



Universidad
del Cauca®

Gestión del Control y del Mejoramiento Continuo Guía de Auditoría Universidad del Cauca

Código: PV-GC-26-OD-1

Versión: 2

Fecha de Actualización: 14-11-2019

Guía de Auditoría

1. Introducción

La Auditoría interna es una herramienta que encamina a la Universidad en su función administrativa, en el marco de los preceptos de la Constitución Política, la Ley 87 de 1993, y el Decreto único reglamentario 1083 de 2015 relativos al ejercicio del Control Interno.

La Guía proporciona lineamientos para el desarrollo de la labor auditora, a través de la aplicación de métodos y procedimientos aprobados por la Norma internacional y acogidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, para orientar la implementación de mejores prácticas que incrementen la efectividad de sus resultados para generar valor público y mejora continua.



Universidad
del Cauca

Vigilada Mineducación

2. Objetivo

Orientar al Proceso Gestión del Control y del Mejoramiento Continuo, a través de directrices y procedimientos que garanticen la pertinencia, objetividad y transparencia del ejercicio profesional de la auditoría en la Universidad del Cauca.

Popayán Ciudad Universitaria
noviembre 2019

II. Sistema de Control Interno – SCI

Sistema Institucional conformado por el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la Universidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.¹

III. Instancias de Desarrollo del Sistema Integrado de Gestión

El equipo coordinador y operativo MECI – CALIDAD de la Universidad del Cauca, como lo establece la Resolución R-096 del 2016, está conformado por:

1. Equipo Coordinador:

- El Rector, o su delegado, quien lo presidirá
- El Vicerrector Administrativo
- El Vicerrector Académico
- El Vicerrector de Investigaciones
- El Vicerrector de Cultura y Bienestar
- El Director de la Unidad de Salud
- El Jefe Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional
- El Jefe Oficina Jurídica
- El Jefe Oficina de Control Interno
- El Director Centro de Gestión de la Calidad y la Acreditación Institucional
- El Secretario General

2. Equipo Operativo, involucra a:

- Un responsable de cada subproceso designado por el líder del proceso.
- Un representante por facultad designado por el Decano.

¹ Ley 87 de 1993 – sobre el ejercicio de control interno

3. La Oficina de Control Interno - OCI:

Es una instancia del nivel asesor, que con independencia, imparcialidad y objetividad impulsa el buen desempeño institucional, a través del ejercicio de los roles de Liderazgo Estratégico; Evaluación y Seguimiento; Enfoque hacia la prevención; Evaluación de la Gestión del Riesgo; Relación con entes externos de Control.

4. Proceso Gestión del control y del Mejoramiento Continuo

4.1. Política de Operación

- La Oficina de Control Interno-OCI valora la efectividad del Sistema de Control Interno, a través de la formulación y ejecución del Plan de Acción que prioriza a los procesos y procedimientos misionales, y los de mayor exposición al riesgo, para proveer información estratégica a la toma de decisiones por el Comité Coordinador MECI – CALIDAD.
- La OCI despliega actividades de asesoría, acompañamiento y fomento de la cultura del control a la Dirección y a los Procesos universitarios, para prevenir razonablemente las desviaciones y la materialización de riesgos en la gestión institucional.
- La relación con entes externos de control será ejercida por la OCI desde su competencia y en el marco de su independencia, a solicitud del ente de control o de la Dirección Universitaria.
- La OCI apoya, evalúa y hace seguimiento a las estrategias de lucha contra la corrupción, e informa sobre los eventos que puedan comprometer la ética pública de la gestión institucional, a las instancias internas y externas competentes.

4.2. Objetivo del proceso

Valorar los controles del Sistema de Control Interno, desde la operación de sus roles funcionales, para suministrar información estratégica a los procesos y a la Dirección Universitaria responsables de la toma de decisiones de mejora.

IV. Auditoría Interna de gestión.

La auditoría interna es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consultoría, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la Entidad; ayuda a cumplir sus objetivos, aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno²

Como parte del rol de Evaluación y Seguimiento, y los componentes de Modelo Estándar de Control Interno – MECI, se encamina a emitir razonables juicios de valor sobre la efectividad de los controles a la gestión y la capacidad de respuesta frente a la exposición a los riesgos.

