

UNIVERSIDAD DE CALDAS
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

**INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL
INTERNO - LEY 1474 DE 2011**

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	PAULA ANDREA CHICA CORTES	Período evaluado: 12 de marzo de 2012 al 11 de julio de 2013
		Fecha de elaboración: 11 de julio de 2013

INTRODUCCIÓN:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción y desde la fecha de su expedición, 12 de julio de 2011, es responsabilidad del Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno presentar, cada cuatro meses, un informe que dé cuenta del estado del Sistema de Control Interno en la Universidad.

Nuevamente se señala que este informe guarda coherencia con el formato que el Departamento Administrativo de la Función Pública puso a disposición para tal efecto, con una estructura basada en los subsistemas y componentes del Modelo Estándar de Control Interno - MECI 1000:2005. De igual forma, y como un elemento pedagógico sobre la estructura de los subsistemas y la forma como la Universidad de Caldas les da cumplimiento, se hace una descripción por cada subsistema con algunos de sus registros de implementación en el Sistema Integrado de Gestión.

De conformidad con el Decreto 2145 de 1999 la Universidad de Caldas ha venido realizando la Evaluación al Sistema de Control Interno con una periodicidad anual al Departamento Administrativo de la Función Pública. Este informe fue realizado y presentado el pasado 28 de febrero de 2013.

Esta evaluación independiente, correspondiente al cuatrimestre marzo a julio de 2013, retoma el resultado de la evaluación al cuatrimestre noviembre 2012 a marzo 2013 que incluyó la aplicación de la encuesta propuesta por el DAFP a los directivos, los resultados arrojados por el Índice de Transparencia Nacional y el resultado de las auditorías internas de gestión, fiscal y calidad a cargo de la Oficina de Control Interno de Gestión, señalando las principales acciones de mejoramiento que se han comprometido y su estado de implementación a la fecha de corte de este informe.

Se conserva la estructura de informe original, consistente en la descripción del estado actual de cada uno de los elementos que han sido implementados en el Sistema Integrado de Gestión que le dan respuesta a cada uno de los requisitos del MECI 1000:2005. Esta estructura fue adoptada para la presentación del informe anual y los informes cuatrimestrales de conformidad con el Decreto 1474 de 2011.

Subsistema de Control Estratégico

Avances

AMBIENTE DE CONTROL

- Proyecto Educativo Institucional (que contiene los principios y valores institucionales):

La Oficina de Control Interno en su plan de trabajo para la vigencia 2013 ha definido como una de sus actividades, el acompañamiento a los procesos en la implementación del plan de mejoramiento para dar respuesta a cada uno de los indicadores de la medición de Índice de Transparencia Nacional. De manera específica, se ha planteado un apoyo especial en la implementación de lo relativo al Factor de Gobierno Organizacional el cual se compone de los subindicadores Código de Ética y Código de Buen Gobierno.

Se tiene prevista la generación de un informe de avances sobre este plan de mejoramiento para el mes de agosto, el cual se estará reportando en el próximo corte de este informe.

- Acuerdos de Gestión y Evaluaciones del Desempeño

En el pasado mes de abril de la vigencia, la asesora de la Oficina de Control Interno asistió a una capacitación en la que se realizó una ponencia por parte del comisionado de la CNSC Carlos Humberto Moreno Bermúdez denominada “la gestión del talento humano y el papel de la auditoría de control interno”. Se resaltan entre otros algunos de los siguientes manifiestos:

- La responsabilidad en la concertación de objetivos y la evaluación del desempeño por parte de los directivos responsables, reviste una importancia relevante desde la ética, la moral y la responsabilidad social con lo público.
- La evaluación del desempeño de los funcionarios de carrera no se puede seguir subestimando: se trata de una poderosa herramienta de gestión de la calidad.
- El objetivo de la concertación de objetivos y la evaluación del desempeño es garantizar que los funcionarios estén alineados con lo que es y se quiere de la entidad.
- Los jefes, responsables de la evaluación del desempeño deben adoptar una actitud más responsable y objetiva con relación a la evaluación del desempeño. Sin embargo esta actitud no nace espontáneamente, parte de un excelente ejercicio de planeación (concertación de objetivos) y de que se cuente con un instrumento adecuado y pertinente.
- Deben ser puntos de verificación de la eficacia de la evaluación del desempeño los siguientes:

- Concertación de objetivos
 - Coherencia entre los objetivos y lo que se evalúa.
- Los resultados de la evaluación de los planes estratégicos, tácticos y operativos, así como los resultados de las auditorías internas a los procesos, las auditorías de control interno y las auditorías externas deben servir de base a los jefes (evaluadores) como criterio para evaluar el desempeño del personal.

