

Estado de Cumplimiento Plan de Mejoramiento Proceso A-05

Oficina de Control Interno
Bogotá

2024-08-21

CONTENIDO

	Página.
1. INTRODUCCIÓN	3
2. ALCANCE	3
3. DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA	3
4. RESULTADOS	7
5. CONCLUSIONES	13
6. RECOMENDACIONES	14
7. ANEXOS	15

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el plan anual de auditoría establecido por la Oficina de Control Interno y aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el 14 de marzo de 2024, se está llevando a cabo la presente verificación del estado de los planes de mejoramiento registrados en el SISEPM II. Esto implica evaluar el estado de los hallazgos a cerrar, en los que se encuentran las vencidas y vigentes, así como aquellos que se encuentran dentro del plazo establecido, en los planes de mejoramiento (PDM) suscritos tras las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno, en línea con los esfuerzos de fortalecimiento institucional y mejora continua.

2. ALCANCE

Información registrada en el Sistema de Seguimiento de Planes de Mejoramiento – SISEPM II, con fecha de corte al 16 de agosto de 2024.

3. DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

El seguimiento realizado por la OCI se ejecuta a través del Sistema de Seguimiento de Planes de Mejoramiento – SISEPM II, donde se registra el cumplimiento de las actividades diseñadas para subsanar las observaciones o hallazgos. Este sistema se encuentra diseñado para control del cumplimiento de las actividades planteadas por los auditados. La herramienta fue desarrollada al interior de la entidad para facilitar el seguimiento a los planes tanto por parte de los procesos como de la OCI.

La Oficina de Control Interno adoptó a través del Sistema Integrado de Gestión el procedimiento C-01-P-003 SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO AUDITORÍAS CONTROL INTERNO, cuya última versión es del 29 de diciembre de 2023, donde el objetivo es establecer las actividades asociadas al seguimiento y cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías de Control Interno.

Dentro de los lineamientos establecidos por la OCI se define que los planes de mejoramiento (PDM) son suscritos por los líderes o responsables de los procesos del INM. La aprobación del PDM por parte del director (a) general es requisito previo para ser recibido por la Oficina de Control Interno. El PDM podrá ser modificado bien sea en sus acciones y/o fechas de cumplimiento una única vez y con la debida justificación y aprobación de dichos cambios por parte de la Dirección General.

Las recomendaciones efectuadas por la Oficina de Control Interno a través de los informes de auditoría, verificaciones y evaluaciones no son obligatorias para

el jefe del organismo responsable del Sistema de Control Interno, salvo que las mismas sean de tal magnitud que, de no tomarse en cuenta afecte gravemente el funcionamiento del Sistema de Control Interno o uno de sus componentes.

Para efectos de llevar a cabo el presente informe se tuvieron en cuenta entre otros los siguientes procedimientos de auditoría:

