reporte de: 32.30, el cual se compone de: Proyecto Gestión Humano (32.27) y Gestion organizacional y de procesos (56.55).
- El cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional a junio de 2019, presenta un cumplimiento satisfactorio en sus tres niveles de gestión (Objetivos - Componentes y Proyectos), así mismo se evidencia una coherencia entre los avances de las metas, cronograma y presupuesto del plan reflejado en: 97.30% de efectividad, 98.55% de eficacia y 92.29% de eficiencia.
- La política de gestión de riesgos tiene establecido las responsabilidades frente a los riesgos que se identifican en la Institución.
- El sistema de gestión integral establece un modelo de procesos, a través de un mapa que integra y muestra las relaciones entre los 10 procesos institucionales definidos.
- Los responsables de los objetivos institucionales, proveen información sobre el resultado de la gestión con base en los indicadores de cumplimiento del PDI.

1.2. Gestión de riesgos

- La política de administración de riesgo fue adoptada mediante Resolución de Rectoría 2392 de 2017, en la cual se estableció el nivel de aceptación de riesgos de acuerdo a la vulnerabilidad que resulta luego de la valoración.
- Mediante la resolución 2392 de 2017 se conformó un Grupo de Gestión de Riesgos, el cual ha operado periódicamente.
- Se continúa con el proyecto para la puesta en funcionamiento de un aplicativo para la gestión de riesgos.
- Se han identificado los riesgos incluyendo los de corrupción en: Procesos, PDI, Facultades, organismos certificadores. El proceso de gestión de riesgos contempló el análisis de acuerdo a la probabilidad e impacto y la valoración a través de la evaluación de controles; lo que permitió establecer el mapa de riesgos institucional, el cual fue aprobado por el Comité Institucional de Control Interno (ver Acta No. 03 del 04 de marzo de 2019), este se encuentra publicado en la página Web de la Universidad en el link <https://www.utp.edu.co/meci/plan-de-manejo-de-riesgos.html>
- Se llevó a cabo el primer seguimiento al mapa de riesgos por procesos y el institucional.

1.3. Actividades de control

- La Universidad cuenta con Plan de Desarrollo Institucional PDI, Proyecto Educativo Institucional PEI, Presupuesto anual de ingresos y gastos (inversión y funcionamiento), Plan anual de Compras y Plan de atención al ciudadano y transparencia organizacional – PACTO.
- Se tienen documentados los procedimientos requeridos por el SGC, se tiene manual de calidad, directrices de SGSI, y otras políticas adoptadas mediante actos administrativos y que regulan el actuar de la Universidad frente a su misión.
- Mediante resolución 3905 de 2016 se definieron los indicadores que se presentaron en la rendición de la cuenta de la vigencia 2018, como respuesta a la información solicitada por la Contraloría General de la República.
- La socialización de las políticas, Acuerdos y las Resoluciones de interés general se hace a través de memorando que se dirige a las directivas académicas y administrativas, publicación en campus informa para toda la comunidad Universitaria, página web de la Universidad y publicación en el diario oficial en los casos que se requiere este requisito.
- Se cuenta con el mapa de procesos que involucra a toda la institución donde se reflejan los misionales de Docencia, Investigación e Innovación, y Extensión y proyección social, además se involucró el proceso Egresados. Estos cuentan con la documentación de los procedimientos y están publicados en la página Web.

- La Universidad cuenta con Sistema de PQRS y de denuncias por corrupción el cual opera adecuadamente. Así mismo, se reglamentó el ejercicio del derecho de petición en la Universidad (Resolución 5551/2017).
- El sistema integral de gestión tiene establecido un procedimiento para toma de acciones SGC PRO 006 V14 relacionados con las acciones de mejora (preventivas y correctivas) las cuales requieren análisis de causas para establecer las mejoras.
- A través del formato "seguimiento de riesgos", se realizan procesos de autoevaluación, a los controles asociados a los riesgos.
- Se viene adelantando la implementación de un sistema de gestión de seguridad de la información.

1.4. Información y Comunicación

- Se tienen directrices sobre seguridad de la información (Manual General De Directrices del Sistema De Gestión De Seguridad De La Información V5 de Fecha: 13/05/2019)
- Se documentaron y se han actualizado los activos de información, donde se incluye el índice de información clasificada y reservada. Se articulan los activos de información con las tablas de retención en reuniones realizadas con el área de gestión de documentos.
- Se realiza la socialización de la directriz de protección de datos personales. El porcentaje de avance en el cronograma de actividades de implementación de las directrices de seguridad de la información, activos de información y la Universidad realizó registro de base de datos en el RNBD de la Superintendencia de Industria y Comercio.
- La Universidad dispone con aplicativos propios y adquiridos, lo que permite que los procesos se desarrollen más eficientemente y se automaticen los trámites.
- Se tienen los instrumentos archivísticos PGD, TRD y CCD, los cuales están en proceso de mejora de acuerdo a indicaciones del Archivo General de la Nación.
- Se tiene reglamento para la audiencia pública de rendición de cuentas a la ciudadanía. (Resolución de rectoría 1791/2019, la cual reglamenta el desarrollo de la audiencia pública de rendición de cuentas a la ciudadanía)
- En cuanto a comunicación se tienen las herramientas y estrategias necesarias para que la comunidad y ciudadanía general puedan ejercer su derecho al acceso a la información y se propicie la transparencia, en este caso se puede citar: página web de la institución, el ejercicio permanente de rendición de cuentas, la Audiencia pública de rendición de cuentas a la ciudadanía, los enlaces "UTP rinde cuentas" y "Transparencia y Acceso a la Información Pública".
- En el PDI se tiene como uno de los proyectos: la rendición de cuentas permanentes.
- Se tiene el sistema PQRS <https://www.utp.edu.co/quejasyreclamos/>

