Universidad Nacional Abierta y a Distancia	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 3-09-05-2018
		PÁGINAS: 1 de 12

1. Fecha		
Día	Mes	Año
25	06	2018

2. Tipo de revisión	
Auditoría de proceso y/o procedimiento	Revisión de la dirección
X	

Informe de Auditoria (In Situ): **Informe de Auditoria Consolidado:** X

I. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORÍA.		
3. Proceso y/o procedimiento Auditado:	(C-3) EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	
4. Auditor Líder o Líder de Equipo Auditor (Quien consolidó el informe nacional por proceso y/o procedimiento; **no aplica si es informe in situ):**	**Nombre completo y correo electrónico institucional.**	**Número de cédula**
	JORGE MEDINA MARTIN – Jorge.medina@unad.edu.co	80.874.432
5. Equipos auditores participantes:	**Nombres completos y correo(s) electrónico(s) institucional(es).**	**Centro – Sede auditado(a)**
	Auditor interno. Jorge Medina Martin jorge.medina@unad.edu.co	UNAD SEDE NACIONAL J.C.M. -Oficina de Control Interno -Oficina de Planeación -Ofician de la Gerencia de Calidad y Mejoramiento Universitario -Oficina de Secretaría General
	Auditor interno acompañante. Pablo Emilio Sáenz Sedano pablo.saenz@unad.edu.co.	
6. Criterios de auditoría (Retomado de los planes de auditoría):	Requisitos de Norma NTCGP 1000, ISO 9001:2015 -Modelo Estándar de Control Interno. MECI. -Sistema Integrado de Gestión.SIG-UNAD -Proyecto académico pedagógico solidario. PAP-Solidario. -LEY 87 DE 1993. -Estatuto organizacional. -Demás normatividad y documentos aplicables al proceso	

7. Participantes auditados (Nombres y correos electrónicos):	• Christian Mancilla. Chistian.mancilla@unad.edu.co Equipo de la Gerencia de Calidad y Mejoramiento Universitario. • Daniel Bejarano. daniel.bejarano@unad.edu.co Equipo de la Gerencia de Calidad y Mejoramiento Universitario. • Leonardo Urrego. leonardo.urrego@unad.edu.co. Equipo de la Oficina de Planeación. • Constanza Venegas. constanza.venegas@unad.edu.co. Equipo de la Secretaria General.		
8. Objetivo de la auditoría (Retomado del plan de auditoría):	Cumplimiento de los criterios de control y aseguramiento de la calidad en el desarrollo de sus funciones sustantivas, a partir de la valoración de la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos institucionales, identificando las oportunidades de mejora y buscando el perfeccionamiento del servicio ofrecido a sus usuarios, beneficiarios y específicamente lo previsto en las normas ISO 9001:2015, NTC GP 1000:2009, MECI 1000:2005.		
9. Alcance (Retomado del plan de auditoría):	La auditoría comprende la revisión de los procedimientos asociados al proceso EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN (C-3), de conformidad con las normas NTC-GP 1000:2009, ISO 9001:2015 y Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005.		
10. Fecha de apertura:	22-06-2018	**11. Fecha de cierre:**	22-06-2018

II. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA
12. Descripción General de la Auditoría

AUDITORIA AL PROCEDIMIENTO: (P-3-3) Defensa Jurídica.

Se realiza la auditoria sobre el procedimiento enunciado, el líder del procedimiento hace una presentación general de la metodología y alcance que tiene el procedimiento de Defensa Jurídica (P-3-3). El líder del procedimiento indica que el sistema de información para administrar la Defensa Jurídica es el EKOGUI, de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado; aplicación que no tuvo costo para la Universidad y con el cual se hace el registro y seguimiento de todos los Procesos Jurídicos que adelanta la institución, con el cual se verifican las actuaciones y el estado de las mismas. Dicha aplicación fue implementada en la vigencia 2017 dentro de la institución.

Dentro de la política de calidad, en la que se encuentra definido el compromiso de la Universidad para atender y cumplir con la defensa judicial, se evidencia la metodología para atender las acciones Judiciales a favor y en contra de la Universidad por la presunta violación de un derecho fundamental y afectación de los intereses de la Institución. La aplicación EKOGUI tiene definidos roles que permiten una administración adecuada, según los perfiles de los usuarios.