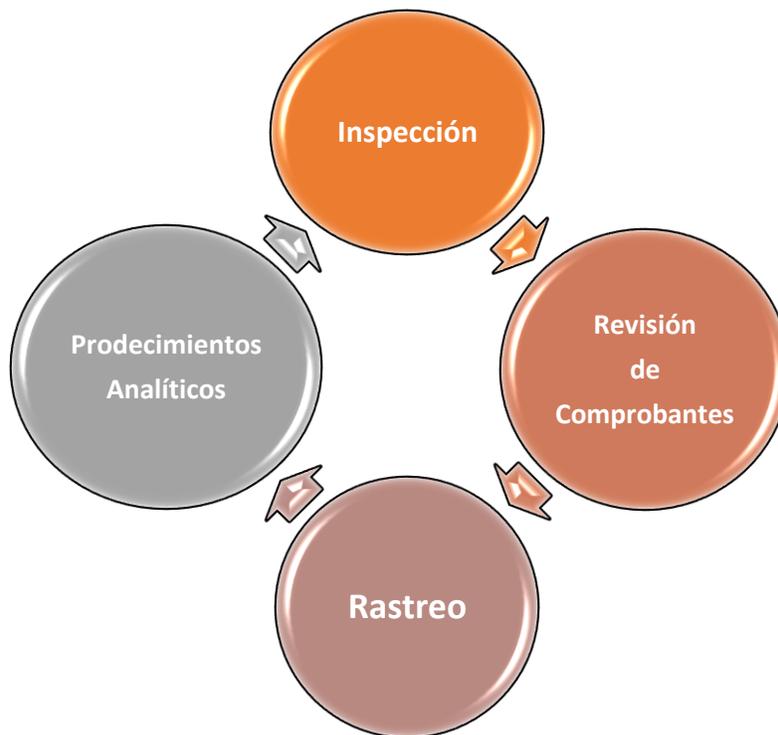


Imagen No. 1

- ✚ Se realizó a través de SISEPM 2.0 la verificación de los planes de mejoramiento registrados producto de las auditorías efectuadas por la OCI al proceso A-05 Gestión administrativa encontrándose planes de 2015, 2017, 2019, 2020 y 2023.
- ✚ Se procedió a consultar cada uno de los planes con el fin de verificar documentos soporte cargados por los responsables y de esta forma determinar si procede o no el cierre, evaluando la eficacia y efectividad en los controles garantizando que la situación que dio origen al hallazgo no se repita.
- ✚ Se efectuó la consulta de informes de seguimiento a los planes de mejoramiento emitidos anteriormente por la OCI, para el caso se cita el informe denominado: "Estado de los Planes de Mejoramiento" expedido el

2023-11-07 y para consulta en la página web de la entidad en el siguiente enlace: <https://inm.gov.co/web/wp-content/uploads/2023/11/Estado-planos-de-mejoramiento.pdf>

- Se analizó la información registrada en el SISEPM 2.0 de los planes de mejoramiento asociados al proceso A-05 (Gestión administrativa), en cuanto al plan número 114 de 2023 se evaluaron los soportes cargados por los responsables para dos (2) de las acciones quedando registrado el seguimiento el 14 de agosto de 2024. En la verificación se evalúa la eficacia y efectividad de las actividades determinando si procede o no el cierre de los hallazgos, si no se cumplen algunas de las dos características no procede el cierre. A continuación, los aspectos generales del ingreso al sistema:

Ruta de ingreso: <http://192.168.10.22:82/Sisepm2/>

<h3>Auditorías de Control Interno</h3> <h4>Plan Anual de Auditorías</h4> <p>El plan anual de auditoría del Sistema de Control Interno se diseñará durante los dos primeros meses de cada año. Este puede ser objeto de cambios y/o modificaciones durante el desarrollo y/o la ejecución del mismo; cambios que serán publicados y/o dados a conocer una vez se realice el ajuste al plan, a través de los medios o canales internos de comunicación del INM (correo electrónico, página web, INMtranet, INMnews, entre otros).</p> <p>La coordinación de las auditorías (cualquiera que sea su ámbito) está en cabeza del jefe de control interno o quien haga sus veces, con el apoyo de los líderes de cada uno de los sistemas de gestión que tengan implementados dando cumplimiento a los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.</p> <p>El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, junto con el equipo de la Oficina de Control Interno incluirán como actividades dentro del plan anual de auditorías:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Auditorías a los procesos2. Informes de Ley3. Desarrollo de otros roles de las Oficinas de Control Interno (Rol Enfoque hacia la prevención, Rol Liderazgo Estratégico, Rol Relaciones con entes externos de control4. Asistencia a Comités (interinstitucionales e institucionales)5. Jornadas de capacitación	<h3>Inicio de sesión</h3> <p>Registro de Información: Por favor suministre la siguiente información de ingreso:</p> <p>Login <input type="text" value="ajsalinas"/></p> <p>Password <input type="password" value="....."/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Recordar contraseña</p> <p><input type="button" value="Iniciar Sesión"/> <input type="button" value="Restablecer"/></p> <p> El usuario de dominio y el password son los mismos con los cuales se accede al computador asignado por la entidad y a la cuenta del correo electrónico.</p> <p>Un usuario de dominio es una cuenta de usuario que existe en un dominio de Active Directory. Los dominios de Active Directory son un método de organización de usuarios y recursos en una red informática. Los usuarios de dominio pueden acceder a recursos en cualquier equipo que esté unido al dominio, independientemente de su ubicación física.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Imagen No. 2

