

INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO JULIO-OCTUBRE



Noviembre 2018

Juan Pablo Herrera Arce.
Asesor de Control Interno.

Juan Carlos Loaiza Serna.
Rector IES-CINOC

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

Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno (Ley 1474 de 2011)
Julio - Octubre de 2018

Presentación: El Artículo 133 del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 estableció la necesidad de integración en un solo Sistema de Gestión, los sistemas de Gestión de la calidad que trata la ley 872 de 2003 y de Desarrollo Administrativo de que trata la ley 489 de 1998. Como lo establece el Decreto 1499 de 2017, el Sistema de Gestión deberá articularse con los Sistemas Nacional e Institucional de Control Interno consagrado en la ley 87 de 1993 y en los artículos 27 al 29 de la ley 489 de 1998, de tal manera que permita el fortalecimiento de los mecanismos, métodos y procedimientos de control al interior de los organismos y entidades del estado. Es claro que para nuestra entidad que no pertenece a la Rama Ejecutiva nacional o ente territorial no están obligados a que implementen el MIPG en toda su integridad, pero vemos de una manera general que es la oportunidad para que nuestra entidad aplique a las medidas el modelo fortaleciendo las políticas contenidas en MIPG de acuerdo a la naturaleza de nuestra entidad de carácter educativa.

El Informe Pormenorizado que se presentara recoge los resultados obtenidos en la implementación de los autodiagnósticos que presento como herramienta la función Pública para establecer línea base del Modelo MIPG, aunque no son muchas las actividades realizadas, la entidad realizará su mejor esfuerzo para alcanzar de manera óptima el cumplimiento de este modelo que estamos seguros contribuirá al desarrollo institucional y al cumplimiento para la consecución de resultados, generando más valor público como objetivo del Modelo.

Dimensión No. 01

Dimensión Talento Humano

Responsables asignados: Jefe de Talento Humano.

Encargado de formular el Plan estratégico de Talento Humano de la entidad y gestionar la formulación e implementación del Código de Integridad del servidor Público.

Resultados del Autodiagnóstico de acuerdo a las políticas asociadas

Resultado Política de Gestión estratégica del talento Humano: 61.9%

Planeación: 70.0%
Ingreso: 73.8%
Desarrollo: 59.6%
Retiro: 43.3%

Resultado Política de Integridad: 41.7%

Condiciones Institucionales idóneas para la implementación y Gestión del Código de integridad: 48.8%
Promoción de la Gestión del Código de Integridad: 32.2%
Categoría Conocimiento normativo y del entorno: 80%
Categoría Gestión de la Información: 63%
Categoría Planeación Estratégica: 73%
Categoría Manual de Funciones: 60%
Categoría Arreglo Institucional: 60%

Debilidades Identificadas en la aplicación de la herramienta de Autodiagnóstico Política de Gestión estratégica del Talento Humano.

Mejorar el porcentaje de servidores y contratistas con hojas de vida y vinculación completa en SIGEP.

No inclusión del monitoreo y seguimiento al SIGEP en Plan de Talento Humano. (Alimentar y monitorear)

Estructuración y planeación de la evaluación de desempeño de acuerdo a las fases que se deben de planificar y desarrollar dentro del Plan de Talento Humano. (Se tienen insumos pero la evaluación es independiente del Plan)

La Proporción de provisionales actual es del 24%, considerando las vacantes no provistas en la Planta Docente. (Se planteó en informe al Consejo Directivo, proveer las vacantes inicialmente con docentes provisionales para posteriormente realizar concurso de méritos para pasar a carrera docente)

No se ha utilizado el banco de listas de elegibles para proveer los empleos de forma definitiva. (Por el momento se viene adelantando concurso para provisión de dos cargos administrativos que se encuentran en vacancia definitiva)

Se evalúan competencias para algunas vacantes pero no para todas las plazas.

No se cuenta con información sobre servidores con expectativas de movilidad. (La movilidad es muy reducida por la estructura orgánica de la entidad, un cargo por lo general para cada empleo)

No se han establecido mecanismos alternativos de evaluación periódica del desempeño en torno al servicio al ciudadano. (Alinear el servicio ciudadano como parte de los compromisos laborales)

Los cargos de gerencia pública solicitan algunos temas de capacitación pero no están documentados. (Se deben hacer más formales, mejorar la trazabilidad de los requerimientos)

El PIC no tuvo una fase de sensibilización documentada que fuese evaluada y generara mejoras. (Se cuenta con diagnóstico y está basado en resultados de planes anteriores y encuestas a los funcionarios)

El PIC no tuvo una fase de formulación de proyectos de aprendizaje que se evaluara y generara mejoras. (No se ha trabajado con metodologías de proyectos de aprendizaje)

El Plan de Capacitación no contemplo temas como integración cultural, planificación desarrollo territorial y nacional, relevancia internacional, buen Gobierno, Derechos Humanos, Gestión de las tecnologías y de la información, Gobierno en línea, Innovación, Participación Ciudadana, sostenibilidad ambiental, derecho y acceso a la información Pública.(se debe de ir incluyendo temas de interés institucional)

No se han establecido Incentivos para los gerentes públicos. (Se debe de plantear beneficios o incentivos que se puedan entregar a los gerentes públicos y la metodología aplicar o de asignación).

No se han establecido incentivos pecuniarios para los equipos de trabajo. (Se elaboró un procedimiento de incentivos pecuniarios que se puede aplicar a equipos de trabajo de la IES).

Para los empleados de carrera y de libre remoción se tienen contemplados incentivos para la próxima vigencia (2019).

No hay programa de capacitación en educación en artes y artesanías. (Se debe incluir el tema desde el plan de bienestar laboral).

Promoción de programas de vivienda. (No se cuenta con una línea de base, solamente se cuenta con los programas del Fondo Nacional del Ahorro).

Cambio Organizacional. (Incluir desde el Plan de Bienestar actividades, talleres de sensibilización sobre cambio organizacional)

Adaptación laboral. (Incluir desde el Plan de Bienestar actividades de adaptación al cambio).

Preparación a los próximos pensionados para el retiro del servicio. (Incluir desde el Plan de Bienestar un plan de retiro).

Educación formal (Primaria, Secundaria, Media y Superior) la entidad tiene voluntad para iniciar con la implementación de planes de apoyo para la educación formal de los administrativos y ya se cuenta con un plan de formación docente que se encuentra en ejecución).

Programar actividades de capacitación y jornadas de reflexión institucional dirigidas a fortalecer el sentido de pertenencia, la eficiencia, la adecuada prestación del servicio, en lo Público y en buen Gobierno, adelantar actividades que exalten la labor del servidor público. (Incluir en el plan de Bienestar como mejora la celebración del día del Servidor Público)

Incorporar al menos una buena práctica en lo concerniente a los programas de bienestar e incentivos. (Se deberá llegar a lo básico para incluir casos de buenas prácticas).

Desarrollar el Programa de estado joven en la entidad. (Se debe de estudiar el tema)

Divulgar e implementar el programa servimos en la entidad. (Se debe de estudiar el tema)

Desarrollar el Programa de teletrabajo en la entidad. (Se están incorporando metodologías de E-Learning que podrían llevar en un futuro alternativas de teletrabajo)

Promover y mantener la participación de los servidores en la evaluación de la gestión (estrategia y operativa) para la identificación de oportunidades de mejora y el aporte de ideas innovadoras. (Se mirara la posibilidad de que los funcionarios evalúen el cumplimiento de la gestión o haga parte de la evaluación)

Proporcionar mecanismos que faciliten la gestión de los conflictos por parte de los gerentes, de manera que tomen decisiones de forma objetiva y se eviten connotaciones negativas para la gestión.

Implementar mecanismos o instrumentos para intervenir el desempeño de gerentes o directivos inferior a lo esperado (igual o inferior a 75%), mediante un plan de mejoramiento cuando no se logre los objetivos formulados en los acuerdos de gestión.

Elaborar un informe acerca de las razones de retiro que genere insumos para el Plan de previsión del Talento Humano. (Se debe implementar mecanismos de retroalimentación de los funcionarios que se retiran, gestión del conocimiento)

Políticas relacionadas con la Gestión del Talento Humano para determinar las brechas:

Política de Gestión Estratégica del Talento Humano: Es necesario disponer de la mayor cantidad de información posible sobre la entidad y de su talento humano. (Diligenciar la matriz de la GETH de allí se obtendrá una calificación que permita identificar en qué nivel de madurez se encuentra la GETH (Básico operativo, de Transformación o de consolidación).

Política de Integridad: (Honestidad, Compromiso, Justicia, Diligencia y Respeto) disponer de espacios para el fomento de mecanismos de dialogo sobre el servicio público, desarrollar el hábito de actuar de forma coherente con ellos, aplicar mecanismos que permitan vigilar la integridad de las actuaciones de quienes ejercen las funciones públicas, articular los elementos de la infraestructura de integridad institucional (Códigos, conflictos de intereses, comités, canales de denuncia y seguimientos).

Observaciones y avances frente a la Política:

- ✓ Cargue de 27 hojas de vida de funcionarios y contratistas en el SIGEP a la fecha de este informe.
- ✓ Capacitación en temas de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- ✓ Capacitación en Gestión Documental.
- ✓ Capacitación y Certificación Auditores en Norma Técnica ISO 9001:2015
- ✓ Se presentó declaración de bienes y rentas de los servidores públicos.
- ✓ Se aplicó evaluación de desempeño por los gerentes públicos y encargados de la evaluación para el segundo semestre 2018, así mismo se aplicó la evaluación docente del semestre 1/2018.
- ✓ Se vienen ejecutando las actividades del Programa de bienestar laboral incluidas en el programa de seguridad y salud en el trabajo.
- ✓ Se realizó encuesta virtual de clima laboral el cual sirve como insumo para la formulación del Plan de Talento Humano.
- ✓ Una de las actividades que se viene adelantando, es un estudio de caracterización de los funcionarios administrativos y docentes de la IES el documento obedece a un trabajo de investigación que viene adelantando un docente como trabajo de grado para su maestría, este documento permitirá a la IES la caracterización de cada uno de los funcionarios de la IES.

Etapas a desarrollar en la Política de Gestión Estratégica del Talento Humano.

1. Disponer de Información.
2. Diagnosticar la GETH.
3. Elaborar Plan de acción.
4. Ejecutar Plan de acción.
5. Evaluación de GETH.