La documentación referente a los procesos de la defensa jurídica de la institución, se registran digitalmente en la Aplicación, como también físicamente, conservando las respectivas condiciones de reserva y seguridad de la información, además de dar cumplimiento a los criterios de las tablas de retención documental definidas por Sistema de Gestión Documental de la Universidad.

Evidencia **Anexo No. 1**, Procedimiento (P-3-3) Defensa Judicial.
https://sig.unad.edu.co/documentos/sgc/procedimientos/P-3-3.pdf

El líder del procedimiento hace la presentación de dos casos, uno referente a una acción judicial que un ciudadano interpone en contra de la Universidad por la presunta violación de un derecho fundamental y la otra en referencia a una acción judicial que interpone la Universidad por la presunta afectación de los intereses de la Institución.

Anexo No. 2 Evidencia. Caso proceso 2015-00750 Demandante: Andrés Felipe Tarazona Bohórquez

Anexo No. 3 Evidencia: Caso demanda al municipio de Uribia Guajira. 2014-00054. Por incumplimiento de un convenio.

Anexo No. 4 Evidencia: Presentación aplicación EKOGUI. Datos de registro de procesos judiciales en el sistema.
Anexo No. 5 Evidencia: Procesos activos en el sistema EKOGUI.

AUDITORIA AL PROCEDIMIENTO: (P-3-6) Evaluación de Planes Operativos.
Se realiza la auditoria sobre el procedimiento enunciado, el líder del procedimiento hace una presentación general del alcance que tiene el procedimiento de Evaluación de Planes Operativos. El líder del procedimiento indica que el sistema que permite registrar y hacer el seguimiento de los planes operativos es el SIGMA (Sistema Integrado de Gestión y Monitoreo Administrativo).

Anexo No. 6: Evidencia: Agenda de ENCUENTRO DE LIDERES UNADISTAS. Fortalecer la retención y permanencia estudiantil. Envían agenda.

Las actividades para efectuar el seguimiento, evaluación y control a la ejecución de los planes operativos con el fin de garantizar el cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional, en el cual se involucran los objetivos de calidad en las funciones y niveles pertinentes de la Universidad, se determina por el mismo plan y su seguimiento al interior de cada área, con la dirección y control de la OPLAN. Por medio de la aplicación SIGMA se hace seguimiento a los planes y se retroalimenta a las diferentes Unidades sobre los avances reportados, la oficina OPLAN envía solicitud de socialización de los planes operativos por correo a las diferentes dependencias.

Anexo No. 7: Evidencia: Metas del SIGMA realizadas por todas las unidades que participaron en el evento. Plan operativo 2018 con todas las metas. En SIGMA. Envían metas

Anexo No. 8: Evidencia: Seguimiento: directamente en la aplicación SIGMA, las unidades realizan reportes trimestrales. Que el reporte que entregan tenga la certeza del cumplimiento.
Envían soporte por unidades.

Para establecer las fechas de registro de información de los planes operativos por las diferentes Unidades, se hace corte de manera trimestral. Al final del trimestre se cierra el corte en el sistema y se hace el seguimiento a la información reportada.

Anexo No. 9: Evidencia: Cumplimiento de la meta de acuerdo con los indicadores, los cuales también están en el SIGMA. Envían tabla de indicadores generadas por el sistema.

Anexo No. 7: Evidencia: Correo de recordatorio sobre vencimiento de entrega de información trimestral. Entregan captura de correo recordando fecha de vencimiento de entrega de reporte trimestral. Con circular sobre entrega de información.

El sistema de seguimiento a los planes operativos no ha tenido actualizaciones en relación a cambios que se requieran según cambios de la norma. Con el apoyo de la GIDT, se realizan las copias de seguridad, tanto de la aplicación y como de la base de datos. La GIDT tiene políticas de respaldo sobre los servidores, diarios de la aplicación y base de datos.

AUDITORIA AL PROCEDIMIENTO: (P-3-9) Administración del Riesgo.
Se realiza la auditoria sobre el procedimiento enunciado, el líder del procedimiento hace una presentación general del alcance que tiene el procedimiento de Administración del Riesgo (P-3-9), el líder del proceso, hace una presentación del el Sistema de Mapas de riesgo V.2.0 con el que se hace el seguimiento a los posibles o potenciales riesgos que se pueden presentar en la Universidad.

Los criterios y estrategias definidas para la implantación de un sistema de administración y valoración del riesgo surgen a partir del 2005 con el MECI, con la administración del riesgo y sus aspectos. Se estructuró un modelo de control, emulado de modelos norteamericanos COSO (Committee of Sponsoring Organizations), para ser implementado en todas las entidades del Estado y dirigido por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP. Ellos evalúan anualmente el modelo y generan un ranking con las calificaciones.

