

TÍTULO DE LA AUDITORÍA	FECHA INFORME		
Auditoría al Proceso de Gestión de TIC	Día: 31	Mes: 10	Año: 2022

Objetivo:	Revisar y evaluar los controles establecidos dentro de la gestión realizada por el proceso sobre los activos de información y los recursos tecnológicos de la institución, de conformidad con lo establecido en la normatividad, criterios y lineamientos internos y externos.
Alcance:	La auditoría se realizará a todas las actividades y lineamientos relacionados teniendo en cuenta la información documentada establecida en el proceso, normatividad interna y externa aplicable, durante la vigencia 2021 y primer semestre 2022.
Criterios:	NTC ISO 9001:2015: Numerales 4.4, 5.3, 6.1, 6.3, 7.1, 7.3, 7.4, 7.5, 9.1, 10. NTC ISO 14001:2015: Numerales 4.4, 7.3, 7.5. DECRETO 1072 DE 2015: Artículo 2.2.4.6.28. DOCUMENTACIÓN: Caracterización del proceso, Políticas, Planes, Procedimientos, y Formatos. NORMATIVIDAD: Decreto 612 de 2018, Decreto 1008 de 2018, Acuerdo Superior 002 de 2019, Resolución Rectoral 1831 de 2018, entre otras.
Aspecto evaluable (Unidad Auditable):	Proceso Gestión de TIC
Líder de proceso y/o Jefe(s) de área(s):	JOSÉ ARMANDO GARZÓN BONILLA Jefe Oficina de Sistemas

REUNIÓN DE APERTURA			EJECUCIÓN EN SITIO		REUNIÓN DE CIERRE		
Día:	Mes:	Año:	Desde:	Hasta:	Día:	Mes:	Año:
10	10	2022	10/10/2022	25/10/2022	01	11	2022

ROLES EN LA AUDITORÍA INTERNA			
Asesor de Control Interno de Gestión	Auditor Líder	Auditor de Apoyo	Experto Técnico
ELIANA ANDREA VACA ROJAS	SERGIO ALEJANDRO MARTÍNEZ DÍAZ	CLARA NATALIA ROZO	NO APLICA

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA
INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA
<p>Antecedentes</p> <p>El proceso de Gestión de TIC es un proceso de apoyo, cuyo objetivo es gestionar, planificar y evaluar los recursos nuevos y actuales que conforman la infraestructura tecnológica de la Universidad, para responder a los requerimientos internos y externos, velando por la disponibilidad, autenticación, integridad y confidencialidad de la información y el resguardo de los recursos computacionales a nivel de hardware y software (<u>Tomado de la caracterización del proceso</u>).</p> <p>La anterior auditoría realizada fue en el año 2020, la cual tuvo alcance para todas las actividades, procedimientos y lineamientos relacionados con el proceso de Gestión de TIC vigencia 2018-II y 2019; el resultado de la auditoría fue de diez (10) No Conformidades, una (1) Observación y diez (10) Aspectos por Mejorar.</p>

Actividades Desarrolladas

La auditoría se llevó a cabo de manera presencial para las entrevistas, y para la revisión documental; periodo de evaluación comprendido entre el 1 de enero de 2021 al 30 de junio de 2022, se realizaron acciones de evaluación teniendo en cuenta lo establecido en:

- Caracterización del proceso.
- Políticas de operación: por proceso, política de seguridad de la información,
- Procedimientos: Creación de subdominios institucionales, creación cuentas de correo institucional, creación de usuarios en el SICOF, desarrollo de software, soporte técnico, creación backup base de datos, publicación en el portal web institucional, y emitir conceptos técnicos.
- Lineamientos para el uso de los recursos informáticos, y para el acceso remoto de sistemas informáticos.
- Ejecución presupuestal y seguimiento al proyecto de inversión a través de la ficha BPUNI.
- Seguimiento a los Indicadores y Riesgos del proceso.
- Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información - PETI.
- Plan Seguridad y Privacidad de la Información.
- Plan de Tratamiento de los Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información.
- Plan de Mantenimiento Preventivo.