Dimensión No. 02

Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación

Responsables asignados: Asesora de Planeación.

Direccionamiento Estratégico y Plan Anticorrupción y atención al Ciudadano

Responsables asignados: Jefe División Administrativa y Financiera.

Gestión Presupuestal

Resultados del Autodiagnóstico de acuerdo a las políticas asociadas

Resultado Política de Direccionamiento estratégico: 91%

Componente de Contexto Estratégico: 92.9%
Componente de Calidad de la Planeación: 87.8%
Componente Liderazgo Estratégico: 93.3%

Resultado Política Plan Anticorrupción: 96%

Planeación: 100%
Publicación: 100%
Construcción Mapa de Riesgos de Corrupción: 60%
Seguimiento mapa de Riesgos de Corrupción: 100%
Integridad: 100%
Seguimiento al Plan anticorrupción: 100%

Resultado Gestión Presupuestal: 95.7%

Programación Presupuestal: 100%
Anteproyecto de Presupuesto: 100%
Ejecución Presupuestal: 98.2%
Ejercicio Contractual: 100%
Ejercicio Contable: 91%

Debilidades Identificadas en la aplicación de la herramienta de Autodiagnóstico Política de Direccionamiento Estratégico, Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y Gestión Presupuestal

Se deben de Identificar los problemas o necesidades de los grupos de valor, con precisión, pertinencia y prioridad, siempre teniendo presente el Propósito fundamental, mediante procesos participativos.

Proyectar los problemas o necesidades de los grupos de valor a 4, 10, 20 años o según disponga la entidad.

Identificar las capacidades en materia tecnológica de la información y las comunicaciones que apalancan el desarrollo de todos sus procesos, el manejo de su información y la prestación de trámites y servicios a sus usuarios.

Garantizar que las metas formuladas en el Plan estén ajustadas a la capacidad real de la entidad, procurando esfuerzos adicionales que le permitan mejorar esa capacidad a través de alternativas innovadoras como las alianzas estratégicas, redes de conocimiento o gestión de recursos de cooperación internacional.

Establecer qué se debe medir y qué información se quiere obtener de esa medición, para saber qué tipo de indicador se necesita.

Formular los indicadores que permitirán verificar el cumplimiento de objetivos y metas así como el alcance de los resultados propuestos e introducir ajustes a los planes de acción (evaluación del desempeño institucional).

Establecer la frecuencia adecuada para la medición de los indicadores, a fin de tomar decisiones en el momento justo.

Identificar, en la medida de lo posible, los efectos o cambios que se quiere generar en el mejoramiento de las condiciones de vida de sus grupos de valor.

Socializar el PAC antes de su publicación para que actores internos y externos formulen sus observaciones y propuestas.

Formular los planes en consonancia con la programación presupuestal de la entidad (Marco de Gasto de Mediano Plazo -MGMP y presupuesto anual) de tal manera que la planeación sea presupuestalmente viable y sostenible.

Planeación Participativa, Involucrar a la ciudadanía y grupos de interés en el diagnóstico y formulación de los planes, programas o proyectos de la entidad, de interés ciudadano.

No se realizan ejercicios permanentes de seguimiento al plan anual de contratación.

La entidad no realiza compras a través de tienda virtual del Estado Colombiano por Acuerdo Marco de Precios y en grandes superficies (No está obligado).

Se debe de mejorar en la gestión que se realiza por parte de los responsables de la información financiera garantizando información confiable, completa, razonable y oportuna, en los términos previstos en el Régimen de Contabilidad Pública.

La información contable no es utilizada como instrumento para la toma de decisiones en relación con el control y la optimización de los recursos con que cuenta la organización.

La organización no realiza las actividades de orden administrativo tendientes a lograr un cierre integral de la información contable producida en todas las áreas que generan hechos financieros, económicos, sociales y ambientales.

La organización no está preparando mensualmente sus estados contables como se establece en el numeral 36 del artículo 34 de la Ley 734 de 2002, se están preparando de manera trimestral en el momento que deben de ser rendidos a los órganos de control externos para este caso a la Contaduría General de la Nación.

Políticas relacionadas

Política de Planeación Institucional: Como soporte de todo el ejercicio estratégico y de planeación, es importante que se promueva la reflexión sobre la razón de ser de la entidad, el objeto para el cual fue creada, los derechos que garantiza y los problemas y necesidades sociales que está llamada a resolver, es decir cuál es el valor público que se debe de generar.

Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Publico:

Su preparación realista y técnica garantizará la correspondencia entre el ingreso y el gasto, establecimiento de lo previsto en los planes institucionales, la identificación de las metas estratégicas que desea alcanzar deben de ser priorizadas en la asignación de recursos para la siguiente vigencia Fiscal.

Observaciones y avances frente a la Política:

- ✓ Se ha considerado mejorar la información a partir de la compra e implementación de un sistema de información administrativo y un sistema de información académico que permita la mejora y los trámites para el reporte de la información a los diferentes órganos de control y grupos de interés, actualmente se encuentran elaborada toda la parte previa, estudios de factibilidad para la adquisición de estos software.
- ✓ Se han presentado debilidades en la presentación de indicadores de resultados por procesos por falta de consolidación de la información, se ha requerido por parte de la oficina asesora de Control Interno para que se mejore sobre este particular, actualmente se viene trabajando en la actualización de estos indicadores por procesos.
- ✓ Se construyó una nueva matriz de riesgos por procesos la cual se espera finalizar estableciendo puntos de control y la evidencia que se debe de suministrar para verificar que el punto de control es efectivo frente a la posible materialización de los riesgos, esta matriz de riesgo se viene trabajando con cada uno de los líderes de procesos de acuerdo a la formulación e implementación de la norma ISO 9001:2015
- ✓ Se ha logrado una mejor proyección de las compras de la IES al identificar menos Modificaciones al plan de adquisiciones de la vigencia. Todas las modificaciones son actualizadas en el sistema electrónico de Contratación Pública SECOP I, se asistieron a capacitaciones para la implementación y puesta en marcha del SECOP II a partir de la vigencia 2019.
- ✓ El manejo del software contable (Syscafe) en la institución ha permitido consolidar la información de las diferentes áreas que integran el paquete financiero de la entidad, aunque se han presentado algunas debilidades el equipo de trabajo a tratado de mejorar sobre la información de la manera más veraz y oportuna.

Aspectos Mínimos para la implementación de la política de la Planeación Institucional:

Reflexión Inicial: Misión, Visión, Razón de ser, objeto social, para que fue creada la entidad.

Diagnóstico de capacidades y entorno: Cuales son las prioridades identificadas por la entidad y señaladas en los planes de desarrollo.

Formular Planes: Contar con líderes, documentar el ejercicio de la planeación con la orientación estratégica, objetivos, metas y resultados a lograr, cronogramas, responsables, indicadores para monitorear y evaluar el cumplimiento, así mismo los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos.

Formular los indicadores: esto permite verificar el cumplimiento de los objetivos.

Identificar los riesgos operativos y de corrupción y formular el plan anticorrupción y de atención al ciudadano.

Aspectos Mínimos para la implementación de la política de Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto Público:

Se debe de tener una preparación realista y técnica que garantice la correspondencia entre los ingresos y los gastos y el establecimiento de lo previsto en los planes institucionales.

Desagregar el Presupuesto para cada Vigencia acorde con las normas vigentes.

Formular el Programa Anual Mensualizado de caja y el Plan de adquisiciones, instrumentos fundamentales para la ejecución presupuestal.

Dimensión No. 03

Dimensión Gestión con Valores para el Resultado

Contratista encargado: Gobierno Digital

Resultados Políticas de Gobierno Digital: 4.2%

Tic para Gobierno Abierto: 2.7%
TIC para Servicios: 12%
TIC para la Gestión: 1%
Seguridad y Privacidad de la Información: 1%

Secretaria General: Servicio al Ciudadano y Defensa Jurídica

Resultados Políticas de Defensa Jurídica: 40.4%

Actuaciones Prejudiciales: 40.4%
Defensa Judicial: 0%
Cumplimiento de sentencias y Conciliaciones: 0%
Acción de Repetición y Recuperación de Bienes Públicos: 0%
Prevención del daño antijurídico: 0%
Sistema de Información Litigiosa: 0%

Resultados Políticas de Servicio al Ciudadano: 47.8%

Caracterización usuarios y medición de percepción: 53%
Formalidad de la dependencia o área: 53%
Procesos: 90%
Atención Incluyente y de accesibilidad: 36%

Sistemas de Información: 20%
Publicación de Información: 36%
Canales de Atención: 61%
Protección de datos Personales: 10%
Gestión PQRS: 63%
Gestión del Talento Humano: 50%
Control: 70%
Buenas prácticas: 53%

Asesora de Planeación: Tramites, Participación Ciudadana y Rendición de cuentas.

Resultados Políticas de Tramites: 1%

Portafolio de Oferta Institucional tramites identificados y difundidos: 1%
Priorización Participativa de trámites: 1%
Estrategia de Racionalización de trámites: 1%
Resultados de la racionalización Cuantificados y difundidos: 1%

Resultado Política de Participación Ciudadana: 11.3%

Condiciones Institucionales Idóneas para la promoción de la participación ciudadana: 12%
Promoción Efectiva de la Participación Ciudadana: 10%

Resultado Política de Rendición de Cuentas: 52.6%

Aprestamiento institucional para promover la Rendición de Cuentas: 46.3%
Diseño de la estrategia de Rendición de Cuentas: 39.5%
Preparación para la Rendición de Cuentas: 57.7%
Ejecución de la estrategia de Rendición de cuentas: 74.3%
Seguimiento y Evaluación de la implementación de la estrategia de Rendición de Cuentas: 55.8%

Debilidades Identificadas en la aplicación de la herramienta de Autodiagnóstico.

Gobierno Digital

Mejorar y complementar la información que se publica en el sitio web oficial en la sección de transparencia y acceso a la información Pública.

Establecer Directrices de uso del sitio web.

Mejorar los Ejercicios de rendición de cuentas realizados por la entidad soportados en medios electrónicos.

Identificación y Publicación de datos abiertos actualizados y difundidos.

Establecer Estrategias de participación Ciudadana.

Aumentar los Porcentajes de trámites y otros procedimientos administrativos.

