

INFORME 2.6-52.18/21 de 2020 DE SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN
Y ATENCIÓN AL CIUDADANO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA
-CORTE AGOSTO 2020

1. Objetivo

Verificar en el Plan Institucional Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, el desarrollo de las estrategias, componentes y disposiciones normativas gubernamentales de la Política pública anticorrupción, e informar sus resultados al Comité de Gestión del Desempeño Institucional y de Control Interno, y a los procesos involucrados, como insumo a las decisiones de mejora que corresponden adoptar.

2. Alcance

Aplica a la formulación y ejecución de actividades del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano durante el segundo cuatrimestre del 2020, frente a los componentes de:

- ✓ Gestión del Riesgo.
- ✓ Rendición de Cuentas.
- ✓ Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano.
- ✓ Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información.
- ✓ Iniciativas Adicionales.

3. Antecedentes

Con Resolución Rectoral 0106 del 2020 la Universidad adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG, cuyas dimensiones recogen los lineamientos y criterios para la implementación de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano-PAAC, principal estrategia de transparencia y control social.

El componente de Gestión del Riesgo, prioritario en el fortalecimiento de las estrategias y controles a la gestión académico-administrativa para recuperar la confianza, legitimidad y aceptación de los ciudadanos, tiene como base la Política de Administración del Riesgo, y su metodología que orienta a asegurar la efectiva lucha contra la corrupción.

4. Marco Legal

- ✓ Ley 1474 de 2011 en materia de mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.



Hacia una Universidad comprometida con la paz territorial

Edificio de Rectoría – Claustro de Santo Domingo
Calle 5 N° 4-70 Segundo Piso. Centro Histórico - Popayán - Cauca - Colombia
Teléfono: 8209922 Conmutador 8209900 Exts. 1362 – 1154
cinterno@unicauca.edu.co - www.unicauca.edu.co

- ✓ Decreto 019 del 2012 que dicta normas para “suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública”
- ✓ Decreto 1083, Único reglamentario del Sector Función Pública.
- ✓ Decreto 338 de 2019, que adopta medidas de fortalecimiento al control interno frente a la lucha contra la corrupción.
- ✓ Acuerdo Superior - 029 de 2019, adopta la Política de Administración del Riesgo en la Universidad del Cauca.
- ✓ Resolución Rectoral – 106 de 2020, adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG en la Universidad del Cauca.

5. Metodología

La Oficina de Control Interno atendió las medidas gubernamentales y universitarias del marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, por lo que para el presente, consideró los reportes de la Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional – OPDI respecto del PAAC, y aplicó en su análisis las técnicas de la “Guía de Auditoría Universidad del Cauca” PV-GC-26-OD1.

6. Desarrollo

6.1. Componente N°1 Gestión del Riesgo

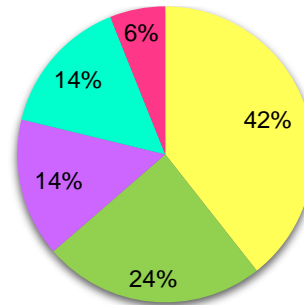
| Primer Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2020 Universidad del Cauca Oficina de Control Interno | | | | | | |
|--|--|---|---|-----------------|---|--|
| Fecha seguimiento | | | | Corte Agosto 30 | | |
| Subcomponente | Subproceso responsable | Actividades programadas | Actividades cumplidas | % avance | Evidencia | Observación y/o mejora |
| Consulta y divulgación | Gestión de la Planeación y Desarrollo Institucional Gestión de las Comunicaciones | Divulgar y socializar las etapas de construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano a la comunidad. | La actividad fue reemplazada por la difusión de la metodología para la administración del riesgo – MARUC. | 0% | | Se omiten las estrategias de comunicación relacionadas con la difusión del PAAC a los grupos de valor universitarios. |
| Monitoreo | Gestión de la Planeación y Desarrollo Institucional | Revisar periódicamente el Mapa de riesgos de corrupción, y dado el caso realizar los ajustes. | Se realizó monitoreo virtual, y se actualizó el Mapa de Riesgos de Gestión y Corrupción. | 66% | Actas y listados de asistencia | Acompañar técnicamente el monitoreo del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano por la Oficina de Planeación y de Desarrollo Institucional y afianzarlo como ejercicio de valoración de efectividad y de determinación de riesgos emergentes y sus ajustes. |
| Seguimiento | Gestión del Control y Mejoramiento Continuo | Realizar seguimiento a los avances de las actividades de control de cada proceso consignadas en el mapa de riesgos de corrupción. | La OCI realizó seguimiento a la implementación del PAAC en el II cuatrimestre de la vigencia 2020. | 66% | Link http://www.unicauca.edu.co/versionP/plananticorrupcion-atencion-al-ciudadano | |

6.1.1 Evaluación a la formulación del Mapa de Riesgos Institucional

✓ Se identifican 51 riesgos y 82 controles, en los siguientes Procesos universitarios.

| Proceso | Riesgos | Tipo de riesgo | | Controles |
|--|-----------|----------------|------------|-----------|
| | | Gestión | Corrupción | |
| Gestión de la Dirección Universitaria | 4 | 3 | 1 | 6 |
| Gestión de la Planeación y Desarrollo institucional | 4 | 4 | 0 | 9 |
| Gestión de la Calidad y la Acreditación | 3 | 3 | 0 | 5 |
| Gestión Académica | 5 | 2 | 3 | 9 |
| Gestión de la Investigación, Innovación e Interacción Social | 6 | 3 | 3 | 16 |
| Gestión Administrativa y Financiera | 18 | 10 | 8 | 19 |
| Gestión de Cultura y Bienestar | 9 | 5 | 4 | 12 |
| Gestión del Control y del Mejoramiento Continuo | 2 | 1 | 1 | 6 |
| TOTAL | 51 | 31 | 20 | 82 |

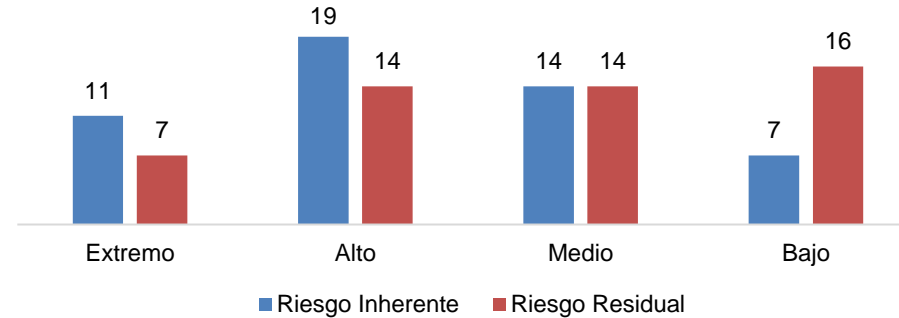
✓ Tipología de riesgos identificados:



■ Operativo ■ Estratégicos ■ Cumplimiento ■ Tecnológicos ■ Financieros

✓ Nivel de Riesgo

| Riesgos | | |
|---------|------------------|-----------------|
| Nivel | Riesgo Inherente | Riesgo Residual |
| Extremo | 11 | 7 |
| Alto | 19 | 14 |
| Medio | 14 | 14 |
| Bajo | 7 | 16 |



| Proceso | Bajo | Medio | Alto | Extremo |
|--|------|-------|------|---------|
| Gestión de la Dirección Universitaria | 2 | 2 | 0 | 0 |
| Gestión de la Planeación y Desarrollo institucional | 1 | 2 | 1 | 0 |
| Gestión de la Calidad y la Acreditación | 2 | 0 | 1 | 0 |
| Gestión Académica | 0 | 2 | 1 | 2 |
| Gestión de la Investigación, Innovación e Interacción Social | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Gestión Administrativa y Financiera | 11 | 3 | 4 | 0 |
| Gestión de Cultura y Bienestar | 0 | 2 | 5 | 2 |
| Gestión del Control y del Mejoramiento Continuo | 0 | 1 | 1 | 0 |

6.1.2 Riesgos de gestión por mejorar

| Proceso | Riesgo | Causa | Control | Observación y/o recomendación | |
|---------------------------------------|--|--|--|---|--|
| | | | | Primer cuatrimestre | Segundo cuatrimestre |
| Gestión de la Dirección Universitaria | Publicación de información incompleta, en medios de comunicación institucionales | Desconocimiento desde las dependencias de los procesos de comunicación al interior de la Universidad | <p>Verificar el manejo de la información a publicar a través de la aplicación de una herramienta de verificación a publicar</p> <p>Capacitar al personal encargado del manejo de las publicaciones</p> | La Universidad no cuenta con clasificación de información. Podría determinarse otro tipo de causa y control asociado. | Se realizó ajuste del riesgo, causa y se determinó un nuevo control. |

| Proceso | Riesgo | Causa | Control | Observación y/o recomendación | |
|---|--|--|--|--|---|
| | | | | Primer cuatrimestre | Segundo cuatrimestre |
| Gestión de la Dirección Universitaria | Demoras en la elaboración de convenios, conceptos y/o actos administrativos | Desconocimiento de la normatividad interna por parte de otras dependencias para la elaboración de convenios, resoluciones y donaciones | Socializar los procedimientos internos de la Secretaría General a la comunidad universitaria | El "vencimiento de términos" se asocia a un riesgo, cuya causa puede ser el desconocimiento de los tiempos de respuestas Redireccionar inoportunamente la PQRSF al área correspondiente" es una causa que me genera el incumplimiento de los términos establecidos por la Ley. | Se realizó ajuste del riesgo, causa y control |
| Gestión de la Dirección Universitaria | Afectación a la realización de actividades conducentes al proceso de internacionalización | Falta de apropiación de la comunidad universitaria frente a la relevancia del proceso de Internacionalización. | Presentación de propuesta para la asignación de recursos y dar cumplimiento a las actividades propuestas. | El riesgo no indica el quehacer del objetivo del proceso de internacionalización ni la actividad específica que podría vulnerarlo. | Se realizó ajuste de la causa y control, se aterrizó el riesgo al objetivo del proceso |
| Gestión de la Planeación y Desarrollo Institucional | Presupuestos sin estudios previos en el Plan Maestro Urbanístico y Arquitectónico PMUA. | Presiones internas y manipulación de decisiones por encima de los conceptos técnicos para la elaboración de presupuesto en el Plan Maestro Urbanístico y Arquitectónico PMUA | Formulación del procedimiento para la elaboración del presupuesto de los proyectos del Plan Maestro Urbanístico y Arquitectónico PMUA Verificar lista de chequeo que cumpla con el procedimiento del Plan Maestro Urbanístico y Arquitectónico PMUA | El riesgo, causa y controles no se ajustan a la Metodología Institucional MARUC. | Se realizó ajuste del riesgo, se determinó única causa y se redefinieron dos de los controles |
| Gestión de la Calidad y la Acreditación | Distribución inequitativa de recursos a los planes de mejoramiento de los programas académicos | Falta de capacitación en la formulación de planes de mejora | Capacitar a Coordinadores de Programa en la formulación de planes de mejora | La causa se asocia a la falta de capacitación, la que no se aprecia como directa (Podría relacionar al desconocimiento como situación general | Se mantiene la observación. La falta de capacitación no es una causa de riesgo. |

| Proceso | Riesgo | Causa | Control | Observación y/o recomendación | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | Primer cuatrimestre | Segundo cuatrimestre |
| Gestión Académica | Disminución en el desempeño en las pruebas Saber Pro | Falta de preparación en componentes específicos de la prueba | Verificar | | Se determinó un nuevo riesgo que requiere identificar el control conforme a la MARUC |
| Gestión de la Investigación, Innovación e Interacción Social | Pérdida de la conectividad de la información del SIVRI | Perdida de la Red, daño eléctrico o recalentamiento | Revisar que opciones pueden salvaguardar la información de forma más efectiva | El riesgo no se relaciona directamente con el objetivo del proceso o su quehacer, su formulación se asemeja a una causa que no permite su consecución, puede asociarse al seguimiento de los proyectos de investigación. | El riesgo no se considera en el mapa, por cuanto este se relaciona a otro proceso que actualmente lo tienen controlado |
| Gestión de la Investigación, Innovación e Interacción Social | Fractura de procesos misionales | Contratación fragmentada por semestres de los profesionales de las dos divisiones y el área editorial | Actas de entrega de contratistas | El riesgo, causa y controles no se ajustan a la MARUC. | Se mantiene la observación |
| Gestión de la Investigación, Innovación e Interacción Social | Incumplimiento en los plazos de entrega de los compromisos pactados en los proyectos de investigación, emprendimiento, interacción social, publicación de libros y transferencia de resultados | Los insumos solicitados no llegan en los tiempos solicitados o acordados | Revisar que la adquisición de insumos y elementos necesarios para la ejecución de proyectos para que se realicen en tiempo. A través de la creación e implementación del formato de plan adquisiciones para proyectos de investigación. | La descripción es un control adicional, por lo que aún falta detallar la forma de ejecutar el control. | Se armonizaron los controles y se realizó ajuste a su descripción. |
| Gestión de la Investigación, Innovación e Interacción Social | Incumplimiento en los reportes ante los entes de control (secretaría de salud municipal) | El perfil del funcionario no es el adecuado para el cumplimiento de los requerimientos del Centro de Salud | Verificar que el manejo de la información se haga adecuadamente acorde a la normatividad vigente | La identificación de causas es genérica, debe ajustarse a la realidad del proceso. | Se ajustó el control y se planteó uno nuevo, a los cuales se les definieron nuevos controles. |