Es importante señalar que la UNAD ha logrado el primer puesto en el cumplimiento del Modelo Estándar de Control Interno MECI a nivel de los Entes Universitarios Autónomos, asignando la Gestión del Riesgo en el rango de 4,8 a 5,0 en la escala de 1 a 5 y en varias vigencias la Contraloría General de la república ha calificado en Riesgo Bajo a la UNAD.

Anexo No. 10: Evidencia: Resolución 13010 de 2005 en el que se adopta el modelo de control interno para la UNAD.

El manual técnico de la DAFP que estable los componentes del MECI, y de este manual surge sustento para definir el procedimiento de administración del riesgo.

Anexo No. 11: Evidencia: Enlace del manual técnico del MECI 2014.
Anexo No. 12: Evidencia: Enlace al procedimiento de Administración del riesgo.
https://sig.unad.edu.co/documentos/sgc/procedimientos/P-3-9.pdf

El procedimiento ha tenido 3 versiones 2014, 2015 y 2017.

Para ubicar el riesgo a nivel de proceso en relación con el contexto estratégico, su identificación, análisis y valoración se realizó:

- El análisis de contexto, en el que se hace un análisis del proceso y de los productos que generan los procedimientos. Los riesgos se determinan frente al análisis de procesos.

Se dio un análisis institucional sobre los procesos, en el cual,

- Se realizó un modelo DOFA,

Evidencia: Fue diseñada por la alta dirección el PCI=Perfil de capacidad Institucional con las categorías: Debilidades, Fortalezas. POAM=Perfil de oportunidades y Amenazas en el Medio.

NOTA: Esta información fue presentado a los auditores, pero por encontrarse en etapa de construcción y no se puede publicar.

Las políticas y controles para la administración del riesgo en la Universidad están definidas con:

- Política estructurada anual y cuatrimestral de control interno, está publicado en la página de la Universidad.
- Informe pormenorizado del estado del control interno de la UNAD, ley 1474 de 2011.

Anexo No. 13: Evidencia: enlace del informe cuatrimestral de control interno. https://informacion.unad.edu.co/images/control_interno/2018/INFORME_CUATRIMESTRAL_CONTROL_INTERNO_MARZO_DE_2018.pdf

Anexo No. 14: Evidencia: Circular: 230-001 de 2018, donde se dan los lineamientos sobre el manejo del riesgo durante una vigencia.

Por sexto año consecutivo se ocupó el 1er puesto entre los entes universitarios autónomos.

Anexo No. 15: Evidencia. Informe Ejecutivo Anual de Control Interno. DAFP.

AUDITORIA AL PROCEDIMIENTO: (P-3-5) Auditorias Integrales.

Se realiza la auditoria sobre el procedimiento enunciado, el líder del procedimiento hace una presentación general del alcance que tiene el procedimiento de Auditorias Integrales (P-3-5).

Para dar cumplimiento a la política de calidad, la Oficina de Control Interno realiza el proceso auditor, con el fin de verificar su gestión, es decir que se esté dando cumplimiento a lo programado, Se realiza el ciclo en auditorías internas por año. El ejercicio se realiza a Todos los procesos, no a todos los procedimientos, dando una cobertura amplia a todos los procesos.

ANEXO No. 16: Evidencia: Última programación de auditorías internas.

Se indica que los criterios en que se basó la auditoría interna 2017 fueron: Procesos y componentes.

ANEXO No. 17: Evidencia del Alcance: El programa de auditoria.

Que los 15 auditores y la selección se hacen con funcionarios que cuenten con el perfil de formación en las tres nomas. ISO 9001:2015. 1401:2015 y OHSAS 18001:2007.

ANEXO No. 18: Evidencia: Relación de auditores.

Se verifica el cómo se registran, soportan y almacenan los documentos que forman parte integral de las auditorías internas, indicando que se lleva un archivo en físico de las auditorías realizadas y en medio magnético.

Las auditorias las controla la Oficina de Control Interno.

ANEXO No. 19: Evidencia: Listado de auditorías. TRD de las auditorías realizadas.

La implementación de las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los hallazgos encontrados en el procedimiento de auditorías internas se realiza por medio de la oficina de calidad, quien administra las acciones de mejora y su seguimiento.