En el aseguramiento la Oficina de Control Interno determina de manera independiente el objetivo y el alcance de la auditoría. El ejercicio de auditoría atenderá a los principios y valores de la función pública y los lineamientos particulares de integridad y probidad de la Universidad.

La consultoría u orientación técnica se realiza a solicitud de la Dirección y los procesos con naturaleza y alcance específicos, que no comprometen la responsabilidad en las decisiones finales.

1. Objetivo

Considera de manera general la intención del Programa de auditoría. Su construcción fija las acciones a tomar en cumplimiento y desarrollo del rol auditor de la Oficina de Control Interno.

2. Alcance

Determina los procesos a auditar para cada vigencia, la extensión y los límites para el desarrollo del programa de auditoría.

² Guía de Auditoría DAFP-V.2018. pág. 11

3. Programa de Auditorías

3.1. Formulación

A partir de la misión y la estrategia, el programa de Auditoría se estructura con un enfoque en la gestión del riesgo en forma sistemática, tomando en cuenta los factores de priorización establecidos en el presente documento, cuya tasación aplica teniendo en cuenta su relevancia en la gestión.

Tabla 1

N°	Factores de priorización	Peso
1	Análisis de riesgos institucionales	35%
2	Plan estratégico, de acción, operativo o de gestión Institucional	25%
3	Planes de Mejoramiento	20%
4	PQR y Denuncias	20%

3.1.1. Análisis de Riesgos Institucionales

Considera los riesgos inherentes que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos de los procesos. Su valoración obedecerá a la metodología que adopte la Universidad y/o a la que expida el Gobierno Nacional a través del Organismo rector de políticas públicas. Tendrá en cuenta el ponderado de nivel de riesgos identificados por proceso.

La valoración del nivel de riesgo será:

Tabla 2

Zona del Riesgo	Valoración
Bajo	0
Media	1
Alta	3
Extrema	5

3.1.2. Plan Estratégico, de Acción, Operativo o de Gestión Institucional

El programa de auditoría será coherente con el Plan Estratégico, de Desarrollo y el plan Operativo o de Gestión Institucional. En tal sentido se determinan los procesos que conforman la cadena de valor frente a los proyectos y programas estratégicos, y para su ponderación se tendrá en cuenta el número asociado a cada proceso.

Tabla 3

Importancia estratégica del proceso	Valoración
No se asocia	0
Asocia de 1 a 3 proyectos y/o programas.	1
Asocia de 4 a 8 proyectos y/o programas	3
Asocia más de 8 proyectos y/o programas	5

3.1.3. Planes de Mejoramiento

Se consideran los planes de mejoramiento activos resultantes de auditorías internas y externas, teniendo en cuenta su porcentaje de avance.

Tabla 4

Planes de mejoramiento	Valoración
Proceso sin plan de mejoramiento	0
Plan de mejoramiento con ejecución y avance $\geq 90\%$	1
Plan de mejoramiento con ejecución y avance $\geq 50\% < 90\%$	3
Plan de mejoramiento con ejecución y avance $< 50\%$	5

3.1.4. Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias (PQRD)

Para el programa de auditoría se tendrá como insumo las afluencias de Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias asociados a los procesos como fuente esencial para la medición de la satisfacción del servicio.

Tabla 5

Peticiones, Quejas y Reclamos y Denuncias (PQR)	Valoración
Menos de 5 PQRD	0
Entre 6 y 50 PQRD	1
Entre 51 y 250 PQRD	3
Más de 251 PQRD	5

3.2. Valoración

Establece las variables y sus valoraciones conforme a la siguiente tabla.

Tabla 6

Variable	VALORACIÓN			
	0	1	3	5
Análisis de riesgos institucionales	Bajo	Media	Alta	Extrema
Plan estratégico, de acción, operativo o de gestión Institucional	No se Asocia	Asocia de 1 a 3 Proyectos y/o programas	Asocia de 4 a 8 Proyectos y/o programas	Asocia más de 8 Proyectos y/o programas
Planes de mejoramiento	Sin PM	Avance mayor a 90%	Avance entre 50% y 89%	Avance menor a 49%
PQRD	Menos de 5	Entre 6 y 50	Entre 51 y 250	Más de 250

La herramienta prioriza los procesos institucionales, de acuerdo con el resultado de calificación individual de cada proceso, teniendo en cuenta:

3.2.1. Riesgo

Registra los procesos con sus riesgos inherentes, para valorarlos de acuerdo con los criterios de la Tabla 6.