| Proceso | Riesgo | Causa | Control | Observación y/o recomendación | |
|-------------------------------------|---|--|--|--|---|
| | | | | Primer cuatrimestre | Segundo cuatrimestre |
| | | Manipulación indebida de la información que se ingresa a la Historia Clínica | Verificar que el manejo de la información se haga adecuadamente acorde con la normatividad vigente | | |
| Gestión Administrativa y Financiera | Pérdidas de los bienes de la Universidad del Cauca | Falta de seguridad en algunas dependencias universitarias. | Solicitud al área de seguridad, control y movilidad de revisión de la seguridad en las dependencias universitarias. Con el informe presentado solicitar al área de mantenimiento las adecuaciones de seguridad necesarias de las instalaciones | El desconocimiento no es un riesgo, es una causa generadora. | Se realizó ajuste del riesgo, se determinaron tres causas y se definieron tres nuevos controles |
| | | Desconocimiento y falta de compromiso de los servidores públicos en el manejo y custodia de los bienes asignados | Documento informativo a la entrega de bienes a los servidores públicos | | |
| | | Desconocimiento y falta de compromiso de los servidores públicos en el manejo y custodia de los bienes asignados | Constatar los bienes a cargo de los funcionario | | |
| Gestión Administrativa y Financiera | Insumo (papelería, cafetería y aseo) insuficientes para el funcionamiento de las diferentes dependencias universitarias | Falta de proyección y control de las existencias en bodega de elementos de papelería, aseo y cafetería | Proyección, manejo y control de las cantidades necesarias para el abastecimiento de las diferentes dependencias universitarias | El riesgo y causa no se ajustan a la MARUC, se recuerda que los riesgos son internos y no atribuibles a terceros, pues deben relacionarse con el objetivo del proceso. | Se redefinió el riesgo, se determinó nueva causa y nuevo control |
| Gestión Administrativa y Financiera | Entrega de equipos que se encuentran en el área de mantenimiento a personas no autorizadas. | No existen mecanismos de control para la entrega de equipos que estén en el Área de Mantenimiento | Documentar, publicar y socializar procedimiento para la recepción y entrega de equipos del área de mantenimiento a la comunidad universitaria. | Podría determinarse como riesgo de corrupción | Se realizó el análisis y se definió como riesgo de operación |

| Proceso | Riesgo | Causa | Control | Observación y/o recomendación | |
|-------------------------------------|--|--|--|---|---|
| | | | | Primer cuatrimestre | Segundo cuatrimestre |
| Gestión Administrativa y Financiera | Incumplimiento a la normatividad vigente para el trabajo en alturas en los edificios de la Universidad del Cauca | No se cuenta con puntos y dispositivos de anclaje y líneas de vida | Implementar formato de consentimiento de responsabilidades y verificar el uso de los elementos de protección | No es un control que permita mitigar el riesgo. | Se realizó ajuste del control |
| Gestión Administrativa y Financiera | Suministro de información primaria a consolidar, imprecisa e inoportuna por parte de los responsables, para su presentación a los entes internos y externos. | Falta de Seguimiento, control, verificación y análisis de la información a generar y a reportar por los responsables del suministro de la misma. | N.A. | Sin formulación del control. | Se determina aceptar el riesgo, por su coste en relación al beneficio que genera. |
| Gestión Administrativa y Financiera | Ejecución presupuestal por solicitudes errada | Mecanismos deficientes de registros de los documentos aportados para un trámite o procedimiento | N.A. | El riesgo no cumple con la MARUC | No se considera como riesgo, por lo que se excluyó del mapa. |
| Gestión Administrativa y Financiera | Pérdida de títulos valores sobre financiación de las matrículas y cuentas de cobro de convenios y contratos. | No se cuenta con la infraestructura ni las herramientas necesaria para la custodia de los títulos valores | Salvaguardar los títulos valores en un espacio adecuado con la seguridad requerida para su protección y custodia | La descripción del control se asemeja al control en sí, y no describe el cómo se efectuará. | Se realizó ajuste del control |
| Gestión Administrativa y Financiera | Pérdida de títulos valores sobre financiación de las matrículas y cuentas de cobro de convenios y contratos. | Trámite de financiación y cuentas de cobro se realizan de manera manual y física porque se requiere de la originalidad del documento. | Implementar una herramienta digital que permita salvaguardar los documentos (títulos valores) | La descripción del control no detalla el cómo. | Se realizó ajuste del control |
| Gestión Administrativa y Financiera | Vinculación de estudiantes para monitorias sin el cumplimiento de los requisitos | Exceso de actividades del funcionario que verifica los documentos del estudiante | Revisión y ajuste del procedimiento | El riesgo no cumple con la MARUC | Se redefinió la causa y se implementó un nuevo control |

| Proceso | Riesgo | Causa | Control | Observación y/o recomendación | |
|-------------------------------------|---|--|--|---|---|
| | | | | Primer cuatrimestre | Segundo cuatrimestre |
| | | Controles deficientes de la documentación aportada | | | |
| Gestión Administrativa y Financiera | Interrupción en los servicios de los sistemas de información de la Universidad del Cauca | Equipos de respaldo de fluido eléctrico (Plantas-UPS) obsoletas | Mantenimiento de servidores dentro del centro de datos de las TIC Implementación de un Centro de Datos, para el fortalecimiento a los sistemas de información de la Institución.. | No se especifica en el riesgo el objetivo o quehacer que se podría vulnerar | Se realizó ajuste de la causa y el control |
| Gestión de Cultura y Bienestar | Pérdida de los programas por la no inscripción de la comunidad universitaria a los programas ofertados por la División de Gestión de la Recreación y el Deporte | Trámites y procedimientos para la inscripción a los programas ofertados, ejecutados de forma manual. | Generación de listados de inscritos a los diferentes programas ofertados por la División de Recreación y Deporte para su posterior realización. | El riesgo no pertenece al proceso. Se adecúa a un riesgo de los usuarios de los servicios de recreación y deportes. | Se realizó ajuste del riesgo, causa y se determinó un nuevo control |
| Gestión de Cultura y Bienestar | Pérdida del patrimonio tangible a cargo de la Universidad del Cauca | Dentro de la planta administrativa no se cuenta con personal calificado para arqueología histórica. | Actualización de las fichas técnicas patrimoniales a cargo de la Universidad del Cauca | La causa y control no tienen relación directa | Se mantiene la observación: La causa y control no tienen relación directa. |
| Gestión de Cultura y Bienestar | Requerimiento por parte de los organismos de salud respecto a la disposición final de los residuos biológicos. | Incumplimiento del protocolo estricto establecidos por los organismos de salud | Buscar una alternativa de manejo para los residuos biológicos | El riesgo se debe enmarcar dentro de la tipología de riesgo ambiental. | Se realizó ajuste del riesgo, causa y se determinó un nuevo control, sin embargo este no cumple con los requerimientos de la MARUC. |