ANEXO No. 20: Evidencia de informes de auditoría 2017.

AUDITORIA AL PROCEDIMIENTO: (P-3-8) Atención al Usuario Nivel 1 y 2.

Se realiza la auditoria sobre el procedimiento enunciado, el líder del procedimiento hace una presentación general del alcance que tiene el procedimiento de Atención al Usuario (P-3-8), el líder del procedimiento, hace una presentación del el Sistema de Atención de Usuarios, con el que se hace el seguimiento a las diferentes solicitudes de los usuarios de los diferentes servicios que presta la institución.

Se verifica que en la UNAD establecen los parámetros para atender, contestar y dar solución a las consultas de información, peticiones, quejas y reclamos sobre el servicio, sugerencia para la mejora, felicitación, reporte de incidente tecnológico y/o requerimiento tecnológico que presente cualquier usuario ante a la UNAD.

Los niveles de atención al usuario definidos en el procedimiento, son, a través de los canales del Contac-Center y PQRS, Nivel 1 y 2.

Nivel 2. Radicación de la PQR porque requieren una descripción detallada.

ANEXO No. 21: Evidencia nivel 1. Chat, de atención al usuario.

ANEXO No. 22: Evidencia PQR y respuesta de Nivel 2.

El seguimiento, medición y análisis de la ATENCION AL USUARIO se realiza por medio de:

Los indicadores de satisfacción en atención al usuario en relación con las PQR instauradas.

ANEXO No 23: Evidencia: Indicadores de satisfacción en atención al usuario en relación con las PQR instauradas.

Informe semestral de PQR 2017

Análisis del informe.

Doble Paretto. Metodología Estadística.

Enlace al documento: Instructivo de análisis de las peticiones quejas reclamos sugerencias y felicitaciones donde se evidencia la evaluación de las PQRS.

ANEXO No.24: Evidencia: Instructivo PQRS.

Satisfacción del ESTUDIANTE. Encuesta de la respuesta recibida. Se califica de 1 a 5.

ANEXO No. 25: Evidencia: Seguimiento sobre atención e informes que se presentan en el sistema de atención al usuario. SAU.

AUDITORIA AL PROCEDIMIENTO: (P-3-1) Aseguramiento del Sistema Integrado de Gestión.

Se realiza la auditoria sobre el procedimiento enunciado, el líder del procedimiento hace una presentación general del alcance que tiene el procedimiento de Aseguramiento del Sistema Integrado de Gestión (P-3-1).

El líder indica que cuando surge al interior de las áreas un ajuste en los procesos o se requiere adoptar un nuevo proceso, esta solicitud es atendida por el Comité Técnico de Gestión Integral MECI, el cual revisa la solicitud y es tratada en el comité hasta dar una respuesta especifica de la solicitud.

Con el fin de dar aseguramiento al Sistema Integrado de Gestión, la GCMU, existe el rol de Líderes Estratégicos de Gestión, que se ubican en las unidades y cuya acción es la de rediseñar, reestructurar y liderar los procesos al interior de las mismas, bajo la supervisión de la GCMU.

Se han definido y caracterizado cada uno de los procedimientos que permiten cumplir con el objetivo definido en el proceso y se ha dado un análisis de contexto, por medio de:

Procesos y procedimientos: Basados en la información presentada en el mapa de procesos definidos por el SIG.

Análisis de contexto organizacional: La Universidad da inicio al ejercicio de análisis de contexto el cual está en cabeza de la Rectoría, utilizando como herramienta de análisis, el PCI (Perfil de Capacidad Interna) y POAM (Perfil de Oportunidades y Amenazas en el Medio).

Esta actividad, se ha podido replicar en las diferentes unidades, como las cinco (5) vicerrectorías, la Secretaria General, la Gerencia Administrativa Financiera, la Gerencia de Innovación y Desarrollo Tecnológico, la Gerencia de Calidad y las zonas.

ANEXO No. 26: Evidencia: consolidados de riesgos.

De acuerdo con los lineamientos del proceso de gestión de la información y del conocimiento organizacional y del procedimiento denominado control documental y operacional del SIG, se evidencian las acciones del sistema integrado de gestión para la aprobación de un nuevo procedimiento denominado Acreditación y Certificación de cursos de educación superior (P-8-9).

ANEXO No. 27: Evidencia: Nuevo procedimiento, Acreditación y Certificación de cursos de educación superior (P-8-9).