Tabla 7

Calificación de Riesgos Inherentes por Proceso			
Proceso	Descripción del riesgo inherente	Nivel del riesgo	
		Clase	Valoración
Dirección Universitaria			
Planeación y Desarrollo Institucional			
Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional			
Gestión Académica			
Investigación, Innovación e Interacción Social			
Gestión Administrativa			
Gestión de la Cultura y Bienestar			
Gestión del Control y Mejoramiento Continuo			

3.2.2. Plan Estratégico, Plan de Acción y Operativo o de Gestión

Registra el número de proyectos del Plan de Desarrollo Institucional-PDI vigente que vinculan a cada Proceso, base

para asignar el puntaje que corresponde según Tabla N° 6:

Tabla 8

Proyectos por Procesos Asociados al Plan de Desarrollo Institucional - PDI							
Proceso	Eje 1	Eje 2	Eje 3	Eje 4	Eje 5	Total	Valoración
Dirección Universitaria							
Planeación y Desarrollo Institucional							
Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional							
Gestión Académica							
Investigación, Innovación e Interacción Social							
Gestión Administrativa							
Gestión de la Cultura y Bienestar							
Gestión del Control y Mejoramiento Continuo							

3.2.3. Plan de Mejoramiento

Registra el avance del plan de mejoramiento interno o externo, se promedia y ubica en el rango que corresponde para asignar el puntaje según Tabla 6.

Tabla 9

Nivel de avance de los planes de mejoramiento			
Proceso	Plan de Mejoramiento	Avance PM	Valoración
Dirección Universitaria			
Planeación y Desarrollo Institucional			
Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional			
Gestión Académica			
Investigación, Innovación e Interacción Social			
Gestión Administrativa			
Gestión de la Cultura y Bienestar			
Gestión del Control y Mejoramiento Continuo			

3.2.4. Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias (PQRD)

Se determina de acuerdo a los rangos previstos y el puntaje según

la Tabla 6.

Tabla 10

Requerimiento		
Proceso	N° PQRD	Valoración
Dirección Universitaria		
Planeación y Desarrollo Institucional		
Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional		
Gestión Académica		
Investigación, Innovación e Interacción Social		
Gestión Administrativa		
Gestión de la Cultura y Bienestar		
Gestión del Control y Mejoramiento Continuo		

3.3. Priorización

Pondera los resultados de los 4 aspectos evaluados y organiza los procesos en forma descendente, de acuerdo con la puntuación obtenida, determinando la prioridad por proceso a auditar.

Tabla 11

Proceso	Variable				Resultado	Prioridad
	Riesgos	Plan estratégico, de acción, operativo o de gestión Institucional	PM	PQRD		
	35%	25%	20%	20%		
Dirección Universitaria						
Planeación y Desarrollo Institucional						
Gestión de la Calidad y Acreditación Institucional						
Gestión Académica						
Investigación, Innovación e Interacción Social						
Gestión Administrativa						
Gestión de la Cultura y Bienestar						
Gestión del Control y Mejoramiento Continuo						

Cuando dos o más procesos alcancen el mismo resultado, se tendrá en cuenta en la priorización el de mayor criticidad del riesgo; en todo caso se observa la calificación de los criterios

restantes.

3.4. Determinación de las temáticas del Programa de Auditoría

Una vez se registran los procesos con su prioridad en forma descendente según el resultado (Tabla 11), se identifican las temáticas a incluir en el Programa de Auditoría; teniendo en cuenta su armonización con las variables, a partir de los análisis a los mapas de riesgos.