Como consecuencia de estas recomendaciones, en el mes de junio se inició por parte de la oficina de control interno una revisión de los registros de concertación de objetivos y evaluación del desempeño de funcionarios de carrera, con el fin de conocer en qué medida la evaluación se encuentra alineada con la concertación, y esta a su vez se despliega de los objetivos estratégicos de los procesos y de la institución. Actualmente se está concluyendo esta auditoría de la cual se dará reporte en el próximo informe.

Vía correo electrónico desde la Oficina de Control Interno, fue enviada una recomendación al Jefe de Gestión Humana consistente en la posibilidad de invitar a este comisionado a nuestra Universidad para recibir una capacitación o asesoría en temas de administración de la carrera y adicionalmente entregar una charla motivacional a los jefes responsables de realizar las evaluaciones del desempeño.

Respecto de los resultados obtenidos en el Índice de Transparencia Nacional para el factor de institucionalidad en su componente de "Seguimiento al desempeño" donde se identificó la oportunidad seguir aumentando el resultado con las evaluaciones aplicadas a los funcionarios de libre nombramiento y remoción, funcionarios por prestación de servicios, funcionarios provisionales y los efectos prácticos de la evaluación del desempeño, se tiene que desde la Oficina de Control Interno se está definiendo un plan de mejoramiento con los responsables de los procesos asociados, en el cual se plasmarán las acciones concretas que permitan seguir avanzando en esta implementación.

- **Plan de capacitación administrativa y docente.** Diagnóstico de necesidades de capacitación.

Respecto a la medición del Índice de Transparencia Nacional, dado que se logró la máxima calificación posible en los subindicadores, el plan de mejoramiento se orienta a mantener implementadas las acciones relacionadas.

- **Registros de evaluación de las capacitaciones para funcionarios administrativos.**

Respecto al indicador de "Percepción de aporte de las capacitaciones al desempeño laboral" se presenta un resultado del 100% tanto en 2012-2 como en 2013-1 respecto de una meta definida del 90%.

- Diagnostico de necesidades de capacitación:

Respecto al hallazgo detectado en auditoría interna, relacionado con la falta de cumplimiento a la identificación de las necesidades de capacitación, es preciso señalar que el proceso determinó como acción correctiva la revisión del objetivo del proceso, con el fin de definir la documentación pertinente del proceso identificando necesidades de eliminación, construcción y unificación de documentos con plazo de implementación a 30 de junio de 2014. Como parte del seguimiento y cierre que la Oficina de Control Interno hace a las ACPM producto de las auditorías internas se hará la revisión del estado de implementación de esta acción, de lo cual se dará reporte en el próximo informe de evaluación.

Con relación al avance en el plan de capacitación administrativa durante el primer semestre de 2013 se tiene que se han realizado inversiones en capacitación formal, no formal individual y no formal grupal a un total de 317 funcionarios por un presupuesto que asciende a los \$121.144268 y 1 evento de inducción administrativa con 8 participantes.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:

- Normograma Institucional

Respecto al hallazgo evidenciado en la auditoría interna de calidad al proceso de Gestión Documental realizada en la vigencia 2012 por parte de la Oficina de Control Interno, en la que se encontraron debilidades respecto a la agilidad en la consulta de normativa del normograma y la actualización de la normativa allí contenida, el proceso de Gestión Documental comprometió la acción correctiva de *“Oficiar al jefe de la oficina de planeación y sistemas para que sea revisado el sistema y se hagan los ajustes respectivos para mejorar los criterios de búsqueda”*. Considera la Oficina de Control Interno que podría ser conveniente revisar la pertinencia de esta acción en tanto no permite asegurar que se corrijan las anomalías y evite su futura recurrencia. Dado que la fecha de implementación de esta acción exige su seguimiento y cierre por parte de control Interno, como responsable de esta labor para las acciones de mejoramiento producto de las auditorías internas, se realizará la correspondiente verificación y recomendación de mejora de las acciones comprometidas.

