INFORME 2.6-52.18/015 de 2016 DE SEGUIMIENTO A LOS AVANCE PRESENTADO POR LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA CON CORTE A JUNIO 30 DE 2016

Fecha: agosto de 2016

1. OBJETIVO GENERAL

En el contexto del módulo de Planeación y Gestión del MECI y su componente de Planes de Mejoramiento, determinar el nivel de avance en la ejecución de las acciones y actividades de mejoramiento, para revisión de sus resultados por la Dirección Universitaria como insumo de las decisiones que le corresponde adoptar para la mejora.

2. ALCANCE.

Incluye el seguimiento a los planes de mejoramiento internos suscritos durante el periodo 2012-2015.

3. MARCO NORMATIVO

- Ley 87 de 1993 y concordantes sobre el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del estado.
- Directiva Presidencial 08 de 2003 en materia de cumplimiento de los planes de mejoramiento acordados con la Contraloría General de la República.
- Decreto 943 del 2014 Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).
- Resolución Rectoral 923 de 2015 que adopta medidas de fomento a la cultura del autocontrol para el cumplimiento de acciones de mejora en la Universidad del Cauca.

4. METODOLOGÍA Y DESARROLLO

Fuentes de información la constituyen los archivos de gestión y entrevistas con los procesos y subprocesos a cargo de los planes de mejoramiento internos y responsables de las acciones de mejora.

4.1. Estado de los planes de mejoramiento internos.

Con corte a 31 de diciembre de 2015 la OCI emitió el informe 2.6-52.18/04 de avance de los planes de mejoramiento por procesos, cuyos resultados permitieron oficializar el cierre de cinco (5) planes con avances superior a 80%, por lo que en cumplimiento al procedimiento PV-GC-2.4-PR-6 de Evaluación y Seguimiento se procedió a su cierre.

Tabla Nº1 Planes cerrados con ejecución corte 2015

Plan de Mejoramiento	Avance
PIC	99%
SGC y MECI	96%
Cafeterías	93%
Gimnasio	93%
PQRS	81%

La OCI oficializó el cierre con los líderes de cada plan, y en el marco de las estrategias de difusión lo hizo público en cartelera, resaltando los logros.

Con el cierre, el total de planes disminuyó en 29% sobre el total de 17, quedando 12 vigentes los cuales han sido objeto de seguimiento durante el I semestre del 2016.

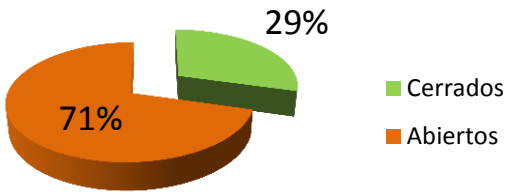


Gráfico Nº1 Planes cerrados y vigentes

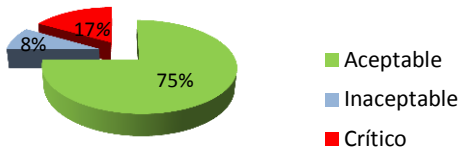
Tabla Nº 2 Desglose planes con vigencia expirada y sin cierre.

Estado Planes de Mejoramiento internos corte Junio 30 de 2016					
Plan de mejoramiento	Periodo de vigencia		Mora Años	Nivel de avance	
Procedimiento de Cesión de Bienes a Título Gratuito	1/Dic/13	30/Dic/14	1,4	60,00%	Aceptable
Admisiones, Registro y Control Académico -ARCA-	20/Oct/12	15/Nov/12	3,4	72,00%	

Estado Planes de Mejoramiento internos corte Junio 30 de 2016					
Plan de mejoramiento	Periodo de vigencia		Mora Años	Nivel de avance	
ARCA-Acuerdo Nº 085 de 2008	1/Feb/13	30/Dic/13	2,4	69,24%	
Centro de Salud "Alfonso López"	1/Abr/13	30/Sept/13	2.6	84,44%	
Servicios de Aseo	14/Dic/12	30/Sept/13	2,6	82,14%	
Movilidad y Seguridad	1/Nov/13	30/Nov/14	1,5	83,33%	
Procesos Disciplinarios	1/Oct/14	30/May/15	0,9	51,00%	
Monitorias	20/Ene/15	30/Oct/15	0,6	70,00%	
Plan de Compras	12/Nov/13	12/Nov/14	1,5	58,89%	
Año Sabático	30/Jun/15	30/Jun/16	0	38,18%	Inaceptable
Administrativo Unidad de Salud	1/05/2015	31/12/2015	0,6	0,00%	Crítico
Asistencial Unidad de Salud	29/09/2015	29/06/2016	0	0,00%	

Tabla N° 3 Resumen estado planes de mejoramiento internos

Clasificación por rangos de ejecución	
Rango	Nº Planes
Aceptable	9
Inaceptable	1
Crítico	2
Total	12

