INFORME PORMENORIZADO MIPG

MARZO-JUNIO 2019

OFICINA CONTROL INTERNO



Julio 31/2019

Juan Pablo Herrera Arce.

Asesor de Control Interno.

A través de este informe, la oficina de control interno pretende mostrar las debilidades y avances que se tienen en cada una de las dimensiones que hacen parte del modelo integrado de Planeación y gestión MIPG, se desea que desde la séptima dimensión (Control Interno), se presente una evaluación enfocada en el cumplimiento de cada una de las políticas que hacen parte del sistema; esta evaluación permitirá a la alta direcciòn determinar las acciones a desarrollar oportunamente de manera que para la próxima evaluación se presente un nivel de avance significativo y se incremente el índice de gestión y desempeño de la IES-CINOC.

Es importante resaltar, que para un cumplimiento más óptimo de cada una de las dimensiones, se debe de destinar talento humano y recursos, actualmente la entidad no cuenta con el personal suficiente el cual permita apoyar el desarrollo de manera integral de cada una de las políticas y requerimientos que se exigen por el Gobierno nacional al solicitar la implementación gradual de algo tan elaborado como lo es el Modelo integrado MIPG.

Resultados por dimensión

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.

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

No se ha incluido el monitoreo y seguimiento al SIGEP en Plan de Talento Humano. (Alimentar y monitorear)

No se ha estructurado 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, encuestas a los funcionarios como son clima laboral y la evaluación de desempeño)

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).

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

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

No se han establecido aún actividades para 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).

No se cuenta con un plan de retiro para los pensionados (Incluir desde el Plan de Bienestar un plan de retiro).

No se cuentan con 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)

No se cuenta con información 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)

Observaciones y avances frente a la Política:

* Cargue de 131 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 permanente en cumplimiento del PIC.
* Se presenta la declaración de bienes y rentas de los servidores públicos de manera oportuna.
* Se aplicó evaluación de desempeño para los gerentes públicos y encargados de la evaluación resultados 2018, realizada en el primer trimestre de la vigencia 2019, así mismo se aplicó la evaluación docente resultados consolidado primer y segundo semestre 2018.
* Se vienen ejecutando las actividades del Programa de bienestar laboral incluidas en el programa de seguridad y salud en el trabajo.
* Para los empleados de carrera y de libre nombramiento y remoción se tienen contemplados incentivos para la vigencia (2019).
* Educaciòn 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.
* Se realizó encuesta virtual de clima laboral el cual sirvió como insumo para la formulación del Plan de Talento Humano.
* Una de las actividades que se adelantaron, es el estudio de caracterización de los funcionarios administrativos y docentes de la IES el documento obedeció a un trabajo de investigación que se adelantó por docente como trabajo de grado para su maestría, este documento esta para socialización en segundo semestre de 2019.

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

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

No se han proyectado los problemas o necesidades de los grupos de valor a 4, 10, 20 años o según disponga la entidad.

No se está garantizando que las metas formuladas en el Plan estratégico estén ajustadas a la capacidad real de la entidad; para dar cumplimiento a lo estratégico y a los requerimientos de gobierno, se debe de fortalecer más el talento humano o contratar más personal.

Algunos de los indicadores formulados no obedecen al cumplimiento de la meta lo que dificulta su evaluación y su calificación, los indicadores deben de ser claros que permitan indicar lo que se mide y qué información se quiere obtener de esa medición.

Los indicadores formulados no permiten 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).

No se está cumpliendo con la frecuencia adecuada para la medición de los indicadores por procesos a fin de tomar decisiones en el momento justo.

No hay evidencia de socialización del PAC antes de su publicación para que actores internos y externos formulen sus observaciones y propuestas.

No hay evidencia de planeación participativa que involucre a la ciudadanía y grupos de interés en el diagnóstico y formulación de los planes, programas o proyectos de la entidad y 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 (De acuerdo a información de la secretaria general 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, la información de vigencia 2019 no se ha reportado a la fecha de este seguimiento.

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, se solicitó por consejo directivo la pertinencia de hacer cierre presupuestales e informar el mismo a este consejo.

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.

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 en estructuración la arquitectura de estos software para su implementación, los software tienen denominación de Q10 para los procesos académicos y de BINAPS para los procesos administrativos.
* 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, se formularon nuevos indicadores por procesos pero estos no son adecuados a lo que se requiere medir por los procesos.
* Se construyó una nueva matriz de riesgos por procesos y se establecieron puntos de control, esta matriz de riesgo se trabajó con cada uno de los líderes de procesos de acuerdo a la formulación e implementación de la norma ISO 9001:2015 basada en riesgos.
* Se tienen identificados los problemas o necesidades de los grupos de valor, con precisión, pertinencia y prioridad, esta se construyó en la reformulación del Sistema de Gestión bajo 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 pero su manejo ha sido un poco complejo dentro de la organización.
* 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, se suscribieron planes de mejora producto de la auditoria interna y producto de recomendaciones y directrices dadas por consejo directivo iniciando la vigencia 2019.
* Los conceptos identificados en los certificados de disponibilidad Presupuestal y en los registros presupuestales son confusos, esta situación está generando retrasos en la presentación de la información para algunas dependencias, más específicamente al área de control interno para los informes de austeridad en el gasto.
* Se están ajustando nuevos sistemas de información en materia tecnológica de la información y las comunicaciones para apalancar el desarrollo de todos sus procesos, el manejo de su información y la prestación de trámites y servicios a sus usuarios.
* Se debe de tener una preparación más realista y técnica que garantice la correspondencia entre los ingresos y los gastos y el establecimiento de lo previsto en los planes institucionales.
* El formular el programa Anual Mensualizado de caja y el Plan de adquisiciones ajustados, instrumentos fundamentales para la ejecución presupuestal han permitido tener un control sobre las adquisiciones y los gastos por fuentes de financiación.