Plan de Desarrollo Institucional 2009 – 2018 y Plan de Acción Institucional y Planes de Acción de las Facultades

A continuación se presenta el balance de cumplimiento de metas correspondiente al segundo semestre de 2012 y algunas observaciones efectuadas por la Oficina de Control Interno en su labor de seguimiento al cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo y Plan de Acción Institucional:

UNIVERSIDAD DE CALDAS
PLAN DE DESARROLLO 2009 - 2018
 “ Para el desarrollo de la región y el avance de la ciencia y la cultura”

CUMPLIMIENTO DE METAS DEL PLAN DE DESARROLLO Y PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL
Enero - Diciembre de 2012

VARIABLE	PROYECTO	META 2018	META 2012	RESULTADO 2012	OBSERVACION CONTROL INTERNO
CUALIFICACION DOCENTE	FOMENTO A LA FORMACIÓN DOCTORAL	Lograr que el 25% de la planta profesoral tenga formación doctoral.	68 Docentes de planta con formación doctoral	75 docentes de planta con formación doctoral	
OFERTA PROGRAMAS ACADÉMICOS	AMPLIACIÓN DE OFERTA DE POSTGRADOS	60 programas de formación avanzada	52 programas académicos de formación avanzada	56 programas de formación avanzada	
	PERTINENCIA Y CALIDAD DE LA OFERTA DE PREGRADOS	90% de los programas con acreditación de alta calidad en todas las modalidades	17 programas acreditados	53%. 9 programas acreditados	Ver análisis de causas en LUPA
	CURRICULOS VIRTUALES	Generar una oferta de programas académicos y cursos en línea en pregrado, postgrado y educación continuada	5 programas virtuales	0	En el formato de despliegue de actividades 2012 aparece una meta de 1 programa virtual.
	PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DESERCIÓN ESTUDIANTIL		Reducir a un 7% la deserción en primer semestre, a un 15% hasta quinto semestre y a un 25% hasta octavo semestre	No se cuenta con esta medición	En LUPA aparece una meta de 10,8% consistente con la meta del MEN.

	MEJORAMIENTO DE LA POSICIÓN DE LA UNIVERSIDAD EN LAS PRUEBAS ECAES		El nuevo método de medición del ICFES al ECAES no permite identificar la ubicación de los estudiantes de cada programa de acuerdo a sus resultados.		En el plan de acción institucional aparece como meta: 8 programas académicos que logran ubicar estudiantes en los 10 primeros lugares a nivel nacional en el ECAES.
SOLIDEZ ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	NUEVAS FUENTES DE RECURSOS	Incrementar a un 45% los ingresos por gestión de la institución	36% de ingresos por recursos propios	31% de ingresos por recursos propios	Ver análisis de causas en LUPA
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Incremento en el nivel de satisfacción de los clientes internos externos a un 90%.	Cliente interno: 90% Cliente Externo: 90%	Cliente interno: 72,5% Cliente externo: 67,42%	En LUPA aparece como meta: Cliente interno: 60% Cliente Externo: 60%
	CALIFICACION DEL RIESGO FINANCIERO	Incremento de la calificación del riesgo a AA	A	A	
DESARROLLO DE LAS CIENCIAS, LAS ARTES Y LAS TECNOLOGÍAS	PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y LA INNOVACIÓN	El 50% de los grupos de investigación escalafonados por Colciencias en categorías A y B	21%	32%	
	Investigación aplicada	70% de los proyectos de investigación finalizados con aplicación en curso	25%	69%	Esta medición corresponde a proyectos inscritos como investigación aplicada, pero no a proyectos que una vez finalizados demuestran aplicaciones en curso. En la justificación registrada en LUPA se advierte sobre la necesidad de medir el indicador como lo establece la meta del Plan de Desarrollo.
RELACIONES EXTERNAS E INTERNACIONALIZACIÓN	INTERNACIONALIZACIÓN DEL CURRÍCULO	8 Programas de pregrado y postgrado con doble titulación	2 programas en proceso de adecuación de currículos a estándares internacionales	3 Programas de pregrado y postgrado con doble titulación	De manera favorable, esta meta se replanteó con mayor nivel de exigencia en el formato de despliegue de actividades 2012 respecto de la meta original del Plan de Acción y en consonancia con la meta del Plan de Desarrollo a 2018. Si bien esta modificación debía formalizarse mediante ajuste del Plan de Acción, la modificación en favor del crecimiento de la meta puede justificarse.

