

INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO



AGOSTO 2017

Juan Pablo Herrera Arce.
Asesor de Control Interno.

Luís Alfredo Ávila Torres.
Rector IES-CINOC

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

A través de este informe la dependencias de control Interno recompila los resultados de las actividades de seguimiento y control que se han desarrollado hasta el mes de Agosto de 2017, es importante mencionar que para esta evaluación solo se ha contado con el asesor de control interno ya que la IES-CINOC no cuenta con un equipo multidisciplinario como lo ordena el artículo 11 de la ley 87 de 1993 quien acompañe los procedimientos de auditoria Interna, el proceso auditor se viene desarrollando a través de actividades de seguimiento, evaluación y monitoreo a los procesos y procedimientos institucionales establecidos en el Mapa de Procesos, así mismo se realizó seguimiento y se midió el cumplimiento del Plan Operativo Anual y los avances que se han presentado frente a los diferentes Planes, programas y proyectos que se encuentran en desarrollo enmarcados dentro del Plan de desarrollo 2016- 2020 midiendo el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas en sus planes estratégicos.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9º de la Ley 1474 de 2011, se presenta el siguiente informe pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno de la Institución de Educación Superior Colegio Integrado Nacional Oriente de Caldas IES-CINOC. El documento que se presentara a continuación describirá las debilidades y amenazas al igual que las oportunidades y fortalezas que tiene la entidad en la aplicación de la herramienta gerencial pública denominada “Modelo Estándar de Control Interno, MECI-2014” y su sistema de Gestión de la calidad.

MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Componente de Talento Humano

Elemento: Desarrollo del Talento Humano.

La Gestión del Talento Humano en el IES CINOC está enfocada a mejorar las competencias personales de los servidores públicos que conforman esta entidad. Igualmente se encaminan esfuerzos por lograr la idoneidad de los funcionarios para ejercer sus cargos, generando habilidades y destrezas para laborar de manera interdisciplinaria y de esta manera aportar al desarrollo y cumplimiento de los objetivos institucionales plasmados en los Planes estratégicos de la IES con elementos de calidad y autocontrol los cuales hacen del IES CINOC una empresa que construye y trabaja permanentemente para ofertar y prestar los servicios de manera integral a sus socios de valor.

La IES-CINOC viene apostando sobre la calificación de sus docentes a través de apoyos financieros para realizar procesos de maestría y especialización en busca de que la IES logre alcanzar en un momento la oferta de programas profesionales; actualmente se encuentran en proceso de estudios cinco docentes de siete que era el indicador de cumplimiento formulado en los planes Operativos anuales y en el Plan de desarrollo de la entidad; la entidad cuenta con tres docentes adicionales los cuales se encuentran en proceso de estudios de Maestrías pero vienen de proyectos anteriores, unos apoyados con tiempo y otros con tiempo y dinero.

DOCENTE	MAESTRIA	MAESTRIA EN DESARROLLO Y CANDIDATOS A MAESTRIAS
JOSE LEONARDO GIRALDO	Maestría: Gestión y desarrollo de proyectos de software	En desarrollo
WILDER GARCIA	Maestría: Desarrollo regional y planificación de territorio.	En desarrollo
FERNANDO ARDILA GALINDO	Maestría: Desarrollo sostenible y Medio Ambiente	En desarrollo
CLAUDIA MILENA ZULUAGA L	Maestría: Administración de Negocios	En desarrollo
DIDIER CHACON TABARES	Maestría: Sociedades Rurales	En desarrollo
JUAN CARLOS LOAIZA SERNA	Maestría: administración financiera	Candidatos a Mestranes Proyectos anteriores
DORIS SAMANTHA BUITRAGO	Maestría: Tributación	Candidatos a Mestranes Proyectos anteriores
JAMES IR SALAZAR TORRES	Maestría: Ingeniería computacional.	Candidatos a Mestranes Proyectos anteriores
LUZ ELMADY DIAZ RAMIREZ	Maestría: Tributación	Candidatos a Mestranes Proyectos anteriores

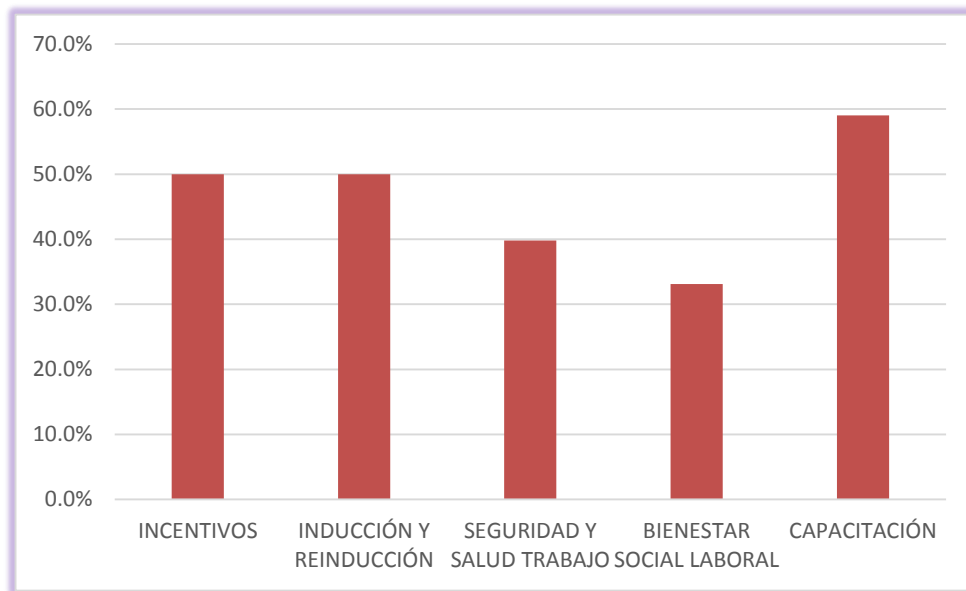
Otra de las metas proyectadas en cualificación de personal es la formación a nivel de pregrado profesional, esta actividad busca que los docentes que a la fecha no son profesionales puedan alcanzar su nivel de pregrado y aporten cada vez más al desarrollo institucional.

Transversalmente a las actividades de cualificación se vienen adelantando procesos de actualización disciplinar en herramientas virtuales, es el caso del Diplomado Virtual que más de 15 docentes y administrativos viene adelantando, Diplomado Virtual de docencia Universitario denominado "Manejo de la web 2.0 como mediación pedagógica y uso apropiación de la TIC'S, este Diplomado permitirá a la IES integrar el Modelo B-learning al desarrollo académico con la Semi - presencialidad "clases Virtuales".

El Jefe de Talento Humano de nuestra IES presento en el mes de marzo 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.

PLANES TALENTO HUMANO 2017	
PLANES	RESULTADO AL 30/06/17
INCENTIVOS	50.0%
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	50.0%
SEGURIDAD Y SALUD TRABAJO	39.8%
BIENESTAR SOCIAL LABORAL	33.1%
CAPACITACIÓN	59.0%
CUMPLIMIENTO PLANES/META	46.4%

Como se logra observar en el cuadro anterior se realizó una medición del cumplimiento de ejecución del plan de talento Humano, donde se constató que a la fecha de este informe se encontraba con una calificación cuantitativa al 30 de Junio del 46.40%.



El Plan de talento humano de la institución se formula para:

- ✓ 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 reintroducción oportunos y eficaces.
- ✓ Capacitar a los funcionarios de la entidad en procedimientos y normatividad específica y relacionada con el área de trabajo.
- ✓ Desarrollar en los funcionarios compromiso hacia la prestación de un servicio con calidad.
- ✓ Lograr la mayor efectividad posible en el desarrollo de los programas de seguridad social integral y salud en el trabajo.

- ✓ Recreación y de salud para el mejoramiento de la calidad de vida de los integrantes de la comunidad CINOC.

Es importante mencionar que desde el año pasado se viene adelantando actividades para la formulación e implementación del Sistema de seguridad y salud en el trabajo, se logró observar que a la fecha de este informe la entidad presenta un avance del 60% de cumplimiento de acuerdo a lo formulado en los Planes de trabajo para este particular.

