

DECIMO INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN
SUPERIOR
COLEGIO INTEGRADO NACIONAL
ORIENTE DE CALDAS
IES-CINOC



MARZO 2016

Presentado Por: Juan Pablo Herrera Arce.
Asesor de Control Interno.

Revisado Por: Luis Alfredo Ávila Torres.
Rector IES-CINOC

DECIMO INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIÓN
DE EDUCACIÓN SUPERIOR, COLEGIO INTEGRADO NACIONAL ORIENTE DE CALDAS MARZO
DE 2016.

Introducción:

Es función de la oficina de Control interno fomentar, vigilar, proteger y garantizar, el ejercicio de las buenas prácticas empresariales y de gestión, basadas en la medición, seguimiento y el control de los procesos y procedimientos y actividades institucionales; es por esto que en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo No. 9 de la ley 1474 de 2011, la oficina de Control Interno del instituto de educación superior, presenta el décimo informe pormenorizado del estado de Control Interno Correspondiente al cuatrimestre Diciembre 2015- Marzo 2016 donde se busca por parte de la dependencia, informar a los grupos de interés y organismos de control sobre los aspectos más relevantes de la institución como lo son la cultura del control sobre la ejecución de los recursos públicos, los resultados obtenidos en ejercicio de la función dada por el estado a la institución, el desarrollo del componente de talento humano de la entidad, el cumplimiento de la ejecución de los Planes estratégicos a través de la aplicación de los indicadores de Gestión, identificación de políticas de administración de riesgos a fin de que su materialización sea mínima, al igual que la evaluación de la Gestión, de los Resultados, de la legalidad y el control interno de acuerdo a la evaluación independiente que realiza la oficina de control interno en procura de evidenciar el cumplimiento eficaz, eficiente y efectivo de la entidad en desarrollo de su planeación estratégica.

Entorno de Control:

- La entidad ha realizado mediciones del clima laboral finalizando la vigencia, lo que no se identifica es que se tomen las medidas necesarias para mejorar los resultados.
- Los Planes de Formación y Capacitación son actualizados, presentados y aprobados para cada vigencia, se ha generado cierta inconformidad entre los funcionarios docentes y administrativos, ya que los planes de capacitación son más integrales para el grupo docente que para el resto de funcionarios, no se identifica una equidad sobre este particular.
- La entidad ha elaborado plan de inducción y Reinducción pero se ha logrado identificar que por la premura de la posesión de algunos funcionarios a su cargo no se ha realizado una buena retroalimentación de documentos, manuales, planes estratégicos, procesos y procedimientos, lo que va generando un incumplimiento en el desarrollo de las actividades incluidas en los procedimientos.
- Se ha identificado que algunos funcionarios no conocen bien el desarrollo de sus procesos esto genera incumplimiento en la aplicación de procedimientos y el manejo de registros que permita identificar y verificar la trazabilidad de las actividades.
- Se ejecutaron planes estratégicos con un porcentaje alto de ejecución, preocupa un poco al ente de control interno el no evidenciar en registros el desarrollo y trazabilidad de los resultados alcanzados.
- Los procesos de la entidad se encuentran plenamente identificados y caracterizados dentro del ciclo (Planear, hacer, verificar y actuar), si se ha logrado observar que hay una cantidad excesiva de actividades por procedimiento, así mismo el diligenciamiento de formatos controlados lo que ha generado y viene generando un desgaste para los funcionarios en cumplimiento de lo normado dentro del sistema de Gestión de la Calidad.
- La estructura organizacional presenta debilidades al evidenciar que no hay personal suficiente para cumplir con todas las obligaciones que se presentan por órganos de Control y Ministerio de Educación Nacional, además en cumplimiento y desarrollo del quehacer institucional.

Información y Comunicación:

- A pesar de que la entidad cuenta con una herramienta para captar información para la prestación de los servicios que se ofertan, la entidad no ha logrado por lo menos un mecanismo que le permita recolectar de manera permanente información sobre sus necesidades y prioridades en la prestación de servicios.
- La entidad cuenta con un procedimiento denominado “identificación y tratamiento del servicio No Conforme, el cual establece la metodología para dar tratamiento y corregir los servicios No Conformes detectados interna o externamente, con el fin

de llevarlos a condiciones normales y que cumplan con los requisitos establecidos en la prestación del servicio.

