

1200

Pensilvania, Febrero 13 de 2017

Especialista

**Juan Carlos Loaiza Serna**  
**Rector**  
IES-CINOC

**Asunto:** Resultados Decimo ciclo de Auditorías Internas del IES-CINOC vigencia 2017.

A continuación se hace una breve descripción de los resultados alcanzados por la dependencia de control interno después de la ejecución del décimo (10) Ciclo de auditoría Interna (2017).

1. El programa de auditorías internas que se formuló y se ejecutó integro un solo proceso auditor (Auditorías de Gestión y auditorías de Calidad)
2. En el proceso de Auditoría de gestión se evaluaron los resultados alcanzados en la administración de los recursos Públicos, el cumplimiento de los Planes, programas y proyectos y la aplicación de lineamientos, directrices y marcos Normativos de acuerdo a las actividades que se desarrollan en la IES-CINOC.
3. Se evaluó el Sistema de Control Interno MECI 1000:2014 y el Sistema de Gestión de Calidad establecidos bajo la Norma técnica NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008.
4. Se alcanzó un cumplimiento del 82.3% de ejecución del Décimo Programa de auditoría, el cual fue aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno en el mes de mayo de 2017.

Se ejecutaron las siguientes auditorías.

Proceso de Apoyo:

- Gestión Administrativa (Procesos de Contratación).
- Gestión Administrativa (Área Financiera Presupuesto).
- Gestión Administrativa Tesorería y Pagaduría (Ingresos egresos Vs Soportes y saldos).
- Gestión Administrativa Almacén (Compras, inventarios).

Proceso de Apoyo:

- Gestión del Talento Humano (Planes y Programas incluidos en los Planes de talento Humano).
- Proceso de Servicios académicos (Registro y Control académico).
- Proceso de Bienestar Institucional. (Planes, Programas y Proyectos).

Proceso Misional:

- Proceso Misional de Investigación. (Seguimiento a los resultados de los Proyectos de Investigación)

- Proceso Misional de Docencia (Planeación Docente y sus resultados, manejo de registros y evidencias producto de la planeación docente y descarga de tiempos para temas docente y apoyo al cumplimiento a metas institucionales incluidas en los Planes estratégicos.

Proceso Estratégico:

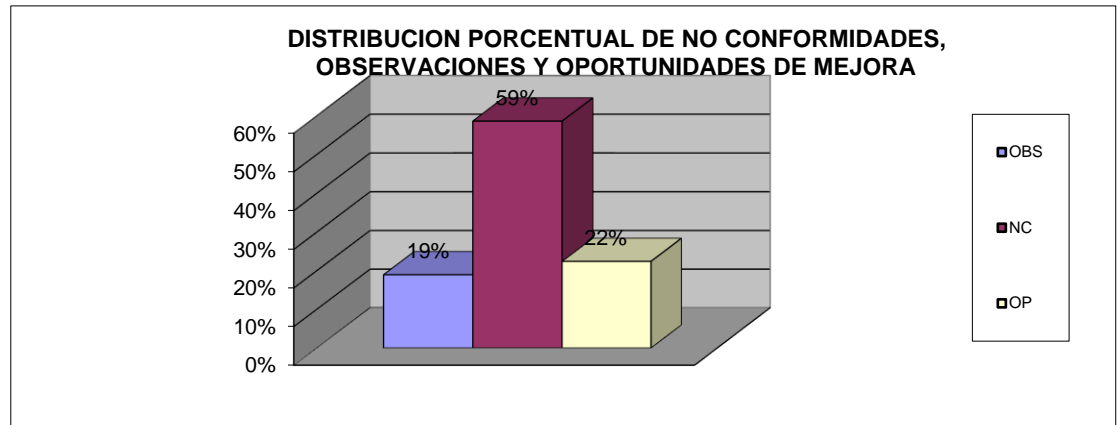
- Proceso Estratégico de Mercadeo, Información y Comunicación. (Planes de Comunicación y Planes de información Institucional)
- Proceso de Planeación: (Cumplimiento de Planes, Programas y Proyectos), verificación de resultados, acompañamiento en la conciliación de recursos CREE.