Seguimiento al Plan de Inducción con corte al 30 de Junio de 2017

PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2017				
SEGUIMIENTO AL 30/06/17				
ACTIVIDAD	META	AVANCES	PORCENTAJE DE AVANCE	ANÁLISIS
INDUCCIÓN				
1. Jornada de inducción dirigido al personal que ingresa a laborar en la institución	100% de funcionarios vinculados a la institución con procesos de inducción realizados	0	0%	PERSONAL DOCENTE: No aplica, no se han presentado nuevos ingresos
REINDUCCIÓN				
1. Realizar reinducción en políticas y planes institucionales (POA, PDI, PEI, inversión recursos CREE) y divulgación de políticas del gobierno sobre manejo de entidades del estado.	Realización de actividades de reinducción en políticas y planes institucionales (POA, PDI, PEI, inversión de recursos CREE) y divulgación de políticas de gobierno sobre manejo de entidades del estado, de acuerdo a las necesidades institucionales	2	100%	Socialización POA
2. Reinducción en la aplicación de la carta de principios y valores éticos.	1 actividad de reinducción en la aplicación de la carta de valores y principios éticos	1	50%	Socialización por cartelera oficina control interno
3. Reinducción (dirigida a docentes catedráticos) sobre aspectos institucionales relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad, Planes, programas y proyectos Institucionales.	Actividades de reinducción dirigida a docentes catedráticos sobre aspectos institucionales	1	50%	Capacitación realizada a los catedráticos sobre aspectos institucionales
EVALUACIÓN A 30/06/17			50.0%	

PLAN DE BIENESTAR SOCIAL LABORAL 2017					
SEGUIMIENTO AL 30/06/17					
ACTIVIDADES	FECHA LÍMITE	META	AVANCES	% DE AVANCE	ANÁLISIS
Realización de celebraciones institucionalizadas (día de la mujer, día de la secretaria, día del docente, novena de aguinaldos)	2017-12-22	4 celebraciones de días institucionales realizadas	3	75%	Día de la mujer, día de la secretaria y día del docente celebrados.
Participación de los funcionarios en las jornadas culturales estudiantiles	2017-11-15	Participación del 50% de los funcionarios en por lo menos una actividad de la jornadas culturales estudiantiles	0	0%	
Integración de funcionarios	2017-12-22	Participación del 50% de los funcionarios en las actividades de integración	0	0%	
Diagnóstico de los estilos de supervisión	2017-08-30	1 Informe diagnóstico de estilos de supervisión		0%	
Taller de trabajo en equipo	2017-09-30	1 actividad realizada		100%	Actividad realizada con apoyo de la psicóloga
Taller sobre comunicación	2017-10-30			0%	
Ejecución del Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo	2017-12-22	90% de ejecución del plan		40%	
Actividades lúdico recreativas y de promoción y prevención en salud	Una vez cada mes	10 actividades lúdico - recreativas realizadas con 50% de participación de funcionarios	6	50%	1 caminata (Piamonte), 3 actividades de pausas activas semanal
EVALUACIÓN A 30/06/16		33%			

PLAN DE CAPACITACIÓN 2017
SEGUIMIENTO AL 30 DE JUNIO DE 2017

ACTIVIDADES	INDICADORES	METAS	AVANCES	% DE AVANCE ACTIVIDAD ESPECÍFICA (según indicador)	% DE AVANCE TOTAL META (según indicador)	ANÁLISIS
Autorizaciones para Formación postgradual y de pregrado de los docentes de la institución con espacio en la planeación docente.	No de docentes con formación postgradual o de pregrado terminada o en curso	4 docentes con apoyo financiero de formación postgradual	5	100.0%	100.0%	Claudia Milena Zuluaga apoyo financiero de matrícula maestría U.Autónoma Fernando Ardila, Wilder García, Didier Chacón, Leonardo Giraldo con comisión de estudios y apoyo financiero
Autorizar la formación en pregrado y postgrado de los funcionarios administrativos de la institución.	No. de funcionarios administrativos con formación postgradual o de pregrado en curso	1 funcionario administrativo con formación de pregrado o postgrado en curso	1	100.0%	100.0%	Permiso a Gerson Tapasco para desarrollar la maestría. U.Mzles. Finalizada en marzo 2017
Capacitaciones dirigidas a los docentes en:	No. de actividades de capacitación realizadas	2 capacitaciones dirigidas a los docentes realizadas	1	100.0%	100.0%	Aut.desplazamiento seminarios y cursos 2017
Área disciplinar			1	100.0%		Capacitación recibida por el vicerrector sobre pruebas Saber Pro
Apoyo a la gestión institucional			1	100.0%		Capacitación realizada en jun 2016
Pruebas saber pro			1	100.0%		
Software académico e investigación manejados por la institución			1	100.0%		
Aspectos pedagógicos						
Reinducción en políticas y planes institucionales (POA, PDI, PEI, inversión recursos CREE) y divulgación de políticas del gobierno sobre manejo de entidades del estado.	No. De Actividades de reinducción referentes a políticas de la institución y del estado realizadas.	1 actividad general de reinducción realizada.	2	50.0%	50%	Socialización POA, manejo financiero, presupuesto
Reinducción reconocimiento de principios y valores éticos			1	50.0%		Cartelera control interno
Capacitaciones dirigidas por entidades internas o externas	No. De actividades de capacitación realizadas	Realización de actividades de capacitación en 7 de los temas descritos	1	100.0%	71%	Capacitaciones en COVI y SECOP recibidas por la encargada de publicar documentos
1. Sistemas de Contratación en la Administración Pública			0			
2. Manejo y Atención del cliente.			0			
3. Comunicación y Liderazgo			0			
4. Trabajo en equipo			0			
5. Manejo de office intermedio			1	100.0%		Capacitación recibida por el jefe de presupuesto y el asesor de control interno
6. Presupuesto y finanzas públicas			1	100.0%		Capacitación recibido por la almacenista en manejo de archivo
7. Archivística para funcionarios administrativos			1	100.0%		Capacitación realizada a los funcionarios sobre evaluación de desempeño en feb 2017
8. Almacén e inventario entidades públicas			1	100.0%		Capacitación recibida por la pagadora sobre créditos ICETEX
9. Archivística para funcionarios administrativos						
10. Evaluación de desempeño						
11. Créditos ICETEX						
12. Gestión Organizacional						
13. Capacitación en ISO 9001:2015 - NTCGP 1000			0			
14. Auditoría interna de calidad			0			
15. Formación en bilingüismo (inglés)						
16. Formulación de proyectos						
Capacitaciones internas dirigidas a los docentes catedráticos de las diferentes sedes en:	% de docentes catedráticos con información institucional recibida	Reinducción del 20% de los docentes catedráticos de cada semestre	1	50.0%	50.00%	Capacitación realizada a catedráticos sobre aspectos pedagógicos institucionales
Reinducción sobre aspectos institucionales (Gestión de Calidad, Proyectos Institucionales)						
Divulgación de los cursos virtuales que ofrecen el SENA y otras entidades para que puedan acceder los funcionarios según su área de desempeño y facilitar la accesibilidad.	% de funcionarios con cursos virtuales realizados.	10% de los funcionarios con cursos virtuales realizados	2	0.0%	0.00%	
Áreas de bienestar social laboral, plan ambiental, plan de emergencias, seguridad y salud en el trabajo:	No. De actividades de capacitación realizadas	Realización de actividades de capacitación en 4 de los temas descritos	0	0.0%	10%	
Manejo de conflictos			0	0.0%		
Estilos de supervisión			0	0.0%		
Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo			0	0.0%		Curso SSI con el SENA Gerson Tapasco
Atención de emergencias, primeros auxilios			0	0.0%		Capacitación cruz roja
Capacitación en brigadas de emergencias			1	50.0%		Capacitación con Ramón Ballesteros
Plan operativo de capacitación en el área estratégica y Innovación y gestión del conocimiento	No. de actividades realizadas	Realización de una capacitación en cada uno de los temas.	1	50.0%	50.00%	Capacitaciones Syscafé actualiz. NIIF
Manejo de syscafé						
EVALUACIÓN A 30/06/17	59.0%					

PLAN DE INCENTIVOS
SEGUIMIENTO AL 30/06/17

	DESCRIPCIÓN	DIRIGIDO A	INDICADORES	METAS	FECHA LÍMITE ENTREGA	LIMITANTES	AVANCES	% DE AVANCE	ANÁLISIS
1	Prioridad en encargos y comisiones	Empleados de carrera administrativa y docente mejor evaluados	No. De encargos y comisiones otorgadas	100 % de los empleados mejor evaluados con comisión o encargos otorgados	Todo el año	Cargos disponibles para encargo	0	NA	Encargo realizado a Libaniel Gómez con calificación sobresaliente
2	Publicación en boletín institucional y carteleras	Empleados de carrera administrativa y docente mejor evaluados	No. De empleados mejor evaluados reconocidos	100 % de los empleados mejor evaluados con reconocimiento	Todo el año	Número de boletines institucionales publicados	1	50%	Reconocimiento de Funcionarios mejor evaluados con publicación en redes sociales
3	Día laboral libre	Empleados de carrera administrativa y docente mejor evaluados	No. De empleados mejor evaluados beneficiados	100% de los empleados mejor evaluados beneficiados	Todo el año	Disponibilidad de tiempo de los beneficiarios	1	50%	Día de las profesiones
4	Capacitación y formación, programas de educación superior de pregrado o postgrado	Funcionarios que contribuyan al mejoramiento en sus áreas de desempeño.	No. De personas beneficiadas con este incentivo	2 personas beneficiadas con este incentivo	Todo el año	Solicitudes del beneficio que se reciban		NA	No se han recibido solicitudes
5	Expedición y entrega de diploma	Docentes que hayan ascendido en el escalafón docente	No. De docentes reconocidos con este incentivo	Reconocimiento a 2 docentes	2017-12-15	No. De docentes que cumplan requisito	0	NA	No se han presentado ascensos
6	Un día libre día de las distintas profesiones	Funcionarios Administrativos y docentes	No. De funcionarios beneficiados	100% de funcionarios administrativos beneficiados	2017-06-30	Disponibilidad de tiempo de los funcionarios	1	50%	Día de las profesiones otorgado a todos los funcionarios
7	Hasta 3 días libres	Funcionarios administrativos que laboren ad-honorem como catedráticos en programas formales (Asignatura de 32 horas o más se otorgan 3 días)	No. De funcionarios beneficiados	100% de funcionarios que laboren como catedráticos beneficiados	Todo el año	No. de funcionarios que orienten cátedra. Disponibilidad de tiempo de los funcionarios		NA	
8	Hasta 2 días libres	Funcionarios administrativos que laboren ad-honorem como catedráticos en cursos no formales	No. De funcionarios beneficiados	100% de funcionarios que laboren como catedráticos beneficiados	Todo el año	No. de funcionarios que orienten cátedra. Disponibilidad de tiempo de los funcionarios		NA	
AVANCE DE	50%								