Para el desarrollo de la auditoría basada en riesgos se desarrolló así:

- Revisión y verificación de los documentos relacionados al proceso y la normatividad interna y externa aplicable.
- Definición del objetivo, alcance y criterios a tener en cuenta durante la auditoría.
- Identificación, análisis y valoración de los riesgos y oportunidades asociados a la auditoría:
 - a. Posibilidad de afectación económica y reputacional por la debilidad en la aplicación de la política de seguridad de la información que permitan proteger los activos e integridad de la información.
 - b. Posibilidad de afectación reputacional por el incumplimiento a las metas establecidas en el Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información 2019-2021 a cargo de la Oficina de Sistemas.
 - c. Posibilidad de afectación económica y reputacional por el incumplimiento a los lineamientos establecidos en el modelo de seguridad y privacidad de la información que permita una adecuada administración de la información.
 - d. Posibilidad de afectación reputacional por deficiencias en los controles definidos para la programación, ejecución y seguimiento de plan de tratamiento de los riesgos de seguridad y privacidad de la información.
 - e. Posibilidad de afectación reputacional por la debilidad en la aplicación de los lineamientos a los sistemas de información y aplicaciones de software para el acceso y uso remoto.
 - f. Posibilidad de afectación económica y reputacional por el incumplimiento en la gestión del diseño, desarrollo, implementación y/o mantenimiento de los sistemas de información.
 - g. Posibilidad de afectación económica y reputacional por la debilidad en la atención y desarrollo de software para las diferentes unidades de la institución.
 - h. Posibilidad de afectación económica por debilidad en la aplicación de los lineamientos a los sistemas de información y a la infraestructura de servidores, en lo referente a las actividades para realizar respaldo, custodia y recuperación de la información.
 - i. Posibilidad de afectación reputacional por deficiencias en la gestión de las publicaciones en el portal web institucional.
 - j. Posibilidad de afectación reputacional por falencias en los controles de seguridad, suministro de claves personales a personas no autorizadas, falencias en la actualización de personal y accesos inactivos.
 - k. Posibilidad de afectación económica por debilidades en la atención oportuna, eficiente y de calidad, de las solicitudes efectuadas por los usuarios internos y externos, sobre los servicios de soporte en la institución.
 - l. Posibilidad de afectación económica por deficiencias en los conceptos técnicos de la infraestructura tecnológica.
- Concertación y socialización con el proceso auditado las fechas para realizar las diferentes actividades de la auditoría.
- La auditoría se desarrolló atendiendo el Programa de Trabajo.
- Entrevistas con los funcionarios que intervienen en la gestión del Proceso de TIC.

- Análisis de la información requerida para el desarrollo de la auditoría.
- Inspección de documentos relacionados con la ejecución de la auditoría.

Es importante anotar, que un hallazgo es el resultado de la evaluación de la evidencia frente a los criterios de auditoría; por lo tanto, a continuación, se resumen los hechos detectados en el examen de auditoría, referente a deficiencias, desviaciones, irregularidades o debilidades del proceso que amerita la implementación de un plan de mejoramiento para subsanar la situación encontrada:

Resumen de la auditoría

Código	Tipo de Hallazgo	Título de Hallazgo
GRT22-01NCB	No Conformidad Baja	Caracterización del proceso
GRT22-02NCA	No Conformidad Alta	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información - PETI
GRT22-03NCB	No Conformidad Baja	Procedimiento para el Desarrollo de Software
GRT22-04NCA	No Conformidad Alta	Plan de Mantenimiento Preventivo
GRT22-05NCB	No Conformidad Baja	Control de la Información Documentada
GRT22-06NCA	No Conformidad Alta	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano
GRT22-07NCA	No Conformidad Alta	Política de Seguridad de la Información
GRT22-08NCA	No Conformidad Alta	Subdominios Institucionales
GRT22-09NCB	No Conformidad Baja	Mesa de Ayuda

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA
FORTALEZAS

Nota: Aspectos positivos del área o la actividad auditada.

1. El diseño, desarrollo e implementación del sistema de información académico de la Universidad - SIAU, en los procesos institucionales se ha configurado de acuerdo con la naturaleza del producto y de la experiencia de la institución, esto ha permitido eliminar pasos o actividades presenciales para las partes interesadas en la cual se hace muy práctico el uso de esta herramienta tecnológica.
2. El área de sistemas dio continuidad a la prestación del servicio (soporte técnico, asesorías al personal docente y administrativo, solicitudes de estudiantes) pese a la pandemia por COVID-19, y nuevo método de trabajo (trabajo virtual).
3. Se han implementado estrategias que han permitido hacer un control en los cambios de usuarios y contraseñas que tienen acceso a las bases de datos de la Universidad, con el fin de evitar el acceso indebido o alteraciones de la información.

INDICADORES

Nota: Se realizará la revisión de los indicadores del proceso, planes, programas y/o proyectos.