- La entidad Cuenta con un mecanismo electrónico a través del cual se puede acceder a la página web para presentar una queja, solicitud, petición o recomendación; la apertura de este sitio o Buzón se ha venido dando cada dos meses de acuerdo al volumen de solicitudes presentadas a través de este medio, de la información captura por este medio se deja evidencia en acta de apertura la cual es levantada por la Secretaria General de la entidad y al cual le hace el respectivo seguimiento la dependencia de control interno es cumplimiento de la solicitud.
- La entidad no ha adoptado un mecanismo o instrumento que le permita recolectar sugerencias o recomendaciones por parte de sus funcionarios de manera continua y permanente, lo que ha dificultado en cierto grado establecer acciones internas que permitan mejorar el ambiente laboral.
- La información generada al interior de la entidad por lo general no toda es publicada a través del sitio web (Visibilización y transparencia de la gestión Pública), uno de los mecanismos implementados por la entidad para socializar a la comunidad son las rendiciones de Cuentas las cuales de manera anual se han venido desarrollando en cumplimiento de lo normado por el gobierno nacional sobre este particular.
- Se cuenta con un proceso interno de Gestión Documental en el cual se encuentran establecidos tres procedimientos (a) Elaborar, Actualizar y administrar documentos el cual tiene por objeto establecer la metodología para la elaboración, actualización, codificación, revisión, administración y control de la documentación interna y externa para evidenciar el cumplimiento de los requisitos normativos y la conservación y disponibilidad del conocimiento de la institución. (b) Administración de los registros en los archivos de gestión central e históricos el cual ha fijado lo lineamientos los cuales han permitido normalizar y racionalizar la producción y manejo de los documentos, también se han definido las actividades y controles necesarios para la correcta identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y la disposición de los registros los cuales garanticen la conservación y uso del patrimonio documental de la institución. (c) Gestión de las comunicaciones oficiales, dentro del desarrollo de este procedimiento la entidad ha venido fijando políticas y establecido directrices para la gestión y producción de las comunicaciones oficiales las cuales permitan normalizar y racionalizar la producción y el manejo de las mismas determinando las actividades y controles necesarios para su recepción y distribución.
- Para el manejo de los registros que se generan en cada área o dependencia se vienen aplicando las tablas de retención documental las cuales han sido diseñadas según lo dispuesto en la ley 594 de 2000, la última actualización realizada a esta tablas fue en septiembre de 2013, para la vigencia 2014 se presentaron las tablas de Valoración Documental al Comité Departamental de archivo de las cuales a la fecha no se ha recibido comunicación por parte de dicho comité aprobando dichas tablas.

Actividades de Control:

- Los indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad están incluidos en un documento interno denominado “Batería de Indicadores por Procesos”, los cuales se presentan con diferente temporalidad (semestre, anuales, bianuales), los indicadores hacen parte del insumo de planeación para la elaboración de informes además de ser parte de la revisión por la alta dirección siendo esta una de las entradas de sistema de Gestión de la Calidad.

Algunos de los indicadores establecidos en la entidad

Indicador	Tipo de Indicador	Frecuencia
Elaboración y actualización de los documentos estratégicos de la entidad.	Eficacia	Anual
Percepción de posicionamiento de la entidad	Efectividad	Bienal
Formulación de Proyectos de Inversión.	Eficiencia	Semestral
Cumplimiento Plan estratégicos (PDI- PEI- POA)	Eficacia	Trienal- Bienal- Semestral
Presupuesto invertido en acciones de mercadeo.	Eficiencia	Anual
Efectividad en la Comunicación.	Efectividad	Anual
Nivel de satisfacción del Usuario frente a la prestación del servicio.	Eficiencia	Anual
Mejoramiento de la Calidad	Efectividad	Anual
Recursos destinados por la institución a los procesos de investigación.	Eficiencia	Anual
Publicaciones e informes producto de los proyectos de investigación.	Efectividad	Semestral
Recursos destinados por la institución a los procesos de proyección Social.	Eficiencia	Anual
Informes estadísticos, oportunos y confiables de acuerdo a la información	Eficiencia	Semestral

solicitada en las bases de SNIES, SPADIES y observatorio laboral del MEN.		
---	--	--