EVALUACIÓN SISTEMA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2017						
FECHA PROGRAMA DA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIONES	AVANCES	% DE AVANCE	ANÁLISIS
2017-04-30	Capacitación en seguridad y salud en el trabajo	Talento Humano	Se cuenta con la asesoría de la ARL	0	0%	Se debe realizar por parte de los miembros del COPASST esta capacitación
2017-05-30	Estudio de puestos de trabajo, higiene postural y condiciones ergonómicas	Talento Humano	Se cuenta con la asesoría de la ARL para esta actividad	1	100%	Actividad realizada en el mes de abril con apoyo de la ARL positiva
2017-06-30	Capacitación brigada de emergencias	Talento Humano	Se cuenta con la asesoría de la ARL, se buscará el apoyo de la Cruz Roja y Bomberos	1	50%	Capacitaciones recibidas por parte del asesor Ramón Ballesteros
2017-10-30	Capacitación procedimientos seguros de trabajo	Talento Humano	Se cuenta con la asesoría de la ARL	0	0%	
2017-11-30	Autorreportes de condiciones de salud	Talento Humano	Aplicación de encuesta	0	0%	
2017-06-30	Taller sobre manejo del estrés	Talento Humano	Se planea contar con el apoyo de un profesional en psicología	1	50%	Actividad realizada en el mes de mayo con apoyo de la psicóloga
Cada mes	Reuniones del Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo	COPASST	Revisión del sistema de gestión en seguridad y salud ocupacional y planeación de actividades	1	8%	1 reunión realizadas en el semestre
Cada mes	Actividad de promoción y prevención de salud	Bienestar	Apoyo de talento humano	10	50%	Actividades gimnasio, caminata Piamonte, actividad pausas activas
Permanente	Exigencia de pago de seguridad social y riesgos laborales a contratistas	Comité contrataciones	Todo contratista debe estar afiliado y a paz y salvo con el pago de seguridad social integral (Salud, Pensión y ARL)		100%	Se exige la presentación de planilla de pago a todos los contratistas
EVALUACIÓN 30/06/17						39.8%

Componente: Direccionamiento Estratégico

Elemento: Planes, Programas y Proyectos.

Desde el área de Planeación se realizó el seguimiento del Plan Operativo Anual de la vigencia 2017, en esta ocasión se realizó la medición con corte a 30 de Junio, adicionalmente la oficina de control interno realizo verificación del cumplimiento de este avance de acuerdo a solicitud del concejo Directivo de la IES.

Se logró observar un cumplimiento de avance del 38.5%, a continuación se presenta un resumen de las metas parciales alcanzadas al 30 de Junio de 2017 por programa.

PROGRAMA	% Cumplimiento
1.1. Cualificación docente	20,75%
1,2. Investigación	31,67%
1,3. Proyección	25,00%
1.4. Acreditación	20,00%
1,5. Diseño y rediseño de la oferta académica	36,67%
1,6. mejoramiento de la infraestructura física y tecnológica	32,50%
1.7. visibilidad institucional	0,00%
1.8. Política de inclusión	50,00%
2,1 Oferta de los programas en municipios del departamento	50,00%
2.2. Desarrollo de la educación terciaria en el IES CINOC	35,00%
3.1. Desarrollo del egresado	33,33%
3.2. Desarrollo del estudiante, acceso, permanencia y graduación	33,33%
3.3. Bienestar y gestión del talento humano de la entidad	44,67%
4.1. Direccionamiento estratégico	22,00%
4.2. Gestión administrativa	20,00%
4.3. Responsabilidad social	100,00%

Resultados alcanzados por línea.

LÍNEA	% Cumplimiento
Calidad académica	27,10%
Regionalización y educación terciaria	42,50%
Fortalecimiento de la comunidad académica	37,10%
Estructura y gobernanza institucional	47,30%
Cumplimiento general a Junio	38,5%

A través de la rectoría y la asesora de Planeación de la IES-CINOC se solicitó al Concejo Directivo el aplazamiento de varias metas que después de ser evaluadas por el equipo directivo se decidió que no lograrían cumplimiento en la vigencia 2017, dentro de estas metas se encontrarían.

1. Modificar la meta 1.1.1: Pasar de siete docentes a 6 docentes en Formación a nivel de Maestrías. Un Docente ha pedido aplazamiento de su decisión por cuanto no ha podido encontrar una Maestría acorde con las necesidades requeridas, a través del Consejo Académico se le respondió dándole un plazo hasta finales de este año, razón por la cual este año no es posible iniciar la formación y por lo tanto cumplir con los 7 docentes en maestría.

2. Formación a nivel de Pregrado Profesional meta 1.1.2: Se solicita aplazar la meta ya que el docente interesado no pudo iniciar en este año el proceso de formación.
3. Formación a nivel de Pregrado Profesional meta 1.1.6: Modificación de la meta por "Cumplimiento del Proceso de ajuste del Sistema de Evaluación Docente".
4. Fortalecimiento del Sistema de Contratación Docente meta 1.1.7: Se pide aplazamiento del 100% de la meta para el segundo semestre. No se ha avanzado pero se priorizará para el segundo semestre de este año.
5. Re-acreditación de alta calidad del Programa de Técnicas Forestales meta 1.4.1: Supresión del Proyecto, El programa de Técnicas Forestales no cuenta con registro calificado por tanto no se puede adelantar el proceso de re acreditación.
6. Oferta de Programas acreditados en municipios priorizados en el Departamento de Caldas Meta 1.4.4: Aplazamiento, Se pide aplazamiento para el 2019 ya que el CINOC no cuenta con programas acreditados del 2016. Se ha iniciado un proceso de acreditación de programas en este año. (Contabilidad y Sistemas).
7. Establecimiento una nueva sede en el municipio de Caldas de acuerdo al estudio de contexto Meta 2.1.2: Aplazamiento, Se solicita aplazar la meta para la vigencia 2019. Actualmente está en proceso de reestructuración de la planta física en la sede central y en el año 2019 se tendrá en cuenta este proyecto de nueva sede.

Es importante mencionar que la entidad a partir del mes de agosto viene realizando diagnóstico para la implementación y conversión a Normas Internacionales de información contable para el sector Público (NICSP), se espera finalizar con el proceso en el mes de diciembre a fin de iniciar saldos con la normatividad requerida en la vigencia 2018.

También se viene desarrollando proceso de conversión a Normas de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, la entidad IES-CINOC tiene la intención de Conversión al Nuevo Marco Normativo establecido por la Nueva Norma ISO, esta norma articulada a las necesidades de actualización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión regulado en el Título 22 de la parte 2 del Libro 2 del decreto 1083 de 2015.

El plan de adquisiciones ha apoyado efectivamente el cumplimiento del plan operativo anual; se evidencio una mejoría total, al observar una mejor planeación en las compras y necesidades de contratación de servicios para la vigencia 2017 frente a lo planeado y presupuestado en los anteproyectos de presupuesto.

Anualmente se ha ajustado el Plan anticorrupción y se han realizado los seguimientos respectivos, estos seguimientos se han presentado en página web para el conocimiento de la comunidad académica y grupos de interés.

Se han presentado al comité MECI-CALIDAD los resultados del proceso de auditoría interna de la vigencia 2017, también se han socializado los avances de las acciones adelantadas en cumplimiento de los Planes de mejoramiento formulados para la vigencia 2015 y 2016; es importante mencionar que un número importante de las observaciones carecen de resultados y de acciones de mejora; se presentó a rectoría informe del estado del arte de algunas acciones para que desde allí (Dirección) se realizaran las recomendaciones y llamados de atención en

cumplimiento de las acciones establecidas, es claro que se deben focalizar esfuerzos en mejorar las observaciones presentadas por la dependencia de control interno a fin de que se mejore en la prestación del servicio, el desarrollo de los procesos y procedimientos, cumplimientos de Marcos legales y directrices Normativas.

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 actuaciones y resultados de la auditorías internas, como se comentó anteriormente se han presentado las diferentes recomendaciones a la alta dirección y se han solicitado realizar acciones correctivas, las cuales permitan subsanar las debilidades encontradas.