Para la vigencia auditada el proceso de Gestión de TIC tiene formulados tres (3) indicadores de gestión:

Indicador 1: Ejecución plan de mantenimiento preventivo de equipos.

Objetivo: Medir el porcentaje en que se ha ejecutado el plan de mantenimiento preventivo de equipos de cómputo de la Universidad de los Llanos.

Frecuencia de la medición: Anual.

Meta: 85%.

Observaciones:

- Durante la auditoría, se pudo evidenciar que la Oficina de Sistemas, efectúa monitoreo anual al indicador, el cual ha registrado en la vigencia 2021 un total de (84) equipos revisados sobre un total de (84) equipos planeados

para revisión en los últimos (3) meses del año, para un cumplimiento del 100%, lo anterior, registrando su seguimiento y evidencia de cumplimiento.

Indicador 2: Nivel de satisfacción de los usuarios frente al servicio de soporte técnico de equipos.

Objetivo: Medir el nivel de satisfacción de los usuarios frente a la prestación del servicio de soporte técnico por parte de la oficina de Sistemas, en las diferentes dependencias de la Universidad.

Frecuencia de la medición: Semestral.

Meta: 3.8.

Observaciones:

- Durante la auditoría, se pudo evidenciar que la Oficina de Sistemas, efectúa monitoreo semestral al indicador, el cual ha registrado en el primer semestre (3.42) y en el segundo semestre (3.93) en la vigencia 2021, sin embargo, no se debió incluir el servicio de soporte técnico se realiza por medio de una encuesta en SIAU, para el primer semestre de 2022 (4.75) en el marco del desarrollo de las solicitudes que se plasman en la Mesa de Ayuda; registrando su seguimiento y evidencia de cumplimiento en el aplicativo de Mesa de Ayuda.
- Ajustar en el indicador las escalas del rango, la línea base, y la fórmula "Promedio encuestas realizadas".

Indicador 3: Nivel de satisfacción de los usuarios frente a los sistemas de información con que cuenta la Universidad.

Objetivo: Medir el nivel de satisfacción de los usuarios frente a los sistemas de información con que cuenta la Universidad.

Frecuencia de la medición: Semestral.

Meta: Estudiantes (2.5), Docentes (2.5), Administrativos (2.5)

Observaciones:

- Durante la auditoría se pudo evidenciar que la Oficina de Sistemas, efectúa monitoreo semestral al indicador, el cual ha registrado en el primer semestre para Estudiantes (3.69), Docentes (3.94), Administrativos (4.33), y en el segundo semestre para Estudiantes (3.91), Docentes (4.18), Administrativos (3.9) de la vigencia 2021; para el primer semestre Estudiantes (4.00), Docentes (4.30), Administrativos (4.80) servicio de soporte técnico se realiza por medio de una encuesta en SIAU.
- Ajustar en el indicador las escalas del rango, la línea base, fecha de la medición, análisis de resultados y la fórmula "Promedio encuestas realizadas".

MAPA INSTITUCIONAL DE RIESGOS

Nota: La eficacia se medirá de manera independiente para cada acción asociada al control establecidas.

Para la vigencia auditada se identificaron los siguientes riesgos relacionados con el quehacer del Proceso de Gestión de TIC:

Vigencia 2021

Riesgo 1. Indebida manipulación del Sistema de Información Académico - SIAU, en beneficio de un tercero.

Acción de mejora o de control propuesta: Ampliar la cantidad de usuarios que tienen acceso a las auditorías del SIAU.

Fecha de ejecución o periodicidad: 31/05/2021.

Evidencias: Acta de reunión, y Permisos de usuario en el SIAU.

Observaciones (En caso de materializarse el riesgo, indique las acciones realizadas): No se evidenció materialización del riesgo.

Verificación de la acción: Se evidencia cumplimiento.

EFICAZ Si X No ¿Por qué? Se evidencia cumplimiento de las acciones de control propuestas en las fechas establecidas.

Riesgo 2. Pérdida de funcionalidad de la infraestructura tecnológica institucional.

Acción de mejora o de control propuesta: Mantenimiento y actualización de los equipos activos de la red.

Fecha de ejecución o periodicidad: Semestral.

Evidencias: Soportes de compra de equipos y Reportes de la mesa de ayudas.

Observaciones (En caso de materializarse el riesgo, indique las acciones realizadas): No se evidenció materialización del riesgo.

Verificación de la acción: Se evidenció plan de mantenimiento preventivo de equipos de cómputo. Reporte de solicitudes realizadas en el periodo del 01 de septiembre al 9 de diciembre del 2021.