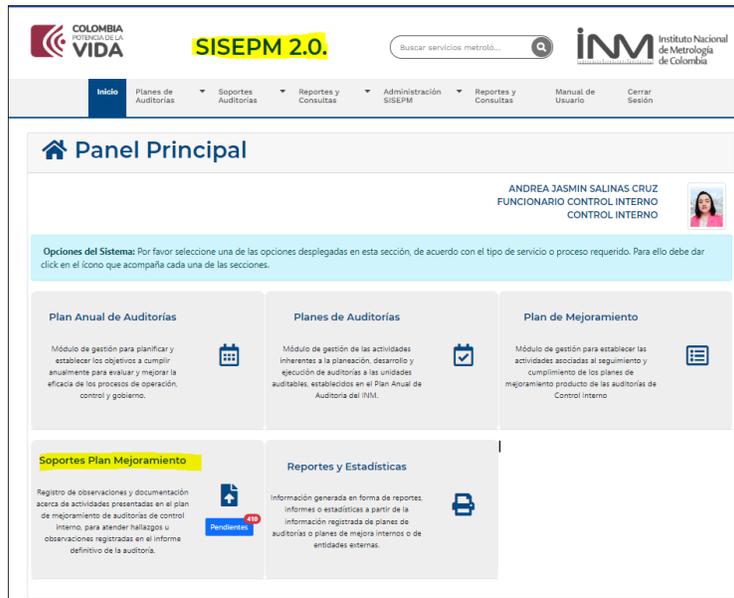


Imagen No. 3

Consulta planes de mejoramiento y soportes: Soportes plan de mejoramiento. A modo de ejemplo se muestra la información inicial reflejada en el sistema para el plan de mejoramiento No. 114 (Gestión Administrativa) así:

No	Auditoría	Proceso	Objeto	Elaboró/Revisó/Aprobó	Estado	
114	GESTIÓN ADMINISTRATIVA A-05	A-05-001 Gestión Administrativa	Gestionar los servicios administrativos, los bienes y el mantenimiento de equipos eléctricos, planta física y	Jaime Andres Rozo Matamos Sandra Lucía López Pedreros María Del Rosario Gonzalez Marquez	NOTIFICADO Emisión Auditoría: Plazo Presentación: Recepción Cont. Int.:	   Dentro de Términos 3 Fuera de Términos 0 Vencidas 4 Vigentes 0 Todas 7

Imagen No. 4

Como se puede evidenciar el sistema realiza una diferenciación a través de colores del estado de las acciones así:

1. Dentro de términos, **color verde.**
2. Fuera de términos, **color naranja.**
3. Vencidas, **color rojo** y
4. Vigentes, **color azul.**

Se resalta que el SISEPM 2.0 por ser una versión relativamente nueva se encuentra en proceso de mejora, es decir que se pueden presentar inconsistencias identificadas a través de los usuarios que interactúan con el sistema dentro de los que se encuentran los responsables de las acciones, el equipo de la Oficina de Control Interno y demás que corresponda. Al respecto, las solicitudes para ajustes, modificaciones, correcciones y demás se canalizan a través de la mesa de servicio GLPI herramienta dispuesta por la Oficina de informática y Desarrollo Tecnológico (OIDT) de la entidad.

4. RESULTADOS

Producto del proceso de verificación se encontró:

a) Clasificación de actividades vencidas para el proceso Gestión Administrativa A-05 por año:

Con corte al 16 de agosto de 2024 se encuentran abiertas 34 actividades vencidas correspondiente a cinco (5) planes de mejoramiento así:

Vigencia	Descripción de la Auditoría	Número de Plan SISEPM	Número de acciones vencidas
2015	12	2015 ACI Administración Recursos Físicos A5-02	4
2017	37	Auditoría A-05 - Gestión Logística y Administrativa	4
2019	52	Gestión Logística y Administrativa	10
2020	77	2020 IACI Gestión Administrativa	12
2023	114	Gestión Administrativa A-05	4
Total general			34

Imagen No. 5

Es importante señalar que el plan de mejoramiento No. 52 de 2019 con 10 acciones vencidas no quedó reflejado en Gestión Administrativa en la tabla de clasificación por procesos en el informe denominado: "Estado de los Planes de Mejoramiento" expedido el 2023-11-07. Al momento de la elaboración del citado seguimiento, el SISEPM no permitía la generación de informes por cuanto el proceso se realizó en Excel revisando una a una las actividades establecidas alineándolas con los hallazgos.