Producto de la auditoria Interna se obtuvieron los siguientes resultados:

No. conformidades: 35

Observaciones: 23

Oportunidades de Mejora: 20



#### No Conformidades por Procesos auditados

Hallazgos relacionados con el Proceso de MIC: 4

Hallazgos relacionados con el Proceso de Docencia: 8

Hallazgos relacionados con el Proceso de Investigación: 6

Hallazgos relacionados con el Proceso de Proyección Social: 1

Hallazgos relacionados con el Proceso de Servicios Académicos: 2

Hallazgos relacionados con el Proceso de Gestión Administrativa: 3

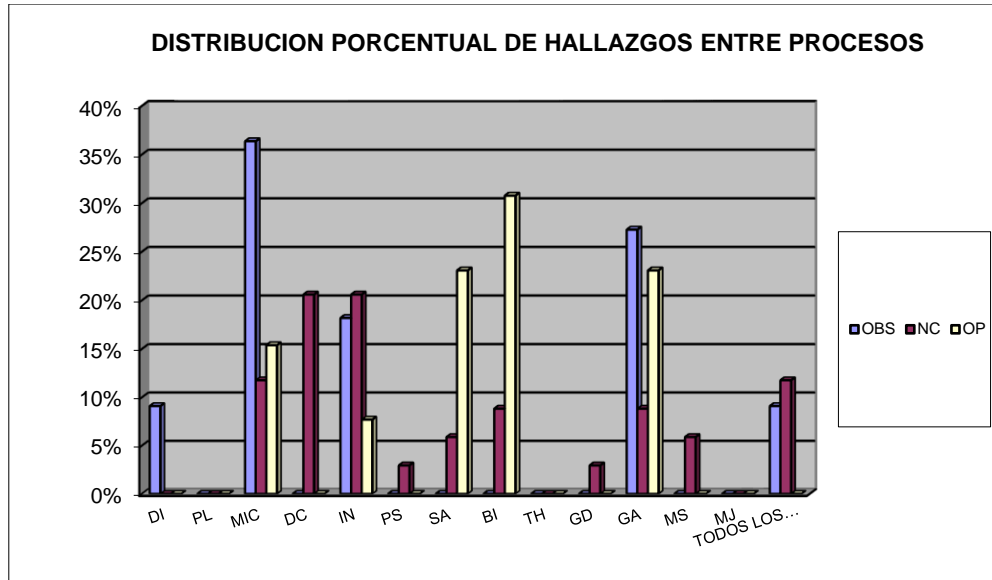
Hallazgos relacionados con el Proceso de Gestión Documental: 1

Hallazgos relacionados con el Proceso de Bienestar Institucional: 3

Hallazgos relacionados con el Proceso de Medición y Seguimiento: 2

Hallazgos relacionados con todos los procesos: 4

Total no conformidades: 34



Dentro de la distribución porcentual podemos observar que los procesos que más presentaron no conformidades se encuentran.

Docencia: 8 N.C  
 Investigación: 6 N.C  
 Mercadeo, Información y Comunicación: 4 N.C  
 Todos los Procesos: 4 N.C  
 Gestión Administrativa: 3 N.C  
 Bienestar Institucional: 3 N.C  
 Servicios Académicos: 2 N.C  
 Medición seguimiento y Control: 2 N.C  
 Gestión Documental: 1 N.C  
 Proyección Social: 1 N.C

A continuación se hace una breve descripción de las No conformidades presentadas por los diferentes procesos.

Docencia:

1. implementación SAT (Sistema de Alertas Temprana), se observó que este software no está generando información suficiente que permitiera establecer una alerta temprana para la posible deserción de estudiantes.
2. Después de verificar cada una de las planeaciones docentes de la vigencia A-2017, se logró evidenciar, que muchas de las actividades que se programaron dentro de dichas planeaciones no presentan evidencias suficientes que permitan establecer la asignación de tiempo dado para el desarrollo de las actividades y que se permita a la auditoria hacer Juicios del cumplimiento obtenido. (Capitulo XI Régimen Disciplinario Art 107 Literal C) Incumplir con el desempeño de las funciones, tareas y responsabilidades propias del cargo y las demás que le sean asignadas; especialmente en el no reporte oportuno de las calificaciones de los estudiantes en las fechas previstas para su entrega y la entrega de evidencias de sus compromisos laborales.
3. Algunos docentes no presentan el formato diligenciado de asesoría FR-06-PR-DO-004 cuando se otorga tiempo para la realización de asesoría.