Implementar mecanismos de información electrónica que permitan expedir certificaciones y constancias por medios virtuales.

Actualmente se cuenta con Cero tramites vía electrónica.

No se puede evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios frente a los trámites ya que no contamos con trámites en línea.

La entidad no ha formulado plan estratégico de Tecnologías de Información PETI, de acuerdo con el marco de referencia de Arquitectura Empresarial del Estado.

Aun no se cuenta con un catálogo de servicios de Tecnologías de Información.

La entidad no cuenta aún con una estrategia para realizar monitoreo de la estrategia de Gobierno en línea.

La entidad no posee una arquitectura de servicios tecnológicos.

La entidad no ha aplicado ninguna metodología de evaluación de alternativas de solución para la adquisición de servicios y soluciones de Tecnologías de Información.

La entidad no ha incorporado soluciones tecnológicas para la gestión de documentos.

La entidad no ha generado un documento diagnóstico, donde se identifique de manera clara el estado actual de la entidad en la implementación y seguridad de la información y a partir de allí se establezca su política.

No se cuenta con una metodología de gestión de activos de información y metodología para administrar los riesgos de seguridad y privacidad de la información.

Debilidades Identificadas en la aplicación de la herramienta de Autodiagnóstico.

Defensa Jurídica

Establecer un reglamento para el comité de conciliación y adoptarlo por acto administrativo.

Servicio al Ciudadano

No se está aplicando una herramienta donde se permita identificar y hacer analisis de datos sobre la percepción de los clientes frente al servicio.

No se tiene identificada la Percepción del cliente frente a los trámites y procedimientos.

Actualmente La entidad no cuenta con un área o dependencia o funcionario que se encargue de orientar trámites y servicios de la entidad.

En los temas tratados en los distintos comités no se tiene en cuenta temas de servicio al ciudadano.

La entidad no cuenta con mecanismos para garantizar la atención y accesibilidad a población con discapacidades visuales y auditivas.

A pesar de contar con mecanismos para la recepción y trámite de las PQRS no se cuentan con una consolidación de los mismos en un sistema de información.

La entidad no ha habilitado consulta en línea de bases de datos con información relevante para el ciudadano.

La entidad no cuenta con carta de trato digno para los derechos de los ciudadanos y medios para garantizarlos.

Falta actualización frecuente de la información sobre la oferta institucional.

No se cuenta aún con una política de tratamiento de datos personales.

Actualmente no se cuenta con reglamento interno para la gestión de las PQRS.

No se ha establecido un mecanismo de evaluación periódica del desempeño de sus servidores públicos en torno al servicio al ciudadano.

La oficina de control interno no elabora informe semestral sobre el cumplimiento de las obligaciones legales por parte de la dependencia de servicio al ciudadano.

Gestión de trámites

Se deben de identificar las dependencias responsables, la normatividad asociada, los requisitos que se solicitan a los usuarios para acceder a la información.

Revisar si los tramites y otros procedimientos administrativos identificados en el inventario se encuentran registrados en el SUI y lograr su operatividad.

Registrar los trámites y otros procedimientos administrativos en el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT)

Difundir información sobre la oferta institucional de trámites y otros procedimientos en lenguaje claro y de forma permanente a los usuarios de los trámites teniendo en cuenta la caracterización.

Implementar mejoras tecnológicas en la prestación del trámite.

Garantizar accesibilidad y usabilidad de los trámites en línea.

Participación Ciudadana

Se deberá elaborar el plan de participación, identificar y documentar las debilidades y fortalezas en la implementación de la Política de Participación Ciudadana buscando acciones que permitan subsanar las debilidades identificadas.

No se ha diagnosticado si los canales, espacios, mecanismos y medios (presenciales y electrónicos) que se emplean por la entidad promueven la participación ciudadana y si estos son idóneos de acuerdo con la caracterización de ciudadanos, usuarios o grupos de interés.

Conformar y capacitar un equipo de trabajo (que cuente con personal de áreas misionales y de apoyo a la gestión) que lidere el proceso de planeación de la participación.

No se han definido los canales y las metodologías que se emplearán para desarrollar las actividades de participación ciudadana identificadas en las fases del ciclo (participación en el diagnóstico, la formulación e implementación y evaluación de políticas, planes, programas o proyectos)

No se cuenta con una estrategia para capacitar a los grupos de valor con el propósito de cualificar los procesos de participación ciudadana.

Definir los roles y responsabilidades de las diferentes áreas de la entidad, en materia de participación ciudadana.

No se cuenta con un mecanismo de recolección de información en el cual la entidad pueda sistematizar y hacer seguimiento a las observaciones de la ciudadanía y grupos de valor en el proceso de construcción del plan de participación.

Documentar, en lo posible, las buenas prácticas de la entidad en materia de participación ciudadana que permitan alimentar el próximo plan de participación.

Rendición de Cuentas

Establecer temas e informes, mecanismos de interlocución y retroalimentación con los organismos de control para articular su intervención en el proceso de rendición de cuentas.

Conformar y capacitar un equipo de trabajo que lidere el proceso de planeación de los ejercicios de rendición de cuentas.

Asociar las metas y actividades formuladas en la planeación institucional de la vigencia con los derechos que se están garantizando a través de la gestión institucional.

Identificar los espacios y mecanismos de las actividades permanentes institucionales que pueden utilizarse como ejercicios de diálogo para la rendición de cuentas tales como: mesas de trabajo, foros, reuniones, etc.

Definir, de acuerdo al diagnóstico y la priorización de programas, proyectos y servicios, los espacios de diálogo presenciales de rendición de cuentas y los mecanismos virtuales complementarios en temas específicos de interés especial que implementará la entidad durante la vigencia.

Estandarizar formatos internos de reporte de las actividades de rendición de cuentas que se realizarán en toda la entidad que como mínimo contenga: Actividades realizadas, grupos de valor involucrados, aportes, resultados, observaciones, propuestas y recomendaciones ciudadanas.

Validar con los grupos de interés la estrategia de rendición de cuentas.

Preparar la información con base en los temas de interés priorizados por la ciudadana y grupos de valor en la consulta realizada.

Preparar la información sobre Impactos de la Gestión (Cambios en el sector o en la población beneficiaria) a través de los programas, proyectos y servicios implementados, con sus respectivos indicadores y verificando la calidad de la misma.

Diagnosticar si los espacios de diálogo y los canales de publicación y divulgación de información que empleó la entidad para ejecutar las actividades de rendición de cuentas, responde a las características de los ciudadanos, usuarios y grupos de interés.

Realizar los eventos de diálogo para la rendición de cuentas sobre temas específicos y generales definidos, garantizando la intervención de la ciudadanía y grupos de valor convocados con su evaluación de la gestión y resultados.

Diligenciar el formato interno de reporte definido con los resultados obtenidos en el ejercicio, y entregarlo al área de planeación.

Recopilar recomendaciones y sugerencias de los servidores públicos y ciudadanía a las actividades de capacitación, garantizando la cualificación de futuras actividades.

Documentar las buenas prácticas de la entidad en materia de espacios de diálogo para la rendición de cuentas y sistematizarlas como insumo para la formulación de nuevas estrategias de rendición de cuentas.

Políticas relacionadas

Política de Fortalecimiento Organizacional y simplificación de Procesos: Saber dónde se encuentra y para dónde va la entidad es tan relevante como saber que insumos, procesos y actividades requiera para poder ejecutar lo planeado, de allí la importancia de definir cuáles son los resultados que como entidad desean conseguir en un periodo concreto, así poderlo expresar en términos de productos, efectos e impactos.

Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Publico: En esta parte se hace énfasis en ejercer un permanente y efectivo control administrativo para soportar decisiones y tomar medidas correctivas.

El plan anual de adquisiciones es la herramienta estratégica para que la adquisición de los bienes y servicios soporte adecuadamente la ejecución de los planes, programas y proyectos, el PAA y su ejecución es garantía para la eficiencia y transparencia del gasto público.

Es indispensable hacer uso de los acuerdos marco de precios que existen para la adquisición de bienes y servicios de características técnicas uniformes cuando aplique.

Política de Gobierno Digital: Es importante que se tenga en cuenta la tecnología para apoyar la ejecución de los procesos, el manejo y seguridad de la información y de los sistemas de información.

Política de Seguridad Digital: Se debe designar un responsable de seguridad digital que también es responsable de la seguridad de la información en la entidad, el cual debe de pertenecer a un área que haga parte de la Alta dirección.

Política de Defensa Jurídica: Cada entidad debe de proteger los intereses litigiosos en sus actuaciones Judiciales a fin de reducir la responsabilidad patrimonial (Conformar el comité de conciliación).

Política de racionalización de trámites: Son los mecanismos que por medio los ciudadanos, usuarios o grupos de valor acceden a sus derechos y cumplen con sus obligaciones, esta política está orientada a simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar trámites y procedimientos administrativos para facilitar el acceso a los ciudadanos.

Política de Participación Ciudadana: Se deberá diseñar, mantener y mejorar espacios que garanticen la participación ciudadana en todo el ciclo de la gestión pública (Diagnóstico, Formulación, implementación, evaluación y seguimiento, se deberá desde la planeación estratégica incluir de manera explícita la forma como se facilitará y promoverá la participación ciudadana).

Observaciones y avances.

- ✓ Se debe de reconocer que la entidad viene presentando retrasos con la implementación de la estrategia de Gobierno en línea, esto claramente se puede observar con los resultados obtenidos en el diagnóstico realizado para la Política de Gobierno Digital en la que se obtuvo un porcentaje de Cumplimiento del 4.2% sobre 100%, lo que demuestra que la entidad debe de encaminar esfuerzos para que se aumente esta calificación de manera urgente.
- ✓ Como se logra observar en los resultados del autodiagnóstico para la defensa Jurídica no son muy alentadores, sin embargo esta situación no es como se evidencia en los resultados, se observa que muchas de las preguntas que se hacen no alcanzan la dimensión micro que tiene nuestra entidad y que muchas de estas actividades, actuaciones o comités no se logran abordar porque la entidad no cuenta con la planta de profesionales o presupuestos para que se apoyen las actuaciones institucionales, sin embargo y de manera satisfactoria se puede comentar que la entidad en temas de demandas, tutelas, derechos de petición o algún otro proceso litigioso han sido adelantados por la Única profesional en derecho que se ha tenido dentro de la entidad por más de 25 años, y que ninguna pretensión adelantada por un tercero a generado gastos o pérdidas a la IES por una mala defensa o proceso litigioso.
- ✓ La entidad cuenta con un comité de conciliación que no cumple con lo previsto por la ley 446 de 1998 y para los municipios de 4ª, 5ª y 6ª categoría según la ley 1551 de 2012.
- ✓ El secretario técnico del comité está vinculado de planta y realiza todas las actividades contractuales, jurídicas, legales y normativas que se requieran, la entidad por sus recursos no cuenta con asesoría externa para ninguno de sus procesos, ni contractuales, ni de defensa.
- ✓ La secretaria técnica del comité de conciliación no cuenta con un grupo o equipo de apoyo de abogados debidamente formalizados por que no se ha visto la necesidad de contar con estos, al igual que la entidad no cuenta con presupuesto que permita tener asesores externos (Abogados).