EFICAZ Si X No ¿Por qué? Se evidencia cumplimiento de las acciones de control propuestas en las fechas establecidas.

PLAN DE MEJORAMIENTO

Nota: La eficacia se medirá de manera independiente para cada acción correctiva y/o mejora que reportan cumplimiento en el último plan de mejoramiento asociado a la unidad auditable. Además se revisarán las acciones abiertas vencidas con el fin de registrar el estado de las mismas.

Para la vigencia auditada el Proceso de Gestión de TIC no tiene suscrito plan de mejoramiento.

Código del hallazgo: NO APLICA

Tipo de hallazgo: No Conformidad Alta No Conformidad Baja No Conformidad Observación

Tipo de acción: Acción Correctiva Acción de Mejora Corrección

Descripción de la Acción	Descripción de la Actividad	Evidencia	Fecha de Cumplimiento	Estado de la Actividad
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

Estado del Hallazgo: NO APLICA

EFICAZ Si No ¿Por qué? NO APLICA

RELACIÓN DE HALLAZGOS

Código: GRT22-01NCB Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta No Conformidad Baja X

Título:	Caracterización del Proceso
Condición:	La caracterización de gestión de TIC no se ajusta a la realidad operativa del proceso en relación a las entradas requeridas y salidas esperadas, las actividades, y el normograma. La salida generada como "Plan de renovación de equipos" no está formulado ni estructurado.
Criterio:	NTC ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad. Numeral 4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS. <u>4.4.1 La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de la calidad, incluidos los procesos necesarios y sus intereses, de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.</u>
Causa:	No se desarrolló el ciclo para determinar la secuencia e interacción de las actividades dentro de la caracterización del proceso.
Efecto:	No permite evidenciar la comprensión del objetivo del proceso y los aspectos clave de cómo debe ejecutarse. No permite obtener información en cuanto a los requerimientos del proceso, sus actores principales, clientes, los productos que genera, así como los mecanismos de control.
Recomendación:	Revisar y actualizar la caracterización del proceso de acuerdo a la normatividad interna y externa vigente. Actualizar el normograma con la normatividad vigente aplicable al proceso. Realizar la publicación de la caracterización junto con el normograma vigente en el SIG.

Código: GRT22-02NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta X No Conformidad Baja

Título:	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información - PETI
Condición:	Para la construcción del PETI vigencia 2019-2021, se empleó la Guía para la Construcción del PETI – Planeación de la Tecnología para la Transformación Digital de 2019, se observa que el

	<p>documento a pesar de ser publicado no fue presentado y dispuesto para su aprobación a instancias de la Universidad.</p> <p>Para las vigencias 2019 - 2021 el proceso de Gestión de TIC no realizó la medición y reporte de los indicadores de TI, que están relacionados con la implementación del Plan Estratégico de Tecnología – PETI.</p> <p>Incumplimiento al plan de comunicaciones del PETI.</p> <p>Se pudo observar que en el PETI se presentan actividades que no están documentadas conforme se está efectuando la actividad actualmente.</p> <p>Para la vigencia de la auditoría al mes de octubre aún no se habían empezado con los procesos de selección de contratistas relacionados con la elaboración del Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETI de la actual vigencia 2022.</p>
Criterio:	<p>PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL - PAI Vigencia 2019 - 2021.</p> <p><u>“Programa 5.3. Gestión tecnológica como soporte del desarrollo organizacional. Meta 5.3.1. Implementar por lo menos el 80% del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información - PETI”.</u></p>
Causa:	<p>Falta de planeación para soportar el cumplimiento de las actividades descritas en el plan.</p> <p>Limitación del recurso para dar cumplimiento a lo establecido en el plan.</p>
Efecto:	<p>Incumplimiento de las metas propuestas en el Plan de Acción Institucional.</p> <p>Desviaciones en el cumplimiento del plan sin actividades o planes de acción que subsanen ese comportamiento.</p> <p>Dificulta la toma de decisiones de la Institución frente a las tecnologías de la información.</p> <p>Datos inconsistentes para presentar ante cualquier parte interesada.</p>
Recomendación:	<p>Establecer una matriz de planeación y seguimiento a los indicadores que permitan medir el avance del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información - PETI.</p> <p>Realización de reuniones internas de seguimiento.</p> <p>Aprobar y/o actualizar el plan estratégico de tecnologías de la información mediante el Comité de Gestión y Desempeño Institucional.</p>