No	Auditoría	Proceso	Objeto	Elaboró/Revisó/Aprobó	Estado	
12	2015 ACI ADMINISTRACIÓN RECURSOS FÍSICOS A5-02			Luz Angela Gallego Holguín Luz Angela Gallego Holguín Luz Angela Gallego Holguín	NOTIFICADO Emisión Auditoria: 2015-06-04 Plazo Presentación: 2016-08-17 Recepción Cont. Int.: 2015-06-30	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="background-color: #28a745; padding: 2px;">Dentro de Términos</div> <div style="background-color: #ffc107; padding: 2px;">Fuera de Términos</div> <div style="background-color: #dc3545; padding: 2px;">Vencidas</div> <div style="background-color: #17a2b8; padding: 2px;">Vigentes</div> <div style="background-color: #17a2b8; padding: 2px;">Todas</div> </div>

Imagen No. 6

No	Auditoría	Proceso	Objeto	Elaboró/Revisó/Aprobó	Estado	
37	Auditoría A5- Gestión Logística y Administrativa			Lilia Adriana Matíz Flórez Lilia Adriana Matíz Flórez Lilia Adriana Matíz Flórez	NOTIFICADO Emisión Auditoria: 2017-05-12 Plazo Presentación: 2017-09-24 Recepción Cont. Int.: 2018-04-27	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="background-color: #28a745; padding: 2px;">Dentro de Términos</div> <div style="background-color: #ffc107; padding: 2px;">Fuera de Términos</div> <div style="background-color: #dc3545; padding: 2px;">Vencidas</div> <div style="background-color: #17a2b8; padding: 2px;">Vigentes</div> <div style="background-color: #17a2b8; padding: 2px;">Todas</div> </div>

Imagen No. 7

No	Auditoría	Proceso	Objeto	Elaboró/Revisó/Aprobó	Estado	
52	GESTIÓN LOGÍSTICA Y ADMINISTRATIVA			Luz Angela Gallego Holguín Luz Angela Gallego Holguín Luz Angela Gallego Holguín	NOTIFICADO Emisión Auditoria: 2019-06-12 Plazo Presentación: 2019-09-14 Recepción Cont. Int.: 2019-07-25	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="background-color: #28a745; padding: 2px;">Dentro de Términos</div> <div style="background-color: #ffc107; padding: 2px;">Fuera de Términos</div> <div style="background-color: #dc3545; padding: 2px;">Vencidas</div> <div style="background-color: #17a2b8; padding: 2px;">Vigentes</div> <div style="background-color: #17a2b8; padding: 2px;">Todas</div> </div>

Imagen No. 8

No	Auditoría	Proceso	Objeto	Elaboró/Revisó/Aprobó	Estado	
77	2020 IACI GESTIÓN ADMINISTRATIVA			Sandra Milena Sierra Cardenas Sandra Milena Sierra Cardenas Sandra Milena Sierra Cardenas	NOTIFICADO Emisión Auditoria: 2020-08-31 Plazo Presentación: 2020-11-29 Recepción Cont. Int.: 2020-10-09	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="background-color: #28a745; padding: 2px;">Dentro de Términos</div> <div style="background-color: #ffc107; padding: 2px;">Fuera de Términos</div> <div style="background-color: #dc3545; padding: 2px;">Vencidas</div> <div style="background-color: #17a2b8; padding: 2px;">Vigentes</div> <div style="background-color: #17a2b8; padding: 2px;">Todas</div> </div>