6.1.3 Riesgos de corrupción por mejorar

| Proceso | Riesgo | Causa | Control | Observación y/o mejora | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | Primer cuatrimestre | Segundo cuatrimestre |
| Gestión Académica | Apropiación de recursos por concepto de derechos notariales y fotocopias de escrituras públicas | Trámites y procedimientos ejecutados manualmente | Gestionar ante la Vicerrectoría Administrativa la autorización para que los usuarios cancelen los servicios del archivo por SQUID | El riesgo no relaciona correctamente el objetivo o quehacer afectado. La causa es genérica, no se relaciona directamente con el proceso. | Se mantiene la observación |
| Gestión de la Investigación, Innovación e Interacción Social | Pérdida de libros en el Sello editorial | No existe un espacio adecuado y controlado para la venta y almacenamiento de los libros | Solicitar a la Vicerrectora Administrativa adecuación de espacio para el almacenamiento de los libros del Área de Desarrollo Editorial | El control no permite mitigar el riesgo. | Se mantiene la observación. |
| Gestión de la Investigación, Innovación e Interacción Social | Manejo inadecuado de los recursos por factores internos y/o externos de los proyectos de investigación, emprendimiento, interacción social y transferencia | Desconocimiento por los servidores de los procedimientos que ejecutan | Preparar a los investigadores en los trámites administrativos de los proyectos | El control no se relaciona directamente con la causa y no permite la mitigación del riesgo. | Se realizó ajuste de la causa, se identificó otra y se determinaron dos nuevos controles |
| | | El sistema administrativo y financiero no actualizado o no documentado | Socializar con los investigadores las responsabilidades al ejecutar recursos públicos | | |
| Gestión de la Investigación, Innovación e Interacción Social | Apropiación de dineros públicos por parte de los funcionarios | Registros manuales por falta de implementación de la facturación electrónica para el Centro de Salud | Implementar una facturación electrónica para el Centro de Salud | El riesgo no relaciona el quehacer específico que se vulnera. Las causas son genéricas no se relacionan directamente con el riesgo. | Se realizó ajuste de la causa y se determinaron tres controles. |
| | | | Arqueo diario de caja al finalizar la jornada laboral | | |
| | | | Auditorías Aleatorias | | |
| Gestión Administrativa y Financiera | Expedir una paz y salvo sin haber cumplido el trámite correspondiente para beneficiar a un tercero | Relaciones de amistad de entre usuarios y ejecutores de trámites y procedimientos | Validación de las personas que tengan a cargo bienes a su nombre | El riesgo, causa y control no se relacionan. | Se determinó un control adicional |
| | | | Validación en el sistema por parte del profesional especializado del área para firma del paz y salvo | | |
| Gestión Administrativa y Financiera | Uso indebido de elementos y/o materiales adquiridos para actividades de | Entrega de elementos al personal sin el control adecuado | Registro en el nuevo software de Administración de Gestión de Mantenimiento de los tipos | El control es existente o se encuentra en implementación por lo que | Se realizó ajuste del control. |

| Proceso | Riesgo | Causa | Control | Observación y/o mejora | |
|-------------------------------------|--|---|---|--|---|
| | | | | Primer cuatrimestre | Segundo cuatrimestre |
| | mantenimiento utilizados para beneficio propio y/o de terceros | | de elementos y repuestos utilizados y/o a utilizar; considerando en el las cantidades existentes las adquiridas y las entregadas de acuerdo a las necesidades y dependencia que lo requiere. | se debe determinar un nuevo. | |
| Gestión Administrativa y Financiera | Contratos sin el seguimiento y control requerido en la ejecución y cierre de los proyectos favoreciendo intereses particulares | Manipulación de decisiones o decisiones por encima de los conceptos técnicos | Formulación y elaboración del procedimiento para seguimiento y control en la ejecución y cierre de proyectos (obras). | Control no se identificó conforme a la MARUC. | Se realizó ajuste del control. |
| Gestión Administrativa y Financiera | Direccionamiento de pliego de condiciones o evaluaciones de un proceso de contratación favoreciendo a un oferente. | Manipulación de decisiones o decisiones por encima de los conceptos técnicos | Revisión y ajustes al procedimiento al acuerdo 064 de 2008 Las evaluaciones de los pliegos de condiciones las realice un equipo multidisciplinario | El control y su descripción no se relacionan. | Se realizó ajuste del control y se determinó uno adicional. |
| Gestión Administrativa y Financiera | Uso Indevido de los recursos Informáticos en beneficio de un tercero | Fuga de Información sensible por abuso de privilegios | Revisar los permisos de acceso y privilegios otorgados a funcionarios en los sistemas de información institucional. Vigencia de las credenciales de acceso. | El control y su descripción no se relacionan. | Se realizó ajuste del control |
| Gestión Administrativa y Financiera | Errores en la liquidación de la nómina por acción u omisión para favorecer a un tercero | Ofrecimiento de dádivas por terceros al funcionario encargado del proceso de liquidación de nómina. Reportes de novedades extemporáneos en el suministro de la información por las diferentes dependencias y/o | Verificar de manera aleatoria la nómina final por parte del Profesional Especializado de la Div. De Gestión del Talento Humano. Revisión y ajuste del procedimiento y los formatos de liquidación de nómina PA-GA-5.1-PR-3(Procedimiento de Liquidación de nómina) | Causa genérica que no se relaciona directamente con el riesgo. | Se realizó ajuste de la causa, se identificó una nueva y se formularon dos nuevos controles |

| Proceso | Riesgo | Causa | Control | Observación y/o mejora | |
|--------------------------------|--|--|---|--|----------------------------|
| | | | | Primer cuatrimestre | Segundo cuatrimestre |
| | | funcionario para la liquidación de nómina | | | |
| Gestión de Cultura y Bienestar | Asignación de cupos a estudiantes aspirantes en residencias universitarias, que no cumplan con los requisitos establecidos en el acuerdo 040 de 2003 | Manipulación de decisiones o decisiones por encima de los conceptos técnicos | Verificar actas de comité transitorio de bienestar estudiantil. Información suministrada por el módulo de residencias en SIMCA. | La consecuencia "Cierre de las Residencias Universitarias" no se ajusta la MARUC. El control no se encuentra correctamente descrito. | Se mantiene la observación |

