**INSTITUTO PARA LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y EL DESARROLLO PEDAGOGICO – IDEP.**

**INFORME EJECUTIVO SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO**

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**Bogotá, D.C. julio de 2021.**

**INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO CON CORTE A JUNIO DE 2021.**

1. **ASPECTOS GENERALES**

**OBJETIVO:**

En cumplimiento del rol de evaluación y seguimiento que le asiste a esta Oficina, así como las funciones y competencias establecidas en la Ley 87 de 1993, artículo 12, literal h); el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.4.9, el Decreto 371 de 2010, artículo 5, numerales 3 y 5, la Oficina de Control Interno realizó el seguimiento al cumplimiento y avance del plan de mejoramiento institucional y por procesos del segundo semestre, con el fin de identificar el estado de avance de las acciones correctivas y dar cierre por eficacia a aquellas que se encontraron cumplidas.

**ALCANCE:**

Evaluar el avance presentado en los planes de mejoramiento (institucional y por proceso) por parte de los responsables de proceso, a las acciones propuestas para subsanar las diferentes observaciones, hallazgos y/o no conformidades durante el primer semestre de 2021.

**METODOLOGÍA DEL TRABAJO:**

Para el plan de mejoramiento por procesos se tomó como referencia la información publicada en la página web del IDEP en agosto de 2021 por parte de la Oficina Asesora de Planeación, con el seguimiento reportado por parte de los líderes de procesos a junio de 2021, posteriormente se realizó la verificación de evidencias y establecimiento del estado de las acciones.

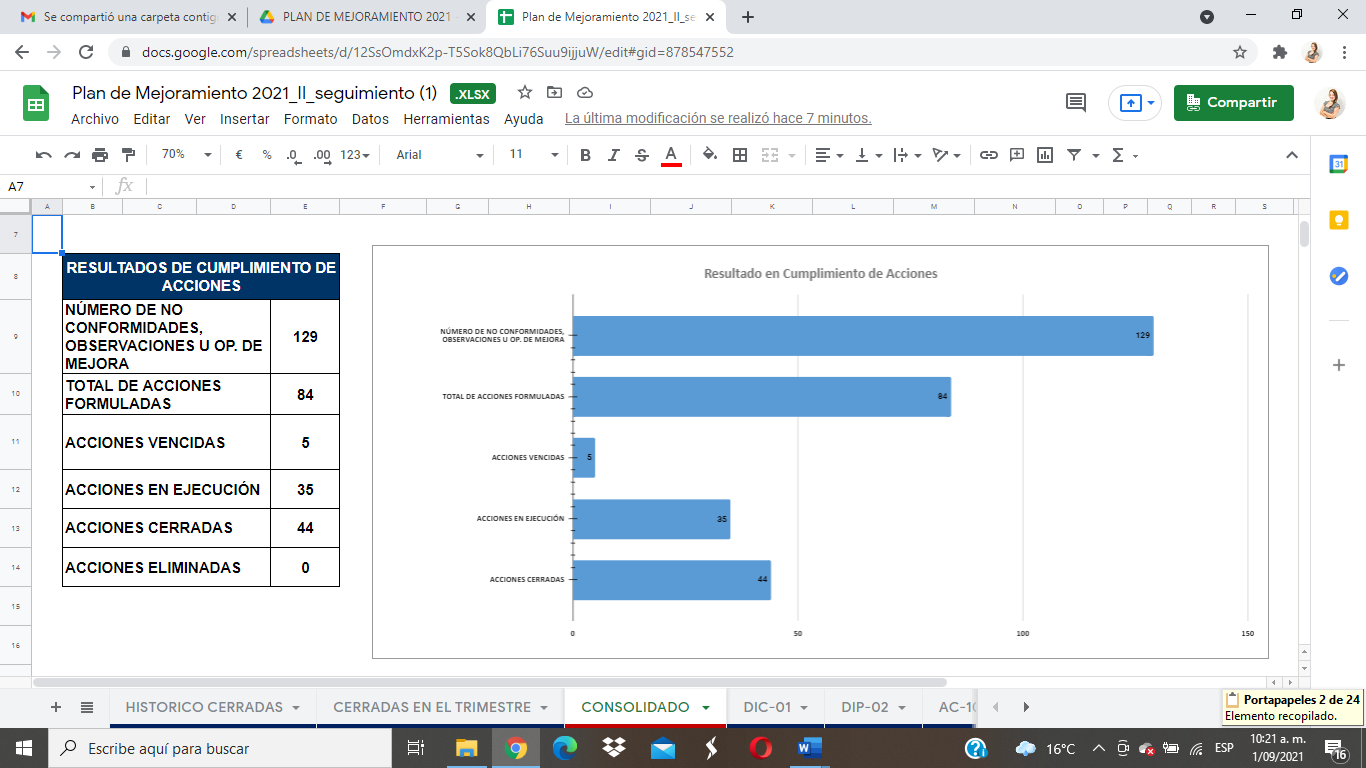
Para el plan de mejoramiento institucional se tomó como referencia los avances reportados por parte de los procesos y la información publicada en la página web de la Entidad y los avances de las acciones suscritas con ocasión de los hallazgos formulados por parte del Ente de Control en su visita de Auditoría de Regularidad vigencia 2021 PAD 2020.