Dimensión No. 03

Dimensión Gestión con Valores para el Resultado

Contratista encargado: Gobierno Digital

Secretaria General: Servicio al Ciudadano y Defensa Jurídica

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

Debilidades Identificadas Gobierno Digital

Se observan debilidades en la información que se publica en el sitio web oficial en la sección de transparencia y acceso a la información Pública, mucha de la información se publica directamente en el sitio web oficial, no se publica directamente en el link de acceso y transparencia.

No se cuenta con el establecimiento de directrices de uso del sitio web.

No se han Identificado para publicación los datos abiertos.

No se cuenta con una estrategia de participación ciudadana.

No se cuenta con trámites y otros procedimientos administrativos.

No se han Implementado mecanismos de información electrónica que permitan expedir certificaciones y constancias por medios virtuales (Anti trámites).

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 cuenta con un plan básico estratégico de Tecnologías de Información PETI, este plan se debe de fortalecer, pero es necesario tener personal de apoyo que conozca de TIcS.

Aún 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 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 establecer la 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 defensa jurídica

No hay evidencia de conformación de un comité de conciliación y acto administrativo que refrende su existencia.

Servicio al Ciudadano

No se ha aplicado herramienta que permita identificar y hacer analisis de datos sobre la percepción de los clientes frente al servicio que se oferta.

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 PQRSD no se cuentan con una consolidación de los mismos en un sistema de información, esta situación obedece a que la PQRSD son muy pocas y no se ha requerido un sistema robusto para esta actividad.

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; el sistema empleado para el tratamiento de las PQRS es básico.

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 debido a que no se cuenta con esta dependencia.

Gestión de trámites

No se cuentan con mejoras tecnológicas para el logro de la prestación de trámites en línea.

No se está garantizando la accesibilidad y usabilidad de los trámites en línea.

No se tiene claro las dependencias responsables, la normatividad asociada, los requisitos que se solicitan a los usuarios para acceder a los trámites.

Los tramites y otros procedimientos administrativos identificados en el inventario se encuentran registrados en el SUIT pero no se ha logrado su operatividad.

Debido a que no se cuenta con tramites no se ha logrado difundir información sobre la oferta institucional de trámites y otros procedimientos en lenguaje claro y de forma permanente a los usuarios de los trámites.

Participación Ciudadana

No se cuenta con un plan de participación ciudadana.

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.

No se ha conformado y capacitado un equipo de trabajo con personal de áreas misionales y de apoyo a la gestión que lidere el proceso de planeación de la participación ciudadano.

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.

No se ha definido los roles y responsables 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.

No se han documentado las buenas prácticas de la entidad en materia de participación ciudadana y que estas permitan alimentar la formulación los planes de participación a formular.

Rendición de Cuentas

No se cuenta con un mecanismo de interlocución y retroalimentación con los organismos de control para articular su intervención en el proceso de rendición de cuentas.

No se tienen identificados 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.

No se tienen identificados los mecanismos virtuales complementarios en temas específicos y de interés especial que implementará la entidad durante la vigencia.

No se ha validado con los grupos de interés la estrategia de rendición de cuentas.

No se ha diagnosticado 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.

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 muy bajo, 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 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 secretaría general que hace las veces de presidente en el comité de conciliación está vinculado de planta y realiza todas las actividades contractuales, jurídicas, legales y normativas que se requieran, la entidad por sus escasos recursos no cuenta con asesoría externa para ninguno de sus procesos, ni contractuales, ni de defensa.
* El 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.
* 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 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 aumentar la percepción en la prestación del servicio.
* La 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 participación ciudadana fue muy desfavorable, alcanza un porcentaje muy bajo 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.
* Los ejercicios de rendición de cuentas realizados por la entidad soportados en medios electrónicos mejoraron sustancialmente en vigencia 2019.

Dimensión No. 04

Dimensión Evaluación de Resultados

Responsables asignados: Asesora de Planeación

Evaluaciòn y Seguimiento al Desempeño Institucional

Debilidades Identificadas 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 pero son difíciles de aplicar por su construcción o no obedecen a la meta establecida.