	MOVILIDAD ACADÉMICA	Sin meta	25 estudiantes extranjeros realizando actividades mayores a 15 días en la Universidad de Caldas	Movilidad Saliente: 101 docentes 88 estudiantes 9 Administrativos Movilidad Entrante: 86 docentes 96 estudiantes	De manera favorable, esta meta se replanteó con mayor nivel de exigencia en LUPA: Saliente: 110 docentes 88 estudiantes Entrante: 55 docentes 27 estudiantes Respecto de la meta original del Plan de Acción. Si bien esta modificación debía formalizarse mediante ajuste del Plan de Acción, la modificación en favor del crecimiento de la meta puede justificarse.
	CAPACIDAD PARA LA ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE DE UNA SEGUNDA LENGUA	50% de estudiantes y 80% de docentes con dominio de segunda lengua	20% de estudiantes y 45% de docentes con dominio de segunda lengua	1682 estudiantes y docentes	En LUPA aparece una meta de 800 estudiantes, docentes y administrativos que se encuentran en proceso de formación en una segunda lengua.
	ALIANZAS Y CONVENIOS DE COOPERACION PARA EL DESARROLLO	200 alianzas formalizadas y activas con proyectos de investigación o en proyección	10 convenios de internacionalización suscritos. Alianzas formalizadas y activas	88 convenios	De manera favorable, esta meta se replanteó con mayor exigencia en LUPA con 80 alianzas formalizadas y activas con proyectos de investigación y proyección. Si bien esta modificación debía formalizarse mediante ajuste del Plan de Acción, la modificación en favor del crecimiento de la meta puede justificarse.
GESTIÓN TECNOLÓGICA	GESTIÓN TECNOLÓGICA	10 alianzas activas en la ciudad y en la región para la creación y mejoramiento de los servicios digitales	4 convenios	2 convenios	
	ADQUISICIÓN TECNOLÓGICA	100% de los servicios institucionales soportados en TIC's	3 servicios institucionales soportados en TICS	85%	De manera favorable, esta meta se replanteó con mayor exigencia en LUPA con 43% de los servicios institucionales soportados en TIC's. Si bien esta modificación debía formalizarse mediante ajuste del Plan de Acción, la modificación en favor del crecimiento de la meta puede justificarse.

Adicionalmente se señaló por parte de la Oficina de Control Interno que:

Actualmente se está surtiendo un proyecto de actualización del Plan de Desarrollo, donde se están replanteando algunas metas y proyectos, así como la incorporación de una nueva variable estratégica relacionada con la infraestructura física y tecnológica. Se reporta por parte de la Oficina de Planeación y Sistemas que la actualización del Plan de Desarrollo Institucional se encuentra pendiente de agenda disponible en el Consejo Académico para posteriormente ser presentado al Consejo Superior.

Se sigue reiterando por parte de la Oficina de Control Interno la necesidad de darle prioridad a la aprobación por parte del Consejo Superior, en tanto, hasta que esto no se formalicen, las metas y compromisos de los Planes siguen vigentes para efectos de su medición y rendición de su desempeño. No acudir con prontitud a esta aprobación genera además inconvenientes en los procesos de rendición de cuentas y en la auditoría que realizan los organismos internos y externos de control.