1. **RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO.**

**2.1. Estado General de las acciones del plan de mejoramiento por procesos.**

El Plan de Mejoramiento por Procesos en general, cuenta con acciones correctivas y preventivas y/o de mejora, que han formulado los líderes de los diferentes procesos o encontradas en la realización de las auditorías internas para subsanar o prevenir desviaciones en la ejecución de los procesos, minimizar los riesgos y fortalecer el desarrollo de la gestión institucional.

Acorde al seguimiento efectuado por esta Oficina a 30 de junio de 2021, el Plan de Mejoramiento lo conformaban 129 hallazgos, observaciones y oportunidades de mejora, con 84 acciones formuladas, de las cuales 35 acciones (42%) quedaron en seguimiento, 44 acciones (52%) fueron cerradas por cumplimiento y efectividad y 5 acciones (6%) fueron vencidas.



*Fuente: Plan de mejoramiento por procesos a junio de 2021 - OCI*

1. **Avance presentado.**

A junio de 2021 el Plan de Mejoramiento por proceso se estructuró con 84 acciones formuladas, con el fin de subsanar o prevenir posibles desviaciones en la ejecución de los procesos, minimizar riesgos encontrados en el desarrollo de las auditorías internas adelantas por la OCI, así como de los ejercicios de autoevaluación por parte de los responsables de la ejecución de los procedimientos, los cuales se detallan a continuación:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROCESO** | | | **TOTAL  HALLAZGOS** | **TOTAL, ACCIONES POR PROCESO** | **VENCIDAS** | **EN EJECUCIÓN** | **CERRADAS** |
| **Divulgación y Comunicación** | | | **1** | **1** | **-** | **-** | **1** |
| **Dirección y Planeación** | | | **0** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| **Atención al Ciudadano** | | | **0** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| **Investigación y Desarrollo Pedagógico** | | | **0** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| **Gestión Documental** | | | **2** | **2** | **-** | **-** | **2** |
| **Gestión Contractual** | | | **1** | **1** |  | **-** | **1** |
| **Gestión Jurídica** | | | **0** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| **Gestión de Recursos Físicos y Ambiental** | | | **4** | **4** | **-** | **-** | **4** |
| **Gestión Tecnológica** | | | **87** | **48** | **2** | **31** | **15** |
| **Gestión del Talento Humano** | | | **22** | **17** | **-** | **4** | **13** |
| **Gestión Financiera** | | | **12** | **11** | **3** | **-** | **8** |
| **Control Interno Disciplinario** | | | **0** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| **Evaluación y Control** | | | **0** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| **Mejoramiento Integral y Continuo** | | | **0** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| **Totales** |  |  | **129** | **84** | **5** | **35** | **44** |

*Fuente. Seguimiento plan de mejoramiento por procesos OCI a junio 2021*

La situación detallada del estado de las acciones por cada uno de los procesos del IDEP, se encuentra en la matriz del plan de mejoramiento por procesos publicada en la página web en el mes de agosto de 2021 en el enlace Maloca AulaSIG, <http://www.idep.edu.co/?q=content/plan-de-mejoramiento-por-procesos>, a continuación, se presenta las acciones más relevantes del seguimiento:

* 1. **PROCESOS ESTRATÉGICOS.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIVULGACIÓN Y COMUNICACIÓN** | | |
| **DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD, OP. DE MEJORA U OBSERVACIÓN** | **DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO CON CORTE DE 2020**  **OFICINA CONTROL INTERNO** | **ESTADO** |
| Durante el mes de noviembre se revisó y ajustó el mapa de riesgos del proceso de Divulgación y comunicación, cuyos cambios se registraron en el acta de reunión del 28 de noviembre que reposan en el archivo de gestión de la Subdirección académica. Frente al riesgo de Retrasos o demoras en los tiempos de entrega de publicaciones a los usuarios y partes interesadas, los controles que se tienen se califican moderados, por esto se propone desde el líder formular una acción correctiva que permita mitigar la ocurrencia del riesgo identificado, puesto que su materialización corresponde a factores externos al IDEP. | Se verifico por parte de esta Oficina el seguimiento al cumplimiento del Contrato 036 de 2020 y la liquidación del mismo, por lo tanto, al culminar el contrato de impresión se finaliza la causa que genero la observación realizada por parte de esta Oficina. Se da cierre a esta acción. | **CERRADA** |

* 1. **PROCESOS DE APOYO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y AMBIENTAL** | | |
| **DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD, OP. DE MEJORA U OBSERVACIÓN** | **DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO CON CORTE A JUNIO DE 2020**  **OFICINA CONTROL INTERNO** | **ESTADO** |
| De acuerdo a lo establecido en el Procedimiento PRO- GFR-11-01 Egresos o Salidas Definitivas se evidencio desactualización del documento, puntos de control plasmados en el procedimiento los cuales no cumplen con un adecuado diseño de los mismos a falta de variables tales como: (Periodicidad, carencia de implementación de puntos de control, no se identifican soportes del control, no se observa que sucede con las diferencias o desviaciones encontradas en la ejecución del mismo, la mayoría de los controles establecidos correspondes a soportes y no a acciones o actividades que contribuyan a la mitigación de un riesgo). | Se verificó los diferentes controles implementados en el periodo evaluado mediante auditoría interna y se evidenció que no se están realizando efectivamente las actividades y los controles enunciados dentro del procedimiento PRO-GRF-11-01 Salidas definitiva de bienes y/o elementos del inventario de propiedad, planta y equipo, por lo anterior se recomienda re formular las acciones del plan de mejoramiento en razón a que fueron inefectivas e incluir dentro de las nuevas acciones las observaciones y las oportunidades de mejora realizadas en la auditoria de recursos físicos de 2021, como también puntualizar en los seguimientos quién reporta, las fechas de ejecución y los responsables del mismo, adicionalmente la fecha de la acción para su terminación esta vencida. | **CERRADA - INEFECTIVA** |
| Incumplimiento a lo establecido en el procedimiento PRO-GRF-11-01 Egresos o Salidas Definitivas, en el punto de control establecido en la actividad No 05 “Verificar la solicitud hecha por el funcionario vs. El comprante de salida” , toda vez que una vez efectuadas las pruebas sustantivas se evidencio diferencias entre Formato FT-GRF-11-03 solicitud de bienes y el documento de salida del sistema de información (GOOBI), para las salidas No. 12, 22, 34 y 49 de la muestra seleccionada. | De acuerdo con el seguimiento efectuado por parte de esta Oficina se evidencia cumplimiento a lo enunciado a la actividad # 5 del procedimiento PRO- GFR-11-01 mediante la evidencia de los soportes FT-GRF-11-03 enviados por la SAF los cuales se encuentran conformes a la solicitud versus el comprobante de salida, por lo anterior se cierra la acción como efectiva. | **CERRADA - EFECTIVA** |
| Desactualización del procedimiento PRO-GRF-11 -03 Inventario, en lo que corresponde a la implementación de controles en el documento y coherencia entre las actividades definidas en el mismo | Se verificó los diferentes controles implementados en el periodo evaluado mediante auditoría interna y se evidenció que no se están realizando efectivamente los puntos de control y la política de operación para los inventarios individuales por traslados enunciado dentro del procedimiento PRO-GRF-11 -03 "Inventarios de propiedad, planta y equipo" por lo anterior se recomienda re formular las acciones del plan de mejoramiento en razón a que la acción fue inefectiva e incluir dentro de las nuevas acciones las observaciones y las oportunidades de mejora realizadas en la auditoria de recursos físicos de 2021, como también puntualizar en los seguimientos quién reporta, las fechas de ejecución y los responsables del mismo, adicionalmente la fecha de la acción para su terminación esta vencida. | **CERRADA – INEFECTIVA** |