- Los indicadores adoptados por la institución fueron ajustados cuando se aprobó el Plan de Desarrollo 2012-2016, se presenta actualmente la necesidad de modificar estos indicadores de acuerdo al nuevo plan de desarrollo 2016-2019, se espera que para el segundo semestre sea actualizada la batería de indicadores de acuerdo a las nuevas metas y objetivos propuestos en el nuevo plan de desarrollo de la actual Rectoría.
- En el procedimiento de auditoria interna realizado en la vigencia se han presentado las observaciones donde se han logrado evidenciar desviaciones o incumplimientos, después de presentar el informe final de auditoria interna los líderes de los procesos han venido diligenciado el analisis de causa y efecto en el cual se han identificado las causas raíces de la debilidad encontrada. De este analisis parten las acciones correctivas o preventivas que se deben desarrollar a fin de subsanar las observaciones presentadas por el equipo auditor interno, auditor de calidad o auditor ente de control externo, la implementación de las acciones correctivas son verificadas por el asesor de control interno y presentadas al comité de calidad para determinar la eficacia de cada una de ellas y proceder a dar cierre definitivo a la No Conformidad o Hallazgo.
- Aunque la entidad conoce de cerca el desempeño de sus servidores y detecta a tiempo cualquier irregularidad en su desempeño ha carecido de mecanismos que permitan hacer correcciones y se presenten acciones de mejora frente a sus función.
- Los procesos y procedimientos de la entidad son claros y bien definidos, se observa un gran desgaste en el desarrollo de todas las actividades y diligenciamiento de formatos en cumplimiento de estos procesos, son muchas actividades para desarrollar de un procedimiento lo que ha generado incumplimiento en algunas actividades.

Administración de Riesgos:

- La entidad cuenta con un mapa de riesgos por procesos en el cual tiene identificado algunas acciones que se deban desarrollar a fin de evitar su materialización y establecer un mecanismo para su control; desde la dependencia de control interno se realiza un seguimiento anual a los riesgos y del cual se presenta un estado de estos a través de la página web institucional, igualmente en el proceso de auditoría interna se tiene establecido un punto de control donde se pregunta al líder del proceso como ha venido gestionando y administrando los riesgos atinentes al proceso y cuál es el estado de las acciones emprendidas para reducirlos.

- Se ha logrado identificar que varios de los riesgos establecidos en el Mapa de riesgos se encuentran en un alto grado de que sean materializados; a continuación se hace una breve descripción de los riesgos que se encuentran en este estado y que acciones se deben desarrollar a fin de que sean controlados y su probabilidad de ocurrencia sea menor.

Riesgo	Acción
Planes estratégicos con utilización inadecuada de metodologías (PEI, PDI, POA Institucional y de Centros de Práctica.	Revisión y ajuste del Proyecto Educativo Institucional y de los Planes de los centros de Práctica.
Incumplimiento de las actividades del Plan de Mercadeo, información y comunicación para la entidad.	Formulación y ejecución de un Plan de mercadeo cumplible y ejecutable para la entidad.
Eventos y campañas sin divulgar	Apropiación de recursos para el desarrollo de eventos y campañas institucionales.
	Divulgación de eventos y campañas a través de los diferentes medios.
Bajo Reconocimiento en el medio	Desarrollo de campañas de publicidad agresiva promocionando y divulgando la institución a través de diferentes medios.
	Fortalecer la presencia de la entidad en el medio a través de su vinculación y participación en eventos regionales y Nacionales.
Efectos negativos sobre el clima organizacional por el mal manejo de la información y la comunicación.	Realización Periódica de reuniones con los funcionarios para dar a conocer lo que se ha realizado y gestionado y las proyecciones que tenga la entidad de manera general o por área.
	Actualización permanente de la página web con información de interés para la comunidad académica.
	Publicación de Boletines informativos.
Insatisfacción de los usuarios frente al servicio educativo ofertado	Aplicación de encuestas de satisfacción del cliente, análisis de las mismas y determinación de acciones de mejora correspondientes.
Desarticulación de la Planeación Académica y de actividades docentes	Verificar que los productos presentados por los docentes