De acuerdo a información suministrada por la oficina de Planeación, una vez fue llevado el proyecto de reforma al Consejo Académico, éste solicitó iniciar una consulta a los Departamentos con el fin de validar y nutrir la propuesta con sus aportes. Esta actividad fue realizada y se está a la espera de llevar nuevamente el proyecto al Consejo con el fin de que sea aprobado para su posterior presentación al Consejo Superior.

- **Sistema Gerencial LUPA en el Sistema Integrado de Gestión:**
- **Indicadores de gestión identificados, medidos y analizados**
- **Sistema de Gestión Financiero que muestra la información financiera de la universidad (en tiempo real por medio de LUPA)**

La medición del Índice de Transparencia Nacional muestra que para el Factor de Visibilidad y el Factor de Sanción, se logra la máxima calificación posible para estos componentes. Se espera que con el plan de mejoramiento se mantengan las estrategias que permitieron esta máxima calificación.

Como respuesta al hallazgo formulado en la auditoría interna de calidad al proceso de Medición, análisis y Mejora, como responsable de la recopilación de la información sobre los indicadores de gestión realizada en la vigencia 2012 por parte de la Oficina de Control Interno que dejaron en evidencia aspectos por mejorar respecto de la actualización de los indicadores en el portal de LUPA, se tiene que se formuló la acción correctiva 553 que señala estas acciones:

- *Realizar sesiones de trabajo con los líderes de proceso y líderes de actividad para evaluar el objetivo estratégico de los procesos y los indicadores modificados a la luz del nuevo objetivo. determinar si los indicadores permiten medir la eficiencia, eficacia y efectividad del proceso a partir del objetivo y proponer los ajustes pertinentes a los indicadores del SIG.*
- *Diseñar e implementar un aplicativo en LUPA que permita el ingreso de datos directamente por los líderes de proceso, que permita evaluar el cumplimiento de*

metas y genere la necesidad de análisis y formulación de ACPM, con el fin de reducir el tiempo entre la generación de los datos y su posterior presentación en el sistema. Acompañar a los procesos en el uso del sistema e ingreso de datos.

- *Mejorar LUPA a través de un sistema integrado para el registro, procesamiento y presentación de datos e indicadores de la universidad en todas las instancias, que permita mediciones en línea y en tiempo real a través de la articulación de bases de datos a información requerida para consulta permanente y para la toma de decisiones. Determinar los indicadores del SIG que pueden ser generados o los que necesariamente deben ser ingresados por los líderes de proceso para caracterizarlos, generar bases de datos o sistematizarlos, con el fin de mejorar la captura y procesamiento de tales indicadores.*

- *Incorporar al SIG los indicadores modificados a partir de la revisión realizada antes de la auditoría de renovación, acompañar a los procesos en la obtención de los datos, cálculo de indicadores, análisis y ACPM*

Es preciso señalar que las acciones correctivas, preventivas y de mejora producto de este hallazgo, son objeto de seguimiento y cierre por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión y su resultado será reportado en el próximo informe a emitirse por este despacho.

- Mapa de procesos, inventario de procedimientos, instructivos y guías.

El mapa de procesos se encuentra vigente y la dinámica del Sistema Integrado de Gestión hace que la documentación se esté revisando y actualizando de manera continua, bajo un esquema de control de documentos preestablecida en los procedimientos. Actualmente la Oficina de planeación se encuentra revisando y validando con los líderes de procesos, los objetivos e indicadores del mapa, así como desarrollando una estrategia de simplificación y racionalización de trámites y procedimientos.

Respecto a los resultados de la auditoría interna de calidad a todos los procesos institucionales, los cuales dejaron en evidencia situaciones muy puntuales de mejora con relación a la gestión documental, los cuales se resumen en el informe de avance de ejecución del programa de auditorías 2012, se tiene que para cada uno de estos hallazgos de los procesos, fueron comprometidas y registradas acciones correctivas, preventivas y de mejora, las cuales de manera generalizada se enfocan a la revisión y ajuste de la documentación, con criterios de pertinencia, racionalización y simplificación. Esta labor está siendo coordinada por la Oficina de Planeación y su estado de implementación será objeto de seguimiento ordinario a las ACPM producto de los hallazgos de auditoría por parte de la Oficina de Control Interno, de lo cual se informará en el próximo informe.