En el informe anterior del mes de abril 2017 se presentó la debilidad frente al retraso para el establecimiento del Proyecto Educativo Institucional (PEI), documento el cual debía contener el Marco estratégico para el desarrollo de la IES, se logró observar que el PEI de la IES ya se encuentra elaborado, falta que desde el área de planeación se socialice el documento definitivo y se integre al desarrollo institucional como parte fundamental de la Planeación estratégica.

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 norma que actualmente se encuentra en modificación para la entidad debido al tránsito que sufre esta norma a la versión ISO:2015.

Es importante que la Alta Dirección se comprometa con la sostenibilidad y mantenimiento de los Sistemas de Gestión de la Calidad, Gestión documental, Modelo de Planeación y Gestión y el Modelo estándar de control Interno que se integran en el Decreto No. 1499 de 2017; estas normas si son bien aplicadas podrían generar una mejoría en el desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, en el marco de la legalidad y la integridad

La entidad cada año viene recibiendo acompañamiento, seguimiento y medición por la entidad certificadora de Calidad "COTECNA" en la Norma NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008, esta auditoria de seguimiento está programada para el mes noviembre de 2017; la entidad aprovechando la actualización de la Norma en su Versión 2015 se está preparando para que la certificación de Calidad sea en la Norma actualizada ISO 9001:V2015, aunque se conoce la dimensión y el trabajo que se debe desarrollar en la actualización de la Norma, se cuenta con un personal altamente comprometido que apoyara para que la IES CINOC sean modelos en el Departamento de Caldas de aplicación de esta nueva versión de la Norma, Reto que desde la dirección y sus componentes se establecieron para el mes de Noviembre de 2017.

Es muy importante que a través del comité MECI- CALIDAD se establezcan las diferentes acciones para que se ajusten los procesos y procedimientos, que se actualice (inducción y reinducción) cada uno de los líderes de procesos en el desarrollo de su quehacer, actualización formatos (LMCR) y Marcos Normativos (LMCD), actualización de la Batería de Indicadores por procesos y que estos estén anclados a las metas formuladas dentro de los planes estratégicos y metas del (MIDE) Ministerio de Educación Nacional, actualización del Mapa de Riesgos el cual alcanzo un porcentaje de materialización de riesgos por encima del 27%, es de carácter urgente que se determine por parte del Comité y la alta dirección el por qué se están materializando estos riesgos y que controles se están estableciendo para minimizar y reducir la probabilidad de ocurrencia o en su defecto su mitigación de impacto.

El modelo estándar de Control interno MECI, el sistema de Gestión de la calidad ISO 9001:2008 y Norma Técnica de Calidad NTCGP 1000:2009 Como herramienta Gerencial, han apoyado indiscutiblemente en el desarrollo del ejercicio de la función pública.

Elemento: Estructura Organizacional.

Del informe que se presentó en el mes de abril de 2017 a la fecha de este nuevo informe, la situación de estructura organizacional no ha cambiado en lo absoluto La IES-CINOC, a pesar de que la entidad cuenta con una estructura organizacional donde se han identificado claramente los niveles de responsabilidad y autoridad, se sigue observando por parte de la dependencia de control interno que los procesos de reestructuración de personal realizado en la vigencia 2013 están generando demasiada carga laboral sobre algunos procesos de apoyo, esto sigue dificultando el cumplimiento de algunas actividades o no teniendo los resultados esperados que se deben de esperar en cumplimiento de los planes estratégicos formulados; sin embargo y a pesar de las brechas es muy importante mencionar que los funcionarios de la IES hacen todo lo que está a su alcance para dar cumplimiento a las directrices que se establecen desde el Gobierno Nacional, Ministerio de Educación y el Departamento de Caldas.

Elemento: Indicadores de Gestión.

Frente al elemento de indicadores de Gestión la IES-CINOC siguen de capa caída, desde vigencias anteriores 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; solo un puñado de los líderes de los proceso presentan indicadores lo que ha dificultado en ocasiones a la dependencia de Planeación y control interno para la elaboración de informe, aunque se estableció una acción correctiva sobre el particular no se han realizado las gestiones, llamados de atención frente al incumplimiento por la no presentación de indicadores, así mismo se ha dificultado medir los procesos por la dirección y levantar los respectivos informes; es necesario que se establezca nuevamente por parte de la dirección las acciones disciplinarias por el incumplimiento en la presentación de indicadores semestrales y sus consolidados para cada año, a la fecha de este informe no se tiene la consolidación de indicadores por parte de la dependencia de Planeación.

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 como se comentó anteriormente no han generado llamados de atención o el inicio de un disciplinario. 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 Sistema de Gestión de la Calidad.

Elemento: Políticas de Operación.

Actualmente se encuentran en construcción políticas contables que se derivan de la conversión de la Normas internacionales de Contabilidad del Sector Publico (NICSP) las cuales estarán para ser aplicadas para la vigencia 2018.

Aunque se cuenta con Políticas de administración de riesgo, es importante y de suma urgencia que se establezcan por parte de la dirección y los líderes de procesos mayores y mejores controles para que los procesos institucionales no estén tan expuestos a la ocurrencia y materialización de los riesgos.

Se recomendará a la dirección el establecimiento de una Política de atención al Usuario, ya que después de verificar el tratamiento que se les da a los socios de valor no se identificó que la entidad contara con una política de atención.

No se tiene establecida una política de administración de Gastos (Política de Austeridad en el Gasto), es muy evidente que dentro de la organización se están generando gastos por concepto de traslados y Gastos de viaje y no se evidencian resultados claros o que permitan observar la mejora en algunos procesos.

Elemento: Administración del Riesgo.

Se ha tratado de establecer con los líderes de los procesos el diligenciamiento de una matriz que ya venía pre diligenciada por parte de la asesora de planeación como apoyo para que cada uno de los líderes 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, la entidad no ha realizado la revisión por la dirección al sistema de gestión de la calidad de la vigencia 2016 lo que ha dificultado que desde la dirección se establezcan los correctivos necesarios.

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 efectos se tienen identificados.

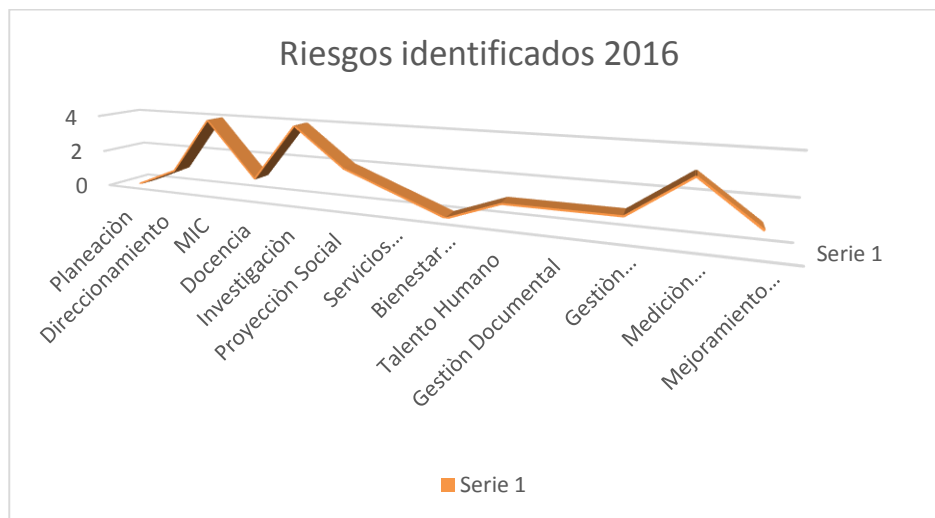
Riesgo identificado	Efectos Identificados
Ausencia de acciones institucionales conducentes al mantenimiento, la sostenibilidad y continuidad del Sistema Integrado de Gestión (SIG) de la entidad.	Todos los esfuerzos desplegados por la entidad en la implementación del Sistema Integrado de Gestión pueden irse al suelo por la falta de mantenimiento.
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.
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.
Bajo reconocimiento en el medio	Los clientes no reconocen la incidencia e importancia de la institución en el medio.
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 pertenecía con la institución y con lo que se hace.
Incumplimiento de los docentes con sus actividades académicas.	Metas incumplidas por falta de seguimiento y control por parte de la Vicerrectoría Académica.
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.
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.
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.
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.
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.

Incumplimiento de las actividades que propenden por el desarrollo de la Proyección Social institucional, en el Plan de Acción del Centro de Investigación y Relacionamiento 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.
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.
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.
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.
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.
Incumplimiento e inadecuado desarrollo de la programación de auditorías.	No se pueden emprender acciones correctivas, preventivas, y de mejora de manera oportuna.
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.
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 adelanten acciones preventivas y correctivas con base en las mediciones realizadas.

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. A partir de la conversión o actualización de la Norma ISO en su versión 2015 se espera establecer una nueva matriz de Riesgos y una nueva batería de indicadores por procesos.



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.

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.

Para el mes de Noviembre de 2017 se tiene programado hacer la revisión del Mapa de Riesgos Institucionales y levantar el respectivo informe.