con relación a la planeación general realizada por la entidad	correspondan actividades incluidas dentro de lo planeado para cada periodo o actividades concertadas con anterioridad.
Incumplimiento docente con sus actividades académicas.	Revisar y verificar el reporte de notas y la asistencia a clases de los docentes.
	Revisar y verificar el cumplimiento de lo comprometido por cada docente para cada periodo académico.
	Llamados de atención por parte del vicerrector académico, seguimiento a los docentes que incumplan con sus obligaciones, aplicación de las sanciones establecidas en la normatividad.
Programas académicos con contenidos curriculares desactualizados y ejecución de los currículos sin atender lo establecido institucionalmente.	Confrontación del contenido del acuerdo pedagógico con los contenidos oficiales de las asignaturas o módulos.
Incumplimiento de las actividades que propendan por el desarrollo por el desarrollo de la investigación institucional en el plan de acción del centro de investigación y relacionamiento con el sector externo CIRSE.	Elaborar y ejecutar las actividades relacionadas con la investigación incluida en el Plan de acción del CIRSE.
	Realizar seguimiento periódico a todas las actividades de investigación que desarrolla la entidad y que fueron debidamente aprobadas.
Establecimiento de proyectos de investigación sin seguir el procedimiento definido para su presentación y aprobación.	Aplicación del Procedimiento para la presentación, aprobación, ejecución y difusión de proyectos de investigación.
Falta de seguimiento y control a la ejecución de los proyectos de investigación.	Requerimientos de informes parciales y/o finales de proyectos de investigación de acuerdo con el cronograma definido.
Inexistencia de reglamentaciones relacionadas con la protección de la propiedad intelectual o de la industria de la institución.	Expedición y socialización de un reglamento sobre la producción intelectual y académico acorde con las normas de derechos de autor.

Carencia en la generación de documentos que evidencien los resultados de los proyectos de investigación.	Gestionar la publicación de la producción científica que se obtenga de los procesos de investigación.
Inexistencia de un portafolio de servicios que recopile todas las actividades de proyección Social.	Elaborar y difundir el portafolio de servicios de Proyección Social.
Servicios de Proyección Social sin pertinencia social.	Aplicación del Procedimiento para la presentación, aprobación, ejecución y difusión del proyecto de proyección Social.

- Es necesario que al interior de la entidad se inicien procesos de sensibilización para dar a conocer a todos los funcionarios la metodología interna para la administración y aplicación de acciones de control de los riesgos identificados para cada uno de los procesos de la entidad.
- En su gran mayoría los líderes de los procesos conocen los objetivos de su proceso, caracterización y alcance de su proceso, además de las actividades que se deben ejecutar para dar cumplimiento a la función asignada dentro de su proceso y de acuerdo al manual específico de funciones.
- Las posibles eventualidades que impiden el correcto desarrollo y ejecución de los procesos se tienen plenamente identificados, lo que han permitido implementar acciones de control para que estas eventualidades impacten de manera mínima en la ejecución de los procesos.
- Los riesgos que impiden la correcta ejecución de los procesos se han identificado para los trece procesos de la entidad (P. estratégico, P. Misionales, P de Apoyo y P. de Evaluación).
- El impacto y probabilidades de falla de los procesos se han determinado y están incluidos en el análisis realizado a los procesos, su nivel de materialización y ocurrencia.

