

# INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO



ABRIL 2017

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

Revisado: Luís Alfredo Ávila Torres.  
Rector IES-CINOC

## INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR, COLEGIO INTEGRADO NACIONAL ORIENTE DE CALDAS ABRIL DE 2017.

### Introducción:

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 9 de la ley 1474 de 2011 y al Decreto 943 del 21 de Mayo de 2014, por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno MECI, el Instituto de Educación Superior, presenta un informe detallado de avance en cada uno de los módulos que se agrupan para la implementación y sostenibilidad del Modelo estándar de Control Interno, en sus componentes de talento Humano, componente de direccionamiento estratégico, componente de Auto evaluación Institucional y componente y eje Transversal de Información y comunicación.

El informe que presenta la Dependencia de Control Interno, es muestra de cómo la institución de Educación Superior IES-CINOC viene dando cumplimiento a lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Decreto de actualización y de implementación y sostenibilidad del Modelo Estándar de acuerdo a lo lineado por el Gobierno Nacional en Materia de Control Interno, en este sentido, se presentaran los avances y evaluación del periodo Diciembre 2016 Abril 2017, además de mostrar los resultados obtenidos en la ejecución del Programa de auditorías internas por parte del órgano de Control Interno a través de su evaluación independiente.

## MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Componente de Talento Humano

*Elemento: Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos.*

Algunos de los funcionarios de La Institución de Educación Superior IES-CINOC se encuentran Comprometidos en el Cumplimiento del Código de Ética de la entidad; en vigencia anterior se actualizó el documento “Código de Ética”, pero no se realizó la debida socialización con todo el equipo de trabajo y funcionarios, por otra parte, es evidente que falta más compromiso y responsabilidad en logro de algunos resultados del ejercicio al ser difícil realizar mediciones por parte del órgano de control Interno.

La entidad cuenta con elementos definidos en la carta de Valores y principios éticos adoptada por la institución, documento que fue construido colectivamente y en el cual se identifica y estandariza la conducta de los funcionarios de la IES CINOC dentro de los valores y principios éticos que debe contener en su quehacer cada funcionario; esta carta establece las declaraciones explícitas que se tienen en relación con las conductas de los funcionarios y la necesidad de esta para la consecución de los propósitos institucionales, manteniendo como lineamientos claros la coherencia en la gestión pública con los fines consagrados en la constitución, la ley, y el cumplimiento de la finalidad social del estado en marcadas en los valores y la moral de cada uno de sus funcionarios.

*Elemento: Desarrollo del Talento Humano.*

En cuanto al componente de talento humano de la entidad, se cuenta con un equipo de profesionales capacitados para desarrollar las diferentes tareas y actividades que se programan en la entidad a través de sus planes operativos anuales; el Jefe de Talento Humano de nuestra IES, formula y presenta a la dirección el plan de gestión del talento humano el cual es adoptado en cumplimiento de que se mejoren las aptitudes profesionales y personales, así como el desarrollo de la gestión pública de los funcionarios de la IES.

El desarrollo del talento humano de la institución tiene varios propósitos, entre los que se encuentran, apoyar los procesos de Educación Formal a nivel de Pregrado y Postgrado, formar a los funcionarios en aspectos que contribuyan a su desarrollo personal independiente de su área de trabajo, realizar procesos de inducción y reinducción oportunos y eficaces, capacitar a los funcionarios de la entidad en procedimientos y normatividad específica y relacionada con el área de trabajo y desarrollar en los funcionarios compromiso hacia la prestación de un servicio con calidad, así como lograr la mayor efectividad posible en el desarrollo de los programas de seguridad social integral, recreación y de salud para el mejoramiento de la calidad de vida de los integrantes de la comunidad CINOC.

La IES-CINOC viene implementando actividades de prevención y de promoción en salud ocupacional, los cuales permitan proteger la salud del personal, controlando para ello la exposición ocupacional a factores de riesgo y la causalidad de las pérdidas propias de la actividad laboral y económica de la entidad; a través de su rectoría se comprometió a la destinación de los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para la planeación, ejecución y evaluación del Sistema de gestión para la seguridad y salud en el trabajo acorde con los factores de riesgo existentes con el fin de minimizarlos y controlarlos.