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 fueron revisados y ajustados finalizando vigencia 2019 para los indicadores por procesos e iniciando vigencia 2019 para la planeación estratégica, pero se considera desde la oficina de control interno que no obedecen a lo que se quiere o se debe de medir.

El indicador debe permitir medir los avances previos alcanzados en torno a los objetivos y estos deben de generar una semaforización para dar opción de acciones de mejora oportunas.

Consolidar, organizar y en lo posible sistematizar la información proveniente del seguimiento y evaluación, los indicadores del POA, de acuerdo a información suministrada por la oficina de planeación el sistema de información BINAPS que se adquirió no proporcionara esta información.

No se cuenta con trazabilidad de 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.

Se debe de evaluar la organización en el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación estratégica 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 del conocimiento y replantear lo no funcional.

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.

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 están aplicando los parámetros y lineamientos establecidos 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 Educaciòn.
* Se viene utilizando 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.
* Se difunden o comunican 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.
* Se evalúa la organización en cuanto al 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.
* Se evalúa 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 alcanzados insatisfactoriamente son priorizadas para la planeación en el POA de la vigencia siguiente.

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 Publica

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

Encargado de implementar la Gestión Documental.

Debilidades Identificadas en la Política de Acceso y Transparencia de la información Pública

No se cuenta con el correo institucional en página web para notificaciones judiciales.

No hay publicación de datos abiertos generados por el sujeto obligado en su sitio web.

No hay publicación de datos abiertos en el portal [www.datos.gov.co](http://www.datos.gov.co).

No se publican convocatorias dirigidas a ciudadanos, usuarios y grupos de interés, especificando objetivos, requisitos y fechas de participación en dichos espacios.

No se cuenta con una lista de preguntas frecuentes con sus respectivas respuestas, relacionadas con la entidad, su gestión y los servicios y tramites que presta.

No se cuenta con glosario que contenga el conjunto de términos que usa la entidad o que tiene relación con su actividad.

Se tiene calendario de actividades en página web pero este no es usado por los diferentes actores institucionales y líderes de procesos.

No se cuenta con información para niñas, niños y adolescentes.

No se cuenta con documento donde se valide la estructura orgánica de la entidad.

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.

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 se establecieron dos estrategias de participación una con la comunidad grupos de interés y otra con los clientes internos.

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 el calendario de actividades.

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 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 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 trasparencia a la información Pública.

Debilidades Identificadas en la Política de Gestión Documental.

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

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.

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.

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 partición 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 Educaciòn 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 direcciòn 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.
* La entidad 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)
* 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 organizaron e inventariaron la documentación del archivo central en el Formato Único de Inventario Documental – (FUID)
* 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 elaboró, aprobó y se está implementando Sistema Integrado de Conservación – (SIC)
* 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 maneo de archivos y Gestión documental alineada con las políticas del Sistema de Gestión de Calidad implementada 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: no se cuenta con una herramienta de autodiagnóstico de la política de la gestión del conocimiento y la innovación para establecer línea base para la medición.

Dimensión No. 07

Dimensión Control Interno

Responsables asignados: Asesor de Control Interno.

Sistema de Control Interno.

Debilidades Identificadas en la dimensión de Control Interno.

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 procesos muy expuestos a materialización.

La alta direcciòn no realizo el debido seguimiento a los informes presentados en auditoria interna, esto se logró identificar al no presentarse revisión por la direcciòn 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 a través de indicadores, 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 direcciòn en la verificación y analisis 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 los planes de mejoramiento no son administrados con la oportunidad requerida.

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.

La coordinación del sistema de control interno que está a cargo de la alta direcciòn presento dificultades de manejo en la vigencia anterior, resultado de esta fue la descertificación en Norma ISO 9001:2008

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 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.

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 direcciòn 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 direcciòn 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 SG-SST.
* 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, analisis de papeles de trabajo, lista de verificación con consulta, informe de auditoría, cierre de auditoria 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 direcciòn 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 direcciòn 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 Directivo 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 siempre hemos estado en los últimos 10 puestos, siendo los primeros los más expuestos.
* 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 actualizado lo cual permite identificar las actividades que se desarrollan en el que hacer del servidor.
* 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 identificadas.
* 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 direcciòn 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 informe 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.

Para tener en cuenta en la implementación de la política:

Asegurar un ambiente de control; esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta direcciòn 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 direcciòn 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 Direcciòn 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 direcciòn 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 llevara 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 analisis 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.

A continuación se presentan algunos avances y otras actividades que se deben de desarrollar de manera oportuna para incrementar el porcentaje de implementación frente al nivel de desempeño institucional.







31 de Julio de 2019.

Elaborado: Control Interno.

Presentado a: Direcciòn y Consejo Directivo.

Políticas:

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 Transformaciòn 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).

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 vigencia Fiscal.

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 adoptada 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 trasparencia 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 sea el responsable de la seguridad de la información en la entidad, el cual debe de pertenecer a un área que haga parte de la alta direcciòn.

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).

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 direcciòn.

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 Tecnicas 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 SUIT, difundir información de oferta de trámites, identificar trámites de acto 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.

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.

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.

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.

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.