MODULO DE CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Componente: Autoevaluación Institucional

Elemento de Autoevaluación de Control y Gestión.

Se presentó a través del ITA a la Procuraduría el estado actual de implementación de la ley 1712 de Transparencia y acceso a la información pública, en reunión de comité de calidad se presentó a la dirección y a los representantes de este comité informe de cumplimiento en el cual se obtuvo un 51% de avance, dentro del comité se estableció que desde la dependencia de control Interno se pasara desagregado de las necesidades que faltan para mejorar en la calificación.

A continuación se relaciona algunas de las debilidades presentadas en el diligenciamiento de la Matriz del ITA.

No se cuenta:

- ❖ Lista de preguntas frecuentes con las respectivas respuestas, relacionadas con la entidad, su gestión y los servicios y trámites que presta.
- ❖ Calendario de eventos y fechas clave relacionadas con los procesos misionales de la entidad.
- ❖ El sujeto obligado diseña y publica información dirigida para los niños, niña y adolescente sobre la entidad, sus servicios o sus actividades, de manera didáctica.
- ❖ Listado de las principales agremiaciones o asociaciones relacionadas con la actividad propia de la entidad, con enlace al sitio Web de cada una de éstas y los datos de contacto de los principales grupos de interés y/u organizaciones sociales o poblacionales.
- ❖ Decreto único reglamentario sectorial publicado en formato que facilite la búsqueda de texto dentro del documento y la búsqueda debe mostrar los párrafos en donde se encuentra él o los términos de la búsqueda.
- ❖ Hipervínculos a los actos que modifiquen, deroguen, reglamenten, sustituyan, adicionen o modifiquen cualquiera de los artículos del decreto único.
- ❖ Decisiones judiciales que declaren la nulidad de apartes del decreto único.
- ❖ En la medida en que el Sistema Único de Información Normativa – SUIN vaya habilitando las funcionalidades de consulta focalizada, la entidad deberá hacer referencia a la norma alojada en dicho sistema.
- ❖ Información organizada por tipo de norma, temática y fecha de expedición de la más reciente a la más antigua o un buscador avanzado teniendo en cuenta filtros de palabra clave, tipo de norma y fecha de expedición.

- ❖ Distribución presupuestal de proyectos de inversión junto a los indicadores de gestión.
- ❖ Plan Anti trámites.
- ❖ Plan de gasto público
- ❖ Programas y proyectos en ejecución.
- ❖ Metas, objetivos e indicadores de gestión y/o desempeño
- ❖ Participación en la formulación de políticas.
- ❖ Enlace al sitio web del organismo de control en donde se encuentren los informes que éste ha elaborado sobre la entidad.
- ❖ Normas, políticas, programas y proyectos dirigidos a población vulnerable de acuerdo con su misión y la normatividad aplicable.
- ❖ Aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor o del interventor, que prueben la ejecución de los contratos.

La dependencia de control interno realizó seguimiento a la ejecución del Plan Operativo anual presentado al consejo directivo por parte de la dirección en el mes de Julio en sesión del mes de agosto, encontrando un avance del 38.5%, la dependencia de planeación consolidó la información y la dependencia de control interno verificó que los resultados presentados por parte de cada uno de los procesos fueron los que realmente se habían alcanzado.

Frente al tema académico de autoevaluación, la entidad se encuentra en procesos previos de acreditación de programas por ciclo propedéuticos del área Contable y del área de sistemas donde se han programado actividades como son:

- ❖ Construcción de Modelo de Autoevaluación Institucional
- ❖ Aprobación del Modelo de autoevaluación Institucional
- ❖ Realización del Proceso de Apreciación de Condiciones Iniciales (MEN)
- ❖ Ajustes para inicial procesos de autoevaluación fines de acreditación
- ❖ Realización del Proceso de Auto evaluación
- ❖ Elaboración del Informe de auto- evaluación
- ❖ Seguimiento y monitoreo

Estas actividades se encuentran en un cumplimiento del 20% indicador que se midió en el mes de Junio de 2017.

En cuanto a los planes de mejoramiento suscritos con el órganos 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.

Es deber de la dependencia de control interno informar la importancia de aplicar una herramienta que permita evidenciar la aplicación de mecanismos de autocontrol, autoevaluación y autogestión, de esta manera se fortalezca la capacidad, la competencia y la cultura del

autocontrol con el fin de detectar en su momento las desviaciones y no cumplimiento de las actividades que se realizan desde cada área institucional; posterior a la aplicación de la herramienta se podrán formular las acciones de mejora respectivas las cuales garanticen la mejora continua, el cumplimiento de la leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la organización.

Elemento Auditoria Interna

es importante para esta dependencia comentarle el estado actual de las No Conformidades, Oportunidades de Mejora y Observaciones que hasta la fecha se han presentado a fin de que usted y el Equipo de Calidad determinen las acciones a seguir o el de verificar en qué estado se encuentran ya que desde la dependencia de Control Interno no se ha visualizado por parte de los líderes de los procesos realizar alguna acción que permita mejorar sobre el particular de los resultados vigencia 2017 y vigencias anteriores.

A continuación se relacionan las No conformidades y las observaciones presentadas por la dependencia resultado de la auditoria Interna de la Vigencia 2016.

No Conformidad No. 01/2017

Las matriculas financieras, matriculas académicas y reporte de SNIES al Ministerio de Educación Nacional de la Vigencia B-2016 no coinciden.

No se logra observar la realización de conciliación de Matriculas entre el área Financiera y área académica. (Acción Correctiva) NTCGP 4.1 y 7.2

No Conformidad No. 02/2017

No se evidencio la consolidan indicadores del semestre B-2016 Para el MEN, NO SE CONSOLIDAN INDICADORES DEL SGC B-2016, aunque la actividad no es propia del proceso de Registro académico, es desde allí que se genera la información para reportar los indicadores externos para el MEN, Internos para el Sistema de Gestión de la Entidad.

Estos son algunos de los indicadores

Indicador Relación estudiantes- Docentes, Indicador Tasa de deserción por cohorte, Indicador tasa de deserción anual, Indicador Matricula en Pregrado.

Indicador Estudiantes en formación Nocturno.

(Acción Correctiva) NTCGP 8.1

No Conformidad No. 03/2017

No se aplicaron indicadores para medir el cumplimiento de las actividades desarrolladas dentro del proceso de MIC Vigencia 2016.

No Conformidad No. 04/2017

Incumplimiento de las actividades 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).

Falta de oportunidad en la publicación y divulgación de información producida por los diferentes procesos. (Riesgo materializado) No se cuenta lo que se está haciendo por falta de resultados claros.

Bajo reconocimiento en el medio: (Por falta de Publicación de sus proyectos e inversiones) (Riesgo materializado)

Efectos negativos sobre el clima organizacional por el mal manejo de la información y comunicación: la comunicación no es clara lo que genera mal ambiente al no identificar hacia donde se proyecta la IES. (Riesgo materializado)

No Conformidad No. 05/2017

Las acciones correctivas que se había formulado no fueron subsanadas, no se ha ajustado el plan estratégico 2012-2016, no se ha medido el plan estratégico de mercadeo, no se elaboraron las estrategias de comunicación, no tenemos aún un portafolio de servicios consolidado, no tenemos una herramienta que permita medir la percepción de los usuarios frente a lo que se hace en mercadeo.

No Conformidad No. 06/2017

Se presenta una no conformidad al observar que no se aplica una herramienta donde se pueda generar el Diagnostico de necesidades para la elaboración del Plan de Bienestar estudiantil y de egresados. (Actividad 3 y 4 del Procedimiento para elaboración y ejecución del Plan Anual de Bienestar)., Alcance del Proceso para la elaboración y ejecución del Plan anual de Bienestar. Inicia con la determinación del presupuesto para bienestar y comprende desde la identificación de necesidades para la consolidación del diagnóstico de necesidades de bienestar.

No Conformidad No. 07/2017

De la auditoria vigencia anterior Se presentó una No conformidad al identificar que no se estaba cumpliendo con el procedimiento para la elaboración y ejecución del plan anual de bienestar, aplicación de la actividad No. 3 correspondiente a la elaboración y aplicación de encuesta a los funcionarios y estudiantes sobre las necesidades de Bienestar para la formulación del Plan de Bienestar. (La no conformidad persiste en vigencia 2016 y en la formulación del plan de la vigencia 2017). (Incumplimiento en las acciones correctivas, preventivas y de mejora vigencia 2015) (8.5.1, 8.5.2 Literal c y d).

No Conformidad No. 08/2017

Se identificó una No conformidad en la implementación SAT (Sistema de Alertas Temprana), se visualizó que este software en la vigencia 2014-2015 no genero información suficiente que permitiera establecer un alerta temprana para la posible deserción de estudiantes. Como acción

de mejora se asignó tiempo a un docente para ajustar el sistema que está diseñado en acces para que la funcionaria trabajadora social lograra cargar información y poder extraer datos que permitiera identificar posibles desertores. (Incumplimiento en las acciones correctivas, preventivas y de mejora vigencia 2015) (8.5.1 , 8.5.2 Literal c y d) se percibió por parte del asesor de control interno acciones para ajustar el programa SAT y cargue de información por parte de la Coordinadora de bienestar, pero es pertinente resaltar que actualmente este programa no permite realizar ningún análisis de desertores de manera previa, la herramienta no funciona debido a que esta dependen de la entrega de notas de los momentos evaluativos por parte de los docentes, actividad que no se realiza en los tiempos programados en calendario académico de cada vigencia.