6.1.4 Avance en la implementación del Mapa de Riesgos

| Subproceso responsable | Actividades programadas | Actividades cumplidas | % avance | Evidencia | Recomendaciones / observaciones |
|------------------------|--|---|----------|-------------------------------------|--|
| Gestión Jurídica | Socializar los procedimientos internos de la Oficina a la comunidad universitaria. | Elaboración de cronograma de actividades para dar cumplimiento al control propuesto frente al riesgo, con periodo de ejecución desde el mes de agosto hasta noviembre de 2020. | 0% | Oficio 2.5-92.8/293 del 01/06/2020. | No reportan evidencia respecto de la actividad programada para el mes de agosto de 2020. |
| Unidad de Salud | Verificar el cumplimiento del procedimiento de arqueo de caja. | En el periodo de emergencia sanitaria, la Unidad de Salud no realizó actividades de ingreso a través de caja, salvo la retención en la fuente de la cuenta por pagar N°S653-202000001. | - | Reporte JRDC y JRDJ | Evaluar la vigencia del riesgo acorde al nuevo contexto, y de ser necesario su retiro. |
| | Verificar el cumplimiento del procedimiento de dispensación de medicamentos | Con oficio 10.1-92/532 del 22/04/2020 el Director Encargado solicitó al presidente delegado autorizar la contratación de un auditor externo para el procedimiento de dispensación de medicamentos en el Área de Farmacia. | 33% | Oficio 10.1-92/532 del 22/04/2020 | |
| | Verificar las mejoras aplicadas al software de manejo de inventarios de medicamentos. | La Unidad de Salud reporta la reunión realizada con el equipo humano del Área de Farmacia, relacionado con la aplicación del software caduceos farmacia. | 0% | | Se relaciona como evidencia el acta N°1 con fecha 16/10/2018, resultando inconsistente frente al tiempo de ejecución programado para el control. |
| | Verificar la aplicación de la política de adquisición, inventarios y administración de medicamentos. | Relacionan como avance la existencia de las políticas. | 0% | | Sin pertinencia la evidencia frente al control programado. |

| Subproceso responsable | Actividades programadas | Actividades cumplidas | % avance | Evidencia | Recomendaciones / observaciones |
|---|---|--|----------|--|--|
| Gestión del Talento Humano | Revisión y actualización del procedimiento, para la toma de correctivos si es necesario. | La División de Gestión del Talento Humano reporta la actualización al procedimiento "Vinculación temporal o definitiva de personal administrativo". | 0% | No se suministró | El programa Lvmn registra el procedimiento en su versión 04 con última fecha de actualización del 17/10/2017, situación que imposibilita asignar el avance que corresponde frente al control programado. |
| | Verificar los canales de comunicación, para eficiencia en el resultado de la guía temática del plan de capacitación. | La División de Gestión del Talento Humano aplicó herramienta de sondeo para la identificación de necesidades del Plan Institucional de Capacitación. | 66% | Resultado General de la Encuesta de Necesidades PIC – SIGLA. Relación de Funcionarios y Necesidad de Capacitación Individual | |
| Gestión del Control y del Mejoramiento Continuo | Medir el impacto de los planes de mejoramiento en el desempeño institucional. Emitir notas de control que impulsen la ejecución de los Planes de Mejoramiento. | La OCI realizó seguimiento al Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República -CGR y a los internos por procesos, sobre los cuales advirtió respecto a incumplimientos que comprometen la efectividad y eficacia de las acciones de mejoramiento. Los resultados fueron informados al Comité Institucional de Gestión de Desempeño y de Control Interno. | 66% | Informe 2.6-52.18/17 de 2020. | |
| | Sensibilizar sobre la cultura del autocontrol a través de estrategias y en desarrollo de cada rol funcional | La OCI dio continuidad a la difusión de la campaña "Universidad Transparente, Rompe las Cadenas de la Corrupción", con el apoyo del Centro de Gestión de las Comunicaciones. | 66% | Oficio 2.6-52.13/181 del 06/08/2020 Redes sociales institucionales Facebook y Twitter. | |
| | Verificar en el PIC la inclusión y ejecución de las necesidades de capacitación de la OCI | En atención a las medidas gubernamentales e institucionales derivadas de la emergencia sanitaria, la OCI continuó su proceso de | 66% | Actas 2.6-1.56/16 del 07/05/2020; 2.6-1.56/20 del | |

| Subproceso responsable | Actividades programadas | Actividades cumplidas | % avance | Evidencia | Recomendaciones / observaciones |
|------------------------|--|---|----------|---|---------------------------------|
| | Verificar la ejecución de los recursos destinados a capacitación del proceso | <p>capacitación desde la modalidad virtual a partir de la oferta del Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP y de la Universidad del Cauca.</p> <p>DAFP:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG. -Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción. -Formato informe semestral Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno. -Actualización Guía auditoría basada en riesgos para entidades públicas. Versión 4. <p>Institucionales a través de la plataforma google meet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestión Documental - PQRSF y notificación de ctos administrativos, Comité de Conciliación, Responsabilidad del servidor público | | <p>22/05/2020 y 2.6-1.56/23 del 04/08/2020</p> <p>Certificados DAFP</p> | |

6.2 Componente 2: Racionalización de Trámites

| Subproceso responsable | Actividades programadas | Actividades cumplidas | % avance | Evidencia | Recomendaciones/ observaciones |
|---|--|---|----------|------------------------------------|--|
| Gestión de la Planeación y Desarrollo Institucional | Revisar el procedimiento de los trámites identificados con los responsables de los trámites y la optimización del mismo. | La Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional-OPDI requirió a la División de Admisiones, Registro y Control Académico-DARCA Se actualizó el formato integrado "Devolución y/o compensación de pagos en exceso y pagos de lo no debido por conceptos no tributarios". | | Oficio 2.4.92.8/592 del 11/06/2020 | La estrategia de racionalización de trámites no recoge los lineamientos generales de la política gubernamental, conclusión expuesta por la OCI en el informe 2.6- 52.18/26 de 2019 de seguimiento a la implementación de la Estrategia de racionalización de trámites en la Universidad del Cauca. A la fecha no se ha formulado Plan de Mejora, observación registrada en el informe 2.6-52.18/17 de 2020 de seguimiento a los Planes de Mejoramiento. |
| Avance del componente | | | | | 0% |