- ✓ El comité de conciliación no genera indicadores por que no se ha presentado proceso que conlleven al analisis de los mismos.
- ✓ Como se puede apreciar en los resultados alcanzados en el desarrollo del autodiagnóstico, la IES CINOC debe de mejorar en la formalidad de las dependencias, adquisición e implementación de sistemas de información que permitan mejorar la consolidación y analisis de datos para que la entidad en momentos oportunos tome mejores decisiones, protección de datos personales y mejorar en la categoría de buenas prácticas que permitan la prestación del servicio.
- ✓ El autodiagnóstico de Gestión de trámites presenta una muy mala calificación en la entidad, actualmente la IES-CINOC no cuenta con trámites en línea, no se ha logrado establecer procesos que permitan facilitar acceso a documentos de manera virtual o simplificar procesos a través de sistemas de información. Se deberá establecer de manera urgente mecanismos de atención para la construcción de inventarios de trámites u otros procedimientos que se enmarquen en la estrategia de Gobierno en Línea.
- ✓ La calificación obtenida en el diligenciamiento del autodiagnóstico respecto a la participación Ciudadana fue muy desfavorable, alcanza un porcentaje de 11.3% en las actividades de gestión realizadas por la IES-CINOC, esta política debe de ser establecida, implementada y difundida como acción de mejora para obtener una mejor calificación en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- ✓ Como se observa en los resultados, la entidad obtiene una calificación media frente a las políticas de Rendición de cuentas, se deben de adelantar algunas acciones con el equipo directivo a fin de obtener mejores resultados frente a las debilidades que se detectaron y que pueden fácilmente ser mejoradas por la entidad.

Aspectos Mínimos para la implementación de la política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos:

Repensar la organización para su fortalecimiento: Simplificación de los procesos, debe ser el resultado del ejercicio de direccionamiento y Planeación.

Saber dónde se encuentra y para dónde va la entidad, saber que insumos, procesos y actividades requiere para poder ejecutar lo planeado, de allí lo importante de definir cuáles son los resultados que desean conseguir en un periodo concreto.

Trabajar por procesos: los procesos se pueden clasificar en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, lo que permitirá una adecuada gestión y prestación del servicio (identificar los procesos, definir el objetivo, la secuencia, desagregándolos en procedimientos, definir los responsables, identificar los riesgos del proceso, establecer los controles de medición y seguimiento, definir estrategias que permitan garantizar la operación de la entidad, revisar y analizar permanentemente el conjunto de procesos institucionales y documentar y formalizar los procesos para identificar el aporte que cada uno hace y a la prestación del servicio.

Gestionar Recursos Físicos y servicios Internos: Establecer los mecanismos para ejercer control legal y técnico de los bienes y servicios con que cuenta la entidad, disponer apropiadamente de los bienes, garantizar las condiciones de ambiente y seguridad laboral propicias para que los riesgos de salud ocupacional asociados no se materialicen.

Política de Gestión Presupuestal: Ejecutar el presupuesto de acuerdo al PAA ya que es la herramienta estratégica para que la adquisición de bienes y servicios soporte adecuadamente la ejecución de los planes, programas y proyectos.

Política de Gobierno Digital: Seguridad de la información, se debe de identificar el estado de la organización frente a los requerimientos del modelo de seguridad y privacidad de la información (definir el marco de seguridad, aplicar herramienta de diagnóstico).

Establecer dentro de las políticas de operación de la entidad, la política, objetivos, proceso y procedimientos de seguridad pertinentes para gestionar el riesgo y mejorar la seguridad de la información.

Implementar y operar la política, los controles, procesos y procedimientos del modelo de seguridad y privacidad de la información.

Evaluar y, en donde sea aplicable, medir el desempeño del proceso contra la política y los objetivos de seguridad y reportar los resultados a la dirección.

Emprender acciones correctivas y preventivas con base en los resultados de la auditoria interna en seguridad de la información.

Política de seguridad Digital: El comité de gestión y desempeño debe articular esfuerzos, recursos, metodologías y estrategias para asegurar la implementación de la política de SD.

Política de defensa Jurídica: Considerar los lineamientos de fortalecimiento de la defensa expedidos por la ANDJE (Agencia Nacional de Defensa Jurídica del estado)

Aplicar las líneas Jurisprudenciales que ha construido la ANDJE.

Aplicar los lineamientos de defensa jurídica que se han fijado.

Designar responsable, establecer procedimientos, capacitar y mantener actualizados los abogados e implantar mecanismos eficientes de vigilancia y seguimiento al proceso judicial.

Política de servicio al ciudadano: la política tiene como propósito facilitar el acceso de los ciudadanos a sus derechos mediante los servicios de la entidad, el servicio al ciudadano se enmarca en los principios de información completa y clara, de igualdad, moralidad, economía, celeridad, imparcialidad, calidad y oportunidad.

El programa Nacional del servicio al ciudadano ha diseñado una herramienta de gestión jurídica que de manera ágil y sencilla, resume las exigencias normativas de aproximadamente 60 disposiciones (Constitución Política, leyes, decretos, Normas Técnicas de calidad entre otras).

Política de racionalización de tramites: Esta política está orientada a simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar tramites y procedimientos administrativos para facilitar el acceso a los ciudadanos a sus derechos reduciendo costos, tiempos, documentos y procesos. (Construir el inventario de trámites, registrar y actualizar los trámites en el SUIIT, difundir información de oferta de trámites, identificar trámites de alto impacto a racionalizar, formular la estrategia de racionalización de trámites, implementar acciones de racionalización normativas.

Política de participación ciudadana en la gestión Pública: las entidades deberán diseñar, mantener y mejorar espacios que garanticen la participación ciudadana en todo el ciclo de la gestión pública (elaborar el diagnóstico del estado actual de la participación ciudadana en la entidad, construir las estrategias de participación articulada y la rendición de cuentas en el Plan Anticorrupción y atención al ciudadano, ejecutar las estrategias de participación ciudadana y de rendición de cuentas, evaluar los resultados y retroalimentar

Política de Gobierno digital: Esta política concibe dos procesos TIC para servicios y TIC para Gobierno Abierto, el primero comprende la provisión de trámites y servicios a través de medios electrónicos para solucionar las principales necesidades y demandas de los ciudadanos, en condiciones de calidad, facilidad de uso y mejoramiento continuo, para ello se debe de garantizar el desarrollo de trámites y servicios centrados en el usuario, tener un sistema integrado de preguntas, quejas, reclamos sugerencias y denuncias con el fin de facilitar entre la entidad y los grupos de valor y facilitar el trámite y servicios en línea.

El TIC para Gobierno Abierto debe de contener los siguientes aspectos:

TRANSPARENCIA: Publicación de la información clara, concreta y útil para el ciudadano.
PARTICIPACIÓN: La apertura de espacios de participación ciudadanos y grupos de interés para la elaboración, seguimiento o retroalimentación de los planes y proyectos de la entidad.
COLABORACIÓN: Involucrar a los ciudadanos en la búsqueda de soluciones a problemáticas o necesidades.

Dimensión No. 04

Dimensión Evaluación de Resultados

Responsables asignados: Asesora de Planeación
Evaluación y Seguimiento al Desempeño Institucional

Resultados Políticas de Seguimiento Evaluación de Desempeño: 57.3%

Diseño del Proceso de Evaluación: 63.3%
Calidad de la Evaluación: 55%
Utilidad de la Información: 54%
Efectividad de la Evaluación: 60%

Debilidades Identificadas en la aplicación de la herramienta de Autodiagnóstico Política de seguimiento y evaluación del desempeño:

No se ha logrado la integralidad y sinergia entre el seguimiento y la evaluación de todos los procesos de gestión de la entidad, se hacen evaluaciones independientes a los procesos.

Diseñar métodos cuantitativos y cualitativos de seguimiento y evaluación de la gestión y el desempeño institucional (indicadores), se cuentan con indicadores por proceso pero no se están aplicando; se cuentan con indicadores de resultados frente al desarrollo de la planeación estratégica.

Se deben de verificar que los indicadores diseñados sean comprensibles para todo tipo de usuarios, describan las situaciones que se pretenden medir, sean estimados periódicamente, puedan ser consultados de manera oportuna, cuenten con línea base para su medición, sean insumos para la toma de decisiones y sean revisados y mejorados continuamente, todos estos aspectos están en proceso de revisión y ajuste para el establecimiento de indicadores de la entidad.

Utilizar o aplicar los indicadores para hacer seguimiento y evaluación de su gestión, se utilizan los indicadores de POA para la evaluación de la gestión, falta incluir los indicadores por procesos para este propósito.

Identificar, a partir del uso o aplicación de los indicadores, los avances alcanzados en torno a los objetivos y resultados.

Consolidar, organizar y en lo posible sistematizar la información proveniente del seguimiento y evaluación, los indicadores del POA están sistematizados y organizados, falta hacer lo mismo con los indicadores de proceso.

Documentar la información proveniente del seguimiento y evaluación (informes, reportes, tableros de control, entre otros)

Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para identificar la relación entre la ejecución presupuestal y la obtención de resultados, hacer la conciliación con presupuesto de los ejercicios de seguimiento y evaluación institucional.

Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para mejorar los resultados de la ejecución presupuestal.

Identificar si las necesidades o problemas de la ciudadanía (grupos de valor) estuvieron adecuadamente diagnosticados, falta trabajo con los socios de valor para vincularlos más en los procesos de planeación institucional.