Seguimiento:

- El ambiente laboral de la entidad es medido cada vigencia, las debilidades y necesidades que surgen en la medición del ambiente permite en la siguiente vigencia un insumo para la elaboración de los planes de bienestar y el Plan de incentivos los cuales permiten finalmente evitar mediciones negativas.
- La entidad ha suscrito para cada vigencia compromisos con el superior jerárquico (alta dirección), también se programan en la evaluación de desempeño algunas actividades a desarrollar por los funcionarios en cumplimiento de su quehacer y funcionar, estas evaluaciones son presentadas en dos momentos (Julio y Febrero),

en estas mediciones se identifica el nivel de cumplimiento del desempeño por parte de los funcionarios administrativos; para el caso de los docentes el seguimiento y medición de cumplimiento se hace a través de la evaluación docente que se hace de acuerdo a lo planeado, desde la dependencia de control interno se ha recomendado la actualización de la evaluación docente de manera que esta sea más objetiva, se logró evidenciar que algunas actividades que se programan en la planeación carecen de evidencias de desarrollo lo que genera retrasos en el seguimiento y finalmente en los resultados de la evaluación.

- Los seguimientos realizados continuamente a la información recibida por la ciudadanía y partes interesadas en cuanto a las sugerencias, peticiones, quejas y reclamos ha permitido identificar que la herramienta establecida no está siendo utilizada de manera recurrente por la ciudadanía y los grupos de interés, esto se evidencia en la poca utilización del portal web para el uso buzón virtual.

1. MODULO DE CONTROL DE LA PLANEACIÓN Y GESTIÓN

1.1 Componente Talento Humano:

Como se ha establecido en el manual Técnico MECI 2014, el componente de talento humano ha tenido dentro de la institución el fin de establecer los elementos adecuados que garanticen a la IES-CINOC crear mecanismos de control frente a su planeación, gestión de operaciones y en los procesos de mejora continua que se deben de desarrollar en la entidad en cumplimiento de su fin, su función y sus objetivos.

1.1.1 Acuerdos Compromisos y Protocolos éticos:

Elemento del sistema que se ve reflejado al interior de la entidad al evidenciar los compromisos que se adquieren con el superior jerárquico al inicio de cada vigencia y el cual presenta su respectivo seguimiento en los dos semestres de la vigencia tratando de verificar el cumplimiento de lo proyectado y sus compromisos.

El código de ética y de buen gobierno son documentos que actualmente deben de ser ajustados involucrando la creatividad y el compromiso de los servidores públicos en la construcción y revalidación de los nuevos principios éticos de la entidad.

Es indispensable:

- a. La socialización de la carta de valores, principios éticos y código de buen Gobierno en el proceso de inducción y reinducción que se tiene programado en el plan de inducción.
- b. La integración de los valores al quehacer y funcionar del servidor público (Responsabilidad y Honradez) como principios fundamentales.

c. La continua socialización y divulgación de las correctas conductas del servidor público.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano:

En el primer trimestre de la vigencia 2016 se presentó el plan de Bienestar para funcionarios, estos planes fueron formulados de acuerdo a las necesidades presentadas por los funcionarios de la IES-CINOC y teniendo en cuenta el cumplimiento de los lineamientos normativos, se observó la adopción del Plan de Talento Humano a través de la resolución No. 172 de mayo 03 de 2016, también se observó un cumplimiento del Plan de talento humano de la vigencia 2015 con un porcentaje de cumplimiento general del 70.2%

- Ejecución Plan de Capacitación 79.4%
- Ejecución Plan de Bienestar Social 62.1%
- Ejecución Plan de Incentivos 75 %
- Ejecución Plan de Inducción 75 %
- Ejecución Plan de seguridad y salud en el Trabajo 59.5%

1.2 Componente Direccionamiento Estratégico:

El direccionamiento estratégico define la ruta organizacional que debe de seguir la entidad para alcanzar las metas y objetivos propuestos, el direccionamiento requiere de seguimientos en los cuales se busca que los planes estratégicos sean ajustados a los cambios del contexto y al desarrollo de la misión institucional.