La institución tiene el compromiso de formular y desarrollar el Programa de Salud Ocupacional, viene fomentando la participación de todos los funcionarios de la entidad generando un compromiso tanto individual como colectivo para el autocuidado en cada uno de los funcionarios.

A través de la dependencia de talento Humano se realizan mediciones del clima laboral para cada vigencia, el cambio de sede y sitio de trabajo y las nuevas condiciones laborales al trasladarnos a otro espacio, han permitido un mayor contacto entre algunos compañeros donde el trato no era tan recurrente, lo que ha generado en alguna medida más trabajo colectivo.

Componente: Direccionamiento Estratégico

Elemento: Planes, Programas y Proyectos.

La asesora de Planeación y líder del Proceso de mejoramiento continuo de la IES, realizó las respectivas evaluaciones al plan operativo anual formulado para la vigencia 2016, evidenciando haber alcanzado un porcentaje de cumplimiento alto frente a los compromisos establecidos en dicha vigencia, las metas que no se alcanzarían fueron presentadas en su momento al Consejo directivo como máximo órgano para su reformulación o aplazamiento, la nueva propuesta de POA 2017, contempla algunas de las metas aplazadas en la vigencia anterior; se realizó Evaluación al plan de desarrollo institucional 2012-2016 el cual presentó un resultado importante, actualmente se encuentran en ejecución los proyectos institucionales formulados desde vigencias anteriores 2014-2015 y actuales 2016-2017, entre los que se encuentran los tres macroproyectos apoyados con los Recursos del CREE de vigencia anterior (Infraestructura, B-learning y Ciclos Propedéuticos) y los cuatro proyectos vigencia 2016-2017 (Cualificación docente, Investigación, Permanencia a la educación).

El plan de adquisiciones ha apoyado efectivamente el cumplimiento del plan operativo anual; se evidenció una mejoría total, al observar una mejor planeación en las compras y necesidades de contratación de servicios para la vigencia 2016 frente a lo planeado y presupuestado.

Anualmente se ajusta el Plan anticorrupción y se expone en página web para el conocimiento de la comunidad académica y grupos de interés, además la asesora de Planeación realiza los seguimientos respectivos cada cuatro meses como se establece sobre

el particular, los informes de Evaluación al plan anticorrupción son presentado y colgado en página web en el link de Planeación Institucional.

La entidad cada vigencia formula planes operativos para los dos centros de prácticas CENTRO DESARROLLO DE LA MADERA y CENTRO DE TRANSFERENCIA TECNOLOGICA GRANJA SAN JOSE, se observó la presentación y aprobación de los planes operativos para los centros, así como lo planes ambientales adoptados para cada centro, se verifico que estos planes fueran avalados por cada uno de los comités de los centros de practica y adoptados por resolución a través de Rectoría.

Se presentó al comité MECI-CALIDAD el programa de auditoria interna por parte del asesor de Control Interno el cual fue aprobado por el comité en el mes de mayo para la vigencia 2017; se adopta Plan operativo anual Institucional (POA) 2017 Ajustado previamente por consejo directivo y adoptado por resolución de rectoría.

A través de un proceso de auditoría interna de calidad y gestión se realiza seguimiento a los diferentes procesos incluido en el Mapa de Procesos de la entidad; los Procesos Misionales institucionales son los que mayor debilidad han presentado, al observar desde la dependencia de control interno algunas falencias en el desarrollo de sus procesos, resultado de estas auditorías internas, se han presentado las diferentes recomendaciones y se han solicitado realizar acciones correctivas, las cuales permitan subsanar las debilidades encontradas.