Evaluar la organización en el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación a fin de fortalecer la capacidad para aprender sobre sus propios procesos, fortalecer los aciertos y replantear lo que no funciona, se deberá sistematizar los aprendizajes para fortalecer la gestión y replantear lo que no funciona.

Valorar la calidad del gasto público, se presenta un desconocimiento de metodologías para realizar este proceso

Determinar la coherencia entre los procesos de gestión, la ejecución presupuestal y los resultados logrados alcanzados.

Política de seguimiento y evaluación de desempeño institucional: Se deben de verificar los resultados que se obtienen a nivel Institucional, metas priorizadas en los planes estratégicos y proyectos de inversión, evaluación y seguimiento a los planes de manera coherente y oportuna.

Observaciones y avances:

- ✓ Se ha designado la responsabilidad de liderar el proceso de seguimiento y evaluación en la entidad al área de planeación. En el manual de funciones de Planeación está la medición y seguimiento de los planes, programas y proyectos de la entidad
- ✓ Se ha considerado la evaluación como una práctica permanente en la gestión de la entidad, se hace trimestralmente seguimiento y evaluación al POA; es necesario fortalecer los procesos de autoevaluación académica.
- ✓ Se ha considerado la evaluación como un proceso encaminado a promover la buena gestión y mejorar el desempeño institucional.
- ✓ Se han Identificado variables que describen los diferentes aspectos que se quieren medir o evaluar.
- ✓ Se está en el proceso de consolidación de los parámetros y lineamientos para realizar el proceso de autoevaluación con y sin fines de acreditación de los programas académicos de la IES.
- ✓ Se hacen auditorías tanto por control interno, órganos de vigilancia y control, por órgano certificador gestión de calidad, Ministerio de Educación.
- ✓ La toma de decisiones se identifica como insumo para la formulación de los planes de mejoramiento que surgen de los procesos de autoevaluación.
- ✓ Por medio de los planes de mejoramiento de auditorías internas y externas, además de ejercicios de autoevaluación se identifican oportunidades de mejora
- ✓ Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para rendir cuentas a la ciudadanía y a los organismos de control. En la rendición de cuentas se informa con claridad y transparencia el estado de los procesos y entre los insumos principales está el seguimiento al POA e informes de auditorías
- ✓ Difundir o comunicar interna y externamente la información proveniente del seguimiento y la evaluación, se publica en la página web los informes de seguimiento al POA y rendiciones de cuentas.
- ✓ En los objetivos de la institución se puede hacer más explícito la orientación hacia resolver las expectativas de los socios de valor.
- ✓ Evaluar, en la organización, el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación a fin de identificar las brechas entre los resultados alcanzados y los objetivos planteados. Se realizan evaluaciones cualitativas y cuantitativas al PEI, PDI, POA y se identifican las necesidades de mejora
- ✓ Evaluar, en la organización, el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación a fin de hacer una revisión de los objetivos y de las acciones que se establecieron para alcanzarlos. El área de control interno hace verificación y planeación, hace seguimiento y medición de las metas y resultados de la planeación institucional y de las acciones formuladas para alcanzar los objetivos.
- ✓ Se evalúa la organización para determinar el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación a fin de tener evidencias para próximos ejercicios de planeación. Las metas y resultados alcanzadas insatisfactoriamente son priorizadas para la planeación en el POA y PDI siguientes.

Aspectos Mínimos para la implementación de la política de Evaluación de Resultados:

Se debe definir un área o servidor responsable del diseño, implementación y comunicación de los mecanismos de seguimiento y evaluación. (Suelen ser las áreas de planeación quienes lideren estos ejercicios).

Revisar y actualizar los indicadores y demás mecanismos de seguimiento y evaluación establecidos en la entidad y por otras autoridades (se debe de medir el desempeño de la entidad).

Evaluar el logro de los resultados (establecer tiempos para la medición, frecuencia, propósito de la medición o evaluación, avances físicos, financieros de metas, ejecución de recursos, consolidados de la gestión, reportes parciales o finales de los resultados, un sistema de medición (alto, medio, bajo), usuarios de la información (Dirección, control interno, planeación, organismos de control, técnicas de levantamiento de la información (informes de gestión, encuestas, entrevistas), instrumentos: sitios web, documentos del office, tablero de control.

Evaluar la Gestión del Riesgo de la entidad: Cuando se detecten desviaciones en los avances de la gestión e indicadores o posibilidad de materialización de un riesgo; es indispensable que el responsable establezca las acciones de mejora de manera inmediata.

Evaluar la percepción de los grupos de valor: la entidad debe de evaluar la percepción del servicio frente a la satisfacción de los usuarios, usualmente se aplican encuestas que permiten recoger información de primera mano.

Adelantar un ejercicio de autodiagnóstico: Realizar ejercicios de autodiagnóstico para conocer el avance de cada uno de las dimensiones de MIPG, herramienta que podrá ser utilizada en el momento que la organización lo desee.

Documentar los ejercicios de seguimiento y evaluación: Documentar los resultados permitirá contar con la información básica para mejorar, implementar estrategias, identificar y subsanar las posibles causas de fallas, dar recomendaciones y priorizar requerimientos a través de planes de mejoramiento, contar con una línea base y disponer del insumo primordial para la elaboración de los informes de gestión que se suministran a los organismos de control.

Evaluación de Indicadores: Medir el cumplimiento de los objetivos de los programas, planes y proyectos de la entidad. (Planeación estratégica)

Evaluación y seguimiento a los Planes de Desarrollo Institucional: De este ejercicio de seguimiento, las entidades recopilan, analizan y divulgan la información asociada al ejercicio del PDI.

Dimensión No. 05

Dimensión Información y Comunicación

Responsables asignados: Contratista de Mercadeo Información y Comunicación.
 Encargado de la ley transparencia y acceso a la Información Pública

Resultado Política de transparencia y acceso a la Información Pública. 46.4%

Transparencia pasiva: 83.9%
Transparencia Activa: 49.3%
Seguimiento y acceso a la información Pública: 1.0%
Divulgación de Políticas de seguridad de la información y de Protección de datos: 1.0%
Gestión Documental: 36.4
Instrumentos gestión de la información: 13.4%
Criterios Diferenciales de accesibilidad: 20.8%
Conocimientos y criterios sobre Transparencia: 45.8%

Responsables asignados: Secretaria General y Contratista para la Gestión Documental.
 Encargado de implementar la Gestión Documental.

Resultados Política de Gestión Documental: 57.8%

Dominio Estratégico: 62.5%	Formulación de la Política Archivística de la entidad, planeación estratégica de la gestión documental, administración de archivos, articulación de los lineamientos e instrumentos archivísticos.
Dominio Documental: 58.8%	La gestión de los documentos en todos sus formatos o soportes, creados o recibidos por cualquier entidad en el ejercicio de sus actividades con la responsabilidad de crear, mantener, y servir los documentos, durante su ciclo vital.
Dominio Tecnológico: 1.0%	Administración electrónica de documentos, la seguridad de la información y la interoperabilidad en cumplimiento de las políticas y lineamientos de la gestión documental y administración de archivos.
Dominio Cultural: 75.3%	Cultura archivística por el posicionamiento de la gestión documental que aporta a la optimización de la eficiencia y desarrollo organizacional y cultural de la entidad y la comunidad de la cual hace parte mediante la gestión del conocimiento, gestión del cambio, la participación ciudadana, la protección del medio ambiente y la difusión.

Debilidades Identificadas en la aplicación de la herramienta de Autodiagnóstico Política de Acceso y Transparencia de la información Pública

No se cuenta con una dependencia exclusiva a la atención al ciudadano pero se cuenta con funcionario en ventanilla única la cual informa o en su defecto remite o direcciona a los usuarios.

La entidad no conoce el tiempo que se ha tomado para responder a cada uno de las PQRSD, solicitudes de información y derechos de petición, este aspecto se debe de mejorar en la entidad debido a que se está dando apertura a los buzones de manera bimensual lo que genera la posibilidad de que se dé respuesta de manera inoportuna.

La ciudadanía no participa en la construcción de planes, programas y proyectos que se planean y ejecutan en la IES.

La entidad a la fecha no cuenta con trámites electrónicos.

En La construcción del Plan Anticorrupción solo participa la oficina de planeación y se hace seguimiento por parte de la dependencia de Control Interno, no hay evidencia de participación de los diferentes Procesos institucionales.

Actualmente no se cuenta con ninguna estrategia pedagógica referente al ejercicio responsabilidad de la función pública y su responsabilidad con la ciudadanía.

No hay una transferencia efectiva de conocimientos entre las personas que dejan sus cargos y las nuevas que llegan a desempeñarlos; los procesos de empalme han presentado debilidad debido a que no se cuenta con una política clara que comprometa al funcionario saliente entregar los registros físicos y electrónicos de una manera organizada.

La entidad no ha capacitado a sus funcionarios respecto de la Ley de Transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014; no se han realizado capacitaciones, pero se ha informado la obligación de rendir, a través de los medios electrónicos, la información que se produce y que debe de ser publicada de acuerdo a la ley en mención.

La entidad no ha informado a sus usuarios sobre la Ley de transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014.

La entidad no ha publicado en su sitio web de transparencia y acceso a la información las noticias de la entidad, las noticias institucionales son publicadas en redes sociales, no son publicadas en web.

La entidad no ha publicado en su sitio web de transparencia y acceso a la información el calendario de actividades.

La entidad no ha publicado en su sitio web de transparencia y acceso a la información las resoluciones, circulares u otro tipo de actos administrativos expedidos por la Entidad, solo publica las invitaciones públicas para la adquisición de bienes y servicios.

La información presupuestal histórica anual no es publicada en página web.

La entidad no ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información la información Proyectos de inversión en ejecución

El plan de compras no se tiene publicado en página web, se publica en SECOP

La entidad no tiene publicada información de funcionarios con los cargos, no se tiene publicada información de los contratistas, tampoco hojas de vida de funcionarios y contratistas. La entidad no tiene publicada información de funcionarios con los rangos salariales.

La entidad no tiene publicada los informes de empalmes.

No se cuenta con portafolio de servicios en página web y tampoco de trámites.

