PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS DE CONTROL INTERNO 2026 Informe de Auditoría

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Auditoría:	PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS DE CONTROL INTERNO 2026
Tipo de Auditoría:	Interna
Proceso	Direccionamiento Estratégico
Fecha Auditoría:	01/Mar./2026
Fecha Informe:	08/Oct./2026
Objetivo:	Verificar bajo el ciclo PHVA sobre una muestra seleccionada la efectividad de los controles diseñados a los siguientes riesgos: 1. Ejecución de un alcance inferior al contratado y pago total del contrato. 2. Incumplimiento de la meta general del Plan de acción Insitucional establecida para cada vigencia. 3. Inclusión de actividades no asociadas a los objetivos general y específicos de los proyectos , originando una ejecución de recursos inadecuada, para obtener beneficio propio o a un tercero. 4. Insatisfacción del servicio de educación.
Alcance:	Vigencia 2025
Responsable de Auditoría:	Vivian Arenas

Equipo Auditor:

Plantilla	Cargo	Acompañante	Lider
Jennifer Gomez Gomez	Líder calidad dependencia	☐	X

PERSONAL ENTREVISTADO

Plantilla	Cargo
Carlos Hernandez Kligman	Jefe Oficina de Planeación

DOCUMENTACION ANALIZADA

Estatuto general- Estatuto presupuestal- Estatuto Contractual
- Documentación del SIG - Informe de Gestión - ISO 9001:2015.

Alcance: Vigencia 2025, incluyendo verificaciones de seguimiento sobre actuaciones, contratos y acciones asociadas al proceso, con corte a septiembre de 2026.

REPORTE DE NO CONFORMIDADES Y OBSERVACIONES

ASPECTOS FAVORABLES

PROCESO	OBSERVACION
PLANEAR Total: 1	
Direccionamiento Estratégico	Riesgo de Corrupción: Posibilidad de direccionar la formulación , ejecución y seguimiento de los proyectos de inversión y/o planes estratégicos de manera que respondan a intereses particulares: Evaluación del Control en la muestra seleccionado de los Proyectos de Inversión Plan de Fomento de Calidad y Ampliación de Cobertura Vigencia 2024–2025 para la Universidad del Atlántico: En el marco de la auditoría realizada, se efectuó revisión a cinco (5) Acuerdos Superiores relacionados con los proyectos de inversión del Plan de Fomento de Calidad y Ampliación de Cobertura para las vigencias 2024–2025. Como resultado de la revisión, se evidenció que el Consejo Superior efectuó el análisis y aprobación de la asignación de recursos para cada proyecto, en concordancia con la misión institucional, visión, objetivos estratégicos y metas definidas en el Plan de Desarrollo Institucional. De igual manera, se observó que las decisiones adoptadas respecto a la aprobación y modificación de los proyectos se encuentran debidamente soportadas mediante actos administrativos, permitiendo trazabilidad y control sobre la destinación de los recursos asignados. De igual manera se anexaron documentos que permitieron verificar el seguimiento efectuado por la Universidad a la ejecución de los recursos del Plan de Fomento de la Calidad, así como la socialización de sus avances ante el Consejo Superior Universitario y la remisión de los informes correspondientes al Ministerio de Educación Nacional. En consecuencia, se evidenció conformidad en la aplicación del control asociado al riesgo evaluado, de acuerdo con lo establecido en la matriz de riesgos institucional.
HACER Total: 0	
VERIFICAR Total: 0	
ACTUAR Total: 0	

OPORTUNIDADES DE MEJORA

PROCESO	OBSERVACION
PLANEAR Total: 1	
Direccionamiento Estratégico	Riesgo de Gestión: "Posibilidad de afectación económica y reputacional por el incumplimiento de la meta general del

Plan de acción Institucional establecida para cada vigencia debido a la Falta de asignación de recursos (financieros, tiempo y personal) para la ejecución de las actividades propuestas en el Plan de Acción":

Con base en la revisión efectuada al formato FOR-DE-143 y la evidencia documental aportada, se evidenció que el nivel de cumplimiento consolidado para el trienio 2022–2024 corresponde al 80,56%, lo que equivale a un avance del 24,17% en la ejecución del PDI.