1.5. Actividades de monitoreo y supervisión

- Durante el año 2019 se ha trabajado en procesos de autoevaluación de programas de pregrado y de posgrado, se ha avanzado en el proceso de acreditación internacional de programas, con la acreditación de 7 programas académicos de pregrado y posgrado por parte de la EUR-ACE.
- Se realizó el proceso de auditoría interna del sistema de gestión de calidad bajo la norma ISO 9001:2015.
- Se tiene un programa de auditoría 2019 basada en riesgos y aprobada en Comité Institucional de Control Interno No. 3 de marzo de 2019, el cual contempla auditorías definidas y solicitadas, informes de seguimiento y verificación, así como aquellos requeridos por ley.
- La Universidad cuenta con un plan de mejoramiento producto de la acreditación institucional y un plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República, sobre la vigencia 2017, el cual fue aprobado en el Comité Institucional de Control Interno; a este último se le realizó el seguimiento trimestral por parte de la Alta Dirección, con corte a 30 de junio de 2019, el cual arrojó un avance del 24.73%.

General

- Revisar los componentes a implementar del modelo MIPG que sean aplicables a la Universidad de acuerdo a las normas vigentes.

Ambiente de control

- Socializar el programa de bienestar y de incentivos.
- Consolidar la estructura organizacional, definiendo claramente los niveles de responsabilidad y autoridad, así como la segregación de funciones entre las diferentes unidades o dependencias que conforman la estructura.
- Avanzar en la consolidación de una evaluación de desempeño para los cargos administrativos.
- Establecer instrumentos que permitan ver el impacto de las acciones y controles implementados en el ambiente de control.

Gestión de riesgos

- Establecer estrategias para que los supervisores identifiquen, alerten y comuniquen los riesgos que puedan tener inmersos los procesos de contratación.
- Establecer procesos que permitan el monitoreo de fraude.

Actividades de control

- Revisión de las caracterizaciones de los procesos y sus procedimientos, con el fin de que estos sean ajustados acordes a los reglamentos y normas que rigen a la Universidad.
- Actualizar las políticas de operación que se requieran para el funcionamiento de los procesos de la Universidad.
- Continuar con el proyecto de implementación del Sistema de gestión de seguridad del sistema de información.

Información y comunicación

- Establecer políticas apropiadas para el reporte de información fuera de la entidad, a través de una caracterización de los usuarios externos y las partes interesadas.
- Continuar consolidando el proceso de comunicaciones bajo los ejes de comunicación organizacional, informativa, corporativa y movilizadora.
- Continuar con el proyecto de sistematización de los derechos de petición.
- Hacer monitoreo constante al cumplimiento de la Ley 1712/2014 y su decreto reglamentario., que permita su mejora en la aplicación y los ajustes requeridos.
- Dar cumplimiento a la publicación en el portal de datos abiertos de los activos de información.
- Continuar con el ajuste y actualización del sistema de gestión documental (físico y digital) de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto 2609 de 2012 y el capítulo IV del Decreto 103/2015 y normas del Archivo General de la Nación.

Esperamos que las observaciones sean tenidas en cuenta para el planteamiento de las acciones de mejora a que haya lugar y en consecuencia con el presente Informe de evaluación, se mejore el estado de implementación de Control Interno en la Universidad, se den las acciones de mejoramiento necesarias, que conlleve al fortalecimiento de la cultura del autocontrol y la prevención.

7. Plan de Mejora

De acuerdo a las observaciones establecidas en el presente informe por la Oficina de Control Interno, recomendamos que se implementen las acciones de mejoramiento a que haya lugar.

El plan de mejoramiento deberá ser presentado por el auditado en el formato Plan de Mejoramiento (1115-F03-01) quince (15) días hábiles después de la entrega del informe de auditoría y en él se deberá acordar los seguimientos acerca de las acciones implementadas que permitirán evidenciar la mejora en los puntos auditados y que presentaron debilidades.

Es así, que el Plan de Mejoramiento presentado por el auditado será parte integral del presente informe.

Fecha de presentación del Plan de Mejoramiento - 1115-F03-01:

____ / ____ / ____
DD / MM / AA

Responsable del Plan de Mejoramiento 1115-F03-01:

Responsable del Seguimiento de Plan de Mejoramiento 1115-F03-01:

Control Interno

Original Firmado

SANDRA YAMILE CALVO CATAÑO

Jefe de Oficina de Control Interno

Elaboró: Enio Aguirre Torres
Profesional de Control Interno
Noviembre de 2019