Código: GRT22-03NCB Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta ___ No Conformidad Baja _X_	
Título:	Procedimiento para el Desarrollo de Software
Condición:	<p>No se evidencia el acta de reunión con las especificaciones de los requisitos del software para el caso de Convenios, Bienestar Institucional, Centro de Idiomas, Programa de Retención Estudiantil - PREU; para el desarrollo del software de Aseguramiento Metrológico se tiene un acta sin relacionar la lista de especificaciones de los requisitos del software.</p> <p>Adicionalmente, se evidenciaron los siguientes formatos FO-GRT-03 FORMATO PARA SOLICITUD DE DESARROLLO DE SOFTWARE del Programa de Retención Estudiantil - PREU y Bienestar institucional y formato FO-GRT-04 FORMATO DE ESPECIFICACIÓN DE REQUISITOS DE SOFTWARE del Programa de Retención Estudiantil - PREU, Bienestar Institucional y Aseguramiento Metrológico sin la totalidad de las firmas.</p>
Criterio:	<p>PD-GRT-06 PROCEDIMIENTO PARA EL DESARROLLO DEL SOFTWARE.</p> <p>6. Contenido</p> <p><u>Actividad 3 “Realizar una reunión con el solicitante y el Jefe de la Oficina de Sistemas...”.</u></p> <p><u>Producto “FO-GDO-05 Acta de reunión”.</u></p> <p>NTC ISO 9001:2015 SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.</p> <p>Numeral 7.5.3 Control de la información documentada.</p> <p><u>a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite;</u></p> <p><u>b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).</u></p>
Causa:	Incumplimiento en la generación de los productos descritos en el procedimiento.
Efecto:	<p>Riesgo de incurrir en errores en las especificaciones de los requisitos del software ni se identifiquen las necesidades y recomendaciones para el desarrollo del software.</p> <p>No permite visualizar la trazabilidad del desarrollo del software.</p>

Recomendación:	<p>Documentar el estado y las decisiones tomadas sobre el desarrollo del software con el fin de evidenciar la trazabilidad del procedimiento.</p> <p>Capacitar al personal de apoyo recordando las actividades descritas en el procedimiento.</p> <p>Actualizar el procedimiento</p>
----------------	--

Código: GRT22-04NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta X No Conformidad Baja

Título:	Plan de Mantenimiento Preventivo.
Condición:	<p>Durante el desarrollo de la auditoría el "Plan de mantenimiento preventivo" no se evidencia el cumplimiento de la Meta para el servicio de mejoramiento de (1493) equipos de la plataforma tecnológica de la universidad descrito en la ficha BPUNI.</p> <p>Para el mes de octubre aún no se habían empezado con los procesos de selección de contratistas relacionados con la formulación e implementación del plan de mantenimiento 2022.</p> <p>No se evidencia un cronograma con fechas por dependencias para la ejecución del plan.</p> <p>No se evidencia una estadística de obsolescencia generada a partir de la retroalimentación de las hojas de vida de los equipos.</p>
Criterio:	<p>FICHA BPUNI SIST 01 0911 2021. PROYECTO ADQUISICIÓN DE HERRAMIENTAS TIC PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS FUNCIONES MISIONALES Y ADMINISTRATIVAS DE LA UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS</p> <p><u>"Meta 7. Contar con el servicio de mejoramiento de (1493) equipos de la plataforma tecnológica"</u></p> <p><u>"Medio de verificación: Contrato, Acta de inicio, Acta de liquidación, Certificado de supervisión"</u>.</p> <p>RESOLUCIÓN RECTORAL 1831 DE 2018.</p> <p>"Por la cual se desarrollan las disposiciones y se adoptan los lineamientos para el uso de los recursos informáticos de la Universidad de los Llanos".</p> <p><u>5.2 Del mantenimiento y actualización del equipo de cómputo.</u></p> <p><u>"1. A la oficina de sistemas, corresponde la realización del mantenimiento anual preventivo y correctivo de los equipos"</u>.</p> <p><u>"7. Se realizará un cronograma de mantenimiento de equipos por dependencias, esas fechas podrán ser modificables en casos como falta de personal y cese extraordinario de actividades académicas o administrativas"</u>.</p> <p><u>"8. Se retroalimentan las hojas de vida de los equipos en la mesa de ayuda para obtener las estadísticas de obsolescencia"</u>.</p> <p><u>"9. Para la actualización de equipos se tendrá en cuenta las estadísticas de obsolescencia, y las necesidades de los funcionarios. Estas necesidades se proyectarán en fichas BPUNI"</u>.</p>
Causa:	<p>No se han finalizado las acciones pertinentes del contrato de soporte y mantenimiento de los recursos tecnológicos.</p> <p>Lineamientos desactualizados frente a la realidad institucional.</p>
Efecto:	<p>Dificulta el seguimiento y evaluación de las actividades de mantenimiento a realizar durante la vigencia.</p> <p>Incoherencias en la información que se plasma en los planes y en los informes que se elaboran.</p> <p>Incumplimiento en el seguimiento y evaluación de los lineamientos descritos en la resolución.</p>
Recomendación:	<p>Levantamiento del diagnóstico del inventario de equipos de cómputo.</p> <p>Confrontar información de los equipos de cómputo que tiene la Universidad con el área de Almacén.</p> <p>Documentar el recibido a satisfacción en todos sus productos para el plan de mantenimiento (Lista de verificación de mantenimiento preventivo de equipos).</p> <p>Revisar y proyectar actualización para la aprobación de lineamientos para el uso de los recursos informáticos.</p>