En consecuencia, se concluye que el proceso auditado cumple con los parámetros establecidos para el periodo evaluado, evidenciando conformidad frente a los criterios definidos para el seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional.
Al corte de medición del 4 de febrero de 2026, el indicador “Avance del cumplimiento del Plan de Acción” registró un resultado del 75,89%, inferior a la meta institucional del 80%. Posteriormente, como resultado del seguimiento y de las acciones de mejoramiento implementadas, se registró un avance del Plan de Acción 2025 del 81%, superando la meta establecida.
En la plataforma Isolución se identifica la acción correctiva No. 732, asociada al incumplimiento del Plan de Acción de la vigencia 2024, la cual fue cerrada el 31 de mayo de 2026 con resultado eficaz.

Recomendaciones:
Por todo lo anterior, se recomienda al responsable del proceso de Direccionamiento Estratégico:
a) Fortalecer los mecanismos de seguimiento, control y articulación con las dependencias involucradas en la ejecución del Plan de Acción institucional.
b) Fortalecer el mecanismo institucional de seguimiento al Plan de Acción y requerir a las dependencias responsables de las metas asociadas a las líneas L3 y L4 la formulación, actualización e implementación de las acciones de mejora que correspondan, realizando la Oficina de Planeación su consolidación, seguimiento y reporte dentro del marco del proceso de Direccionamiento Estratégico.
c) Promover espacios de análisis conjunto con las dependencias para identificar causas raíz, fortalecer la gestión del riesgo y mejorar la toma de decisiones institucionales.

2.3 Actualización de la Política de administración de riesgos institucional
Se evidenció que las fechas inicialmente programadas en la Gestión de Cambio No. 176 fueron superadas y requieren actualización en la herramienta. No obstante, se verificó que la Oficina de Planeación promovió mediante comunicación interna una ruta de trabajo institucional y la instalación de una mesa técnica para avanzar en la

actualización de la Política de Administración de Riesgos.
De igual manera, se observó comunicación interna remitida por la Oficina de Planeación a la Oficina de Control Interno, a través del sistema Orfeo, con fecha 8 de mayo de 2026, mediante la cual se informa la coordinación, en calidad de segunda línea de defensa, para la instalación de una mesa técnica institucional y se propone una ruta de trabajo orientada a la actualización de la política institucional de administración de riesgos.
En atención a lo anterior, la Oficina de Control Interno considera pertinente apoyar la iniciativa planteada y formula las siguientes recomendaciones:
a) En consecuencia, se recomienda actualizar la Gestión de Cambio No. 176 incorporando las actividades, responsables, fechas y recursos correspondientes a la ruta de trabajo actualmente definida.
b) Evaluar la pertinencia de crear en la plataforma Isolución una Gestión de Cambio específica para el Programa de Transparencia y Ética Pública, que articule iniciativas relacionadas con la actualización de la Política de Administración de Riesgos Institucional.
c) Analizar las recomendaciones dadas por la Oficina de Control Interno en el Informe de Gestión de Riesgos aprobado y publicado con fecha de corte de abril del año en curso.

HACER Total: 1

Direccionamiento Estratégico

Riesgo Fiscal: "Posibilidad de efecto dañoso y afectación de los recursos públicos derivada del incumplimiento de los deberes de supervisión contractual, de las deficiencias en el ejercicio de la interventoría de los contratos de la entidad, en la ejecución de un alcance inferior al pactado en el contrato y el pago total de su valor":

Con base en la información suministrada, se identifican 13 contratos que registraron suspensión durante la vigencia 2025, de los cuales 11 han sido reiniciados, 7 se encuentran ejecutados y 4 continúan en ejecución. Teniendo en cuenta las causas y condiciones que incidieron en estas suspensiones, se identifica una oportunidad de mejora orientada a fortalecer la documentación de sus causas, el seguimiento a las medidas adoptadas y la trazabilidad de las actuaciones realizadas para su superación.
Se identifica como oportunidad de mejora el fortalecimiento de la documentación de las causas, la gestión de riesgos y el seguimiento contractual. Aunque la mayoría de los contratos fueron reactivados y presentan avances satisfactorios, la existencia de contratos suspendidos sin fecha de reinicio y la concentración de suspensiones en un mismo periodo, que coinciden en su gran mayoría con los últimos 3 meses del cierre de año y por motivos de paros o cese de actividades académico/administrativas, hacen pertinente mantener un seguimiento específico sobre estas situaciones.
Recomendaciones:

a) Fortalecer el procedimiento institucional de supervisión contractual incorporando controles específicos para contratos suspendidos y proyectos de infraestructura estratégica, que pueden incluir entre otros controles:
1) Evaluar la pertinencia de incorporar controles preventivos adicionales en la etapa precontractual de los proyectos de infraestructura estratégica, orientados a la validación de estudios, diseños, presupuestos y condiciones de ejecución, cuando la naturaleza y complejidad del proyecto así lo requieran;
2) La implementar un indicador institucional de contratos suspendidos que permita monitorear periódicamente la incidencia de suspensiones y sus causas, y
3) La documentación de los eventos relacionados con suspensión prolongada de contratos, vencimiento de pólizas y pérdida de oportunidad para la aplicación de medidas sancionatorias, definiendo controles preventivos y responsables de su seguimiento en la matriz de riesgos institucional.
b) Solicitar a los supervisores e interventores la documentación formal de las causas que originan cada suspensión y de los planes de acción o planes de mejoramiento para su superación.
c) Establecer un protocolo institucional para el seguimiento de obligaciones cuya ejecución dependa de terceros (operadores de red, autoridades regulatorias, empresas de servicios públicos), definiendo responsables, tiempos de seguimiento y escalamiento.
d) Fortalecer, de manera articulada con las dependencias competentes que intervienen en el trámite de cierre y liquidación contractual, los controles de seguimiento que permitan asegurar la elaboración, suscripción, incorporación y archivo oportuno del Acta de Liquidación (FOR-GB-041) para los contratos finalizados, dentro de los términos establecidos en el artículo 68 del capítulo VI del Acuerdo Superior No. 000023 del 27 de noviembre de 2023 del Estatuto de Contratación de la Universidad del Atlántico que establece lo siguiente:
“La liquidación de los contratos se hará de mutuo acuerdo dentro del término fijado en los términos de invitación o pliegos de condiciones, o dentro del que acuerden las partes para el efecto. De no existir tal término, la liquidación se realizará dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la expiración del término previsto para la ejecución del contrato o a la expedición del acto administrativo que ordene la terminación, o a la fecha del acuerdo que la disponga. En aquellos casos en que el contratista no se presente a la liquidación, previa notificación o convocatoria que le haga la Universidad.

VERIFICAR Total: 1

Direccionamiento Estratégico

Seguimientos y Verificaciones:

Definición de los Controles de los Riesgos asociados al Proceso

Al revisar la matriz de riesgos institucional y, específicamente, la descripción de los controles asociados a los riesgos del proceso, se identifica como oportunidad de mejora el fortalecimiento en la definición y articulación de responsabilidades frente a la ejecución, seguimiento y monitoreo de los controles, considerando que algunos de estos pueden ser desarrollados por dependencias o procesos distintos al propietario del riesgo, bajo un esquema de controles combinados o cruzados.
No obstante, se observó que, aunque determinados controles son ejecutados por otras áreas, el proceso responsable del riesgo debe mantener la trazabilidad, supervisión y monitoreo sobre la efectividad de dichos controles, sin que ello implique el traslado total de la responsabilidad de la gestión del riesgo.

Lo anterior se evidenció en los controles asociados a los siguientes riesgos del proceso:

1) Riesgo de Gestión: “Posibilidad de afectación económica y reputacional debido a la insatisfacción del servicio de educación por incumplimiento en las condiciones de prestación del servicio pactadas (infraestructura física, tecnológica, plan de estudio, ambientes de aprendizaje, entre otros)”.
Control: El jefe del departamento de compras y contratación y/o el jefe de control interno notifica al ordenador del gasto y a la Oficina Jurídica el incumplimiento del contrato con la finalidad de generar conciliación o activación de póliza.
2) Riesgo Fiscal: “Posibilidad de efecto dañoso y afectación de los recursos públicos derivada del incumplimiento de los deberes de supervisión contractual, de las deficiencias en el ejercicio de la interventoría de los contratos de la entidad, en la ejecución de un alcance inferior al pactado en el contrato y el pago total de su valor”.
Control: El profesional universitario de la Oficina de Control Interno realiza seguimiento a la respuesta de PQRSFD, en la cual valida la oportunidad y calidad de la respuesta, el cual se logra evidenciar mediante el informe de PQRSFD que se realiza de manera semestral.
En este sentido, se recomienda fortalecer la documentación de la articulación entre procesos en la matriz de riesgos, definiendo de manera expresa los responsables de la ejecución, seguimiento y monitoreo de los controles, las evidencias requeridas y los mecanismos de coordinación correspondientes, de acuerdo con las competencias de cada proceso y el esquema institucional de líneas de defensa. El propietario del riesgo mantendrá la trazabilidad y monitoreo de la efectividad del control, sin que ello implique asumir la ejecución material de controles asignados a otras dependencias.