1.2.1 Planes, Programas y Proyectos:

Desde la dependencia de planeación y en compañía del asesor de control interno se realizaron los respectivos seguimientos a los planes estratégicos, para el caso plan de desarrollo 2012-2016 y plan operativo anual 2016, estos seguimientos se realizan de manera anual (PDI) y trimestral (POA), de acuerdo a la matriz con la que se cuenta se verifica el cumplimiento cuantitativo y cualitativo y se da un porcentaje de avance y de cumplimiento conforme a lo esperado a 31 de Diciembre de 2015 y de lo que va corrido de la vigencia 2016 (primer trimestre), mostrando así la gestión y el alcance de las metas previstas en cada uno de los procesos.

De la misma manera, se realizó seguimiento al plan de compras y sus modificaciones, plan anticorrupción con sus respectivos seguimientos y observados sus informes y resultados a través de la página web, ejecución del Plan de mantenimiento y ejecución en alto grado de los proyectos de inversión de la entidad, a la fecha de corte de esta evaluación se logro observar un alto grado de compromiso en la ejecución de lo planeado en cada uno de los procesos institucionales.

1.2.2 Indicadores de Gestión:

El Plan de acción de la entidad (POA) para la vigencia 2015 y 2016 se han establecido los indicadores correspondientes para cada una de las metas, los cuales en su momento brindan a la alta dirección los elementos de juicio necesarios para determinar las situaciones reales de la entidad y a partir de ellos adoptar los correctivos necesarios si a ello hubiera lugar.

1.2.3 Políticas de Operación:

El Plan estratégico 2016-2019 y el plan de acción 2016, son los documentos estratégicos que determinan las directrices y políticas a seguir por los líderes a cargo de los procesos.

1.3 Componente Administración del Riesgo:

Identificado en el manual técnico como el conjunto de elementos que le permiten identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos que puedan afectar o impedir el logro de los objetivos institucionales.

1.3.1 Políticas de Administración de Riesgos:

El último seguimiento realizado al mapa de riesgos de la entidad fue en el mes de septiembre de 2015, se adelantó seguimiento a los riesgos identificados para cada uno de los procesos institucionales, lo anterior, con el objetivo de verificar si los controles establecidos están minimizando, reduciendo, compartiendo o transmitiéndose a fin no se interfiera con el cumplimiento de los objetivos programados dentro de sus planes estratégicos.

1.3.2 Identificación del Riesgo:

La identificación, es un aspecto clave dentro de las organizaciones para la administración de riesgos, es una actividad permanente, interactiva e integrada a los planes estratégicos que requieren como insumo entre otros la claridad de los objetivos estratégicos de la entidad para la obtención de resultados.

Como se citó anteriormente, se relacionaron una serie de riesgos identificados en el proceso de auditoria los cuales presentan una probabilidad alta de ocurrencia los cuales en algún momento se pueden materializar y entorpecer el normal funcionamiento de la entidad y afectar el logro de los objetivos.

1.3.3 Analisis y valoración del Riesgo:

El analisis de los riesgos identificados, se viene adelantando, mediante el establecimiento de la probabilidad de ocurrencia y el impacto de sus consecuencias, posteriormente se evalúa con el propósito de obtener información para establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a emprender a fin de que su ocurrencia sea mínima o no se vuelvan a presentar.

Otro momento en el que se analizan y valoran los riesgos es el de la auditoria interna por procesos, en ese escenario se identifican los riesgos, se analizan y se verifican las acciones realizadas por los líderes de los procesos a fin de que su materialización e impacto sean mínimos y no generen inconvenientes con los resultados de su proceso.

2. Módulo de Evaluación y Seguimiento

2.1 Componente Autoevaluación Institucional:

Es actividad es considerada realizarse dentro del proceso de mejoramiento continuo, donde se deben aplicar instrumentos y herramientas de gestión y de control las cuales requieren de evaluación y seguimiento, es decir, un proceso que verifique el nivel del sistema de control interno y de la gestión de la entidad.

2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión:

El nuevo Modelo de control interno como se ha expresado anteriormente se ha concebido como un conjunto de elementos interrelacionados, donde han intervenido todos los funcionarios de la IES como responsables del control en el ejercicio de sus actividades.