6.3 Componente N° 3: Rendición de Cuentas

| Subproceso responsable | Actividades programadas | Actividades cumplidas | % avance | Evidencia | Recomendaciones/ observaciones |
|------------------------|---|--|----------|--|--|
| | Socialización en el Comité de Dirección para su aprobación del Plan de Acción del Desarrollo de la Rendición de Cuentas 2019. | Socialización del plan de acción para la realización de las audiencias públicas de rendición de cuentas por Facultad y la institucional. | 100% | Documento Plan de Acción. | |
| | Solicitar publicación de la Resolución R- 0073 del 29 de enero de 2020, en el Link de Rendición de Cuentas y en el Link | Los actos administrativos que reglamentan la realización de la audiencia pública de | 100% | Link https://www.unicauca.edu.co/versionP/rendicion-de-cuentas | Esta actividad operativa debe incluirse en el Plan de acción, por cuanto en la presente estrategia debe procurarse plantear las acciones y actividades |

| Subproceso responsable | Actividades programadas | Actividades cumplidas | % avance | Evidencia | Recomendaciones/ observaciones |
|---|---|---|----------|--|---|
| Gestión de la Planeación y Desarrollo Institucional | de Ley de Transparencia de la página web institucional. | rendición de cuentas se encuentran debidamente publicados en el portal web institucional. | | | relacionadas directamente con la estrategia. |
| | Recepción de informes de las diferentes dependencias Académico-Administrativas. | La OPDI requirió a los procesos y subprocesos institucionales rendir cuentas respecto a su gestión vigencia 2019, sobre lo cual se consolidó en un informe general. | 100% | Archivo de gestión OPDI | Atender las oportunidades de mejora preestablecidas en el Plan de Mejoramiento vigente suscrito con la OCI. |
| Gestión de la Planeación y Desarrollo Institucional | Revisión y ajuste del informe de gestión institucional consolidado. | Consolidación y publicación de informe de gestión vigencia 2019, que comunica los avances en el Plan de Desarrollo Institucional 2018 – 2022 y los informes de las representaciones ante el Consejo Superior. | 100% | Link http://www.unicauca.edu.co/versionP/sites/default/files/files/IG_2019_11_Resumen_ejecutivo.pdf | Atender las oportunidades de mejora preestablecidas en el Plan de Mejoramiento vigente suscrito con la OCI. |
| | Diagramación de la portada y el contenido del informe de gestión 2019. | | | | |
| | Desarrollo del cronograma propuesto para la Audiencia Pública 2019. | La Universidad del Cauca celebró el 05 de junio de 2020 la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, en modalidad virtual desde sus canales en Facebook y Youtube. | 100% | Link http://www.unicauca.edu.co/versionP/rendicion-de-cuentas https://www.youtube.com/watch?v=TyFpvd3lyjo&feature=youtu.be | |

| Subproceso responsable | Actividades programadas | Actividades cumplidas | % avance | Evidencia | Recomendaciones/ observaciones |
|------------------------------|--|--|----------|---|--------------------------------|
| | Realizar el informe de evaluación sobre el desarrollo del proceso de la Audiencia Pública de la Rendición de Cuentas 2019. | La Rectoría y la Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional-OPDI publicaron su informe de evaluación en el portal web institucional. La OCI desde su rol de evaluador independiente emitió el informe 2.6-52.18/13 de 2020. | 100 | Link http://www.unicauca.edu.co/versio nP/rendicio n-de-cuentas | |
| | Solicitud de Publicación en el Link de Rendición de Cuentas y en el Link de Transparencia del informe de evaluación de la Rendición de Cuentas 2019. | Los informes de evaluación se encuentran publicados en el link Rendición de Cuentas del portal web institucional. | 100 | Link http://www.unicauca.edu.co/versio nP/rendicio n-de-cuentas | |
| Avance del componente | | | | Del 57 al 100% | |

6.4 Componente N°4: Mecanismos para Mejorar la atención al ciudadano

| Subcomponente | Actividades programadas | Actividades cumplidas | % avance | Evidencia | Recomendaciones/ Observaciones |
|--|---|---|----------|---|---|
| N°. 1 Estructura Administrativa y Direccionamiento Estratégico | Divulgar canales institucionales de Atención para información y solicitudes que permitan la mejora del servicio al ciudadano. | Difusión del banner de PQRSF y del Punto Anticorrupción en el portal web institucional. | 66% | http://www.unicauca.edu.co/versio nP/sites/default/files/Informe_SistemaPQRSF_Segundo_Trimestre2020.pdf | Difundir permanentemente información que oriente a los grupos de valor respecto al procedimiento de presentación de PQRSF. Realizar seguimiento al funcionamiento de los buzones, documentar su información y prever las medidas de mejora que correspondan. |

| Subcomponente | Actividades programadas | Actividades cumplidas | % avance | Evidencia | Recomendaciones/ Observaciones |
|---|---|---|----------|---|--|
| | Elaborar un documento que identifique los diferentes puntos de atención y los canales de atención al ciudadano que existen en la Universidad del Cauca. | Se reporta el diseño y publicación en redes sociales universitarias, respecto a la ruta para la presentación de PQRSF. | 0% | https://www.instagram.com/p/B8e5Oc7IPQ8/?igshid=14q8fk8ga8ft0 | La actividad relacionada como avance, no ejecuta la programación en los términos que exigen las políticas de servicio al ciudadano. |
| | Diseño e instalación de placas señaléticas en los espacios universitarios para orientar al usuario y ciudadano en general. | El proyecto estratégico RG 2017 – 018 PMUA 2020, asigna recursos a: Suministro e instalación de placas de señalética institucional para la casona Consultorio Jurídico - Sede norte) de la Universidad el Cauca; actualización Manual de señalética Universitaria. Señalización del protocolo de bioseguridad para la prevención de contagio del COVID 19. | 66% | Banco de proyectos universitarios – OPDI Informe de señalética por COVID 19 y registros fotográficos. | |
| N°. 2 Fortalecimiento de Canales de Atención | Establecer requisitos de accesibilidad aplicable a la actualización de la página web institucional, en cumplimiento con la normatividad vigente. | El Centro de Gestión de las Comunicaciones recibió asesoría respecto a la norma técnica de calidad 5854 Accesibilidad a páginas web, sobre lo cual se concluyó la necesidad de construir nuevamente la página web acorde a los requisitos de calidad aplicables. | 33% | Registros archivo gestión Centro de Gestión de las Comunicaciones | |
| | Implementación de la herramienta de control para la trazabilidad de los requerimientos de los ciudadanos PQRSF. | Existe una nueva iniciativa, que pretende automatizar el procedimiento de recepción, seguimiento y control a los documentos de ventanilla única. Sin avance el relacionado exclusivamente con PQRSF. | 0 % | Registros División TIC. | El avance suministrado relacionado con los informes de seguimiento practicados por la Secretaría General al Sistema de PQRSF no guarda relación con la actividad programada. Promover ante la Dirección Universitaria la continuidad del aplicativo digital de recepción, seguimiento y control de PQRSF. |