Imagen No. 9

No	Auditoría	Proceso	Objeto	Elaboró/Revisó/Aprobó	Estado	
114	GESTIÓN ADMINISTRATIVA A-05	A-05-001 Gestión Administrativa	Gestionar los servicios administrativos, los bienes y el mantenimiento de equipos eléctricos, planta física y	Jaime Andres Rozo Matamoros Sandra Lucía López Pedreros María Del Rosario Gonzalez Marquez	NOTIFICADO Emisión Auditoria: Plazo Presentación: Recepción Cont. Int.:	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="background-color: #28a745; padding: 2px;">Dentro de Términos</div> <div style="background-color: #ffc107; padding: 2px;">Fuera de Términos</div> <div style="background-color: #dc3545; padding: 2px;">Vencidas</div> <div style="background-color: #17a2b8; padding: 2px;">Vigentes</div> <div style="background-color: #17a2b8; padding: 2px;">Todas</div> </div>

Imagen No. 10

De las 34 acciones vencidas, el 11.76% corresponden al 2015, 11.76% al 2017, 29.41% al 2019, 35.29% al 2020 y 11.76% al 2023, evidenciándose un

incremento significativo entre el 2015 y el 2020, este último periodo con el mayor número de acciones vencidas.

Al consultar las acciones vencidas por cada uno de los periodos se encontró lo siguiente:

Periodo	No. Plan	Observación o hallazgo		Fecha final	Último seguimiento
		No.	Descripción		
2015	12	7	Sin descripción	2015-12-30	2021-07-01
		8			
		11			2021-03-25
		12			
2017	37	7	Sin descripción	2018-09-30	2021-07-03
		8		2018-09-30	
		9		2018-09-30	
		10		2018-09-30	2021-04-30
2019	52	1	Sin descripción	2019-10-31	2021-06-19
		2		2019-12-31	Sin soportes
		3		2019-09-30	2021-06-19
		4		2019-10-31	2021-06-19
		6		2019-10-31	2023-04-10
		7		2019-10-30	2021-06-11
		8		2019-10-30	2021-06-11
		19		2019-12-31	Sin soportes
		24		2019-10-30	Sin soportes
		33		2019-07-29	2021-03-11
2020	77	1	Sin descripción	2020-12-31	Sin soportes
		4		2020-12-30	Sin soportes
		5		2021-03-31	Sin soportes
		6		2020-12-30	Sin soportes
		7		2020-12-31	Sin soportes
		10		2020-12-30	Sin soportes
		16		2020-12-31	2022-01-30
		17		2020-12-31	2023-07-10
		18		2021-06-30	Sin soportes

		19		2020-12-31	2021-03-25
		20		2020-12-31	Sin soportes
		21		2021-12-31	2021-03-25
2023	114	1	Observación No. 1. Hallazgos pendientes de gestión y cierre en el SISEPM	2024-07-30	Sin soportes
		2	Observación No. 2. Desactualización del Plan de gestión del riesgo y desastres	2024-07-30	2024-08-14
		5	Observación No. 5. Contrato suministro de tiquetes	2024-07-30	2024-04-24
		6	"Observación No. 6 Verificación del cumplimiento del cronograma de mantenimiento de equipos eléctricos, planta física y climatización del INM."	2024-07-30	2024-08-14

Tabla 1

En cuanto a la descripción de las observaciones o hallazgos, se evidenció que el plan de mejoramiento No. 12, observaciones 7, 8, 11 y 12 no cuentan con la descripción del hallazgo ni la causa de éste en el SISEPM 2.0, se identifica únicamente la acción a implementar, situación que podría estarse presentando en los demás planes, como se muestra en las siguientes imágenes:

ACCION VENCIDA Porcentaje de avance: 0%

No	Observación o hallazgo	Fecha Inicial	Fecha Final	Fecha Cierre
7		2015-06-30	2015-12-30	

Causa/Efecto

Riesgo Identificado

Acción a implementar

Una vez nombrado el profesional especializado con funciones de almacén e inventarios, se procederá a culminar la actualización de la información ingresada en el aplicativo Stone.

Nuevo Cambio de Acción: Actualizar los procedimientos de almacén incluyendo controles relacionados con salida, traslado y reintegro de bienes al almacén con el fin de mantener el inventario de bienes al día.