La entidad no ha publicado en su sitio web de transparencia y acceso a la información los costos de la reproducción de la información (Ej. Costo de fotocopias o de CDs etc.)

Se publican los informes de auditoría del órgano de control interno y externo, no se cuenta con publicación de informes de Gestión.

La entidad no cuenta con bases de datos para publicación en página web.

La entidad no cuenta con indicadores para medir el acceso a la información pública, dentro de las mediciones que lleva a cabo la entidad no se tiene en cuenta si su gestión ayudó a resolver los problemas y necesidades de sus usuarios.

La entidad no cuenta con una encuesta de satisfacción del ciudadano sobre Transparencia y acceso a la información en su sitio Web oficial.

La entidad no le asigna un número consecutivo o de radicado a cada una de las PQRS que le son enviadas.

La entidad no tiene una política de seguridad de la información construida, aprobada e implementada.

La entidad no tiene una política de protección de datos personales construida, aprobada e implementada

El conocimiento adquirido por los funcionarios de la organización no es identificado, analizado, clasificado, documentado y difundido.

La información de la entidad está organizada físicamente pero no está sistematizada.

La información de la entidad es clara, confiable pero no se actualiza de manera constante.

No se cuenta con un índice de información reservada y clasificada.

La entidad no ha construido, implementado y aprobado por medio de acto administrativo el esquema de Publicación.

No se cuenta con registro de activos de la información publicada en sitio web oficial.

La entidad no cuenta con publicación del PGD en página web.

La entidad no cuenta con mecanismos o canales de comunicación para personas con discapacidad, comunidades indígenas o personas con víctimas de violencia.

Los documentos de interés público no son traducidos a lenguajes o idiomas diferentes al español tradicional.

La entidad no cuenta con recursos para población con discapacidad (videos con lenguajes de señas o subtítulos)

Muy pocos funcionarios conocen la existencia de la secretaria de transparencia.

Los funcionarios no conocen que una de las características de modernización del estado es el acceso y transparencia a la información Pública.

Debilidades Identificadas en la aplicación de la herramienta de Autodiagnóstico Política de Gestión Documental.

La Entidad no cuenta con una Política de Gestión Documental aprobada.

Falta ajustar algunos elementos frente a la Elaboración, aprobación, implementación y publicación del Programa de Gestión Documental – PGD en página web.

Elaboración, aprobación, tramitación de convalidación, implementación y publicación de la Tabla de Retención Documental - TRD. (Se deben de enviar al Comité Departamental)

No se cuenta con la elaboración y publicación del Cuadro de Clasificación Documental CCD.

Organizar e inventariar la documentación de sus archivos de gestión en el Formato Único de Inventario Documental – (FUID)

Inventario de documentos de Derechos Humanos o Derecho Internacional Humanitario no susceptible de eliminación. (Identificar cuáles serían estos documentos)

Se tiene identificado el Procedimientos de disposición final de documentos pero no se ha hecho aplicación del mismo.

Elaboración, aprobación, implementación y publicación del documento Sistema Integrado de Conservación – (SIC)

No se preservan los documentos en soporte digital.

Clasificación de la información y establecimiento de categorías de derechos y restricciones de acceso a los documentos electrónicos.

Implementación de los requisitos de integridad, autenticidad, inalterabilidad, disponibilidad, preservación y metadatos de los documentos electrónicos de archivo en el Sistema de Gestión de Documento Electrónico.

Mecanismos o controles técnicos en los Sistemas de Información para restringir el acceso a los documentos en entorno electrónico

Actividades para alinear la gestión documental a la política ambiental.

Política de Transparencia, acceso a la información Pública y lucha contra la corrupción: Garantizar un adecuado flujo de información interna y externa permite la interacción con los ciudadanos, para estos fines se requiere contar con canales de comunicación acordes con las capacidades institucionales y lo previsto en la ley de transparencia. Es importante que tanto la información como los documentos que lo soportan sean gestionados para facilitar la operación de la entidad, el desarrollo de las funciones, la seguridad y protección de datos y garantizar la trazabilidad de la gestión.

Se deben de tener en cuenta la interacción de la política de gestión documental y de transparencia y acceso a la información pública.

Política de Gestión Documental: Tiene relación con la promoción de la transparencia y acceso a la información pública, la seguridad de la información y atención de contingencias, la participación activa de la institución en la gestión y a través del control social, el gobierno electrónico, así como la protección del patrimonio documental del país.

Observaciones y avances

- ✓ La entidad cuenta con un horario de atención al público fijo y publicado en página web para el conocimiento de los grupos de interés y partes interesadas.
- ✓ La entidad asume las solicitudes como derechos de petición, lo que representa dar respuesta entre los 10 y 15 días hábiles siguientes a la solicitud de información.
- ✓ La secretaría general, líder de los procesos Jurídicos aplica la normatividad vigente frente a las respuestas de solicitudes y derechos de petición.
- ✓ En la entidad las solicitudes de información o derechos de petición no son muy frecuentes, lo que permite la entrega de la información sin ningún costo.
- ✓ Los tramites en la entidad son muy fáciles, proceso de matrícula, solicitudes de certificados de materias o de notas, expedición de paz y salvos entre otros, actualmente se busca establecer estos trámites a través de la implementación de Gobierno en Línea para facilitar más el trámite.
- ✓ Se cuenta con un buzón físico en donde, de manera mínima, se presentan PQRSD y se cuenta con Buzón Virtual a través de página web donde la presentación y diligenciamiento de la PQRSD es muy sencilla. Entre los dos buzones físico y virtual no se presentan más de 20 PQRSD en el año.
- ✓ En el link de transparencia e información pública se presenta en consolidado de las PQRSD generadas en una vigencia, informe que genera la secretaria General.
- ✓ El trato de los funcionarios es amable y cordial, el servidor público de la IES-CINOC atiende, por lo general población del campo, los cuales son tratados de manera muy formal y tratando de hablar en términos fáciles de entender.
- ✓ Se cuenta con un consolidado por vigencia de las solicitudes, los traslados de solicitudes de información y las respuestas dadas.
- ✓ El Número de PQRS en la IES-CINOC no supera 2 solicitudes mensuales.
- ✓ Los derechos de petición son mínimos en la entidad, lo que permite dar respuesta de manera efectiva.
- ✓ Las solicitudes de información son contestadas de manera positiva generalmente.

- ✓ No se contesta de manera negativa ninguna información solicitada, si se generó información en la entidad allí reposa gracias al SGD que se maneja y se conserva.
- ✓ La entidad cuenta con un Consejo Directivo, el cual es conformado por los socios de valor (estudiantes, egresados, sector Productivo, ex rector, secretario de Educación del Departamento y representantes del MEN y el Gobierno Nacional), en estas instancias es donde se toman las decisiones de la entidad favoreciendo la comunidad académica del Municipio y circunvecindad.
- ✓ En la vigencia 2015 se elaboró documento denominado estudio de contexto donde se caracteriza la población y los usuarios.
- ✓ Se cuenta con convenios con instituciones de educación hermanas, con fundaciones que apoyan el tema de matrícula y con algunos municipios quienes apoyan con becas para estudiantes.
- ✓ La información que divulga la entidad en su proceso de rendición de cuentas es clara, oportuna, relevante, confiable y de fácil acceso para toda la ciudadanía, Se trata de que la información sea lo más fluida y entendible para que los grupos de interés interpreten de mejor manera la información producida por la entidad.
- ✓ La entidad tiene una buena imagen entre la ciudadanía, ya que se ha caracterizado por ser una entidad seria, organizada, siempre en búsqueda de preparar y capacitar a los jóvenes de la región.
- ✓ La entidad implementa el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de forma efectiva a su quehacer diario.
- ✓ En la página web se cuenta en la parte final con un link atención al ciudadano; se recomendará al web master el cambio de nombre por transparencia y acceso a la información pública.
- ✓ Los directivos demuestran capacidad de observación, análisis, escucha activa y una verdadera política de puertas abiertas, La dirección y gerentes públicos actualmente presentan un alto nivel de compromiso frente a lo que se desarrolla en la entidad sea de total conocimiento de la comunidad educativa y socios de valor.
- ✓ Aunque no se ha realizado una encuesta para identificar la pertinencia de la publicación de la información que se genera para cada uno de los procesos, si se cuenta con una entidad comprometida y con valores muy arraigados de honradez y responsabilidad frente al manejo de los recursos Públicos.
- ✓ Se cuenta con la información de ubicación, localización física y horarios de atención a la comunidad para la sede central y sus extensiones.
- ✓ Desde la secretaria General, para cada vigencia, se actualiza Normograma y se publica en página web de acuerdo a directrices y normatividad de acceso y transparencia.
- ✓ Se encuentra publicada la Misión y la Visión, se publica manual de funciones, no se observa o identifican los deberes.
- ✓ La entidad pública a través de SECOP y Pagina web las necesidades de contratación para la prestación de servicio.
- ✓ De manera cuatrimestral se publica el plan anticorrupción con su seguimiento.
- ✓ La entidad pública los informes de rendición de cuentas en página web.
- ✓ La entidad cuenta con link en página web para interponer PQRSD de manera fácil y oportuna.
- ✓ La gestión documental es un proceso institucional y hace parte de la planeación estratégica de la entidad.
- ✓ Se aprobó el PGD por Resolución No. 165 de marzo 2017, pero este plan no tuvo ejecución en esta vigencia.
- ✓ La entidad tiene caracterizados sus stakeholders o grupos de interés, perfectamente identificados en su mapa de procesos. En el estudio de contexto realizado en vigencias anteriores nuevamente se caracterizaron los socios de valor y grupos de interés.
- ✓ Los funcionarios conocen que el compromiso es el de atención al usuario, comunidad o grupos de interés.

Avances Gestión Documental:

- ✓ Los temas de planificación de la Gestión Documental son tratados en el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo o en reuniones del Comité Interno de Archivo, en la secretaría general reposan las actas de las reuniones y los temas sostenidos.
- ✓ Se presentó un diagnóstico inicial de la gestión de documental; a partir de allí se identificaron las necesidades de ajustes de algunos documentos en cumplimiento de la ley general de archivos.
- ✓ La entidad cuenta con la normalización de la producción documental (recepción, radicación unificada, consecutivos y formatos).