En la formulación de las temáticas del programa de auditoría se tendrá en cuenta las propuestas de los líderes de procesos y subprocesos, y los resultados de la herramienta de percepción de la calidad del servicio; las que deberán aplicar como mínimo en tres de las siguientes variables:

Tabla 12

Valoración de temáticas							
Prioridad	Proceso	Temática	Variable				Aprueba Si/No
			Riesgos	Plan estratégico, de acción, operativo o de gestión Institucional	PM	PQRD	
1							
2							
3							
4							
5							

3.4.1. Rotación de temáticas a auditar

Determina la periodicidad con la que se evaluarán los procesos y subprocesos auditables, con base en el nivel de criticidad del riesgo inherente, el número de planes de mejoramiento, solicitudes del Comité coordinador MECI-CALIDAD, resultados de la herramienta de percepción de la calidad del servicio y Denuncias

4. El Plan de Acción

Integra el Programa de Auditoría, los informes de ley y las siguientes actividades:

- Solicitudes de la dirección
- Requerimientos de entes externos de supervisión, control o vigilancia
- Actividades de gestión y para la operación del proceso Gestión

del Control y del Mejoramiento Continuo.

- Actividades del fomento de la cultura del autocontrol
- Actividades de asesoría y acompañamiento.
- Asuntos que se deriven de las PQRS y Denuncias.

4.1. Los responsables

Una vez consolidadas las temáticas del Plan de Acción se asigna el responsable conforme a su perfil profesional y experiencia.

4.2. Aprobación y Modificación del Plan de Acción

Será aprobado por el Comité Coordinador MECI- Calidad al iniciar la vigencia.

Las modificaciones durante el transcurso de su ejecución serán motivadas y documentadas y obedecerán principalmente a las siguientes causas:

- Falta de provisión de recursos para el desarrollo del Plan.
- Requerimientos adicionales que ameriten el desplazamiento de las actividades planeadas.
- Cambios de administración que impliquen su reorientación.
- Razones de fuerza mayor que impidan la continuidad de la ejecución.
- Cambios normativos, o alteración del contexto que afecten al proceso.

4.3. Vigencia y seguimiento del Plan Acción

Tendrá una vigencia mínima de un (1) año y máxima de dos (2) años. Se publicará en el portal web universitario para conocimiento de la Institución y de los procesos involucrados.

El seguimiento se realizará con un indicador de medición al nivel de ejecución y cumplimiento, con registro documental.

V. Ciclo de Auditoría

El ciclo de Auditoría incluye: planificación, ejecución, retroalimentación de resultados, comunicación de resultados, formulación y seguimiento a los planes de mejoramiento.

1. Planificación

Previa aprobación del Plan de Acción, se inicia la elaboración del plan de trabajo para cada una de las actividades programadas que lo requieran.

1.1. Análisis del proceso a auditar

Lleva al aseguramiento de la calidad de la auditoría al permitir una visión general del proceso, con la recopilación de la información relevante al ambiente de control, en los aspectos que apliquen.

Insumos a considerar:

- Organigrama
- Normograma
- Caracterización
- Planes estratégicos
- Políticas de operación y procedimientos.
- Mapa de riesgos
- Manual de funciones
- Gestión documental
- Gestión ambiental.
- Informes de auditorías internas y externas.
- Seguimiento a recomendaciones.
- Informe de evaluación anual del Sistema de Control Interno
- Informes pormenorizados del Control Interno
- Plan Anticorrupción
- Informes del Control Interno Contable.
- Indicadores
- PQRS y Denuncias
- Servicios
- Recursos
- Otros

Para el análisis del proceso se aplican, entre otras: entrevistas, cuestionarios, observaciones in situ de actividades, operaciones y controles, flujogramas, gráficos y métodos estadísticos, técnicas de identificación de causas potenciales o reales.

1.2. Elaboración del Plan de Trabajo

Es preparado por el equipo auditor y aprobado por el jefe de la Oficina de Control Interno, con el siguiente contenido:

- Nombre de la auditoría
- Objetivo y alcance
- Criterios normativos del proceso a auditar
- Fuentes de información
- Metodología
- Equipo Auditor
- Cronograma
- Compromiso del auditor
- Carta de salvaguarda

El plan será flexible a los cambios que puedan surgir en desarrollo de la auditoría, caso en el cual sus modificaciones serán informadas al auditado.

1.3. Alcance de la Auditoría

Delimita el tema objeto de auditoría sobre los aspectos que conlleven a lograr el objetivo del ejercicio, y puede incluir las limitaciones internas y externas para su desarrollo.

2. Ejecución

2.1. Reunión de inicio

La ejecución se inicia con la comunicación al proceso auditado y la socialización del plan de trabajo de la auditoría, sus objetivos, el alcance, la mecánica de aplicación de pruebas y medios de comunicación entre los procesos. Cuando se requiera, se efectuará reunión de apertura con participación de los equipos Auditor y Auditado (Acta General para actividades Universitarias).