A la fecha de la presentación de este informe no se ha logrado establecer un avance importante en el manual de Políticas contables para la IES-CINOC, además no se ha logrado avances importantes para el régimen de contabilidad pública aplicar hasta el mes de diciembre de 2017, ya que por obligación y mandato legal las entidades del orden gubernamental deben de dar aplicabilidad a las normas internacionales de Contabilidad pública NIIF a partir de enero 2018, y a Diciembre de 2017 se debe tener el estado de situación financiera de apertura, esto con el fin de estandarizar la información financiera y poder dar aplicabilidad a las mismas a partir de enero 01 de 2018, Es importante recomendar a la dirección que a la fecha la entidad solo tiene un cronograma de cumplimiento el cual no se viene ejecutando por el líder de este proceso, en este caso el contador de la entidad; se observa no haber adoptado una metodología aún para la implementación de la NIIF y que se ajuste a los requerimientos de la entidad dando cumplimiento a la resolución No. 533 de 2015 (entidades sujetas de aplicación), el instructivo 002 de 2015 (Preparación e Implementación) y la resolución 693 de diciembre 6 de 2016 (modifica el cronograma de aplicación del Marco Normativo para Entidades).

Se presenta un retraso frente al establecimiento del Proyecto Educativo Institucional, documento el cual debe contener el Marco estratégico para el desarrollo de la IES, se logró observar que el PEI de la IES se encontraba vigente hasta el año 2014 y que desde vigencia anterior se debían presentar avances sobre el particular como lo establece el procedimiento interno frente a los planes estratégicos, hasta la fecha de este informe no se

ha adoptado, lo que evidencia que la entidad lleva más de 2 años en la formulación de su nuevo Proyecto Educativo.

*Elemento: Modelo de Operación Por Procesos.*

La Institución de Educación Superior cuenta con Manual de Procesos y procedimientos, en el cual se establecen las diferentes actividades a desarrollar y donde se evidencia la trazabilidad y estandarización de sus actividades en función que le ha asignado el estado, es importante resaltar que el manual de procesos se establece en la entidad a partir de su compromiso con la Norma NTCGP 1000:2009 E ISO 9001:2008, estos procesos los cuales son monitoreados en un procedimiento de auditoria por el órgano de control interno, han permitido la identificación, formulación y mejoramiento de algunos aspectos los cuales se deben de ir apalancando en pro del desarrollo de la entidad y de mejorar en la prestación de servicios.

Es importante que la entidad (Alta Dirección) y que con el apoyo de la asesora de planeación líder de mejoramiento continuo sea actualizado el manual de procesos y procedimientos, permitiendo realizar los ajustes necesarios y que se garantice que estos sean entendidos e interiorizados tanto por el personal que labora como por el personal que audita la entidad.

La entidad cada año viene recibiendo acompañamiento, seguimiento y medición por entidad certificadora de Calidad "COTECNA" en la Norma NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008, esta se encarga de realizar auditoria externa de calidad en la cual verifica el cumplimiento y los deberes de la entidad, su sostenibilidad y mantenimiento.

Es muy importante que a través del comité MECI se hagan las diferentes observaciones a la alta dirección para que se adecuen los procedimientos, integrar a cada uno de los líderes de procesos en un trabajo de actualización tanto de los procedimientos como de sus formatos, es muy importante actualizar el listado maestro de control de documento y de registros, indicadores y Mapa de Riesgos, además de integrar a los indicadores de gestión los indicadores que solicita cada vigencia el Ministerio de Educación Nacional MEN.

El modelo estándar de Control interno ha sido una herramienta esencial para el desarrollo del ejercicio en cumplimiento de la función de la entidad.

*Elemento: Estructura Organizacional.*

La IES-CINOC Cuenta con una estructura organizacional donde se identifican claramente los niveles de responsabilidad y autoridad, si se ha logrado observar por parte de la dependencia de control interno que los procesos de reestructuración de personal (menor planta) ha generado brechas entre la organización ya que las plazas se han llenado en ocasiones con contratistas los cuales no han dado continuidad a los procesos que desarrolla la IES o no se encuentran en sintonía con lo que hace la entidad, es muy importante

mencionar que en la entidad no se cuenta con auxiliares administrativos que acompañe la parte de la actividad operativa del jefe o líder de proceso.