No Conformidad No. 09/2017

Se presentaron pagos sin el informe de Cumplimiento, observación que será trasladada al área financiera para el establecimiento de acciones correctivas frente al particular.

Observaciones y oportunidades de Mejora Presentadas hasta la fecha Producto de los resultados de la Auditoria Interna.

Para algunos casos en el diligenciamiento de la matrícula Académica no se identifica con claridad la ubicación de la vivienda del estudiante, se citan el nombre de la vereda o barrios, no presentan nomenclatura y en ocasiones se presenta esta misma debilidad en el reporte de los correos electrónicos; se presenta una observación sobre este particular y se dará la oportunidad de mejora para que frente a las próximas matrículas se identifique con factura de servicios públicos la información de vivienda del estudiante, así mismo se cree el usuario en correo electrónico personal para cada uno de los inscritos en los programas académicos de la IES-CINOC

Se verifica la información diligenciada de la oferta No formal del semestre B-2016 y aún no se habían consolidado los registros de los siguientes diplomados, se da oportunidad de Mejora para que se actualice la información de educación No Formal, (Curso de semillas forestales, Cursos de Motosierras y Guadañas, Diplomado en secado de la madera, CISCO II -Routing y switching, consideraciones técnicas y logísticas en las operaciones forestales, Diseño en páginas web), se recomienda la implementación de una lista de chequeo para consolidar los documentos que hacen parte integral de esta actividad.

Desde el 03 de Agosto de 2016 no se realizan Backup de información de la dependencia de Registro académico, se da Oportunidad de Mejora para que se solicite al web master la realización de copia de seguridad y se hagan los Backup de manera recurrente por el funcionario contratista.

No se logra evidenciar la actividad por parte de Registro académico de verificación de los documentos aportados por los estudiantes en un muestreo aleatorio o selectivo.

A pesar de que en la vigencia 2016 se inició con la revisión del Procedimiento de Matricula no se han aplicado los cambios sugeridos por los funcionarios involucrados.

No se logró establecer la realización de investigaciones o estudios de mercados que dieran lugar a la construcción de una estrategia eficaz para llegar al mercado objetivo al cual van dirigidos los servicios que ofrece la entidad.

No se ha logrado consolidar un portafolio de servicios institucional, la observación se ha venido presentando desde vigencias anteriores y no ha tenido ninguna acción de mejora positiva.

No se ha logrado consolidar una estrategia de comunicación interna.

Se logró evidenciar que a través de resolución No. 337 de Agosto 04 de 2016 se adopta plan operativo de mercadeo para la vigencia 2016, documento que debió haber sido adoptado en el primer trimestre de la vigencia 2016; ex temporalidad en la adopción de los planes de las diferentes áreas.

No hay información referente al desarrollo institucional vigencia 2016, proyectos, ejecución de planes, actividades docentes, investigativas y proyección social diferente a lo que se hace en la rendición de cuentas.

Las actividades de publicaciones internas no se encuentran planeadas en el plan operativo anual de Mercadeo, el cumulo de actividades no suman como indicador.

El Comité MIC en vigencia 2016 no realizó Evaluación y medición de la ejecución del Plan de Mercadeo. El plan fue valorado por el Funcionario de Talento Humano y la Pasante de MIC Finalizando la vigencia.

Actualmente no se cuenta con un instrumento que permita medir la percepción de los usuarios frente a las actividades de MIC.

No se han implementado mecanismos que permitan medir la percepción de los usuarios frente a los medios que utiliza la entidad para comunicar lo que hace. Observación presentada en auditoria interna vigencia A-2016.

Después de realizar cruce de cuentas entre ingresos, Gastos y bancos se lograron observar diferencias, se solicita hacer el cruce e identificar las diferencias, posteriormente comunicar los ajustes a la dependencia de Control Interno.

Total ingresos 2016 \$ 9.619.692.741

Total de Gastos 2016 \$2.827.546.783

Bancos a 31/12/2016 \$ 6.788.815.548

Faltante y/o ajustes de \$3.330.410

Se encontraron diferencias en el consolidado de ingresos y gastos, es importante identificar el porqué de las diferencias y hacer el ajuste entre el ingreso conciliado por control interno y el sistema Syscafe, actividad que deberá hacerse con el gasto al encontrar también diferencias.

Mes	Ingresos
Enero	\$ 151,109,423
febrero	\$ 216,431,877
Marzo	\$ 298,705,653
abril	\$ 182,311,534
mayo	\$ 163,277,236
junio	\$ 6,386,333,687
julio	\$ 638,637,061
agosto	\$ 221,942,083
septiembre	\$ 356,551,460
Octubre	\$ 177,672,625
Noviembre	\$ 604,146,734
Diciembre	\$ 222,858,738
Acumulado Ingresos Sistema Integrado (Syscafe)	\$ 9,619,692,741
Acumulado Ingresos conciliación Control interno	\$ 9,619,978,111
Diferencia en ingresos	\$ 285,370

	Gastos
	\$ 118,798,839
	\$ 141,427,581
	\$ 160,281,902
	\$ 185,727,561
	\$ 147,141,617
	\$ 188,590,268
	\$ 240,847,767
	\$ 277,458,835
	\$ 172,397,469
	\$ 227,966,861
	\$ 341,585,597
	\$ 625,659,131
Acumulado Gastos Sistema Integrado (Syscafe)	\$ 2,827,546,783
Acumulado Gastos conciliación Control interno	\$ 2,827,883,428
Diferencia en Gastos	\$ 336,645

Se logra observar que no hay una proyección de ingresos y gastos al mediano y largo plazo (Marco Fiscal a Corto y Mediano Plazo)

No hay un documento donde se observe el Plan Operativo anual de Inversión.

Artículo No. 8 del Decreto 111 de 1996. El plan operativo anual de inversión señalara los proyectos de Inversión.

No hay Plan Mensualizado de caja de los recursos de Inversión (Recursos CREE).

Plan de Gastos (Programación de Giros), no se logra observar plan de gastos.

Se recomendará al jefe de la División administrativa y financiera la necesidad de ajustes cuando se haga modificaciones al Presupuesto de ingresos y gastos se modifique el PAC.

Los informes de Supervisión son demasiados básicos lo que no permite evidenciar en ellos la actividad contractual realizada; es importante que los informes de supervisión contengan los registros suficientes que permitan establecer juicios certeros del desarrollo de las actividades o cumplimiento del objeto contractual.

Falta más capacitación para los funcionarios internos en temas de Supervisión y los soportes anexos evidencia de la ejecución del contrato.

Se presenta un cumplimiento parcial en la ejecución del Plan de Mejoramiento de la entidad suscrito con el órgano de control Contraloría General de caldas el 02 de Octubre de 2013; Después de hacer seguimiento y calificación a los planes de mejoramiento se determinó que para tres hallazgos se establecieron nueve acciones de las cuales se han cumplido siete de forma total y dos actividades no se han desarrollado o no presentan avances.

No se están presentando actas de inicio del contrato, siendo este un documento formal y escrito, producto del encuentro entre un representante de la entidad llamado supervisor o interventor y el contratista seleccionado, en el cual se deja constancia de la fecha de iniciación tanto de las actividades contractuales como de la vigilancia y control que se les realizará a las mismas.

Tres contratos para liquidar en tiempos posteriores a la fecha de cumplimiento establecida; a pesar de haberse evidenciado esta situación se dio la oportunidad para que el proveedor entregara los elementos y se finalizara con el objeto contractual.

El plan de bienestar institucional de la vigencia 2016 no tiene evidencia de su publicación y socialización con estudiantes, egresados y funcionarios.

El plan de Bienestar institucional y de egresados fue adoptado Para el año 2016 mediante Res. No. 546 del 24 de Noviembre de 2016. No se logró observar discusión del plan de bienestar y ninguna recomendación por parte del comité, las reuniones del comité en la vigencia 2016 se centraron en el proyecto de permanencia y en la asignación de apoyos financieros (Monitorias, día solidario, beca alcaldía). Planes adoptados extemporáneamente.

Se evidencio que por parte de los comités que apoyan la construcción y evaluación de los planes y programas adoptados en el área de talento humano y bienestar no están acompañando a los funcionarios en la construcción y evaluación de estos planes, se da oportunidad de mejora sobre este particular ya que a pesar de que se construyen los planes y se ejecutan no tienen mucho acompañamiento por parte de los comités para su respectiva ajuste, aprobación y posterior envío a la dirección para su adopción.

Funciones del Comité de Bienestar

- Definir planes que redunden en el bienestar de los estudiantes, egresados y personal de la IES-CINOC.
- Revisar el estado de ejecución de los objetivos, políticas, planes, metas y funciones que corresponden al comité.