Se presenta el documento de compromiso ético del auditor y la carta salvaguarda a suscribir por el auditado en garantía de la idoneidad, confiabilidad y oportunidad de la información.

2.2. Recolección de Información.

El Auditor determina discrecionalmente el tipo de información demandada y sus fuentes, preservando la calidad de sus atributos en términos de oportunidad, pertinencia, relevancia y confiabilidad.

La información que se obtenga del proceso auditado disponible en los medios universitarios, se relacionarán en el informe como papeles de trabajo; y constituirán la evidencia de los análisis, comprobaciones, verificaciones, interpretaciones, etc., en que se fundamenta el auditor

paradarsu opinión sobre el tema examinado.

Algunos papeles de trabajo los elabora el propio Auditor (listas de chequeo, cuestionarios, formatos), y otros podrán obtenerse a través de terceros (cartas, certificaciones, estado de cuentas, confirmaciones, etc.) y también constituyen pruebas o elementos de comprobación y fundamentación que se incorporan a las evidencias.

2.3. Aplicación del Plan de Pruebas

La esencia de la auditoría es la obtención y evaluación de evidencia que funde razonablemente su opinión. El auditor diseña y aplica los procedimientos de auditoría para lograr evidencias suficientes y adecuadas, a partir de la criticidad del riesgo, por lo que el plan de pruebas valora la operatividad de sus controles. Si los riesgos presentan inconsistencias o bajo nivel de maduración, el auditor con su juicio proporciona elementos que faciliten su identificación, tomando como base el análisis del contexto del proceso y las pruebas realizadas.

Los procedimientos de auditoría pueden comprender, entre otros: inspección, observación, confirmación, re-cálculos, re-ejecución y procedimientos analíticos, que pueden combinarse, además de la indagación que por sí sola no ofrece evidencia de auditoría suficiente para disminuir los riesgos de opinión inadecuada por incorrecciones materiales.

- **Inspección:** Implica el examen de registros, documentos o el reconocimiento físico de un activo.
- **Observación:** Consiste en presenciar un proceso o un procedimiento aplicados por otras personas.
- **Confirmación:** Constituye evidencia de auditoría mediante respuesta directa del confirmante para ratificar un hecho.
- **Re-cálculo:** Comprueba la exactitud de los cálculos matemáticos de las evidencias.
- **Re-ejecución:** Implica ejecutar nuevamente procedimientos o controles ya realizados como parte del control interno de la entidad.
- **Indagación:** Es la búsqueda de información a través de personas informadas sobre el tema.
- **Procedimientos analíticos:** Son evaluaciones de información financiera a través del análisis de las relaciones que puedan existir entre datos financieros y no financieros.

2.4. Tipos de evidencia

Para el aseguramiento de la evidencia de auditoría será:

- **Física:** Obtenida a través de la observación o inspección a elementos, actividades o sucesos tangibles.

- **Testimonial:** Proviene de afirmaciones verbales o escritas del auditado o de terceros, validadas mediante el cruce de información de otras fuentes.
- **Documental:** Información que conste en un documento o registro físico o electrónico.
- **Analítica:** Es el resultado de las interacciones y comparaciones entre datos.
- **Legal:** De acuerdo con las normas y reglamentaciones.

2.5. Características de la Evidencia

La evidencia será competente y suficiente bajo las siguientes:

- **Relevante:** Induce efectivamente a la conclusión respecto del objetivo de la auditoría.
- **Auténtica:** verídica en todas sus características.
- **Verificable:** permite la coincidencia de opinión de diversos auditores.
- **Neutral:** libre de sesgos que afecten la objetividad.
- **Pertinente:** acorde con el tema solicitado o con el requerimiento específico.
- **Oportuna:** en los tiempos establecidos.
- **Integral:** da respuesta a todos y cada uno de los requerimientos.
- **Organizada:** En lenguaje entendible para los interesados.

2.6. Muestra de Auditoría

Cuando no sea posible realizar una verificación al universo de elementos del proceso, el auditor determina una muestra representativa conforme a su criterio, y sobre ella se aplica los procedimientos de auditoría que permitan inferir y concluir.