| Subcomponente | Actividades programadas | Actividades cumplidas | % avance | Evidencia | Recomendaciones/ Observaciones |
|---------------------------------|---|---|----------|---|---|
| | Elaboración de informes de PQRSF dirigidos al Rector de la Universidad del Cauca. | Emisión de informes de seguimiento corte marzo y abril de 2020. | 33% | Portal web institucional – PQRSF Link: http://www.unicauca.edu.co/versio nP/secgral-informes-pgrsf | |
| N°. 3 Talento Humano | Fortalecer las competencias en procesos de cualificación de los funcionarios y contratistas de la Universidad del Cauca que atienden directamente a los ciudadanos. | La División de Gestión del Talento Humano, adelanta la identificación de necesidades de capacitación, como insumo a la programación del PIC vigencia 2020. | 33% | Archivo gestión - Registros PIC. | No se informa respecto de la cualificación y fortalecimiento de las habilidades del talento humano para la atención al ciudadano. |
| | Programar en el Plan Institucional de Capacitación, temáticas relacionadas con el mejoramiento del servicio al ciudadano PQRSF, Gestión Documental y Código Único Disciplinario. | La Secretaría General coordinó la capacitación en la Ley Estatutaria 1755 del 2015, Decreto Legislativo 491 de 2020 y trámite transitorio de las PQRSF durante la emergencia Económica, Social y Ecológica declarada por el brote del virus Covid-19; notificación de actos administrativos y comité de Conciliación, en cumplimiento de los roles institucionales y la satisfacción del usuario. | 66% | Link http://www.unicauca.edu.co/versio nP/documentos/circulares/circular-informativa-de-secretar%C3%A Da-general-sobre-cronograma-de-capacitaciones | |
| N°. 4 Normativo y Procedimental | Consolidar la información recepcionada en la institución con PQRSF, y publicar en el Link de Transparencia y Acceso a la Información los informes de PQRSF, discriminando y especificando el canal de recepción de la PQRSF y la dependencia a la cual fue asignada, relacionando los tiempos de respuesta al peticionario. | La Secretaría General emite informe trimestral y la OCI evalúa la administración de las PQRSF, sobre lo cual existe Plan de Mejoramiento. | 66% | Portal web institucional – PQRSF Link: http://www.unicauca.edu.co/versio nP/secgral-informes-pgrsf | |

| Subcomponente | Actividades programadas | Actividades cumplidas | % avance | Evidencia | Recomendaciones/ Observaciones |
|---|---|--|----------------------|--|--|
| | Revisión, actualización y mejora de acuerdo al procedimiento de los trámites identificados en el SUIT. | Sin avance sobre las observaciones emitidas en el informe 2.6-52.18/26 de 2019 que evaluó la implementación de la estrategia de racionalización de trámites y su consolidación en el SUIT. | 0% | | Formular Plan de Mejoramiento frente al informe 2.6-52.18/26 de 2019. |
| N°. 6 Relacionamiento con el Ciudadano | Realizar la encuesta de percepción y satisfacción a los usuarios de los servicios prestados para vigencia 2020. | Encuesta aplicada a la satisfacción en las respuestas de PQRSF. | 0% | | La actividad reportada como avance no guarda relación con la programación, la cual debe estar direccionada por el Centro de Gestión de la Calidad y la Acreditación Institucional. |
| | Realizar seguimiento y evaluación de los informes de PQRSF y de las encuestas de percepción y satisfacción de los usuarios. | El primer y segundo informe de seguimiento a las PQRSF realizado por la Secretaría General fue remitido al Centro de Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional. | 66% | | Aplicar la encuesta de evaluación de servicios y articular sus resultados con los arrojados en las evaluaciones al sistema de PQRSF. |
| | Elaborar plan de mejora con base en las denuncias, quejas presentadas por los usuarios y las encuestas de participación. | Se aplican medidas de mejoramiento exclusivamente sobre administración de las PQR66SF. | 33% | Registros archivo de gestión Secretaría General y Oficina de Control Interno | Considerar los resultados de autoevaluaciones y evaluaciones relacionadas con la atención al usuario, la satisfacción del servicio y las PQRSF como insumo a las actividades de mejoramiento que correspondan. |
| Avance del componente | | | Del 23 al 36% | | |

6.5 Componente N°5 Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información Pública

| Subcomponente | Actividades programadas | Actividades cumplidas | % avance | Evidencia | Recomendaciones/ Observaciones |
|---|--|--|----------|-----------|---|
| N°.1 Lineamientos de Transparencia Activa | Actualizar y completar la información institucional obligatoria en el marco de la Ley 1712 de 2014 Ley de Transparencia y Decreto 103 de 2015. | La Universidad del Cauca dispone en su portal web del Link " <i>Ley de Transparencia</i> ", que contienen la información exigida en la Ley 1712 de 2014. | 0 | | No se reportó registro de avance de monitoreo realizado por la Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional |

| Subcomponente | Actividades programadas | Actividades cumplidas | % avance | Evidencia | Recomendaciones/ Observaciones |
|---|---|--|----------|------------------------------|---|
| | Evaluar al interior de la institución el nivel de mejora en cuanto a la implementación de la Ley 1712 de 2014, mediante el resultado obtenido con la matriz de autodiagnóstico de índice de Transparencia y Acceso a la Información – ITA diseñada la Procuraduría General. | La OPDI diligenció el ITA EL 09 de agosto de 2019. Se requerirá igualmente la realización de Plan de Mejoramiento. | 0 | | No se reportó registro de avance de monitoreo realizado por la Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional |
| | Diligenciamiento de la matriz de autodiagnóstico ITA con el acompañamiento de las diferentes dependencias académico - administrativas. | Sujeto a la formulación e implementación de plan de mejoramiento. | 0 | | No se reportó registro de avance de monitoreo realizado por la Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional |
| Nº.2 Lineamientos de Transparencia Pasiva | Continuar con la aplicación de la metodología de acuerdo a las nuevas directrices implementadas para el sistema de recepción de PQRSF. | La Secretaría General acorde a los lineamientos y criterios internos administra el sistema de PQRSF. | 66 | Registros Secretaría General | Aplicar permanentemente las acciones de mejoramiento que resultan de los ejercicios de autoevaluación y evaluación. |
| Nº.3 Elaboración de instrumentos de Gestión de la Información | Establecer cronograma para la actualización de las tablas de Gestión Documental en las dependencias Académico-Administrativas de la Universidad del Cauca. | | 0 | | Los instrumentos establecidos legalmente son tres: ✓ Registro o inventario de activos de la información. ✓ Esquema de publicación de información. ✓ Índice de información clasificada y reservada. |
| | Elaborar cronograma para capacitación en las diferentes dependencias Académico Administrativas en el manejo de la información institucional (Gestión Documental) | | 0 | | |
| | Solicitar al Consejo Superior la adopción de la Política institucional de archivo. | | 0 | | Las actividades programadas no ejecutan los instrumentos referenciados, ni guardan relación directa. |
| | Continuar con la catalogación de la información histórica que custodia el Archivo Histórico. | | 0 | | |
| | Determinar el esquema de publicación de la información institucional. | | 0 | | La anterior recomendación emitida en el primer informe de seguimiento, no fue considerada como mejora al cumplimiento del subcomponente. |
| Nº. 4 Criterio de Accesibilidad | Incluir en la página web institucional herramientas y/o ayudas visuales y auditivas para atender población en condiciones de discapacidad en | | 0 | | No se suministra evidencia que permita verificar el cumplimiento de la actividad programada. |