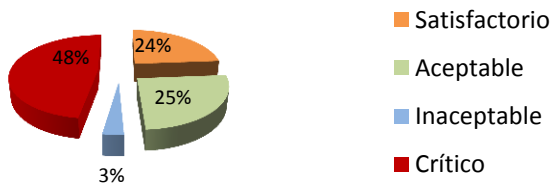


Gráfica N° 2. Representación porcentual

Tabla N° 4 Desglose por actividades Planes Internos de Mejoramiento

Plan de Mejoramiento	Responsable	Porcentaje de Avance				Incumplidos	Total de actividades
		90%-100 %	50%-89%	20%-49%	<19		
Donaciones	DAyS /Adquisic. Inv	0	11	0	0	11	11
Admisiones	DARCA	10	1	0	4	15	15
Acuerdo 085/2008	DARCA	7	10	1	3	21	21
Centro de Salud "Alfonso López"	Vice administrativa	2	4		5	11	11
Servicios de Aseo	DAyS	6	2	1	1	10	10
Movilidad y Seguridad	DAyS	8	3	2	0	13	13
Disciplinarios	Viceadministr. /GCID	3	8	1	4	16	16
Monitorias	Viceadministrativa	2	3	0	1	6	6
Plan de Compras	DAyS / Adquisic. Inv.	3	4	0	1	8	8
Año Sabático	Vice académica	3	1	1	5	10	10
Administrativa Unidad de Salud	Unidad de salud	0	0	0	16	16	16
Asistencial Unidad de Salud.	Unidad de salud	0	0	0	48	48	48
Total de actividades		**44**	**47**	**6**	**88**	**185**	**185**

Del consolidado de actividades por rango conforme al total (185), el 24% presenta un desarrollo satisfactorio, 25% aceptable, 3% inaceptable y el 48%, valor más alto crítico.



Gráfica N° 3 Representación porcentual

En el rango de criticidad, se ubican 88 actividades de las cuales 64 (73%) corresponden a los planes de la Unidad de Salud sin reporte de avance, pese a los diferentes seguimientos y requerimientos de la OCI.

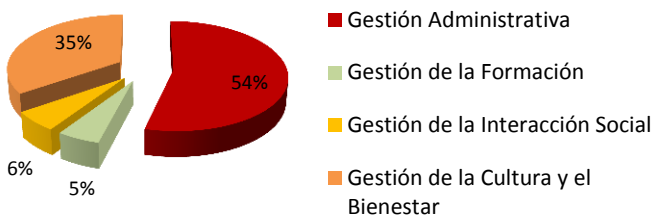
Tabla Nº 5 Seguimiento a los planes de mejoramiento Unidad de Salud

Fecha	Asunto del Oficio
30 diciembre de 2014	Remite informe para formulación del plan de mejoramiento
17 febrero de 2015	Reitera la solicitud de formulación

Fecha	Asunto del Oficio
11 de marzo 2015	Devuelve por cuanto su estructura no se basa en la matriz de plan de mejoramiento aprobada por la Universidad (Código: PV-GC-2.4-FOR-4).
18 junio de 2015	Devuelve por persistencia de debilidades de formulación. Se solicita: Completar y revisar las causas del hallazgo. Definir acciones de mejora y actividades efectivas. Redefinir acciones y actividades que se confunden e imposibilitan determinar la medida de la actividad y su seguimiento. Argumentar los hallazgos que NA (no aplican).
10 septiembre de 2015	La OCI informa que se mantienen debilidades que no permiten concretar las acciones de mejora.
29 septiembre de 2015	Insta al envío del documento suscrito para adelantar el primer seguimiento.
30 septiembre de 2015	Correo electrónico que aclara dudas presentadas por la Dirección.
10 noviembre de 2015	Envía el plan del proceso asistencial de la Unidad con propuestas de mejora.
18 marzo de 2016	Solicita reporte de ejecución de acciones y actividades
7 abril de 2016	Objeta el reporte
23 mayo de 2016	Se detectan inconsistencias sobre la información reportada en razón a que: ✓ No se suministran datos que evidencien la unidad y cantidad de medida de las acciones. ✓ Se estiman avances en porcentaje sin evidenciar las cantidades base para su cálculo. ✓ La descripción de las acciones no aseguran efectividad de la acción; ✓ No integra todos los aspectos débiles determinados en la evaluación. ✓ La evidencia no tiene relación con la unidad de medida ni con las observaciones
09 de junio de 2016	A solicitud del Consejo Superior Universitario, se remite a la secretaría general de la Universidad el informe 2.4-52.18/021 de 2014 evaluación a procesos administrativos, financieros y asistenciales de la Unidad de Salud, reportando incumplimiento en la formulación y ejecución de los planes de mejoramiento resultantes del mismo.