2.7. Valoración de Evidencias

- Se determina en función del alcance y los objetivos definidos en la planificación de la auditoría.
- Se estudian y confrontan con los criterios establecidos para el proceso: normas, procedimientos, políticas de operación, entre otros.
- Otorga capacidad al auditor para emitir concepto sobre la efectividad de los controles en la mitigación el riesgo, y sobre el cumplimiento de los criterios establecidos.

2.8. Notas de Control

Cuando en desarrollo de la auditoría se adviertan desviaciones o situaciones de riesgo al proceso que ameriten intervención inmediata, el Jefe de Control Interno envía notas al auditado, compulsando copias al Comité Coordinador MECI-Calidad.

De las acciones correctivas o de mejora que emprenda el proceso, en correspondencia con las observaciones anticipadas, se dejará constancia en el informe final de auditoría como beneficio del ejercicio.

2.9. Formulación de Hallazgos

Resultan de cotejar los criterios de auditoría con la situación objetiva encontrada.

2.10. Hallazgos

- **Fortalezas:** Factores o aspectos que se encuentran como valor agregado al deber ser de la gestión del proceso.
- **Observaciones:** Resultan del incumplimiento de los criterios establecidos para el proceso.

2.11. Elementos de la Observación

- **Condición:** Es el escenario cierto actual (la realidad del proceso/subproceso auditado).
- **Criterio:** Es el deber ser frente a la norma, la ley, el reglamento, los procedimientos, las políticas y objetivos institucionales.
- **Causa:** Hecho que origina la diferencia hallada.
- **Efecto:** Consecuencias adversas, reales o potenciales de la brecha entre la condición existente y los criterios.
- **Incidencias:** Implicaciones disciplinarias, administrativas, fiscales y penales.

3. Retroalimentación de Resultados

3.1. Informe Preliminar de Auditoría

El auditor elabora el proyecto de informe preliminar de auditoría y lo presenta a la Jefatura de la Oficina de Control Interno para retroalimentación.

El informe preliminar se comunica al auditado para abrir la posibilidad de su réplica conforme lo establezca el procedimiento documentado.

3.2. Informe Final

Extracta los resultados frente a los aspectos considerados en la auditoría, sobre los cuales se basan las observaciones y recomendaciones respecto de la suficiencia del ambiente de control del proceso frente a los riesgos, la eficacia, eficiencia y economía de la gestión relativa a las operaciones examinadas. Este contendrá:

- **El objetivo de la auditoría:** Conforme a lo establecido en el plan de auditoría, redactado en forma clara y precisa, sin sobrestimar o subestimar los aspectos relevantes.
- **El alcance:** Delimita la temática a abordar y el periodo en que se considera.
- **Criterios:** Identifica la normativa legal o reglamentaria que autorregula el control interno y la que aplican al proceso evaluado.
- **Metodología:** Se basa en las normas de auditoría de general aceptación, y técnicas de recopilación y análisis de información tales como: entrevistas, cuestionarios, listas de chequeo, revisión documental, arqueos, inspección física, levantamientos de actas, selección de muestras, etc.
- **Desarrollo:** Se debe exponer el resultado de las condiciones encontradas hechos o problemas reales sobresalientes, cuya ilustración se apoyará en evidencias y de acuerdo con la particularidad de la temática, en tablas, gráficos, diagramas, histogramas, flujogramas, fotografías, análisis de sensibilidad, entre otros.
- **Hallazgos:** Describen de manera puntual las fortalezas y desviaciones observadas, encontradas o evidenciadas frente a los criterios examinados y las razones de la brecha entre la condición esperada y la real.

En la estructura de las observaciones se debe determinar los elementos descritos en el numeral 2.11 de la presente guía.

Los hallazgos se describirán en el cuerpo del informe por cada criterio evaluado y enumerados consecutivamente.

- **Recomendaciones:** Es la posible solución para eliminar la causa o corregir el hallazgo.

3.3. Reunión de Cierre

Se realiza entre el auditor y el auditado a fin de comunicar los resultados de la auditoría.

4. Fase de comunicación de resultados

Los resultados del informe final se comunican al Comité Coordinador MECI – CALIDAD, al proceso y subproceso que se involucren acorde al procedimiento documentado.