4. No hay evidencia de seguimiento del acuerdo pedagógico por parte de la vicerrectoría o Coordinación Académica, (incumplimiento del Artículo 58 del Reglamento estudiantil).
5. Se observa un incumplimiento en la aplicación del Formato FR-05-PR-DO-001 de control de asistencia a Clase, se está trasgrediendo el Artículo No. 73 del Reglamento Estudiantil (Inasistencia) se observó que varios de los docentes no entregan el registro de asistencia a clase de los estudiantes, registro que permita corroborar al órgano de control interno o externo que el estudiante asistió como mínimo al 70% de las clases presenciales.
6. A pesar de los múltiples compromisos que pueda tener la vicerrectoría es indispensable que se haga la evaluación docente, además de ser un compromiso que se establece en el reglamento docente (Artículo No. 38 Objetivo General), El objeto de la evaluación es el mejoramiento académico institucional, personal y profesional de los docentes, los resultados de la evaluación debe de servir de base para la formulación de políticas, planes y programas de desarrollo académico y planes de mejoramiento y de capacitación del cuerpo docente según las capacidades institucionales, además del impacto en el contexto de conformidad con la misión y visión institucional.  
Incumplimiento del Artículo No. 39 Parágrafo 2, El docente deberá presentar al Vicerrector académico los documentos soportes para su evaluación con antelación de quince días hábiles al proceso evaluativo.
7. Se logró evidenciar que los riesgos del proceso docente se encuentra en alto grado de materialización: (Riesgos) Insatisfacción de los usuarios frente al servicio educativo (aplicación de encuesta de satisfacción del cliente y no realizar el debido seguimiento).  
Desarrollo del currículo sin seguir lo diseñado por la entidad (no hay informe de seguimiento y verificación al cumplimiento de los contenidos curriculares y acuerdo pedagógicos).  
Desarticulación de la planeación académica, debido a que no se ha realizado la evaluación docente no se logró identificar el cumplimiento de los productos concertados.  
Incumplimiento de los docentes con sus actividades académicas, no se logró determinar el cumplimiento de las actividades docente lo que no ha generado llamados de atención, inicio de procesos disciplinarios y/o sanciones, no se logró evidenciar la confrontación de contenidos curriculares Vs los contenidos de los acuerdos pedagógicos. NTCGP 4.1 literal G (Establecer controles sobre los riesgos identificados).
8. Se observa que al 30 de Noviembre de 2017 no se han realizado las evaluaciones docentes del periodo A-2017 incumpliendo los tiempos establecidos para la realización de esta actividad.

#### Investigación:

1. No proveer un sistema de investigación estructurado. Como se ha comentado anteriormente el control del diseño y desarrollo de los proyectos de investigación carecen de evidencias de revisión, verificación y validación de diseño lo que genera una No Conformidad en el Numeral 7.3.4 NTCGP 1000:2009 (se deben de realizar revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo según lo planificado).
2. Incumplimientos en los cronogramas de ejecución de los proyectos de investigación presentados en Convocatoria No. 01 de Junio de 2016. Numeral

7.1 Literal (d) NTCGP 1000:2009) Planificación de la Realización del Producto o Prestación del Servicio.

Al no contemplar un plan de trabajo de investigación no se integran actividades donde se contempla la temporalidad, seguimiento, recolección y Publicación de la actividad investigativa donde se evidencien análisis de la información e informes de resultados.

3. Falta de entrega de resultados parciales o informes de avances de algunos proyectos de investigación.  
Falta de Publicación de avances y resultados de los proyectos de Investigación. Se establece una No Conformidad al identificar incumplimiento en la NTCGP 1000:2009 en el Literal 8.2.4 y en el MECI en el elemento de autoevaluación del control al identificar qué (1). No se están realizando seguimiento y medición de la actividad investigativa. (2). No se están aplicando indicadores del Proceso (3). No se están cumpliendo con los procedimientos establecidos dentro del sistema de gestión de la calidad.
4. No se está cumpliendo con los requisitos cuando se aprueban registros calificados frente a que cada programa debe contener una las líneas de investigación. N.C Numeral 7.2.1, literal C y D, Requisitos legales y reglamentarios aplicables al producto y/o servicio, cualquier requisito adicional que la entidad considere necesario.
5. No se mejoró en la aplicación del Procedimiento de presentación, aprobación, ejecución y difusión de los proyectos de investigación en las actividades No. 9, 10, 11. Debilidad que se presentó desde vigencia 2015.  
Ejecuta y hace seguimiento del proyecto de investigación (Actividad No. 9), Responsables (Investigadores Responsables del Proyecto, Grupo de Investigación, Coordinador CIRSE) Registros: Informe Presenta Avances de la Ejecución del Proyecto de investigación: (Actividad No. 10), Responsables (Grupo de Investigación, estamentos, Investigadores Responsables, Registro: Avance de la ejecución del Proyecto de Investigación. Hace evaluación de los informe de avance de los proyectos de investigación de acuerdo con los términos de referencia establecidos y hace las recomendaciones correspondientes (Actividad No. 11). Responsable: Comité CIRSE, Registro: Informe de Evaluación.
6. Se identificaron la materialización de varios riesgos asociados al proceso de Investigación (Ver lista de Verificación Auditoria Interna CODIGO: FR-04-PR-MS-001) N.C de la NTCGP 1000:2009 en su Numeral 8.5.2 y 8.5.3 Acción Correctiva y acción preventiva (Gestión y administración de Riesgos).
7. No se evidencio acción de mejora frente a la asignación de estímulos para los semilleros de investigación, no se tiene programado en bienestar ni en CIRSE la asignación de estímulos. (Se identificó en las condiciones generales de procedimiento se tienen establecidos reconocimiento y estímulos). N.C de la NTCGP Numeral 8.5.1 Mejora Continua, la entidad debe de mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de Gestión de la Calidad mediante uso de la Política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditoria internas, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.