- ✓ Se cuenta con un fondo acumulado el cual se encuentra separado, clasificado y a espera de levantar acta para la eliminación.
- ✓ Se actualizaron las tablas de retención documental, se levantó inventario de la documentación de su archivo central en el Formato Único de Inventario Documental - FUID, se realizaron Transferencias de documentos de los archivos de gestión al archivo central 2015-2016.
- ✓ Se cuenta con Conservación de documentos en soporte físico, donde se identifica facilidad de acceso y consulta de la información, se ha hecho sensibilización y capacitación a funcionarios sobre manejo de archivos y Gestión documental alineada con las políticas del Sistema de Gestión de Calidad implementada en la Entidad.

Aspectos mínimos para la implementación de la política de transparencia y acceso a la información pública:

La entidad debe diseñar políticas y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro de ella, donde se satisfaga la necesidad de divulgar los resultados de la entidad y de cada uno de los procesos.

Se debe de identificar y gestionar la información externa, esto hace referencia a todos los datos que provienen o son generados por los grupos de valor. (Estudiantes, egresados, sector productivo, proveedores, órganos de control).

Se debe de identificar las fuentes de información externa, es necesario resaltar que la administración de las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias constituye un medio de información directo de la entidad con los grupos de interés.

Se debe de identificar y gestionar la información y la comunicación interna, hacer referencia al conjunto de datos que se originan del ejercicio de las funciones de la entidad y se difunden dentro de la misma, de esta manera se tiene claridad sobre los objetivos, los planes, los programas los proyectos; se debe de garantizar su registro y divulgación oportuna, exacta y confiable para todos los funcionarios de la entidad.

Se deben de establecer estrategias comunicativas concretas y los canales de comunicación formales que aseguren los flujos de información.

Aspectos Mínimos para la implementación de la política de Gestión Documental:

Los anteriores aspectos, deben de ser complementados, con una adecuada gestión de los documentos que soportan la información (Física, Electrónica, audiovisual entre otras), con esta política, se busca mayor eficiencia administrativa en la Gestión Documental.

Lineamientos estratégicos: Que comprendan en la formulación de la política archivística, la planeación estratégica de la gestión documental y la administración de archivos.

Lineamientos Documentales: Donde se identifique la gestión de todos los documentos, en todos sus formatos o soportes, responsabilidad en crear, mantener y acceder a los documentos.

Lineamientos en la administración de archivos: Con uso adecuado de funcionamiento y conservación.

Lineamientos Tecnológicos: Se debe de comprender que la implementación de las tecnologías de la información para la gestión documental y la administración de archivos es fundamenta para el desarrollo de la administración Publica.

Lineamientos Culturales: Se debe de posicionar la cultura archivística en la entidad.

Dimensión No. 06

Dimensión Gestión del Conocimiento la Innovación

Responsables asignados: El Comité de Gestión y Desempeño deberá establecer el responsable para esta dimensión de acuerdo a las características de la Política.

Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación: actualmente no se cuenta con una herramienta de autodiagnóstico de la política de la gestión del conocimiento y la innovación, lo que ha dificultado establecer línea base para la medición.

Política de Gestión del conocimiento y la innovación: esta dimensión promueve el desarrollo de mecanismos de experimentación e innovación para desarrollar soluciones eficientes en cuanto a tiempo, espacio y recursos económicos, las entidades públicas pueden reducir el riesgo en la implementación de nuevas iniciativas de gestión al optar por la construcción de ensayos, prototipos o experimentos que permitan comprobar o visualizar posibles fallas antes de la introducción de nuevos o mejores productos y servicios.

Dimensión No. 07

Dimensión Control Interno

Responsables asignados: Asesor de Control Interno.
Sistema de Control Interno.

Resultado Política de control Interno: 58.2%

Ambiente de Control: 67.2%
Gestión de Los riesgos Institucionales: 58.6%
Actividades de Control: 44.3%
Información y Comunicación: 65%
Monitoreo y supervisión Continua: 56.1%

Debilidades Identificadas en la aplicación de la herramienta de Autodiagnóstico.

La entidad cuenta con un código de ética el cual fue ajustado en vigencias anteriores, no se ha elaborado e implementado el código de integridad con los cinco valores que debe de tener el servidor público, la honestidad, el respeto, la diligencia, la justicia y el compromiso.

A pesar de haberse presentado las debilidades encontradas por el asesor de Control Interno, el comité institucional no ha determinado y establecido mejoras para el correcto desempeño del sistema de control Interno.

Son claros los niveles jerárquicos en la entidad pero hace falta gobernabilidad.

Falta más responsabilidad por parte de algunos funcionarios quienes lideran procesos misionales, se evidenciaron riesgos muy expuestos y falta de puntos de control.

Falta más compromiso en la aplicación de los principios del servidor Público. (Responsabilidad y Compromiso)

Se presenta una debilidad en la evaluación de desempeño que se realiza al grupo docente, la evaluación que se aplica no permite identificar el cumplimiento del docente frente a su trabajo y cumplimiento de las metas suscritas en su planeación docente.

Se debe de establecer una estrategia para promover la integridad en el servidor público; se identificó a partir del seguimiento al mapa de riesgos 2016 procesos muy expuestos a materialización de riesgos.

La alta dirección no realizó el debido seguimiento a los informes presentados en auditoría interna, esto se logró identificar al no presentarse revisión por la dirección al SGC.

Falta más apropiación por parte de los funcionarios para la aplicación de controles establecidos para cada uno de sus procesos.

Una de las actividades que desarrolla el área de control interno es la de verificar el cumplimiento de las metas establecidas en sus planes operativos anuales, se dificulta sustancialmente la no presentación de avances parciales de cumplimiento de los objetivos de manera que permitan al control interno ir realizando seguimientos y apoyando el desarrollo y cumplimiento de los mismos.

Falta más apoyo por parte de la alta dirección en la verificación y análisis de los informes de Control Interno. (Presentación de indicadores por procesos, informes de riesgos, informes de auditoría y situaciones institucionales identificadas en la prestación del servicio).

Los riesgos identificados y establecidos en la matriz de riesgos no han sido actualizados desde vigencias anteriores.

La entidad cuenta con políticas de administración de riesgos pero debe ser revaluada; en esta política se deberán establecer medidas de mitigación, probabilidad de ocurrencia, controles e impactos, entre otras características. De acuerdo a la actualización del mapa de procesos se deberá actualizar el mapa de riesgos.

La coordinación del sistema de control interno que está a cargo de la alta dirección presentó dificultades de manejo en la vigencia anterior, resultado de esta fue la descertificación en Norma ISO 9001 y NTCGP 1000

EL Comité de Coordinación de control interno no ha dado línea sobre la administración de los riesgos.

Se tienen identificados por los gerentes públicos los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos, rectoría, vicerrectoría y secretaria general, se deben de implementar mecanismos de seguimiento y monitoreo a fin de que estos riesgos se minimicen, se reduzcan o se neutralicen.

Es pertinente que la primera línea de defensa establezca controles diferentes a los que realiza control interno, de esta manera se pueda tener una información primaria por parte de los gerentes públicos donde se identifique, disuada y detecte fraudes si se presentan.

Informar sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evaluar si la valoración del riesgo es la apropiada.

La no implementación de autoevaluación por procesos ha dificultado a la segunda línea de defensa, se asume que el sistema de control interno es del área de control interno.

Los riesgos son identificados, analizados y valorados por la dependencia de control interno, no se ha logrado observar otra fuente de información donde se haga seguimiento por parte de la segunda línea de defensa.

Actualmente no se cuenta con un líder para la gestión del riesgo.

No se elaboran informes diferentes a los que realiza la dependencia de control interno frente al manejo de riesgos.

No se emprenden acciones después de los resultados presentados por parte del asesor de control interno de acuerdo a los riesgos.

Asesorar en metodologías para la identificación y administración de los riesgos, en coordinación con la segunda línea de defensa, es importante fortalecer las metodologías para la administración de riesgos en coordinación con la segunda línea de defensa.

Revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad, hay debilidad en la aplicación de controles los cuales se encuentran establecidos en los riesgos por procesos y en algunos procedimientos institucionales.

Definir controles en materia de tecnologías de la información y la comunicación TIC, dentro de la organización se tiene establecidas acciones de mejora frente a la implementación de sistemas de información administrativo y académico, esto permitiría a la auditoria interna facilidad en el desarrollo de la auditoria; se cuenta con un sistema de información financiera.

Hacer seguimiento a la adopción, implementación y aplicación de controles; se debe de organizar jornadas de trabajo donde el comité de coordinación de control interno haga el respectivo seguimiento y se verifique la aplicación de controles por parte de los líderes de procesos y demás funcionarios de la entidad.

Mantener controles internos efectivos para ejecutar procedimientos de riesgo y control en el día a día; no se observa el establecimiento, seguimiento y verificación de controles internos por parte de los gerentes públicos como primera línea de defensa.

Establecer responsabilidades por las actividades de control y asegurar que personas competentes, con autoridad suficiente efectúen dichas actividades con diligencia y de manera oportuna, las actividades de control están a cargo de la oficina de control interno; falta más acompañamiento por parte de las dos primeras líneas de defensa.

Asegurar que el personal responsable investigue y actúe sobre asuntos identificados como resultado de la ejecución de actividades de control; de los informes de auditoría no siempre se generan y suscriben planes de mejoramiento; no se cuenta con auditores acompañantes que apoyen el proceso de auditoría interna.

Diseñar e implementar las respectivas actividades de control, esto incluye reajustar y comunicar políticas y procedimientos relacionados con la tecnología y asegurar que los controles de TI son adecuados para apoyar el logro de los objetivos; falta adopción de tecnologías de información para apoyar el desarrollo administrativo.

La entidad, aún no cuenta con directrices para el manejo de la información de carácter reservado y la asignación de responsabilidades para brindar información institucional, manejo y tratamiento de datos personales.

Algunos procesos de la entidad deben de mejorar en el reporte y entrega de la información que se genera en las actividades del día a día.

Desarrollar y mantener procesos de comunicación facilitando que todas las personas entiendan y lleven a cabo sus responsabilidades; se deben establecer mecanismos de comunicación interna que permitan a los funcionarios identificar las responsabilidades de control interno (Auto control, auto evaluación y autorregulación).

No hay monitoreo a los canales de comunicación, no se cuenta actualmente con línea telefónica institucional para denuncias.