Código: GRT22-05NCB Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta __ No Conformidad Baja _X_

Título:	Control de la Información Documentada
Condición:	<p>Los documentos no se encuentran de acuerdo a la estructura de documentos establecida para el control definidos en el Sistema Integrado de Gestión: Plan de Mantenimiento Preventivo de Equipos Tecnológicos, Plan Estratégico de Tecnologías de la Información - PETI, Plan de Tratamiento de los Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, y Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.</p> <p>El documento FO-GRT-20 FORMATO FICHA TÉCNICA no se utiliza por parte del proceso. Los procedimientos PD-GRT-03 PROCEDIMIENTO PARA CREACIÓN DE CUENTAS DE CORREO INSTITUCIONAL, PD-GRT-01 PROCEDIMIENTO CREACIÓN DE SUBDOMINIOS INSTITUCIONALES, PD-GRT-10 PROCEDIMIENTO PARA PUBLICACIÓN GENERAL EN EL PORTAL WEB INSTITUCIONAL no se ajustan a la realidad operativa del proceso en relación a su contenido.</p>
Criterio:	<p>PD-GDO-09 PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SIG 5.1.2.3 Capitulo de los documentos <u>"El contenido de los documentos varía según el tipo de documento..."</u> NTC ISO 9001:2015 SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. Numeral 7.5.2 Creación y Actualización <u>c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación.</u></p>
Causa:	<p>Desactualización de la estructura documental en la información documentada del proceso. El proceso no ha sido programado por el SIG para su reestructuración y reingeniería de la información documentada Desactualización de las referencias normativas dentro de los procedimientos.</p>
Efecto:	<p>Afectación al seguimiento y control de la información documentada. Dificulta el acceso a la información actualizada.</p>
Recomendación:	<p>Actualización de la información documentada frente a las necesidades reales del proceso. Elaborar un cronograma anexo para cada plan formulado. Sistematizar las solicitudes mediante un aplicativo web como parte del procedimiento de solicitud de creación de correos, creación de subdominios y publicación en el portal web institucional.</p>

Código: GRT22-06NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta _X_ No Conformidad Baja __

Título:	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano
Condición:	<p>Para la vigencia 2021 no se evidencia cumplimiento de la Actividades: Actividad 4.1 Divulgar información básica en formatos alternativos para la población indígena de mayor participación en UNILLANOS. Meta: Publicar información básica en formatos alternativos. Responsable: Oficina de Sistemas, Comunicaciones. Actividad 4.2 Incluir en el sitio web herramientas o ayudas para atender población con discapacidad visual y auditiva. Meta: Herramientas o ayudas incluidas en el Sitio web. Responsable: Oficina de Sistemas, Comunicaciones.</p>
Criterio:	<p>RESOLUCIÓN RECTORAL 0073 de 2021. <u>"Por medio de la cual se adopta el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y el Mapa de Riesgos Institucional en la Universidad de los Llanos para el año 2021".</u> <u>Componente 5. Transparencia y Acceso a la Información.</u></p>
Causa:	<p>Afectación por agentes externos para soportar el cumplimiento de las actividades descritas en el plan.</p>
Efecto:	<p>Incumplimiento de las metas propuestas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano. Desviaciones en el cumplimiento del plan sin actividades o planes de acción que subsanen ese comportamiento.</p>