*Elemento: Indicadores de Gestión.*

Frente al elemento de indicadores de Gestión la IES-CINOC viene de capa caída, desde vigencias anteriores 2015-2016 hay un retraso en la presentación de indicadores por procesos como quedo establecida en la batería de indicadores del Sistema de Gestión de la Calidad de la institución, así mismo se está presentando con los indicadores que se deben diligenciar al Ministerio de Educación Nacional, hay falencias críticas en estos momentos frente a la presentación de indicadores de calidad de la Organización, se ha tratado por la dependencia de control interno y Planeación de apalancar esta actividad pero es un poco complejo planear jornada de trabajo con el fin de recolectar la información y medir el indicador correspondiente, es importante mencionar que se encuentran muy claros los diferentes indicadores por procesos, pero el no diligenciamiento y entrega, no ha generado llamados de atención o el inicio de un disciplinario a partir del no cumplimiento de la actividad; la observación se ha presentado por la dependencia de control interno desde varias vigencias anteriores, además ha sido presentada la No Conformidad en el proceso de auditoría interna al SGC.

*Elemento: Políticas de Operación.*

En su condición de Políticas, la IES-CINOC ha establecido las diferentes guías de acción incluidas dentro de su manual de procesos las cuales direccionan las actividades de la institución hacia la implementación de las estrategias organizacionales, de esta manera ha mantenido la armonía entre las definiciones estratégicas y de operación para facilitar el control administrativo.

Dentro de las políticas adoptadas se encuentran las que integran el Sistema de Gestión de la Calidad, las Políticas para la administración de Riesgos, Políticas para el desarrollo del talento Humano, y las Políticas Contables y Financieras las cuales se encuentran en construcción de acuerdo a la Resolución No. 693 de diciembre de 2016.

*Elemento: Administración del Riesgo.*

Se ha logrado identificar que varios de los riesgos establecidos en el Mapa de riesgos se materializaron en la vigencia 2016; se ha tratado de establecer con los líderes de los procesos el diligenciamiento de una matriz pre diligenciada por la asesora de planeación como apoyo para que cada uno estableciera las acciones correctivas y se empezaran a controlar los riesgos materializados o muy expuestos, pero a la fecha de este informe no se ha logrado avanzar sobre este particular, se programará por parte de la dependencia de control interno un nuevo acompañamiento para cada uno de los líderes y se apoye en el establecimiento de acciones correctivas o de mejora sobre lo observado. Es evidente un



incumplimiento en la administración de Riesgo de la IES (NTCGP 5.6.2 literal h) y (MECI En su subsistema de Control de Gestión), a continuación se hace una breve descripción de los riesgos que se materializaron y que acciones se deben desarrollar a fin de que sean controlados y su probabilidad de ocurrencia sea menor.

#### Riesgos 2016

Proceso	Riesgo identificado	Efectos Identificados
Dirección	Ausencia de acciones institucionales conducentes al mantenimiento, la sostenibilidad y continuidad del Sistema Integrado de Gestión (SIG) de la entidad.	Todos los esfuerzos desplegados por la entidad en la implementación del Sistema Integrado de Gestión pueden irse al suelo por la falta de mantenimiento.
Mercadeo e Información	Incumplimiento de las actividades del Plan de Mercadeo, Información y Comunicación para la entidad.	Se carecen de instrumentos y herramientas que direccionen el actuar de la entidad con respecto a lo que desea informar, publicitar o comunicar.
Mercadeo e Información	Falta de oportunidad en la publicación y divulgación de información producida por los diferentes procesos.	Escasa elaboración y disponibilidad de documentos y registros para atender necesidades de publicación y divulgación de información.
Mercadeo e Información	Bajo reconocimiento en el medio	Los clientes no reconocen la incidencia e importancia de la institución en el medio.
Mercadeo e Información	Efectos negativos sobre el clima organizacional por el mal manejo de la información y comunicación.	Desconocimiento de lo que se hace por parte de funcionarios y usuarios. Disminución del compromiso y sentido de pertenencia con la institución y con lo que se hace.
Docencia	Incumplimiento de los docentes con sus actividades académicas.	Metas incumplidas por falta de seguimiento y control por parte de la Vicerrectoría Académica.
Investigación	Incumplimiento de las actividades que propendan por el desarrollo de la Investigación Institucional, en el Plan de Acción del Centro de Investigación y Relacionamiento con el Sector Externo (CIRSE).	No hay un adecuado aprovechamiento de los recursos destinados o que pueden ser utilizados en los procesos investigativos.