| De acuerdo a lo definido en la Resolución No 001 de 2001: Por la cual se expide el Manual de Procedimientos Administrativos y Contables para el Manejo y Control de los Bienes en los Entes Públicos del Distrito Capital numeral 4.10.1.1 se observó que no se están conformando adecuadamente los equipos de trabajo y grupos de conteo para la toma física anual que realiza la entidad, toda vez que son los mismos funcionarios de la entidad quienes realizan la validación de su propio inventario, lo que conlleva al riesgo de no reportar la totalidad del inventario asignado. | Se verificó los diferentes controles implementados en el periodo evaluado mediante auditoría interna y se evidenció que no se están realizando efectivamente los puntos de control y la política de operación para los inventarios individuales por traslados enunciado dentro del procedimientoPRO-GRF-11 -03 "Inventarios de propiedad, planta y equipo" por lo anterior se recomienda re formular las acciones del plan de mejoramiento en razón a que la acción fue inefectiva e incluir dentro de las nuevas acciones las observaciones y las oportunidades de mejora realizadas en la auditoria de recursos físicos de 2021, como también puntualizar en los seguimientos quién reporta, las fechas de ejecución y los responsables del mismo, adicionalmente la fecha de la acción para su terminación esta vencida. | **CERRADA - INEFECTIVA** |
| **GESTIÓN TECNOLÓGICA** | | |
| **DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD, OP. DE MEJORA U OBSERVACIÓN** | **DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO CON CORTE A JUNIO DE 2020** | **ESTADO** |
| Falta de disponibilidad de los servicios TIC. | La acción formulada esta observación por autoevaluación es *"Para disminuir el riesgo de falta de disponibilidad de energía, se realizarán acciones para suplir las fallas a través de una UPS" ;* una vez revisados todos los seguimientos reportados por parte del responsable del proceso, se evidencia que durante toda la vigencia 2020 inicialmente se indicó que había recursos y se realizaría la contratación en el mes de mayo; posteriormente se indicó que se evaluarían el traslado del centro de datos; luego se reportó que se evaluaría una solución para la vigencia 2021 teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos; para el primer trimestre de 2021 se señala que con el contrato 189 de 2020 se realizará el cambio de baterías. Lo anterior denota incoherencia entre los avances reportados durante la vigencia 2020 y el primer trimestre de 2021.  **Posteriormente en el segundo trimestre de 2021 se reporta: *"Teniendo en cuenta lo planteado ya se tomaron las acciones respectivas por la oficina de tecnología en el sentido de socialización y concienciar (sic) con las personas involucradas para evitar que esto vuelva a pasar, una vez informada a la Subdirección Administración, Financiera y de Control Disciplinario, tomaron las acciones correctivas para mitigar el riesgo".***  Estas actividades carecen de coherencia entre la actividad planteada inicialmente y el seguimiento reportado por parte del responsable del proceso; a la fecha no se evidencia cambio en la misma. Por lo anterior la acción se califica como inefectiva y se recomienda realizar un análisis de causa y establecer acciones de mejora que subsanen la observación de identificada por autoevaluación. | **CERRADA - INEFECTIVA** |
| Si bien se implementó el acta de compromiso con el buen uso de activos tic y cumplimiento de la políticas tic, no se cuenta con un acta que incluya todos los puntos recomendados | De acuerdo con el seguimiento reportado por parte de la OAP donde se solicita el cierre de esta acción, la OCI en las pruebas de control diseñadas para la auditoria de recursos físicos, evidenció que no se encuentra la completitud por parte de todos los funcionarios de las políticas TIC, por lo tanto, esta actividad se continua en ejecución hasta tanto no se pueda evidenciar el diligenciamiento y firma por parte de todos los funcionarios del IDEP. | **EN EJECUCIÓN** |
| En el PETI 2020, se encuentra declarado, mas no desarrollado como proyecto, sin embargo, en los cronogramas entregados se incluyen las actividades de “Divulgar y gestionar los boletines informativos de seguridad, Integrar con CSIRT de Gobierno” y se han adelantado capacitaciones en diversos temas tal como Goobi y Meets. En cuanto al PL-GTH-13-01 Plan Inst Capacit V7.pdf, se observa que aún no está articulado con el dominio de uso y apropiación, por las siguientes razones: • Los resultados de la mesa de servicio no son insumo para la identificación de necesidades. • En la tabla de necesidades de aprendizaje, no se incluyen los temas de Gobierno Digital y MSPI. • No se han articulado el eje de gestión del conocimiento, con planes de trasferencia de conocimiento interno y con terceros TIC, ni con la mesa de servicio. | Se verificó por parte de esta Oficina que en el plan institucional de capacitación se incluyó las siguientes capacitaciones:  Mayo 28: Reuniones Zoom y Generalidades Julio 09: Seguridad y Privacidad de la Información Julio 23: Activos de información  Agosto 05: Generalidades Goobi Objetivo: Dar a conocer el manejo básico del sistema de información Goobi y las mejoras a las funcionalidades de la nueva versión.  Agosto 09: Google apps. Objetivo: Dar a conocer las aplicaciones que integran la suite de Google Apss y el uso de las mismas como apoyo al trabajo que realizamos.  Agosto 19: Capacitación en Seguridad digital Octubre 01: Seguridad y Privacidad de la Información. Objetivo: Dar a conocer las políticas de Seguridad y Privacidad de la información del IDEP y divulgar algunos tips de seguridad a aplicar en cualquier ámbito.  Se realiza el cierre de la misma toda vez que solamente se encuentra pendiente la ejecución de dos (02) capacitaciones. | **CERRADA** |

**PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL**

Se realizará seguimiento al cumplimiento de las acciones propuestas en el plan de mejoramiento Institucional en el mes de diciembre en razón a que las acciones finalizan en el mes de octubre y noviembre de 2021.

**CONCLUSIONES**

El plan de mejoramiento por procesos lo conforman 129 observaciones y/u oportunidades de mejora para lo cual se formuló un total de 84 acciones; se dio cierre a 44 acciones que corresponde al 52%; el 44% (35 acciones) se encuentran en ejecución y 5 acciones (6%) fueron vencidas, tal como se detalla en el numeral 2.1. de este informe.

El plan de mejoramiento institucional se realizará el seguimiento en el mes de diciembre en razón a que las acciones finalizan en el mes de octubre y de noviembre del presente año.

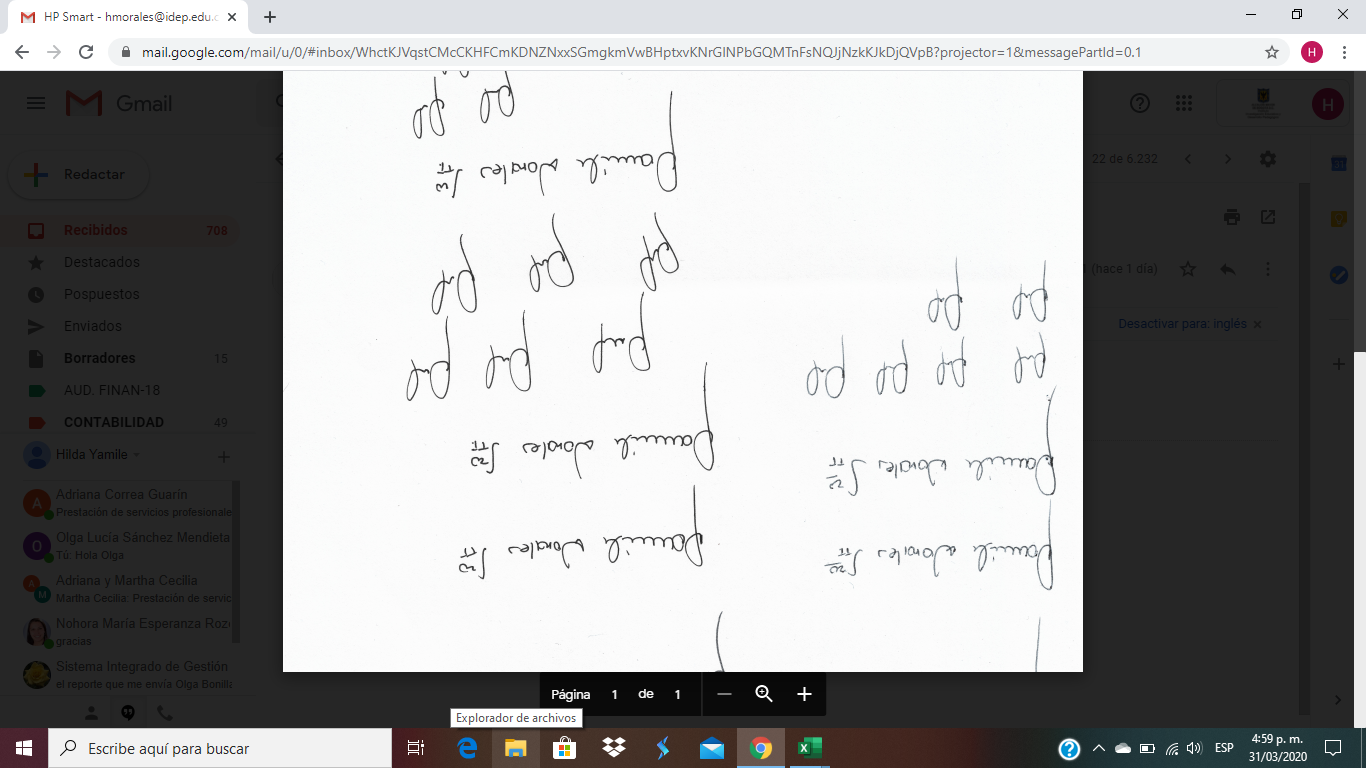
La Entidad viene fortaleciendo el cumplimiento a planes de mejoramiento, lo que coadyuva a fortalecer las desviaciones presentadas en los procesos, producto de auditorías tanto internas como externas y procesos de autoevaluación.

En este informe se resume las acciones con alguna recomendación y/o observación por parte de la Oficina de Control Interno, el detalle de todas las acciones se encuentra en la matriz de plan de mejoramiento por proceso e institucional, que se encuentra publicado en el link <http://www.idep.edu.co/?q=search/node/plan%20de%20mejoramiento>.

**RECOMENDACIONES**

* Tener en cuenta las sugerencias y observaciones específicas de cada acción, emitidas en el seguimiento de la Oficina de Control Interno, las cuales se encuentran en la base de datos del Plan de Mejoramiento.