ACTUAR Total: 1

	Riesgo de Gestión: "Posibilidad de afectación económica y reputacional debido a la insatisfacción del servicio de educación por Incumplimiento en las condiciones de prestación de servicio pactadas (infraestructura física, tecnológica, plan de estudio, ambientes de aprendizaje, etc.)":
Direccionamiento Estratégico	Revisión del Estado de PQRSF asociadas al proceso El indicador corresponde al porcentaje de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) respondidas dentro de los términos legales, cuya meta establecida es del 100%. Durante el período evaluado (año 2025) se observa un comportamiento mayoritariamente favorable, evidenciando que en la mayoría de los meses el indicador alcanzó el cumplimiento esperado. No obstante, existen meses en los que el porcentaje disminuyó significativamente (por ejemplo, alrededor del 66,7%, 33,3% e incluso un registro de 0%), lo que refleja incumplimientos puntuales en la oportunidad de respuesta. El indicador refleja un nivel de cumplimiento adecuado; sin embargo, la existencia de incumplimientos en algunos períodos evidencia que los controles implementados no son completamente efectivos para asegurar el cumplimiento permanente de los términos legales. Por lo anterior se recomienda lo siguiente: a) Fortalecer, en articulación con las dependencias responsables de la gestión y respuesta de PQRSD, los controles preventivos, las alertas de vencimiento y los mecanismos de seguimiento orientados a reducir la ocurrencia de respuestas extemporáneas y a mejorar la trazabilidad de las acciones preventivas y correctivas adoptadas. b) Una observación importante es que las explicaciones consignadas en el indicador se enfocan principalmente en justificar el incumplimiento (por ejemplo, "no se recibió PQRSD" o "se recibió al final del mes"), pero no describen las acciones correctivas o preventivas implementadas para evitar que la situación se repita. Por consiguiente, es importante y se sugiere que las dependencias responsables adopten, en articulación con el proceso de Direccionamiento Estratégico, medidas de control detectivas y preventivas y no solo medidas correctivas una vez materializado el incumplimiento.

CONCLUSIONES

Como resultado de la evaluación realizada a la muestra seleccionada, no se evidenciaron hallazgos en la muestra auditada del proceso de Direccionamiento Estratégico. Se identificaron oportunidades de mejora orientadas principalmente al fortalecimiento de la articulación institucional, la trazabilidad documental y los mecanismos preventivos de seguimiento. Asimismo, se evidenciaron aspectos positivos relacionados con la gestión del proceso, la atención de los requerimientos de auditoría, el seguimiento a los proyectos de inversión y la aplicación de los controles evaluados. Las recomendaciones formuladas serán objeto de seguimiento en la próxima vigencia, en el marco del mejoramiento continuo institucional.

De acuerdo al resultado de este ejercicio de auditoria se contempla hacer el seguimiento de las observaciones y recomendaciones realizadas en la próxima vigencia y continuar con la extensión del universo auditable al proceso.

Es importante anotar que muchas de las observaciones y recomendaciones dadas en este informe, han sido revisadas y adoptadas por el proceso a través de un plan de mejoramiento con avances en su implementación. El seguimiento de estas actividades, se realizará en la auditoria de control de la próxima vigencia.

Para constancia se firma en Puerto Colombia-Atlántico, a los 06 días del mes de octubre de 2026.

ANEXOS LISTA(S) DE CHEQUEO

Registros(4)

Nombre	Tamaño	Fecha	Responsable
Universidad del Atlántico Mail - Reunión de Apertura Auditoria de Control Interno 2026 - Proceso Direccionamiento Estratégico	158 KB	13/May./2026 02:16i:00	Jennifer Gomez Gomez
FOR-CI-022 Plan de Auditoria Direccionamiento Estratégico 2026	270 KB	13/May./2026 02:15i:00	Jennifer Gomez Gomez
Lista de asistencia Reunión apertura DE 07042026	231 KB	13/May./2026 02:15i:00	Jennifer Gomez Gomez
Acta de Compromiso DE	540 KB	13/May./2026 02:13i:00	Jennifer Gomez Gomez

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Registros(1)

Nombre	Tamaño	Fecha de impresión	Responsable
Informe Final de Auditoria de Direccionamiento Estrate´gico	357 KB	08/Oct./2026 09:46i:00	Jennifer Gomez Gomez