Evaluar periódicamente las prácticas de confiabilidad e integridad de la información de la entidad y recomendar, según sea apropiado, mejoras o implementación de nuevos controles y salvaguardas.

No se realizan evaluaciones continuas a los diferentes procesos o áreas de la entidad con la oportunidad del caso por parte de los líderes de procesos, no se están teniendo en cuenta los indicadores de gestión, manejo y tratamiento de riesgos, avances frente a las actividades suscritas en los planes de mejoramiento.

Suministrar información a la alta dirección sobre el monitoreo llevado a cabo a los indicadores de gestión, determinando si el logro de los objetivos está dentro de las tolerancias de riesgo establecida, varios de los procesos no están presentando indicadores lo que no permite consolidar

los resultados por parte del área de planeación; se presentan indicadores de resultado de acuerdo a la ejecución de la planeación estratégica (Plan Operativo Anual).

Se hace el respectivo informe de las observaciones, acciones de correctivas y de los hallazgos (No Conformidades) identificados en el proceso de auditoría interna, pero la ausencia de acciones de mejora, no permite la subsanación de las debilidades y dificulta la sostenibilidad y mantenimiento del sistema de control Interno y el sistema de gestión de la calidad al no mejorar el ambiente de control.

Política de Control Interno: Con esta política se logra cumplir con el objetivo de MIPG, que es la de desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación para la toma de decisiones y la mejora continua.

Observaciones y avances

- ✓ Se verifica y valora el cumplimiento de la planeación estratégica de manera trimestral por parte del consejo directivo de la entidad.
- ✓ La alta dirección de manera determinante ha procurado por la implementación de SGC donde se tenga de manera clara los procesos, procedimientos y responsabilidades para el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- ✓ Desde la alta dirección se apoyan los Planes de talento Humano, en este se integra Plan de capacitación, plan de Bienestar, plan de inducción, plan de incentivos y plan de SSST.
- ✓ Desde el área de Control Interno, se provee información a la alta dirección, sobre el funcionamiento de la entidad y el desempeño de los procesos en el cumplimiento de los objetivos para tomar decisiones a que haya lugar de manera oportuna.
- ✓ Se realizan las evaluaciones de desempeño dentro del término establecido por la función Pública, los resultados alcanzados no han dado lugar a planes de mejoramiento por procesos.
- ✓ Se trabaja coordinadamente con los directivos y demás responsables en el cumplimiento de los objetivos de la entidad, actividad que es liderada por la asesora de planeación.
- ✓ Se identificó un cumplimiento alto en la ejecución del plan de talento humano; se debe fortalecer los mecanismos de reinducción, donde se incluya la gestión del riesgo y la presentación de indicadores por procesos.
- ✓ las auditorías internas se realizan de acuerdo al procedimiento establecido en el sistema de gestión de la calidad, se hace solicitud de información, análisis de papeles de trabajo, lista de verificación con consulta, informe de auditoría, cierre de auditoría y solicitud de formulación de acciones de mejora. Se ejecuta la auditoría interna de manera técnica y acorde con las políticas y prácticas apropiadas.
- ✓ Se proporciona información sobre el cumplimiento de responsabilidades específicas de control interno, de todas las actividades de control que se realiza por el área de control interno se genera informe, este es conocido de primera mano por parte del auditado, segundo se envía informe al representante de la dirección y tercero se presenta consolidado al comité coordinación de control Interno, en estos informes se establecen las debilidades o desviaciones que podría afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

- ✓ Se realiza seguimiento al mapa de riesgos por procesos, de este seguimiento se elaboran los respectivos informes para la dirección y para el comité Coordinador de Control Interno.
- ✓ Hasta la fecha de este informe no se han identificado en el proceso de auditoría interna acciones que permitan determinar fraude en la entidad.
- ✓ A pesar de tener dificultades administrativas se cuenta con un equipo de trabajo honesto frente a los gastos e inversiones institucionales.
- ✓ Se ha dado cumplimiento al artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción, - mapa de riesgos de corrupción, se cuenta con una matriz de riesgos anticorrupción la cual es ajustada para cada vigencia y donde se realiza seguimiento de manera cuatrimestral por la asesora de planeación y el área de control interno, los resultados de este seguimiento son presentados en página web institucional para el conocimiento de los grupos de interés.
- ✓ Frente a las metas y estrategias el comité administrativo, establece los objetivos y evalúa los resultados, los cuales son presentados al consejo superior para su validación y aprobación de resultados.
- ✓ Los riesgos se han establecido de acuerdo a la valoración de ocurrencia e impacto.
- ✓ Se cuenta con dos matrices de riesgos, una matriz asociada al desarrollo de los procesos institucionales y otra matriz asociada a riesgos de corrupción, se ha observado por la oficina de control interno una organización donde los riesgos de corrupción son muy mínimos e improbables.
- ✓ Se cuenta con una muy buena asesoría jurídica, presupuestal y contable, lo que permite de cierta manera hacer las actividades cotidianas de manera legal y regulada.
- ✓ se cuenta con una entidad donde se logra observar un grupo de trabajo honesto, se presentan dificultades pero son netamente administrativas, no hay riesgo de fraude expuestos o no se han logrado evidenciar, entre 77 entidades valoradas por la contraloría de caldas obtuvimos el puesto 66, siendo la número 1 la más expuesta y la 77 la menos expuesta.
- ✓ Dentro del plan de auditoria de la oficina de control interno se verifica, concilia, valida, coteja y compara la información que se genera en cada una de las dependencias de la entidad, esto contribuye al mejoramiento de la dependencia o área auditada.
- ✓ La entidad cuenta con un manual de procesos y procedimientos el cual permite identificar las actividades que se desarrollan en el que hacer del servidor, es muy importante para esta vigencia hacer una verificación, ajuste y validación de los procedimientos de la entidad.
- ✓ Los informes generados por el área de control interno permiten de manera oportuna la suscripción de planes de mejoramiento, el área genera a las dos líneas de defensa información suficiente para la formulación de acciones que permitan mejorar sobre las debilidades institucionales.
- ✓ Los informes de control interno son publicados de manera oportuna a través de los medios de difusión y comunicación interno, esto permite a los grupos de valor conocer el estado de las actividades realizadas por el control interno.
- ✓ Se ha venido generando un compromiso por parte de alta dirección frente a la información que se debe publicar de acuerdo a lo establecido a través de la ley 1712 de acceso y transparencia a la información pública.
- ✓ A la fecha de este autodiagnóstico no se ha generado denuncia alguna por actuaciones institucionales o de funcionarios.

- ✓ Se cuentan con canales físicos y virtuales donde se pueden establecer PQRSD, las cuales son tramitadas por la secretaria General y verificadas por la dependencia de Control Interno.
- ✓ Entre algunos procesos institucionales falta más comunicación; para el caso con los organismos de control se entrega la información de manera oportuna, verás y confiable.
- ✓ Desde el área de control interno se revisa, se valora y se aprueban los resultados alcanzados de acuerdo a las metas programadas para cada vigencia; también se presentan informes de analisis de riesgos, a fin de que se verifiquen controles y se gestionen y administren los mismos.

Aspectos Mínimos para la implementación de la política:

Asegurar un ambiente de control; esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del comité de coordinación de control Interno; para un efectivo ambiente de control, la entidad, debe demostrar el compromiso con la integridad, el comité de coordinación de control interno debe cumplir funciones de supervisión, la alta dirección debe asumir el compromiso de establecer la responsabilidad para la consecución de los objetivos del SCI. La gestión del talento humano debe de tener un carácter estratégico y se debe de tener definida las responsabilidades para la gestión de los riesgos y las actividades de control.

Fortalecer el ambiente de control a partir del desarrollo de las otras dimensiones de MIPG, desde el direccionamiento estratégico y la planeación se deben de establecer pautas para implementar y fortalecer el SCI; en esta dimensión, se diseñan los controles necesarios para la implementación de la planeación y su ejecución, que se lleve a cabo de manera eficiente, logrando una adecuada prestación del servicio.

Es necesario que con una adecuada GETH se asegure que la selección, la capacitación, la evaluación del desempeño y la calidad de vida laboral, se conviertan en herramientas adecuadas para el ejercicio de las funciones, de esta manera facilitar el autocontrol por parte de cada servidor.

Asignar las responsabilidades en relación con las líneas de defensa.

Línea Estratégica- Alta Dirección y Comité Institucional de Control Interno

Primera Línea- Gerentes públicos y Líderes de Proceso

Segunda Línea- Servidores Responsables de Monitoreo y evaluación de controles y gestión del Riesgo

Tercera Línea de Defensa- Oficina de Control Interno

Gestión de los riesgos Institucionales: asegurar la gestión del riesgo de la entidad haciendo referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, permitiendo, identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

Fortalecer la Gestión del Riesgo a partir del desarrollo de las otras dimensiones: en la dimensión de direccionamiento estratégico y la planeación, el representante legal y la alta dirección deben de definir los lineamientos para la administración del riesgo, el equipo directivo debe identificar aquellos riesgos que impidan el logro de su propósito fundamental y las metas estratégicas.

Actividades de Control: diseñar y llevar a cabo las actividades de control del riesgo de la entidad, este componente hace referencia a la implementación de controles, este es el mecanismo para dar tratamiento a los riesgos (determinar acciones que contribuyan a mitigar los riesgos, definir controles en materia de TIC, Implementar políticas de operación mediante procedimientos que den cuenta de su aplicación en materia de control).

Información y Comunicación: Efectuar el control a la información y la comunicación organizacional, este componente de control verifica que las políticas, directrices y mecanismos de captura, procesamiento y generación de datos de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados de los grupos de valor y grupos de interés.

Monitoreo y Supervisión Continua: la evaluación continua o autoevaluación llevada a cabo, permite el monitoreo de la entidad a través de la medición de resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento entre otros; por medio de la medición y análisis de los indicadores serán tomadas las decisiones relacionadas con la corrección o el mejoramiento del desempeño.

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

Revisado: Juan Carlos Loaiza Serna.
Rector.

Periodo del Informe: JULIO- OCTUBRE DE 2018.
Fecha de Presentación Informe: 21 de Julio de 2018
Fecha de Socialización Informe con la Dirección y CCCI: 27 de Noviembre de 2018.
Publicación en página Web: 27 de Noviembre de 2018.