Recomendación:	Realizar reunión y/o comunicación con la oficina de comunicaciones para el seguimiento frente a las responsabilidades asignadas en el plan.
----------------	---

Código: GRT22-07NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta <u>X</u> No Conformidad Baja <u> </u>	
Título:	Política de Seguridad de la Información
Condición:	No se evidencia el seguimiento y evaluación de la política de seguridad de la información al interior de la institución. Desactualización de los roles y responsabilidades descritos en el acto administrativo.
Criterio:	ACUERDO SUPERIOR 002 DE 2019 "Por el cual se adopta la política de seguridad de la información de la Universidad de los Llanos". <u>5.2 Seguimiento, evaluación y Actualización</u> <u>"Las recomendaciones de actualización de la Política de Seguridad de la información es responsabilidad de la Oficina de Sistemas y su seguimiento y evaluación deberá realizarlo el Sistema Integrado de Gestión mediante indicadores que permitan la orientación y toma de decisiones"</u> <u>5.3 Coordinación para la ejecución de la política.</u> <u>"La Oficina de Sistemas es la dependencia responsable de coordinar la promoción, implementación, seguimiento y autoevaluación de la política de seguridad de la información en todas las dependencias misionales, estratégicas, de apoyo y evaluación"</u>
Causa:	Incumplimiento en el seguimiento y evaluación de la política.
Efecto:	Política desactualizada frente a la realidad institucional. No se puede medir el impacto de la política en el entorno universitario.
Recomendación:	Revisar, actualizar y presentar para su aprobación la Política de Seguridad de la Información ante las instancias correspondientes.

Código: GRT22-08NCA Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta <u>X</u> No Conformidad Baja <u> </u>	
Título:	Subdominios Institucionales.
Condición:	No se puede evidenciar que los diferentes subdominios que se crearon previamente a la exigencia normativa cumplan con los lineamientos dictados por la estrategia Gobierno Digital del Ministerio de las TIC. No es posible evidenciar la revisión de la inactividad de un subdominio, además no se ha notificado mediante correo electrónico al proceso o área responsable de dicho subdominio.
Criterio:	RESOLUCIÓN RECTORAL 1831 de 2018 Numeral 5.8 De la asignación de subdominios <u>"4. Es necesario que el subdominio cumpla con los lineamientos dictados por la estrategia Gobierno Digital del Ministerio de las TIC"</u> . RESOLUCIÓN 1519 DEL 2020 "Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos" del Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones. <u>Anexo 1. Resolución MinTIC 1519 del 2020 Directrices de accesibilidad web 2020</u> <u>"2.2.2.3 Tercer paso: Plan de incorporación. Es necesario que se establezca un plan de acción para llevar a cabo la incorporación de accesibilidad en la información ya publicada, si el sitio web ya estuviese conformado"</u> . PD-GRT-01 PROCEDIMIENTO CREACIÓN DE SUBDOMINIOS INSTITUCIONALES 2018 5. Condiciones Generales <u>"Es necesario que el subdominio cumpla con los lineamientos dictados por la estrategia Gobierno en Línea del Ministerio de las TIC"</u> . <u>"Si un subdominio no tiene actividad en un periodo de 6 meses o más, se notificará por correo electrónico al proceso o área responsable de dicho dominio, y de no recibir"</u>

	<u>respuesta dentro de los 15 días hábiles posteriores al correo se procederá a deshabilitar el mismo</u> .
Causa:	Incumplimiento de la normatividad interna y externa relacionada con los lineamientos incumplimiento del procedimiento.
Efecto:	No se garantiza que los contenidos publicados sean totalmente accesibles.
Recomendación:	Establecer un plan de trabajo para la verificación de los lineamientos en los subdominios. Generar un certificado que de conformidad de los subdominios cumplan con las directrices de accesibilidad web establecidas en el Anexo 1 de la Resolución 1519 del 2020 del Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones. Actualizar la información documentada de acuerdo a la normatividad interna y externa aplicable.