Responsables
SERGIO CARREÑO GOMEZ
 CONTRATISTA 9999
 SECRETARIA GENERAL
PARTICIPANTE 0.0%

[Soportes](#)

Imagen No. 11

ACCION VENCIDA Porcentaje de avance: 0%

No	Observación o hallazgo	Fecha Inicial	Fecha Final	Fecha Cierre
8		2015-06-30	2015-12-30	

Causa/Efecto

Riesgo Identificado

Acción a implementar

Se solicitó a la Oficina de Planeación la publicación del formato A5-02-F-25 -Boletín Mensual de Almacén en la carpeta del Sistema de Calidad. De otro lado se procederá a solicitar al proveedor la inclusión dentro de los reportes del aplicativo Stone lo referente al consumo de reactivos y de papelería.

Nuevo Cambio de Acción:
 Actualizar procedimiento de Reportes de Movimiento de Almacén describiendo los criterios para el diligenciamiento y reporte de los formatos:
 Boletín mensual de almacén, boletín de depreciación y amortización de activos fijos del INM y reporte de movimientos de MRC

Responsables
SERGIO CARREÑO GOMEZ
 CONTRATISTA 9999
 SECRETARIA GENERAL
PARTICIPANTE 0.0%

[Soportes](#)

Imagen No. 12

ACCIÓN VENCIDA		Porcentaje de avance: 0%		
No	Observación o hallazgo	Fecha Inicial	Fecha Final	Fecha Cierre
11		2015-06-30	2015-12-30	
	Causa/Efecto			Soportes ¹¹
	Riesgo Identificado			Responsables
	Acción a implementar			SERGIO CARREÑO GOMEZ  CONTRATISTA 9999 SECRETARIA GENERAL PARTICIPANTE 0.0%
	Hacer una relación de la información suministrada - Los documentos AF-26,47,64; AF-576; AF-5584; AF-5615; AF-5630; AF-5645,5660; AF-5690, Zipaquirá; no constituyen de manera práctica el soporte al hallazgo que corresponde dada la agrupación de la información			

Imagen No. 13

ACCIÓN VENCIDA		Porcentaje de avance: 0%		
No	Observación o hallazgo	Fecha Inicial	Fecha Final	Fecha Cierre
12		2015-06-30	2015-12-30	
	Causa/Efecto			Soportes ⁴
	Riesgo Identificado			Responsables
	Acción a implementar			SERGIO CARREÑO GOMEZ  CONTRATISTA 9999 SECRETARIA GENERAL PARTICIPANTE 0.0%
	Hacer una relación de la información suministrada - el archivo de nombre: Luisa Juana por sus propias especificaciones no proporciona aporte en la identificación del hallazgo al que corresponde como soporte u evidencia del cumplimiento.			

Imagen No. 14

Para los cuatro (4) casos solo es posible visualizar la acción a implementar sin que se refleje la observación y la causa, lo cual dificulta el proceso de validación y verificación de la información por parte de los usuarios. La situación descrita será remitida a la OI DT a través de la mesa de servicio GLPI.

Sobre el plan 114 de 2023 se realizó la verificación de los soportes cargados en el sistema por los responsables. Para el caso de los hallazgos u observaciones Nos. 2 y 6, se dejaron las correspondientes observaciones con fecha del 2024-08-14. A continuación la evidencia de lo descrito:

No. Registro	Fecha Registro	Fecha Cumplimiento	Observaciones Cumplimiento	Responsable	Fecha Seguimiento	Observaciones Seguimiento	Responsable	Estado	Soportes
1	2024-07-25	2024-07-25	Como responsable de cargue de evidencias, me permito adjuntar actualización del plan de gestión de riesgos y desastres en su versión 2, así como pieza comunicativa socializando el mismo.	ANGELA XIMENA VELANDIA BEDOYA	2024-08-14	Se evidencia la actualización del procedimiento A-05-D-002 PLAN DE GESTIÓN DEL RIESGO Y DESASTRES y la publicación del mismo cumpliendo con las actividades definidas. Sin embargo, el procedimiento E-02-P-001 numeral 6.1 indica: "Se establece un periodo de revisión para los documentos del SIG de 4 años, salvo casos específicos en los cuales las condiciones de contexto, capacidades requieran de un periodo extendido, lo cual se debe soportar con un respectivo análisis por parte del área, y ser validado por la OAP". Para el proceso A-05 Gestión administrativa se encontraron 114 documentos en los cuales 57 fueron aprobados en el 2020 es decir, que se están cumpliendo o se cumplirán los 4 años en el presente año para revisión o actualización según corresponda. Por lo anterior, para cerrar la acción del plan de mejoramiento se debe obtener una evidencia del Grupo de Gestión Administrativa sobre cómo están gestionando la revisión y actualización de los documentos del proceso en el Sistema Integrado de Gestión (SIG). Esto asegurará que la situación que dio origen a la observación no se repita y que se está cumpliendo con los requisitos documentales establecidos en los procedimientos aplicables. No procede CIERRE.	ANDREA JASMIN SALINAS CRUZ	APROBADO	