Tabla N° 6 Actividades por Procesos y con vigencia expirada

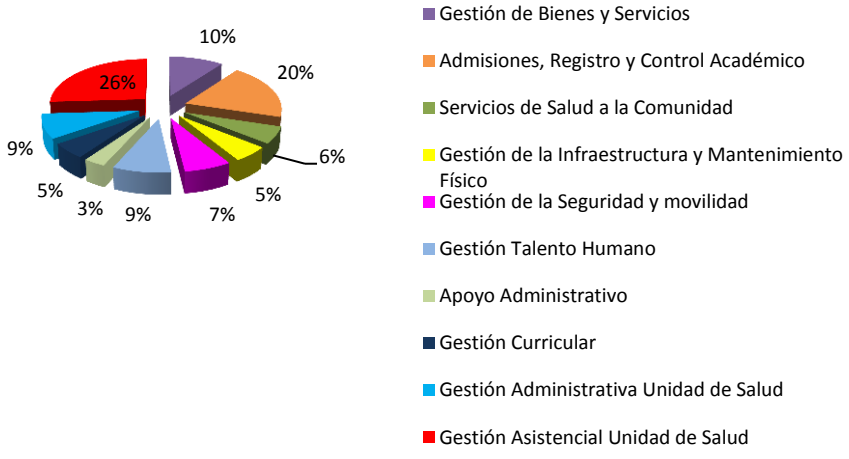
Proceso	Actividades incumplidas
Gestión Administrativa	100
Gestión de la Formación	10
Gestión de la Interacción Social	11
Gestión de la Cultura y el Bienestar-Unidad de Salud	64
Total	**185**



Gráfica N° 4 Estado de actividades por proceso.

Tabla N° 7 Actividades por Subprocesos y con vigencia expirada

Sub - proceso	Actividades incumplidas	Porcentaje
Gestión de Bienes y Servicios	19	10%
Admisiones, Registro y Control Académico	36	20%
Servicios de Salud a la Comunidad	11	6%
Gestión de la Infraestructura y Mantenimiento Físico	10	5%
Gestión de la Seguridad y movilidad	13	7%
Gestión Talento Humano	16	9%
Apoyo Administrativo	6	3%
Gestión Curricular	10	5%
Gestión Administrativa Unidad de Salud	16	9%
Gestión Asistencial Unidad de Salud	48	26%
Total	185	100%



Gráfica Nº5 Representación porcentual

5. Conclusiones:

- De los 17 planes de mejoramiento suscrito por procesos, se logró el cierre de los relativos a Gimnasio, Cafeterías, Plan de Capacitación Institucional, PQRS y SGC-MECI.
- Nueve (9) planes de mejoramiento registran un nivel de ejecución entre el 50 y 89%. Y con morosidad entre 0.6 a 3.4 años, en su mayoría corresponden a los procesos de Gestión Administrativa y Gestión de la Cultura y Bienestar (Unidad de Salud).
- En la clasificación inaceptable se ubica el plan de mejoramiento de otorgamiento de año sabático, cuyo avance se estima en 38%.
- De los planes de mejoramiento suscritos con la Unidad de Salud en sus procesos administrativos y asistenciales, la OCI resalta que ha sido imposible determinar el real avance, en razón a los inconvenientes presentados desde su formulación.
- Los planes de mejoramiento con mayor extemporaneidad son en su orden: Admisiones, Registro y Control Académico (3.4), Centro de Salud "Alfonso López" (2.6), Servicios de Aseo (2.6) y Aplicación del Acuerdo Nº 085 de 2008 (2,4).
- Los planes de mejoramiento por procesos acumulan 185 actividades vencidas en términos de ejecución, cuyo nivel de avance en la clasificación de la OCI corresponde a: 44% en estado satisfactorio, 47% estado aceptable, 6% estado inaceptable y 88% en estado crítico.
- Los Planes de mejoramiento con mayor número de actividades incumplidas y sin avance evidenciado corresponden a la Unidad de Salud.
- Resistencia a la formulación de los planes de mejoramiento y compromiso para la ejecución por los procesos evaluados impide el avance satisfactorio de los planes y ocasiona la pérdida de la oportunidad de mejora (Vgr. Planes Unidad de Salud y Comisiones de Estudio).

6. Recomendaciones:

- Conminar al cumplimiento y cierre del Plan de Mejoramiento con la ejecución de las actividades a cargo de los diferentes procesos responsables de los hallazgos y acciones de mejoramiento, teniendo en cuenta su carácter obligatorio para la mejora institucional.
- Ordenar la aplicación de las medidas administrativas y disciplinarias a que se refiere la Resolución 923 del 2015 por incumplimiento al Plan de Mejoramiento, observando que el mismo se impone como obligación para los procesos y los servidores universitarios.
- Revisar periódicamente las actividades de mejora y hacer seguimiento a la efectividad de la acción correctiva, en prevención a la recurrencia de los hallazgos.

Evaluadores

Original firmado
Jaime León Villegas Arias

Original firmado
Kevin Robinson Narváez Chilma

Revisó y aprobó

Original firmado
Lucía Amparo Guzmán Valencia
Jefe Oficina de Control Interno