#### Mercadeo, Información y Comunicación:

1. No se aplicaron indicadores para medir el cumplimiento de las actividades desarrolladas dentro del proceso de MIC Vigencia 2016.
2. Se carecen de instrumentos y herramientas que direccionen el actuar de la entidad con respecto a lo que desea informar, publicitar o comunicar.
3. 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.
4. 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 MIC.

#### Todos los Procesos:

1. Falta de oportunidad en la publicación y divulgación de información producida por los diferentes procesos.
2. No se observó el cumplimiento de las acciones establecidas para el Control de los servicios o productos no conformes. No se dio traslado de las situaciones presentadas para establecer planes de mejoramiento frente a lo observado por el cliente. No conformidad incumpliendo el Numeral 8.3 Literal A, Control del Producto y/o servicio no conforme) no se definieron las acciones para eliminar las no conformidades detectada en el seguimiento al aula realizado en vigencia A-2017
3. El proceso de Docencia dispone de indicadores los cuales no se vienen aplicando o no se evidencia aplicación para el periodo A-2017. A pesar de que la asesora de Planeación solicito en reiteradas ocasiones el diligenciamiento y envió de los indicadores establecidos en la batería de indicadores de la entidad no se presentaron, lo que no permitió establecer correctivos en los momentos oportunos y seguimiento por parte del asesor de control Interno. Se presenta esta situación para una parte importante de los procesos, por esta razón se establece la corrección para que todos los procesos adelanten la gestión respectiva.
4. No se realizan Backup de información de las diferentes dependencias, no se cuenta con una política o plan del manejo de la información electrónica.

#### Gestión Administrativa:

1. Se presentó pago sin el informe de Cumplimiento, observación que fue trasladada al área financiera para el establecimiento de acciones correctivas frente al particular.
2. 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.
3. 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. Ley 1474/2011 Art No. 84 facultades y deberes de los supervisores y los interventores.

#### Bienestar Institucional:

1. No se aplica una herramienta donde se pueda generar el Diagnóstico 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.
2. De la auditoría 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).
3. Los Planes de Seguimiento al aula en la vigencia 2016 no contemplo los estudiantes de universidad en el campo, estudiantes de articulación argumentando que no se cuenta con presupuesto para la realización de estas actividades de verificación de las condiciones académicas y de bienestar de todos estudiantes.

#### Servicios Académicos:

1. Las matriculas financieras, matriculas académicas y reporte de SNIES al Ministerio de Educación Nacional de la Vigencia B-2016 no coinciden. No se observa la realización de conciliación de Matriculas entre el área Financiera y área académica. (Acción Correctiva) NTCGP 4.1 y 7.2
2. No se evidencio la consolidan indicadores del semestre B-2016 Solicitados por 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.

#### Medición seguimiento y Control:

1. El proceso Misional de Proyección social no se logró auditar debido a que no se entregaron documentos y registros cuando se hizo la solicitud de estos al líder del Proceso.
2. 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.

Gestión Documental:

1. El Proceso de Gestión documental no presentó gestión ni avances lo que no permitió a la auditoría interna realizar una evaluación y verificación del cumplimiento del proceso o de sus planes. (Gestión de Resultados).

Proyección Social:

1. 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.

Frente a los Riesgos por Procesos:

El 27 de Marzo de 2017 se presentó al ingeniero Luis Alfredo Ávila Torres (Rector) y a la Doctora Alba Libia Marulanda (Secretaria General), miembros del Comité Coordinador del Sistema de Control Interno la valoración de la matriz de riesgos evaluada por la dependencia de Control Interno para la vigencia 2016, para esta ocasión se agendó por parte de la Asesora de Planeación plan de trabajo donde cada líder de proceso debía presentar un plan de mejora o establecer acciones correctivas frente a la Evaluación y observaciones que había presentado la dependencia de control Interno; en reiteradas ocasiones se programó la revisión por la dirección al sistema de gestión de la calidad en donde una de las entradas al sistema es el análisis de los riesgos identificados y la forma de establecer controles para que estos no afecten el correcto desarrollo y el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

A la fecha de este informe no se ha generado ninguna acción correctiva, lo que está generando un desgaste administrativo al evidenciar que a pesar de que se identifican algunas situaciones por el asesor de control Interno no son analizadas, valoradas y corregidas.