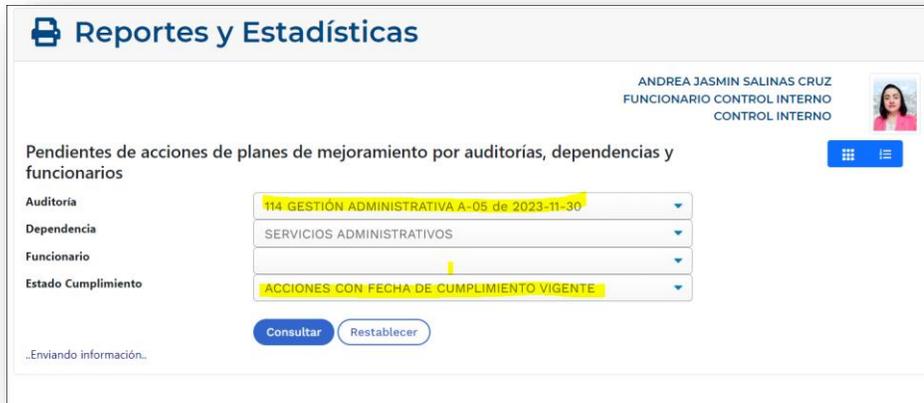
Imagen No. 15

2	2024-07-12	2024-07-12	Con el finde dar cumplimiento efectivo a la observación y como responsable del cargue de evidencias, adjunto los informes del seguimiento trimestral del cronograma de mantenimientos.	ANGELA XIMENA VELANDIA BEDOYA	2024-08-14	En los soportes cargados, por una parte el seguimiento al cronograma de mantenimiento del II trimestre del 2024-07-08 e informe de seguimiento del I trimestre en PDF del 2024-04-05 para los dos casos en anexos cita el cronograma de mantenimiento el cual no fue posible consultar debido a que no se cargó como parte de la evidencia. No fue posible verificar las actividades del cronograma sobre las cuales se efectuó el seguimiento, así mismo identificar cuáles actividades se programaron y cuáles se ejecutaron específicamente. Adicional, no se evidencia el análisis de los efectos o consecuencias para la entidad de los mantenimientos que no fueron ejecutados ni la verificación de los riesgos asociados a esta actividad. No procede CIERRE	ANDREA JASMIN SALINAS CRUZ	NO APROBADO	
---	------------	------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	-------------	---------------------------------------------------------------------------------------

Imagen No. 16

b) Acciones abiertas que no se han vencido

Al realizar la consulta a través de la opción “Reportes y Consultas” en el SISEPM 2.0 para el plan 114 que corresponde al 2023 no se encontraron acciones con fecha de cumplimiento vigente como se refleja en el siguiente pantallazo:



Reportes y Estadísticas

ANDREA JASMIN SALINAS CRUZ
FUNCIONARIO CONTROL INTERNO
CONTROL INTERNO

Pendientes de acciones de planes de mejoramiento por auditorías, dependencias y funcionarios

Auditoría: 114 GESTIÓN ADMINISTRATIVA A-05 de 2023-11-30

Dependencia: SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Funcionario:

Estado Cumplimiento: ACCIONES CON FECHA DE CUMPLIMIENTO VIGENTE

Consultar Restablecer

..Enviando información..

Imagen No. 17

Para el caso de los demás periodos se encuentran vencidas como se mostró en el cuadro del inciso a) del presente informe.