Código: GRT22-09NCB Tipo de Hallazgo: No Conformidad Alta __ No Conformidad Baja _X_

Título:	Mesa de Ayuda
Condición:	El registro de la hoja de vida de equipos depende de los datos de ingreso del Área de Almacén en el Sistema de Información Contable y Financiero - SICOF, impidiendo actualizar los datos del equipo por parte del área de Sistemas. En la revisión aleatoria que se realizó a las hojas de vida, se observó que no se puede constatar el tipo de mantenimiento preventivo realizado al recurso tecnológico. La herramienta no permite distinguir el mantenimiento preventivo del correctivo.
Criterio:	Caracterización de proceso Gestión de TIC. Actividad - Salida <u>"Hoja de vida de equipos actualizada"</u> . Norma NTC ISO 9001:2015 Numeral 7.1.3 Infraestructura <u>"La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios. b) equipos, incluyendo hardware y software"</u> .
Causa:	El desarrollo del aplicativo de Mesa de Ayudas no fue terminado por parte del profesional contratado para tal fin, aún tiene amplio margen de mejora interna. El origen de los datos presenta inconsistencias relacionadas desde el Sistema de Información Contable y Financiero - SICOF.
Efecto:	El aplicativo no consolida los datos actualizados que permita establecer el total de los equipos tecnológicos y su información complementaria.
Recomendación:	Documentar la verificación del estado de la herramienta y proyección de plan de acción.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. Revisar y actualizar los indicadores de gestión del proceso de Gestión de TIC (Evaluar la inclusión del indicador Cobertura de Wifi).
2. Realizar un informe de seguimiento de los planes que se documentan en el área de sistemas.
3. Ajustar los procedimientos documentados teniendo en cuenta el contexto actual y el desarrollo del software que se encuentran vigentes.
4. Documentar y formalizar una matriz que mida el avance, estado y decisión que se presente en el desarrollo de software con el fin de evidenciar su trazabilidad.
5. Documentar y formalizar un plan de acción para la creación y actualización de los subdominios relacionados a las unidades académicas u otras dependencias solicitantes.
6. Identificar los riesgos de seguridad de la información y sus controles asociados, de acuerdo a lo descrito en el plan de tratamiento de los riesgos de seguridad y privacidad de la información.

7. Evaluar la aplicabilidad de la evaluación del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información NTC ISO 27001, como una buena práctica.
8. Apoyar la implementación de la Política de Gobierno Digital de acuerdo a los lineamientos, estándares y acciones a ejecutar definidos en el Manual de Gobierno Digital.
9. Documentar la realización de las reuniones internas de seguimiento a la gestión, para verificar el avance de las metas a los productos de la planeación institucional, avance de los proyectos de inversión de TI y en general de la gestión de la Oficina de Sistemas.
10. Revisar la pertinencia de ajustar la Tabla de Retención Documental para el área de sistemas, de acuerdo a la realidad operativa del proceso y la normatividad vigente.
11. Generar estrategias alternativas para mantener actualizadas las listas de distribución (incluyendo la eliminación o suspensión oportuna de las cuentas de correos institucionales de personal que no se encuentre en la entidad).
12. Solicitar al área de calidad la actualización del listado maestro de documentos del proceso tanto los vigentes como los obsoletos.
13. Documentar mediante una guía o instructivo la generación de una firma de correo electrónico, el cual puede incluir texto, imágenes, logotipo o imagen de la institución, agregar iconos y vínculos de redes sociales, además de un aviso de confidencialidad y de un mensaje de sensibilización pertinente del sistema de gestión ambiental (Esta firma se debe agregar automáticamente a todos los mensajes salientes).

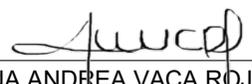
CONCLUSIONES

Nota: Deben dar respuesta de manera estricta al objetivo de la auditoría y deben estar respaldadas en los hallazgos u observaciones.

1. La auditoría permitió a la Oficina de Control Interno de Gestión abordar y evaluar un tema de suma importancia, toda vez que permite garantizar mejores condiciones a través del aprovechamiento de las tecnologías de la información y las comunicaciones.
2. El objetivo y criterios de la auditoría se cumplieron de acuerdo a lo establecido en el Programa de Trabajo.
3. El resultado del presente Informe de Auditoría establece tres (03) Fortalezas, cuatro (04) No Conformidades Bajas y cinco (05) No Conformidades Altas, y trece (13) Oportunidades de Mejora.
4. El Área de Sistemas debe comprometerse en la formulación, ejecución y cumplimiento del plan de mejoramiento con el objetivo de eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos y las acciones implementadas sean eficaces para que no se vuelvan a presentar.
5. La auditoría aplicada permite mejorar el desempeño de la unidad auditable detectando las principales oportunidades de mejora en busca de la calidad institucional.

ANEXOS

NO APLICA


SERGIO ALEJANDRO MARTÍNEZ DÍAZ
Auditor Líder
JOSÉ ARMANDO GARZÓN BONILLA
Auditado
ELIANA ANDREA VACA ROJAS
Asesor de Control Interno de Gestión