Después de realizar un análisis del Mapa de Riesgos de 2017 identificados en la matriz de riesgos, se siguen presentando las mismas situaciones; a continuación se presentará la matriz de riesgos identificados para que se identifiquen por esta nueva rectoría y se programe con los líderes y la jefe asesora de planeación la actividad de valoración del riesgo y la estrategia de minimizar, trasladar o reducirlos.

Descripción de Riesgos.

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 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 pertenecía 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 Relacionamento 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, Seguimiento 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, Seguimiento 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 adelanten 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.

Relación de riesgos de acuerdo al Seguimiento al mapa Riesgos por procesos:

Riesgos materializados relacionados con el Proceso de Direccionamiento: 1

Riesgos relacionados con el Proceso de MIC: 4

Riesgos relacionados con el Proceso de Docencia: 1

Riesgos relacionados con el Proceso de Investigación: 4

Riesgos relacionados con el Proceso de Proyección Social: 2

Riesgos relacionados con el Proceso de Servicios Académicos: 1

Riesgos relacionados con el Proceso de Gestión de Talento Humano: 1

Riesgos relacionados con el Proceso de Gestión Documental: 1

Riesgos relacionados con el Proceso de Gestión Administrativa: 1

Riesgos relacionados con el Proceso de Medición y Seguimiento: 3

Riesgos relacionados con el Proceso de Mejoramiento Continuo: 1

Total: 20

### Aspectos internos a mejorar (Recomendaciones).

1. Suscribir los respectivos planes de mejoramiento con el Órgano de Control Interno de acuerdo a las debilidades detectadas en vigencia 2016 y A-2017.
2. Ajustar y actualizar el Mapa de Riesgos Procesos de la entidad de acuerdo a la nueva norma ISO 9001:2015 para su implementación.
3. Promover la medición y presentación de indicadores por procesos a fin de lograr un control en el desarrollo de cada uno de los procesos.
4. 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.
5. Nuevamente se recomienda la formulación de una política de Información y Comunicación la cual defina de forma clara los mecanismos de comunicación institucional y divulgación de los resultados por procesos, por actividades o metas.
6. La construcción de los planes de talento humano y planes de bienestar deben de ser construidos en consenso con los funcionarios.
7. Los procesos misionales de Investigación y Proyección deben de presentar un plan de trabajo para cada vigencia, se ha logrado observar que las actividades se realizan de acuerdo a lo formulado en los Planes operativos anuales.
8. La Vicerrectoría académica deberá acompañar su grupo docente de manera más personalizada verificando y cotejando la información que se está entregando como evidencia por el grupo en cumplimiento de las actividades programadas en su planeación docente.
9. Conciliación de matrículas académicas vs matriculas financieras antes de presentar reportes al SNIES.
10. Programar reinducción de acuerdo al nuevo Mapa de Procesos, sus procedimientos, formatos y registro a fin de consolidar los sistemas de Gestión.
11. El sistema de Investigación y de proyección social debe ser adaptado a las características institucionales, un sistema demasiado grueso generaría una mala gestión del mismo, hay que tener claro que la entidad no cuenta con personal suficiente para atender un sistema de investigación y de proyección social muy estructurado.
12. Los ciclos de los proyectos de investigación deben de ser cerrados y evaluados antes de proceder a nuevas convocatorias.
13. Es de vital importancia para la entidad que se consolide una herramienta donde se pueda realizar de manera objetiva la evaluación docente, esta debe mostrar de manera clara el resultado obtenido en cumplimiento de los compromisos suscritos por el cuerpo docente.

14. Se debe de consolidar el portafolio de servicios de la entidad con la oferta No Formal (Diplomados, Cursos, Talleres), es increíble que a esta fecha no se tenga una oferta clara.

Como siempre la dependencia de control interno estará atento a las indicaciones, sugerencias y recomendaciones que se presenten posterior a la revisión de este documento.

Cordial saludo,

Original Firmado  
JUAN PABLO HERRERA ARCE,  
Asesor Control Interno  
IES-CINOC

Proyecto Digito: JPHA