Cuando del informe se deriven responsabilidades de índole administrativo, fiscal, penal o disciplinario para servidores o contratistas de la Institución, la Oficina de Control Interno impulsará el conocimiento ante las instancias internas y/o externas funcionalmente competentes.

5. Plan de Mejoramiento

Integra las acciones de mejoramiento que buscan fortalecer el desempeño institucional hacia el cumplimiento de la misión y los objetivos estratégicos, teniendo en cuenta, entre otros los compromisos adquiridos con los organismos de inspección, vigilancia y control externos e internos, como resultado de los procesos de auditoría, evaluación y autoevaluación.

5.1. Formulación y suscripción.

El auditado formula y suscribe el Plan de Mejoramiento en el formato oficial, en los términos y plazos definidos en la Resolución Rectoral 290 del 2019.

5.2. Ejecución

Estará a cargo del líder del proceso como responsable del Plan, respecto de las acciones que le son propias; El equipo de trabajo corresponsable de las acciones y actividades que comprende el Plan; Cada empleado y/o contratista individualmente considerado, frente a las actividades y tareas que le atañen para lograr las metas del Plan.

5.3. Vigencia

Una vez suscrito el plan de mejoramiento tendrá una vigencia máxima de 1 año.

Habrán excepciones de planes para los cuales se tendrá vigencia superior a un año debido a las acciones programadas.

5.4. Seguimiento

La OCI realizará seguimiento semestral a los Planes de mejoramiento, con el fin de determinar su avance, cumplimiento de las metas y efectividad de las acciones, basado en la calidad de las evidencias y los resultados de los indicadores. Resultará un informe que determina el estado y el nivel de cumplimiento de los planes frente al cumplimiento de las metas. El Plan de Mejoramiento se considerará cumplido satisfactoriamente, cuando logre un nivel de ejecución igual o superior al 90%.

6. Aseguramiento y Mejora de la Calidad

La OCI implementa técnicas y/o instrumentos para tomar la percepción del proceso auditado, asesorado o acompañado. Sus resultados se analizarán y serán el insumo para la formulación del plan de mejoramiento del Proceso de Gestión del Control y del Mejoramiento Continuo.

VI. Declaración de Principios Éticos

1. Ética en la Auditoría Interna

Como garantía de confianza en el ejercicio de auditoría interna, cada auditor suscribirá el documento “Compromiso Ético del Auditor Interno”, asumiendo el deber de actuar conforme a los principios y valores de:

Integridad

Su conducta debe caracterizarse por la honestidad, diligencia, responsabilidad en su desempeño, y respeto al auditado y a los grupos de interés.

Objetividad

Se cumple cuando evalúa y comunica de forma imparcial y equilibrada todas las situaciones relevantes; los juicios emitidos se basan en evidencias adecuadas y suficientes, y son ajenos a intereses propios o de terceros.

Confidencialidad

Respetar el valor y la propiedad de la información que recibe, guardar su reserva, y la divulga solamente con la debida autorización o cuando exista la obligación legal.

Competencia

Los conocimientos, habilidades, aptitudes, experiencias y destrezas del auditor deben ser cualificados y aplicados con suficiencia en el desempeño de la auditoría interna.

VI . Bibliografía

- Guía de Auditoría para Entidades Públicas, V: 3, mayo de 2018.
- Manual de Auditoría interna Alcaldía de Medellín MA – 003 V: 2 de 2014
- Normas Internacionales de Auditoría principios y procedimientos básicos y esenciales para el auditor.
- Manual operativo sistema de gestión MIPG, V: 2.
- 2. Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces, diciembre 2018.
- Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.
- Guía Técnica Colombiana GTC ISO 19011: 2018.

VIII. Registro de modificaciones

FECHA	VERSIÓN: No	CÓDIGO	MODIFICACIONES
15-02-2018	0	PV-GC-2.6-OD-1	Construcción: Guía de Auditoría Universidad del Cauca.
16-03-2018	1	PV-GC-2.6-OD-1	Ajuste en el contenido del documento
14-11-2019	2	PV-GC-2.6-OD-1	Conforme a la normatividad externa e interna, se ajusta el contenido de los capítulos que orientan la operación de Oficina de Control Interno.

Elaborado por: Oficina de Control Interno

Aprobado: Comité Coordinador MECI-CALIDAD