		No se obtengan productos que permitan evidenciar claramente el desarrollo de los procesos de investigación, en las diferentes áreas del conocimiento que constituyen la oferta académica de la entidad.
Investigación	Falta de seguimiento y control a la ejecución de los proyectos de investigación.	Incumplimiento en los indicadores de investigación. Ineficiencia en el aprovechamiento de Recursos.
Investigación	Inexistencia de reglamentaciones relacionadas con la protección de la propiedad intelectual o industrial de la institución.	Pérdida de derechos sobre la propiedad intelectual o industrial.
Investigación	Carencia en la generación de documentos que evidencien los resultados de los proyectos de investigación.	No se concretan los resultados de la investigación. Desconocimiento y falta de reconocimiento de los esfuerzos y recursos comprometidos en la investigación. Pérdida de oportunidad de impactar en el medio.
Proyección Social	Inexistencia de un Portafolio de Servicios que recopile todas las actividades de Proyección Social.	Escaso conocimiento de las actividades de Proyección Social, ofertada por la institución. Se limitan las posibilidades de formación y capacitación requeridas por los distintos tipos de usuarios y ofertadas por la entidad.
Proyección Social	Incumplimiento de las actividades que propenden por el desarrollo de la Proyección Social institucional, en el Plan de Acción del Centro de Investigación y Relacionamento con el Sector Externo (CIRSE).	No se obtengan productos y/o servicios que permitan evidenciar claramente el desarrollo de los procesos de Proyección Social, en las diferentes áreas del conocimiento.

Servicios Académicos	Inexistencia o inadecuado registro de la matrícula académica y financiera.	Información reportada erróneamente en los sistemas de información SNIES del Ministerio de Educación Nacional. Mala gestión de la información para presentar a los grupos de interés.
Gestión del Talento Humano	No evaluar, dentro de la oportunidad del caso, el desempeño de funcionarios docentes y administrativos.	Empleados sin evaluación o empleados evaluados pero mal calificados.  Empleados sin planes de mejoramiento. (A pesar de evidenciar en registros la información entregada por el personal docente con escasa trazabilidad no se han establecido mejoras correctivas ni preventivas, lo que ha generado año tras año la misma situación.
Gestión Documental	Pérdida de la Información sistematizada por falta de copias de seguridad. (Riesgo Expuesto a Materialización).	Perdida de información en las áreas o dependencias. Demora en la toma de decisiones por no disponerse de información clara, inmediata y confiable Utilizar tiempo extra en procesos de reconstrucción de información.
Gestión Administrativa	Inexistencia o desconocimiento de un plan de urgencias y emergencias.	Daños a las instalaciones físicas y pérdida de bienes. Lesiones o pérdidas humanas. Espacios no utilizables.
Medición, Seg y control.	Incumplimiento e inadecuado desarrollo de la programación de auditorías.	No se pueden emprender acciones correctivas, preventivas, y de mejora de manera oportuna.
Medición, Seg y control.	No aplicación del Modelo de Autoevaluación de programas académicos.	Deficiencias en los procesos de autoevaluación o inconsistencias en la información.

		Desaprovechamiento de oportunidades de mejora. Desactualización de Programas académicos.
Medición, Seguimiento y control.	Falta de medición y seguimiento a la gestión institucional.	Detección inoportuna en el cumplimiento de las metas inscritas en los planes, programas y proyectos. No se adelantan acciones preventivas y correctivas con base en las mediciones realizadas.
Mejoramiento Continuo.	No se establezcan planes de mejoramiento o se incumpla con ellos, una vez realizadas las evaluaciones a los distintos procesos o actividades de la Entidad.	Incumplimiento de las metas previstas en los planes, programas y proyectos que contribuyen a la gestión. Deficiencias en el desarrollo de los procesos y actividades e inclusive en quienes los tienen a cargo. Falta de oportunidad en la implementación y ejecución de acciones preventivas y correctivas que conduzcan a la mejora continua.

La entidad dispone de un Mapa de Riesgos por Procesos a través del cual se identifican, analizan, valoran y definen políticas para administrar el riesgo con miras a reducir, minimizar o transferir los riesgos asociados al desarrollo de las actividades administrativas y académicas que pueden afectar la gestión institucional, sin embargo no se evidencia un claro compromiso dentro de los involucrados en el cumplimiento de estas situaciones.