5. CONCLUSIONES

Derivado del proceso de verificación y seguimiento se concluye:

- ✚ El proceso A-05 Gestión Administrativa con corte al 16 de agosto de 2024 cuenta con 34 actividades vencidas entre el 2015 y 2023 con el mayor número en el 2019 (10) y 2020 (12).
- ✚ Las acciones vencidas están relacionadas con auditorías de gestión elaboradas por la Oficina de Control Interno en los diferentes periodos lo cual refleja la persistencia de las debilidades en el área a lo largo de los años.
- ✚ Al realizar la consulta o verificación de los soportes cargados por parte de los responsables para el cierre de las acciones si bien algunos fueron eficaces por cuanto se cumplió con las actividades definidas inicialmente en el plan de mejoramiento y se llevaron a cabo dentro de los plazos establecidos no son efectivas considerando que no atacan la causa raíz, de tal manera que no se repita la situación que dio lugar al hallazgo u observación.

6. RECOMENDACIONES

A continuación, la OCI sugiere:

- ✚ Realizar procesos de capacitación al interior del equipo de Gestión Administrativa con el propósito de mejorar la comprensión de los procedimientos y requisitos de tal manera que se promueva una cultura de mejora continua para el proceso.
- ✚ Fortalecer o definir controles adecuados para el proceso A-05 con el fin de mitigar o eliminar la materialización de los riesgos. Algunos de los controles pueden estar asociados a una correcta segregación de funciones, aprobación y autorización de las transacciones, verificación y actualización periódica de los procedimientos, capacitación continua entre otros.
- ✚ Depuración del 100% de las acciones vencidas derivadas de las auditorias efectuadas entre el 2015 y el 2023. Se puede definir un cronograma (responsables, tiempo, inicio, fin, indicador de progreso, recursos, etc.) y demás acciones que considere pertinente el área para gestionar los pendientes, sin perder de vista la eficacia, eficiencia y efectividad de los controles que permitan el cierre de las acciones.
- ✚ Dentro de las recomendaciones más importantes realizadas por la OCI se encuentra la unificación de las acciones y consolidación de los planes, así como la asignación de los responsables considerando la actual planta de personal y colaboradores del área como consecuencia de la rotación de personal que se dio a raíz del concurso de méritos Nación 3 en el 2023. La unificación de planes de mejoramiento para un proceso específico cuando hay acciones de varios periodos pendientes de cierre, es crucial entre otras por las siguientes razones:
 - a)** Permite abordar de manera integral las deficiencias detectadas en un proceso específico, evitando duplicidades y esfuerzos dispersos. Esto garantiza que todas las acciones correctivas estén alineadas hacia un objetivo común y coherente.
 - b)** Es posible optimizar el uso de recursos humanos, financieros y materiales, evitando la repetición de esfuerzos y maximizando la eficiencia en la implementación de las acciones correctivas.

- c) Facilita el seguimiento y monitoreo del avance de las acciones correctivas, proporcionando una visión clara y centralizada del estado de cumplimiento de las recomendaciones de auditoría.
 - d) Es más sencillo evaluar el impacto global de las acciones correctivas implementadas en el proceso específico, permitiendo una visión más clara de cómo las mejoras contribuyen a la eficacia del proceso en su conjunto.
 - e) Promueve una cultura organizacional que valora la mejora continua y el aprendizaje de los resultados de auditoría, fomentando un ambiente donde la calidad y la eficacia operativa son prioridades.
- ✚ Definir lineamientos claros y precisos de manera formal respecto a la rendición de cuentas de los avances o el estado de los planes de mejoramiento por parte de los funcionarios o colaboradores que se retiren de la entidad de tal forma que en el acta de entrega quede plasmado el estado de cada actividad. Lo anterior, permitirá dar continuidad al proceso y tener una trazabilidad de los planes de mejoramiento suscritos, así mismo la adecuada transferencia de responsabilidades entre el personal involucrado.

7. ANEXOS

No aplica

LUZ MARINA DORIA CAVADIA

Jefe de Control Interno

2024-08-21

Elaboró: Andrea Jasmin Salinas Cruz