En la aplicación de la encuesta del Clima Organizacional se observó que una de las mayores debilidades de la entidad es en el nivel de comunicación entre las diferentes áreas de la entidad, ya que es el aspecto de calificación más baja y que fue considerado como no adecuado y no efectivo, lo que permite concluir que existe una dificultad comunicativa entre el área misional y de apoyo que se debe intervenir con un alto nivel de prioridad ya que se trata de un aspecto muy importante para lograr un buen clima organizacional, esta observación ha sido reiterativa en las últimas mediciones del clima organizacional.

Aunque se vienen aplicando las encuestas de satisfacción a los usuarios después de la realización de las actividades, esta no está permitiendo obtener información importante que permita la reformulación de actividades incluidas en los planes de bienestar.

Por otra parte se consultó a la funcionaria que seguimiento se realizó al aula en la vigencia 2016 de los estudiantes de universidad en el campo, estudiantes de articulación y estudiantes de las extensiones, a lo cual manifestó que no se realizó esta actividad debido a que los recursos son pocos para acompañar estos procesos, pero que sabe de la obligación que hay de verificar las condiciones académicas y de bienestar de estos estudiantes.

Se presentara la oportunidad de mejora y se solicitara la elaboración de un plan de visitas de seguimiento al aula para la vigencia B-2017 de las demás extensiones y proyectos especiales como son articulación y Universidad en el campo.

Con respecto al seguimiento al rendimiento académico del estudiante, el 31% opino que fue regular, esto nos indica que se debe de mejorar en cuanto al seguimiento de los estudiantes en este aspecto, por parte de Bienestar Universitario.

Un 62% de los encuestados estudiantes manifestaron inconformidad con el conocimiento y dominio del tema por parte de los docentes, con respecto al año anterior tuvo una disminución negativa lo que significa que hay que implementar estrategias de mejora. Se trasladara la observación a vicerrectoría académica para que presenten las acciones que se han derivado de esta situación.

Elemento Planes de Mejoramiento.

La dependencia de control interno ha elaborado y presentado los informes de avance sobre el Plan de Mejoramiento Institucional suscrito en vigencias anteriores con la Contraloría General de Caldas, este ha 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.

la entidad en la vigencia 2013 suscribió con el Órgano de Control Departamental Contraloría General de Caldas Plan de mejoramiento fechado del 02 de Octubre de 2013, donde se comprometió a realizar una serie de actividades frente a las observaciones presentadas por este órgano de control, a la fecha de presentar avance se identificó por la dependencia de control interno que no se ha dado cumplimiento al plan de mejora suscrito para la vigencia fiscal (2014), y que aún a esta fecha segundo semestre de 2017 no se han adelantado las acciones respectivas; dentro del plan de mejoramiento se suscribieron cinco (5) acciones de las cuales se han desarrollado tres (3), faltando dos de las actividades principales a desarrollar en su totalidad.

Después de conocer el informe de cartera socializado por la Contadora de la entidad, se logró determinar que el plan de mejoramiento que se suscribió con el ente de control no ha surtido los efectos positivos que alientan estos planes, debido a que nuevamente se presenta una cartera acumulada bastante interesante que podría generar sin ninguna duda un hallazgo por incumplimiento en las gestiones de cobro, con la penalidad que ya no sería un hallazgo administrativo, si no que la connotación sería fiscal y disciplinaria; Fiscal por pérdida de los recursos y disciplinaria por falta de gestión de cobro.

Dentro de la relación que entrego la contadora de la entidad se logró evidenciar la siguiente información.

Cartera:

De más de 12 Meses \$16.228.478 (2016)

De más de 24 meses \$ 13.951.508 (2015-2014)

De más de 36 meses \$ 21.760.378 (2013-2012-2011)

Mayor a 48 meses \$ 106.268.535 (2010-2002)

Por lo anterior expuesto y con el fin de que se mejore sobre lo observado, se solicitó a la dirección el inicio nuevamente de las acciones incluidas en el plan de mejoramiento suscrito con el Órgano de control en vigencias anteriores ya que es prioritario demostrar al órgano de control externo (CGC) un cumplimiento de las acciones suscritas.

Las acciones que se suscribieron con el órgano de control fueron las siguientes.

1. Informe detallado de cartera a depurar elaborado por el contador.
2. Un documento generado por el comité de sostenibilidad contable donde después de hacer un análisis recomienda la posible cartera a depurar dentro del proceso de saneamiento contable.
3. Un acto administrativo de depuración de cartera.
4. Aplicación del 100% del Procedimiento de cobro (Persuasivo y Coactivo).
5. Un informe final de la gestión de cobro que se realizó por parte de los involucrados.

Es importante recordar que hay un compromiso que se asumió con el órgano de control por parte del representante legal en su momento, de acuerdo a esto y con el fin de ratificar que se cumpla con lo formulado, se presentó invitación a la alta dirección en cabeza de su rector para que verificara la obligación y se diera cumplimiento al parágrafo 2 del artículo tercero y cuarto de la Resolución 0316 del 12 de Agosto de 2016 "POR MEDIO DEL CUAL SE DICTAN NORMAS SOBRE PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS ENTES SUJETOS DE CONTROL DE LA CONTRALORIA GENERAL DE CALDAS".

Se propuso por parte del asesor de control interno, retomar con el plan de mejoramiento antes suscrito por nuestra entidad, detallando nuevamente la cartera (vigencias anteriores 2016 hacia atrás), caracterizándola y determinando cual sería la cartera posible a recuperar y cuál sería la cartera a depurar de acuerdo a la normatividad aplicable en estos casos, posteriormente formalizaríamos con un acto administrativo y finalizaríamos las actividades iniciando con la aplicación del procedimiento de cobro; todas estas actividades estarían ancladas a la conversión que se debe de realizar a las Normas Internacionales de Información Contable del Sector Publico NTCGP que deben de estar aplicadas en la vigencia 2017 para iniciar saldos en la vigencia 2018.

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.

Estado Actual de la No conformidades Producto de la Auditoría Certificadora COTECNA 2016

En auditoria de seguimiento No. 01 de la Entidad COTECNA se presentaron dos No conformidades las cuales se relacionan a continuación para el análisis y verificación de la aplicación de las acciones correctivas (Planes de Mejoramiento) que se propusieron y que a la fecha no presentan un avance pleno o que permitieran subsanar la debilidad presentada por el Órgano Certificador.

No Conformidad No. 01/2016

El indicador del cumplimiento del Modelo Pedagógico no logra el resultado esperado a corte de 30 de junio y a la fecha de la auditoria no se han iniciado correcciones.

Acciones de Mejora Formuladas:

Realizar por parte del docente líder de modelo pedagógico la tabulación y análisis de encuesta dirigida al grupo docente frente al cumplimiento del Modelo Pedagógico que permita establecer línea base hacer comparativos y mediciones.

Conformar por parte de la Rectoría a solicitud de la vicerrectoría académica el Comité Pedagógico con diferentes funciones entre ellas, el cumplimiento del Modelo Pedagógico.

No Conformidad No. 02/2016

Aunque en el Acta de Revisión por la Dirección de agosto 08 de 2016 incluye la retroalimentación de los estudiantes no se considera la del egresado y la del sector productivo que están definidos como clientes del sistema en el Mapa de procesos MP-00-001 V2.

Acciones de Mejora Formuladas:

Tabulación y análisis de la encuesta de egresados aplicada en la vigencia 2015 por parte del coordinador de bienestar y realización de informe para análisis por parte de la Dirección.

EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Componente: Información y Comunicación.

La entidad debe continuar con la actualización de los procesos y procedimientos incluidos en el mapa de procesos de la entidad, así mismo Listado Maestro de Control de Registros y Listado Maestro de control de documentos, actualización de mapa de riesgos y como se comentó anteriormente actualización de indicadores de gestión y de calidad.

No se evidencio una estrategia clara de comunicación institucional, a pesar de que desde el área de comunicaciones se presentaron estrategias de comunicación e información los procesos en cabeza de la dirección no suministro información para que a partir del área de comunicaciones elaborara los boletines informativos o informes de comunicación.

Es importante que se genere una mejor dinámica en la elaboración de Boletines informativos de manera periódica con información del estado de los procesos, avances de los proyectos, equipamiento, estado infraestructura, dotación, laboratorios, CDM y CTT. Informar a la comunidad académica y grupos de interés que es lo que se está haciendo, para que se está haciendo y cuando se espera tener resultados.

Se ha evidenciado que la entidad no cuenta con una herramienta de percepción de la comunicación institucional, es necesario que la entidad a través de un mecanismo identifique las debilidades institucionales de comunicación.

Se sigue observando una gran debilidad de la entidad al no consolidar un portafolio de servicios.

Se deben de fortalecer las estrategias de Comunicación adoptadas en la vigencia 2017, es de vital importancia incrementar el reconocimiento en el medio y la oportunidad es hacerlo contando lo que se hace actualmente (Proyectos de inversión).

Es importante para la entidad la organización de un blog en la web donde se puedan realizar publicidad o notas informativas, también sería pertinente que se elabore un espacio con agenda institucional.