| Subcomponente | Actividades programadas | Actividades cumplidas | % avance | Evidencia | Recomendaciones/ Observaciones |
|--------------------------|--|--|------------------------|-----------|-----------------------------------|
| | cumplimiento con la normatividad NTC 5854. | | | | |
| | Adecuar espacios físicos para accesibilidad de población en condición de discapacidad. | La OPDI estima avance del 60% en la construcción de rampas para personas con movilidad reducida en la Facultad de Ciencias Naturales, Exactas y de la Educación. | 60 | | |
| Avance componente | | | Conserva el 12% | | |

6.6 Iniciativas adicionales

| Actividades programadas | Actividades cumplidas | % avance | Evidencia | Recomendaciones / observaciones |
|---|---|----------|--|------------------------------------|
| | En el marco de la implementación del MIPG – Dimensión Talento Humano, se adelanta la formulación del Código de Integridad con participación de los procesos involucrados y, aplicando a la modalidad de trabajo en casa. | 66 | | |
| Establecer actividades que permitan la revisión, implementación y ajustes necesarios del código de ética Institucional al código de integridad enmarcado en el modelo integrado de Planeación y Gestión MIPG. | Desarrollo de la campaña “Universidad Transparente”, a través de la emisora institucional, redes sociales y estrategias comunicativas. | 100 | Link: http://www.unicauca.edu.co/versionP/informacion-y-ayudas/quejas-anticorrupcion | |
| | Se diseñó y publicó en las redes sociales institucionales videoclip en el que los Directivos y la Jefe de la Oficina de Control Interno conceptualizan sobre la vivencia de los valores de integridad en el contexto de la función pública. | | Oficio 2.6-52.13/181 del 06/08/2020 Redes sociales Facebook y Twitter – cuenta oficial Universidad del Cauca | |
| Avance componente | | | 83% | |

7. Observaciones

Adicional a las emitidas en el contenido del informe, la Oficina de Control Interno destaca las siguientes:

7.1. Componente Gestión del Riesgo

- Resultado del monitoreo practicado por la Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional, se evidencian mejoras en la identificación de riesgos y definición de controles con base en las observaciones trasladadas en el primer informe de seguimiento corte abril del 2020.
- El Mapa de Riesgos registra ochenta y dos (82) controles, de los cuales se efectuó reporte únicamente sobre once (11), sin evidencia suficiente para concluir efectividad en el tratamiento del riesgo.
- El monitoreo practicado por la OPDI no contiene consideraciones sobre la pertinencia e integralidad de la información de los Procesos responsables del PAAC, con lo que se limita a consolidar la información sin análisis técnico que le correspondería funcionalmente.

7.2. Componente Racionalización de Trámites

- El avance reportado registra actividades que no logran satisfacer el objetivo legal y reglamentario de la Política Pública Antitrámites, situación que se ha reiterado en los informes de seguimiento al PAAC, en la auditoría 2.6-52.18/26 de 2019 y recientemente en el informe de seguimiento a los Planes de Mejoramiento 2.6-52.18/17 de 2020.

7.3. Componente Rendición de Cuentas

- Continúa asumiéndose este componente como la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas, sin que se evalúe el cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1757 de 2015 y de las orientaciones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG.

7.4. Componente Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano

- Continúa sin avance la identificación de los puntos de atención al ciudadano en la Universidad del Cauca, con lo que se reporta como avance únicamente la operación del sistema de PQRSF.
- El aplicativo digital para la administración de las PQRSF sigue sin operar.
- Se confunde la encuesta de percepción y satisfacción a los usuarios respecto de los servicios institucionales, con el sondeo que realiza la Secretaría General respecto de las PQRSF.

7.5. Mecanismos para la Transparencia y al Acceso a la Información

- El subcomponente N°3 que exige la elaboración de instrumentos de gestión de la información, excluye los exigidos legal y reglamentariamente: i. Registro o inventario de activos de la información; ii Esquema de publicación de información; y iii. Índice de información clasificada y reservada; sobre los cuales no existe avance.

8. Recomendaciones

- Continuar el ejercicio de mejoramiento del componente de Gestión del Riesgo frente a las orientaciones técnicas que sobre la materia prevé la Política de Administración del Riesgo y la Metodología de Administración del Riesgo de la Universidad del Cauca-MARUC, y las directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública y la Secretaría de Transparencia.
- Hacer un mayor aprovechamiento de los medios de comunicación institucionales para visibilizar las estrategias de lucha contra la corrupción que existen en el Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano-PAAC.
- Requerir en el transcurso del último cuatrimestre de la vigencia 2020 avances a los Procesos Universitarios responsables, frente a la aplicación de las actividades de cada componente.
- Activar la acción disciplinaria para los servidores universitarios que incumplen con su deber en la ejecución de las actividades consignadas en el PAAC, según lo prevé la Ley 1474 del 2011- Estatuto Anticorrupción en su art. 81.

Elaboró

Firmado Digitalmente por
KEVIN ROBINSON NARVÁEZ CHILMA
Fecha: 40/09/2020 11:00 Am

KEVIN ROBINSON NARVÁEZ CH.
Evaluador

Firmado Digitalmente por
MIGUEL ÁNGEL ROSALES CAICEDO
Fecha: 40/09/2020 11:00 Am

MIGUEL ÁNGEL ROSALES CAICEDO
Evaluador

Revisó y aprobó

Firmado Digitalmente por
LUCÍA AMPARO GUZMÁN VALENCIA
Fecha: 40/09/2020 11:00 Am

LUCÍA AMPARO GUZMÁN VALENCIA
Jefe Oficina de Control Interno