* Deben ejecutarse las acciones en el tiempo programado, en caso de necesitar modificación en el plazo establecido se debe notificar la Oficina Asesora de Planeación ya que el fin es que se cumpla eficazmente.
* Se recomienda a los responsables de ejecución de las acciones, revisar periódicamente el Plan de Mejoramiento, con el fin de verificar las acciones a su cargo, cuándo deben iniciarse, su fecha de finalización y cómo debe darse cumplimiento a las mismas, la Oficina de Control Interno está dispuesta a brindar asesoría en lo que requieran las áreas.
* Incluir en los seguimientos efectuados el funcionario que reporta el avance, con el respectivo aval del jefe de área; lo anterior con el fin de identificar el responsable de la información suministrada a la Oficina Asesora de Planeación.
* El avance reportado debe detallar las actividades realizadas durante el trimestre en cumplimiento de la acción propuesta, con sus respectivos soportes de validación para lo cual se dispondrá en el próximo seguimiento de una carpeta compartida, con el fin de validar la efectividad de estas.

Cordialmente,



**HILDA YAMILE MORALES LAVERDE**

Jefe Oficina de Control Interno

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre / Cargo** | **Firma** |
| Aprobó | *Hilda Yamile Morales Laverde – Jefe OCI* |  |
| Revisó | *Hilda Yamile Morales Laverde – Jefe OCI* |
| Elaboró | *María Margarita Cruz Gómez – Profesional Contratsita OCI* |

*Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y/o técnicas vigentes*