La alta dirección a través de la GCMU, realiza el seguimiento y verificación de las salidas del proceso y los controles operacionales establecidos en los procedimientos, al encontrar salidas no conformes se establecen los planes de mejoramiento, para optimizar la ejecución de actividades. El seguimiento a los compromisos de las áreas se realiza con la colaboración de los líderes estratégicos de gestión (LEG).

ANEXO No. 28: Evidencia, planes de mejoramiento y reuniones de seguimiento con líderes estratégicos de gestión (LEG).

Los criterios y métodos que se definen para garantizar que la operación como el control de los procesos sean eficaces y eficientes está determinada por:

La GCMU hace acompañamiento, control y seguimiento al cumplimiento de los compromisos establecidos por los procesos a través de: la matriz para análisis de indicadores registrada por los procesos, los informes de gestión por proceso (IGP), los planes de mejoramiento registrados en la aplicación SSAM y mitigación de riesgos consolidados en la aplicación mapas de riesgo 2.0.

ANEXO No. 29: Evidencias Indicadores e informe de gestión por proceso (IGP).

Respecto a si la GCMU cuentan con el recurso humano necesario y su disponibilidad para apoyar la operación y el seguimiento a los procesos, se indica que las áreas cuentan con un líder estratégico de gestión (LEG) en cada proceso, que se encarga de replicar los lineamientos del SIG establecidos por la GCMU y son el apoyo operativo a esta gerencia.

ANEXO No. 30: Evidencia: Listado de líderes estratégicos de gestión (LEG).

III. CONCLUSIONES DE AUDITORÍA:

13. Hallazgos de auditoría: Registre la información solicitada de: No Conformidad Mayor (NCM), No Conformidad menor (NCm), No Conformidad Real (NCR), No Conformidad Potencial (NCP), de conformidad con el procedimiento de Auditorías Integrales.

Centro o lugar auditado	Proceso(s) y/o procedimiento(s) auditado(s)	**Tipo de Hallazgo:** No Conformidad Mayor (NCM), No Conformidad menor (NCm), No Conformidad Real (NCR), No Conformidad Potencial (NCP)	**Numeral y literal de la Norma o requisito implicado en el hallazgo**	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO:** (¿Qué se incumplió? ¿Cómo se incumplió? ¿Cuándo se incumplió?, ¿Dónde se incumplió?)	**¿Es un hallazgo reincidente de auditorías pasadas?**	**Documento o registro evidencia del hallazgo**
		N.A				

14. ASPECTOS IMPORTANTES A CONSIDERAR: - Registre en este espacio las **Oportunidades de Mejora** generadas en el desarrollo del ejercicio auditor.
- En segundo lugar, registre en la respectiva sección las **Observaciones** determinadas en el mencionado ejercicio auditor. Éstas no se consideran incumplimientos de Norma o de Estándar, pero podrían llegar a constituirse en ello(s), no deben redactarse como tales incumplimientos a los requisitos de estos documentos. Para el tratamiento de las Observaciones de auditoria a las cuales se haya determinado que no ameritan acciones a emprender se debe(n) remitir al correo **gerencia.calidad@unad.edu.co** el(los) formato(s) debidamente diligenciado(s).
- En tercer lugar, registre a continuación las **recomendaciones** y/o **sugerencias** derivadas de la auditoría interna realizada, de haber lugar a ello.
- Por último, registre en este espacio aquellos **aspectos importantes** a tener en cuenta por parte del auditor interno designado para la próxima auditoría.

Universidad Nacional Abierta y a Distancia	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
		VERSIÓN: 3-09-05-2018
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	PÁGINAS: 12 de 12

14.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA:
14.2 OBSERVACIONES:
14.3 RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS:
14.4 ASPECTOS A CONSIDERAR EN EL EJERCICIO AUDITOR POSTERIOR:

NOMBRE COMPLETO	RESPONSABILIDAD	FIRMA
JORGE MEDINA MARTIN	**AUDITOR LÍDER**	
CONSTANZA VENEGAS	**Director(a) Auditado(a) / Líder Procedimiento 1** (si es informe Consolidado)	
LEONARDO URREGO CUBILLOS	**Líder Procedimiento 2** (si es informe Consolidado)	
CHRISTIAN MANCILLA M.	**Líder Procedimiento 3** (si es informe Consolidado)	
DANIEL BEJARANO GARRIDO	**Líder Procedimiento 4** (si es informe Consolidado)	