El control interno de la entidad busca garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales y la contribución de estos a los fines del estado, además de garantizar la coordinación de las acciones, la fluidez de la información y la comunicación y la manera oportuna de corregir las debilidades que se presentan en el quehacer institucional.

Los informes de autoevaluación institucional de gestión y de control a partir de la vigencia 2015, fueron elaborados teniendo en cuenta la nueva estructura MECI 2014, esto garantiza la aplicación del instrumento adoptado a la norma y a los requerimientos de la entidad, determinando así la operatividad de los elementos que conforman y estructuran el nuevo modelo.

Frente al cumplimiento y madurez en la aplicación de la herramienta (Actualización Modelo MECI 2014) se obtuvieron las siguientes calificaciones:

Factor	Puntaje	Indicador de Madurez
Entorno de Control	4.97%	Avanzado
Información y Comunicación	2.61%	Intermedio
Direccionamiento Estratégico	3.89%	Satisfactorio
Administración del Riesgo	4.76%	Avanzado
Seguimiento	3.58%	Intermedio
Indicador total de madurez	74.05%	Satisfactorio

2.2 Componente Auditoria Interna:

2.2.1 Auditoria Interna:

El Programa de Auditoria interna presentado iniciando la vigencia 2015 obtuvo finalmente al cierre del programa un cumplimiento de ejecución del 85.71%, los ejercicios auditores llevados a cabo, han permitido adoptar acciones de mejoramiento continuo y correctivos en los procesos auditados.

2.3 Componente Planes de Mejoramiento:

2.3.1 Plan de Mejoramiento:

Acorde con el resultado obtenido de las auditorías internas y externas, se han suscrito los planes de mejoramiento y se han formulado y desarrollado las acciones propuestas a fin de subsanar las observaciones presentadas por los equipos auditores.

Plan de Mejoramiento Institucional:

Se suscribió plan de mejoramiento institucional con el órgano de control externo, contraloría general de caldas, se han realizado diferentes acciones en cumplimiento de las observaciones presentadas por este órgano de control, a la fecha de este informe se ha cumplido con un 66% de cumplimiento al haber cerrado dos hallazgos de los tres formulados por el órgano de control.

Plan de Mejoramiento Interno:

De los resultados obtenidos en el proceso de auditoría interna por procesos se han estructurado los diferentes planes de mejoramiento interno, se han suscrito los mismos, se han presentado el analisis de causa identificando la razón raíz y buscando las acciones de mejora que permitan subsanar las falencias encontradas.

De las acciones suscritas se adelantan los respectivos seguimientos y en comité MECI CALIDAD se verifica y se hacen los respectivos cierres de la no conformidad o hallazgo si se cumplen con las acciones de mejora formuladas.

3. Eje Transversal Información y Comunicación:

Como se ha comunicado en informes anteriores, la entidad tiene deficiencias en la adopción de estrategias de información y comunicación, inicialmente la entidad no ha adoptado un manual de comunicación interna lo que ha dificultado el establecer los mecanismos idóneos para el conocimiento de los funcionario y de los grupos de interés de la información pública.

A pesar de presentar debilidad en este elemento, la entidad ha tratado de que a través de la página web y redes sociales se muestre el desarrollo de las actividades institucionales.

La entidad cuenta con un mecanismo de Peticiones, quejas, reclamos y solicitudes, el cual mantiene habilitado para que los funcionarios, estudiantes y comunidad puedan radicar sus quejas a los cuales se les brinda la correspondiente y oportuna respuesta.

A través de la línea 01-8000 se reciben requerimientos, solicitud y preguntas cuando son presentadas por este medio, de toda la gestión realizada se deja evidencia para determinar la trazabilidad y cumplimiento.

Se hace indispensable para la IES-CINOC establecer un documento donde se evidencien las directrices y normatividad interna sobre los procesos de comunicación e información.

Juan Pablo Herrera Arce.
Asesor de Control Interno.
IES-CINOC