Muchos de los riesgos identificados presentan alto grado de materialización en la vigencia 2016, a la fecha de este informe no se ha logrado establecer un plan de mejoramiento sobre este particular.

#### Riesgos Identificados por Procesos.

Proceso	No. De Riesgos por Proceso	No. de Riesgos Expuestos y Materializados
Planeación	4	0
Direccionamiento	4	1
Mercadeo, Inf y Comunicación.	6	4
Docencia	7	1
Investigación	7	4

Proyección Social.	3	2
Servicios Académicos	9	1
Bienestar Institucional	3	0
Talento Humano	5	1
Gestión Documental	5	1
Gestión Administrativa	14	1
Medición, Seguimiento y Control	4	3
Mejoramiento Continuo	1	1
<b>Total Riesgos Por Procesos</b>	<b>72</b>	<b>20</b>

La entidad cuenta con un 27.78% de sus riesgos Materializados, lo que puede generar traumatismos y malas gestiones en el desarrollo de cada uno de sus procesos y sus procedimientos; es importante determinar cuál es la causa para que estos riesgos se estén materializando y determinar qué gestión se está haciendo frente a la mitigación, reducción o traslado, así mismo, es indispensable que la entidad formule un plan de mejoramiento por procesos; ya identificado los riesgos se debe proceder a la formulación de las acciones correctivas preventivas y de mejora con el fin de solucionar las observaciones presentadas en el proceso de verificación de riesgos.

Algunos de los riesgos se han materializado, a pesar de haber identificado que en la vigencia anterior estos riesgos se encontraban muy expuestos, finalmente no se realizaron las acciones respectivas para que estos riesgos no se materializaran.

Teniendo como guía la ley 1474/2012 Estatuto anticorrupción, la oficina de control interno dentro de sus roles establecidos en la ley 87 de 1993 realiza el debido seguimiento cada año al Mapa de Riesgos de la entidad, los resultados de este seguimiento es informado de primera mano al representante de la Dirección, seguido a este es una entrada del sistema de Gestión de la Calidad y MECI, y finalmente los resultados son expuestos e informados a través de página web en el link de control interno.

## MODULO DE CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Componente: Autoevaluación Institucional

### Elemento de Autoevaluación de Control y Gestión.

La entidad diligencio y reporte el informe de control interno de la vigencia 2016 y dio repuesta a la encuesta de calidad y MECI desarrollada por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, Evaluación que fue desarrollada en compañía de la asesora de Planeación ya que en este caso se debía dar respuesta a la implementación del FURAG, Y SISTEMAS COMO LA HERRAMIENTA MECI Y SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, cada año son socializados con el comité de calidad los resultados alcanzados en la implementación y mantenimiento de los sistemas de Gestión que aplica la entidad.

La dependencia de control interno realiza el debido seguimiento a los diferentes planes operativos que se formulan en la entidad, de cada uno de estos seguimiento se presenta

informe a la dirección para su conocimiento; en cuanto a los planes de mejoramiento suscritos con el órgano de control interno se ha evidenciado falta de compromiso en algunas de las acciones de mejora formuladas; así mismo se presenta en cumplimiento de la no materialización de los riesgos institucionales que como se contó anteriormente no presentan avances significativos para su reducción y su mitigación o traslado.

Desde la dependencia de planeación se están realizando diferentes jornadas de trabajo para atender los diferentes requerimientos de los entes de control, planes de mejoramiento institucionales y de auditorías internas, se ha observado la necesidad de focalizar mayores esfuerzos por parte de los funcionarios para que se integren a sus actividades la actividad de autoevaluación.

Es sumamente importante que al interior de la IES-CINOC, se continúe con la búsqueda de mecanismos a través de los cuales se fortalezca la capacidad, la competencia y la cultura del autocontrol con el fin de detectar en su momento las desviaciones en su trabajo, de esta manera se puedan realizar las acciones preventivas que garantice la mejora continua de cada uno de los procesos que se desarrollan al interior de la IES.