Se deberá establecer una política institucional donde se requiera la publicación en página web y en cartelera institucional de todos los informes contables, presupuestales, contractuales y del esquema misional, de manera que a través de estos se dé cumplimiento a lo Normado por la ley 1712 de Acceso y transparencia de la información Pública.

Modificar, actualizar y aplicar las encuestas de satisfacción de todas las actividades Institucionales que se realizan en la entidad para determinar el nivel de aceptación de estas actividades por parte de los diferentes estamentos y si se sienten conformes con los planes, programas y proyectos.

Los planes de acción y operativos no se están publicando en página web para el conocimiento de los grupos de interés, tampoco se enviaron a correos electrónicos de los funcionarios comunicando dichos planes, se recomienda difundir con todo el personal los planes antes de ser de ser aprobados por parte de los comités y posterior traslado a la dirección para su adopción.

El Manual de Información y Comunicación debe Definir una política clara de la comunicación e información de las actividades que realizan todos sus funcionarios.

Recomendaciones

Realización de conciliaciones de información de las diferentes áreas antes de proceder a elaborar informes contables, financieros o administrativos.

Diligenciamiento de la información primaria para una correcta identificación de los usuarios y grupos de interés.

Se recomienda establecer listas de chequeo para dar trazabilidad a las diferentes actividades y registros que se generan cuando se ofertan actividades académicas formales o no formales.

Se recomienda a toda la organización la necesidad de diligenciar los indicadores de Gestión por procesos, esta información permite en un momento determinado la correcta toma de decisiones por parte de la alta dirección.

Se recomienda establecer una sola batería de indicadores los cuales integren los indicadores del MIDE (MEN), indicadores de calidad (Modelo Integrado de Gestión y Planeación) y los indicadores de gestión por procesos, es vital que estos indicadores se integren en una sola batería de indicadores.

Se recomienda consolidar registros y documentos faltantes en las hojas de vida de los funcionarios administrativos y docentes.

Se recomienda que desde el área financiera sea actualizado el documento denominado Pagaré, así mismo se esté diligenciando la totalidad de la información antes de que se proceda a otorgar crédito educativo, incluir la huella del codeudor, igualmente que en lo posible se certifiquen los ingresos del codeudor, también se recomienda cuando se incluyen propiedades y bienes inmuebles se deje fotocopia de la escritura, esto permitirá que los títulos que se tengan apoyen el ejercicio de cobro persuasivo o iniciar un proceso de cobro jurídico (Coactivo)

Se recomienda, que de las actividades que se han desarrollado con respecto a las giras y visitas a centros de educación municipales y los departamentales (Giras académicas), se vaya elaborando una base de datos, donde se pueda posteriormente comunicar con los estudiantes y hacer cierre de la venta.

Importante realizar la encuesta de percepción de la institución después de realizar cualquiera actividad de mercadeo, esto permitirá identificar y realizar ajustes a las estrategias de mercadeo que se realizan o de las actividades puntuales.

Se recomienda la realización de conciliaciones bancarias de auxiliares y Bancos en tiempo más ajustados, se evidencio la realización de conciliación de Diciembre iniciando el mes de Marzo, y a la fecha 13 de Julio no se ha terminado de conciliar abril de 2017, lo que no permitiría identificar a tiempo los movimientos en algunas cuentas, especialmente las de las extensiones donde ha sido un poco complejo la identificación de algunas de las consignaciones por que no se hace el reporte por parte del estudiante o el coordinador de la extensión.

Se recomienda hacer las conciliaciones los días siguientes al llegado de los extractos bancarios, ingreso que no sea identificado en la siguiente semana deberá ser reportado a los coordinadores cuando sea el caso de las extensiones que es donde se ha presentado la observación de manera reiterativa.

Los detalles y conceptos que van en el certificado y Registro presupuestal debe de ser más elaborado y ajustado a la necesidad contratada o adquirida.

El jefe de la División administrativa y financiera debe ajustar el PAC cuando se haga modificaciones al Presupuesto de ingresos y gastos.

Organizar los expedientes de manera cronológica de esta manera se puede hacer trazabilidad de datos más fácil por parte de la auditoria interna u Órganos de Control.

Soportar todos los movimientos presupuestales con documentos fuentes y certificaciones, actividad que permite validar el desarrollo de las operaciones.

Mejorar en la elaboración de los informes de Supervisión.

Elaborar herramientas y guías que faciliten el desarrollo de las supervisiones internas de acuerdo a la modalidad contractual que se presente.

Se recomienda más Capacitación y acompañamiento a los funcionarios internos en temas de Supervisión.

Se recomienda dar cumplimiento al Plan de Mejoramiento suscrito con el órgano de control (CGC),

Se recomienda establecer acciones correctivas frente a la no cancelación a proveedores cuando no medie informe de cumplimiento de la realización de las actividades contractual.

Establecer dentro del proceso contractual la elaboración del acta de inicio entre el representante de la entidad (supervisor o interventor y el contratista seleccionado)

Se recomienda levantar actas de las reuniones del comité de bienestar, no de actividades que se realizan, los comités tienen otras funciones que es la de acompañar, asesorar, y recomendar, esto permite determinar la trazabilidad y cumplimiento de las acciones que se vienen desarrollando por parte del funcionario y los diferentes actores (Contratistas).

Se recomienda por parte del funcionario de control interno la elaboración y aplicación de un formato no controlado el cual permita obtener información a través de encuesta sobre qué clase de actividades de bienestar les gustaría que se realizarán en la entidad, este buscaría mejorar la participación en las actividades propuestas en los planes de Bienestar de la entidad.

Se recomienda que desde el inicio de la vigencia se tenga claro cuánto va hacer el presupuesto asignado para las diferentes actividades que se van a desarrollar dentro del plan de bienestar, plan de capacitación, Plan de Incentivos y reconocimientos, que este sea acorde a fin de que las actividades programadas se puedan ejecutar en un alto porcentaje, se hace la recomendación debido a que los funcionarios comentaron que aunque se dispone de presupuesto para la realización de actividades no siempre existe disponibilidad para las adquisiciones que se requieren, dado que este presupuesto está sujeto al recaudo de la entidad.

Ajustar y actualizar la documentación y registros correspondientes al Mapa de Procesos de la entidad de acuerdo a la nueva norma ISO 9001:2015, en vigencia anterior se adelantaron algunos procesos para la actualización del mapa de riesgos, actividad que no fue finalizada por disponibilidad del equipo de calidad.

Promover y controlar que la medición de indicadores para todos los procesos de la entidad se realice en la temporalidad establecida, a la vez generar informes de análisis con la información

recolectada, la cual servirá de insumo para la toma de decisiones frente a las acciones que se deban emprender para el mejoramiento de los procesos y de los servicios que oferta la entidad.

El diligenciamiento y entrega de indicadores por parte de los líderes de los procesos no se está haciendo con la temporalidad establecida, lo que no permite a la dependencia de Control Interno establecer juicios de lo que se realiza por parte de los procesos institucionales.

Los riesgos identificados son desconocidos para algunos de nuestros funcionarios y líderes de procesos, se deberá socializar nuevamente estos riesgos con cada uno de los líderes, establecer su pertinencia y realizar una nueva actualización, las condiciones institucionales han cambiado lo que deberá generar una actualización del mapa de riesgos por procesos.

La formulación de acciones correctivas, preventivas o de mejora a implementar a raíz de la situaciones observadas en las auditorias, se deben producir en la oportunidad del caso, en muchas ocasiones no se está diligenciando el formato para la formulación de acciones correctivas y el respectivo analisis de causas y efecto, matriz que permite identificar la causa raíz de la debilidad detectada.

Mejorar la Planeación y ejecución de las actividades proyectadas en los Procesos de Proyección Social y de Investigación, de esta manera evidenciar su trazabilidad, considerando para ello la planificación, ejecución y evaluación del servicio, y realizar un mayor seguimiento y monitoreo en especial al tema de investigación.

Se hace una recomendación para que se elabore el Plan Anual de mercadeo de acuerdo a la disponibilidad presupuestal con que contara la entidad para las próximas vigencias, conociendo que es muy importante elaborar un plan de mercadeo de acuerdo a los cambios que se están presentando, Ampliación de la oferta, nueva infraestructura, equipamiento de la entidad y cualificación docente, se deben de focalizar esfuerzos y estar preparados para el nuevo contexto institucional creído que los proyectos de ciclos propedéuticos, b-learning, infraestructura deberían estar cerrando su ciclo en la vigencia 2018.

La Vicerrectoría académica deberá acompañar su grupo docente de manera más personalizada verificando y cotejando la información entregada por el grupo en cumplimiento de las actividades programadas dentro del proceso misional.

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

Revisado: Luis Alfredo Ávila Torres.
Rector.

Original Firmado

Periodo del Informe: Mayo - Agosto de 2017, Fecha de Presentación Informe: 28 de Septiembre de 2017, Fecha de Socialización Informe con la Dirección: 29 de Septiembre de 2017. Publicación en página Web: 29 de Septiembre de 2017.