	Plan de Acciones Correctivas	Código	FCI-19 v.05
		Página	1 de 1

NOMBRE DEL PROCESO:	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	FECHA DE ELABORACIÓN	23-oct-19
PRODUCTO DE:	AUDITORÍA INTERNA	N° DE ACTA DE REUNIÓN	N° 22 del 23 de octubre de 2019

							ESPACIO RESERVADO PARA DILIENCIAR POR LA ADMINISTRACIÓN DEL SIG O CONTROL INTERNO DE GESTIÓN				
CAMPOS SOLO PARA CASOS DE AUDITORIA INTERNA O			DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ANÁLISIS DEL HALLAZGO (Causas del hallazgo)	ACCIONES PLANTEADAS	FECHA DE INICIO	FECHA DE CIERRE	CONTROL Y SEGUIMIENTO	% POR ACCIÓN	ESTADO DE LA ACCIÓN	% DE CUMPLIMIENTO POR ACCIÓN	RESPONSABLE
O	NC	REQUISITO										
X		4.4.1 a	Conocen la caracterización, pero no identifican las entradas y las salidas del proceso. No explican desde el cumplimiento de sus funciones en el ciclo PHVA	La anterior observación pudo tener lugar a raíz de la explicación del proceso sin la literaridad de las siglas que identifican el ciclo.	El grupo de mejoramiento en sus reuniones mensuales socializará el PHVA a fin de fortalecer el conocimiento del ciclo del proceso	24/10/2019	20/12/2019		25	1	0,00%	
X		6.2	Manifiestan que el proceso apunta al primer y tercer objetivo de calidad, lo conocen y lo relacionan con su proceso. Pero tienen confusión cual es el objetivo de calidad al cual le apunta el proceso.	Se reconoce que en el marco de la auditoria, se indicó, que la oficina apuntaba al tercer objetivo, consistente en “Garantizar la sustentabilidad y crecimiento institucional”; esto obedeció al seguimiento realizado por parte del SIG, (respaldada con acta N° 014 del 18 de julio/19), en el cual se identificó el mismo, como el objetivo perseguido por este despacho. De igual forma Se aclara, que si bien es cierto, el objetivo también fue identificado por un sector del equipo como el de “Asegurar la excelencia e innovación en lo Académico y en la Gestión”, ello se produjo como resultado de la revisión de la ficha de indicador “HCD-02 Actividades Preventivas Ejecutadas”, previa a esta auditoría, publicada en el Centro Interactivo del SIG.	Por lo anterior, se elevó solicitud de capacitación, materializada por parte del líder del proceso del Sistema Integrado de Gestión, el cual advirtió que por error involuntario se había fijado el objetivo N° 1, pero que nosotros apuntábamos al objetivo N° 3. Acciones que motivaron la corrección de la ficha en el centro interactivo, de lo cual se anexa correo de trazabilidad.	1/10/2019	30/10/2019		25	1	0,00%	

	X	6.2.2	El proceso realiza su planificación mediante FAC 23 DEL 19 DE Enero de 2019, Planificación Control y Seguimiento de Actividades. Pero dentro de las descripciones del cambio o mejora, plantean “la modificación del módulo QRS para el registro y control para la trazabilidad de las quejas y querellas entre miembros de la comunidad universitaria” las peticiones de este módulo tiene que ver solo con disciplinario. Y por otro lado se plantea la variación del procedimiento PCI 01 investigación disciplinaria, y el cual va 23 pasos de la modificación del PCI.01- soportada por acta 007 de 7 mayo, 008 de 13 de mayo, 009 de 30 de mayo, 010 del 12 de junio, acta 015 del 18 de julio y 18 de agosto de 2019.el proceso va a ser más ágil.	Muy a pesar que la NO CONFORMIDAD, resulta confusa, el análisis hecho por el equipo de mejoramiento permite inferir que la misma pudo tener lugar con ocasión a que la descripción contemplada en el FAC 23 del 19 de enero de 2019, refleja la idea inicial del cambio o mejora, sufriendo la misma, proceso evolutivo (derivado del análisis de la necesidad), por el cual es pertinente aclarar que el nombre provisional “QRS” hace referencia al nombre asignado a una idea de prototipo, cuya finalidad es estructurar un sistema de información que permita realizar la trazabilidad de la quejas y querellas allegadas al proceso, las cuales están condicionadas a actos de trámite en concordancia con las modificaciones realizadas o implementadas por medio de las leyes disciplinarias.	Por cuanto no puede no puede mirarse la descripción de mejora establecida en el FAC-49, como la definitiva, puesto que la revisión del mismo ha permitido determinar que el sistema ya implementado en la institución (PQRSDF), no cumple las exigencias del proceso disciplinario, razón por la cual, a la fecha hablamos de la implementación de un nuevo sistema que permita controlar de manera eficiente y eficaz las peticiones, quejas, reclamos y denuncias allegadas de acuerdo a los términos de Ley y a los avances de la modificación de actuación disciplinaria, se considera pertinente replantear la actividad.	24/10/2019	20/12/2019		25	1	0,00%	
X		7.5.3.2 b y d	Manejan original y copia en archivo central. Archivo en nube, base de datos, copias de seguridad. Pero no cuentan con actas de asistencia a la capacitación realizada a registro y control.	Del analisis efectuado por el equipo de mejoramiento se pudo inferir que la anterior observación pudo tener lugar con ocasión a que en el momento de la auditoria no se le entregó al equipo auditor copia del acta de asistencia de la sensibilización efectuada al proceso de Admisiones, Registro y Control Académico. Sin embargo la misma reposaba en la carpeta de capacitación del semestre/19	Mediante correo electronico del 01 de octubre de 2019, se le envió digitalizada la lista de asistecia del evento al equipo auditor junto con memorando que contenia "respuesta, revisión infome de aditoria interna 2019".	1/10/2019	30/10/2019		25	1	0,00%	
								% DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO			**0%**	

NOTA: EJECUTADAS LAS ACCIONES PLANTEADAS Y UNA VEZ VERIFICADA SU EFECTIVIDAD DEBE DEJARSE LA EVIDENCIA EN ACTA DE REUNION, DE LO CONTRARIO DEBE REPLANTEARSE LA ACCIÓN.