#### Elemento Auditoria Interna

El jefe de control interno después del seguimiento y Verificación del cumplimiento de las actividades programadas relacionadas con la gestión administrativa y académica que desarrolla IES-CINOC se observó conformidad con las disposiciones de las Normas NTCGP 1000:2009, ISO 9001:2008, MECI 1000:2014 y demás requisitos legales y reglamentarios que enmarcan la Educación Superior; de acuerdo a la verificación de estos registros se han consolidado resultados los cuales se socializaron al comité MECI para su conocimiento y valoración; el programa de auditorías internas que se formuló y se ejecutó integro en un solo proceso auditor evaluaciones al Sistema de Control Interno MECI 1000:2014 y al Sistema de Gestión de Calidad NTCGP 1000:2009, ISO 9001:2008 con un cumplimiento del 52.39%, se deberá identificar la causa del incumplimiento de ejecución del Programa de auditoria interna por parte del funcionario encargado, así como Las actividades de seguimiento que se realizaron a los diferentes procesos auditados buscaron apoyar más en la función que en el evidenciar las falencias y debilidades en desarrollo de cada uno de los procesos y procedimientos que integran el mapa de procesos de la entidad.

Se han presentado retrasos en la ejecución de lo programado en auditoria interna, debido a que los tiempos descargados a los funcionarios para el desarrollo de esta actividad son muy pocos, además se retrasa la actividad por que no se han consolidado datos y registros de vigencias anteriores.

La falta de tiempo de algunos líderes de proceso no permitió un cumplimiento óptimo en la ejecución de las auditorias, se dificulta la realización de auditoria a los procesos misionales de la entidad. No se está reconociendo la importancia de los Sistemas Integrados de Gestión (Sistema de Control Interno MECI 1000:2014 y Sistema de Gestión de Calidad

NTCGP 1000:2009, ISO 9001:2008) como herramientas que ayudan al mejoramiento continuo de la entidad. (Se debe fortalecer los SIG)

Se realizó un trabajo muy importante con el comité MECI-CALIDAD y líderes de los procesos para el seguimiento en cumplimiento de la Norma ISO 9001-2008 y la NTCGP 1000:2009; en la vigencia 2016 se implementaron dos acciones correctivas frente a las observaciones realizadas por la firma certificadora, acciones que deberán ser valoradas y soportadas nuevamente para evidenciar el cumplimiento de estas para la próxima revisión de certificación que se haga en la vigencia 2017.

Se evidencio la necesidad de dar más apoyo a la alta dirección frente al funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión (Sistema de Control Interno MECI 1000:2014 y Sistema de Gestión de Calidad NTCGP 1000:2009, ISO 9001:2008). El personal es insuficiente para el desarrollo de todo un sistema de Calidad.

El seguimiento al Mapa de riesgos de la entidad de la vigencia 2016, permitió identificar un total de 20 riesgos materializados de un total de 72 riesgos por procesos, lo que equivale a un 27.78% de los riesgos identificados materializados; se deberán emprender las acciones necesarias que permitan reducir y mitigar los riesgos ya expuestos.

Se dificulta realizar la valoración de indicadores por la dependencia de control interno, debido a que estos no se han consolidado a 31 de diciembre de 2016.

Frente a los resultados de la auditoria interna, es importante que se fortalezca la cultura de la evidencia (Registros) y diligenciamiento de formatos los cuales permiten hacer la trazabilidad de las actividades que se desarrollan por parte de cada uno de los líderes de los procesos y funcionarios.

#### Elemento Planes de Mejoramiento.

Por parte de la dependencia de control interno se realizado y presentado los informes de avance sobre el Plan de Mejoramiento Institucional suscrito en vigencias anteriores con la Contraloría General de Caldas, este contempla las acciones de mejoramiento que se han ejecutado por la entidad en son de superar los hallazgos y debilidades detectadas durante el proceso auditor adelantado por este ente de control, actividades que se viene desarrollando y la cual tiene un cumplimiento medio por quienes se encuentran involucrados y como responsables ya que las observaciones presentadas datan de auditoria externa de la vigencia 2013 y no se han cerrado aún.

Se han formulado planes de mejoramiento por procesos principalmente como resultado de las auditorías internas al sistema de gestión de la calidad establecido en la entidad cuyas acciones correctivas, preventivas o de mejora se adelantaran durante la vigencia 2016 por parte de los responsables de las mismas y dentro de un cronograma definido para el caso,

se sigue presentando un cumplimiento medio en las acciones de mejora formuladas por los diferentes líderes.

La Oficina de Control Interno sigue fomentando el ejercicio del Control Interno y el Autocontrol a través de carteleras y de visitas en sitio con el propósito de promover e invitar a su práctica de manera permanente durante la ejecución de los diferentes procesos institucionales.

Las actividades correspondientes a la implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2014 y el Sistema de Gestión de Calidad NTCGP 1000:2009 han contado con el acompañamiento de la Oficina de Control Interno dada su complementariedad mediante la presentación de las observaciones y sugerencias del caso.

Si bien se han generado algunos planes de mejoramiento producto de la evaluación a los procesos y actividades en auditoria interna, se debe afianzar mucho más en este aspecto en la entidad a raíz de la sostenibilidad que demanda el Sistema de Control Interno establecido bajo el modelo MECI 1000:2014 y el Sistema de Gestión de la Calidad NTCGP 1000:2009.

## EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Componente: Información y Comunicación.

La IES-CINOC tiene establecido dentro de sus procesos todo un sistema de Gestión Documental, donde se encuentran establecidos los procedimientos de elaboración, actualización y administración de documentos, así como el procedimiento para la administración de registros y gestión de las comunicaciones oficiales, a través de los años la entidad ha generado una cultura para el manejo de los comunicados internos y externos, es por esto que la recepción de los comunicados ha jugado un papel muy importante al darle toda la trazabilidad a las gestiones oficiales a través de un software que timbra y radica cualquier documento que se genere en desarrollo de una actividad o procedimiento institucional, la vigencia 2016 fue un año al que se le enfoco la gestión documental de la entidad al integrar en sus procedimientos el manejo de la información electrónica, la actualización de tablas de retención, actualización de inventario central e inventario Histórico y su debida marcación, si es muy importante que se adelanten acciones para que se hagan los respectivos expurgos documentales ya que se ha observado que la entidad desarrollo la actividad pero dejo un fondo acumulado a la cual hay que hacerle la respectiva selección con su acta de eliminación, actualmente se cuenta con un fondo acumulado de más de 10 metros lineales al cual hay que hacerle un proceso de selección y eliminación.

frente a la atención de las PQRS de la IES-CINOC, se ha establecido la apertura de buzones físico y virtual cada dos meses, la secretaria General y la Dependencia de Control Interno son los encargados de dar apertura a estos buzones y de trasladar la PQRS, siempre que se realiza actividad se levanta su respectiva acta, la entidad no presenta muchos



requerimientos a través de estos medios, sin embargo se desarrolla la actividad de manera diligente con el fin de mejorar la atención al ciudadano.

La vigencia 2017 inicia con la actualización y puesta en marcha de un nuevo portal web en el cual se busca dar cumplimiento a los lineamientos de Gobierno en Línea y a la normatividad expuesta en cumplimiento de lo normado para el acceso y transparencia de la información pública Ley 1712 de 2014.

Finalmente la entidad a través del comité de información y comunicación estableció las diferentes estrategias de comunicación interna y la manera de informar las diferentes actuaciones institucionales

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 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.

A pesar de presentar debilidades en la comunicación institucional, la entidad ha tratado de que a través de la página web y redes sociales se muestre el desarrollo de algunas las actividades institucionales.

A partir del cambio de sede, se ha dejado de utilizar la línea 01-8000 de atención al cliente, en esta línea se atendían en ciertas ocasiones solicitudes y preguntas. Se recomendara a la dirección la necesidad de tener nuevamente acceso a esta línea de atención.

Diligenciado por:

Juan Pablo Herrera Arce.

Asesor de Control Interno.

Periodo del Informe: Enero- abril de 2017, Fecha de Presentación Informe: 30 de mayo de 2017, Fecha de Socialización Informe con la Dirección: 31 de mayo de 2017. Publicación en página Web: 31 de mayo de 2017.