- Manual de funciones y estructura organizacional

En múltiples reportes anteriores, se ha informado por parte de este emisor que está en construcción y proyecto de actualización del manual de funciones.

En igual sentido, se han manifestado argumentos y justificaciones técnicas que no han permitido lograr el propósito de aprobar la actualización, entre los que se encuentran la pertinencia de concluir un estudio de cargas laborales.

De acuerdo a lo informado por la Oficina de Gestión Humana, el documento de actualización del manual ya se encuentra en la Secretaría General y en la Rectoría, a la espera de que la Comisión de Carrera lo presente ante el Consejo Superior para aprobación de todos los acuerdos de carrera.

ADMINISTRACION DE RIESGOS

- **Mapas de riesgos de todos los procesos adaptados a la nueva versión de la Guía de Administración del Riesgo del DAFP**
- **Acciones preventivas de los mapas de riesgos con observaciones de seguimiento y cierre**
- **Riesgos re-evaluados y nuevas acciones preventivas propuestas para los riesgos residuales de conformidad con la Guía para la Administración del Riesgo.**
- **Proyecto de implementación de la norma BS 25999 sobre gestión de la continuidad institucional que trasciende a la administración del riesgo convencional hacia el análisis prospectivo de situaciones de alto impacto sobre las que se gestionan tanto planes preventivos como de contingencia (respuesta a la materialización del riesgo).**

Los resultados del Índice de Transparencia por Colombia muestran el logro de la máxima calificación posible para la Universidad en lo atinente a la gestión del riesgo. Se espera con el plan de mejoramiento mantener las estrategias vigentes con las cuales se obtuvo este resultado.

De conformidad con lo estipulado por la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 2641 de 2012, todos los líderes de proceso se encuentran actualizando sus mapas de riesgo, adicionando además los denominados riesgos de corrupción. Esta labor la están desarrollando con la asesoría de la oficina de Control Interno. De acuerdo al Plan Anticorrupción de la Universidad, a 30 de agosto se contará con los mapas de riesgos actualizados y aprobados.

Dificultades

No se reportan dificultades, en tanto las acciones de mejoramiento identificadas ya se encuentran comprometidas y están siendo gestionadas a través de acciones correctivas, preventivas y de mejora – ACPM o el plan de mejoramiento del ITN, lo cual asegura su planificación y su seguimiento y cierre por parte de la Oficina de Control Interno, quien

tiene a su cargo el seguimiento de todos estos compromisos.

Subsistema de Control de Gestión

Avances

La siguiente es una descripción del estado actual de cada uno de los elementos que han sido implementados en el Sistema Integrado de Gestión para el Subsistema de Control de Gestión, que le dan respuesta a cada uno de los requisitos del MECI 1000:2005.

ACTIVIDADES DE CONTROL:

- **Sistema Integrado de Gestión (Sistema de Gestión de la Calidad, MECI, Acreditación, SISTEDA y software administrador)**

<http://sig.ucaldas.edu.co/gestionDocumental/index.php>

Actualmente las Certificaciones NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008 ICONTEC e ISO 9001:2008 IQNet obtenidas en el mes de enero de 2010, fueron renovadas con una vigencia hasta el 24 de enero de 2016.

INFORMACION

- **Sistema de Atención al Ciudadano – SAC que automatizó y sistematizó toda la gestión de solicitudes, peticiones, quejas, reclamos, derechos de petición, felicitaciones, etc.**

El informe actualizado con cierre 2012, emitido por el Grupo Interno de Servicios y Mercadeo indica las siguientes cifras:

QUEJAS Y RECLAMOS:

- ✓ Total requerimientos SAC 2012: 879
- ✓ Reclamos : 244 – 27.7%
- ✓ Quejas: 14 – 1,5%
- ✓ Felicitación: 2 – 0,2%

Porcentaje de quejas y reclamos relacionados con la prestación de los servicios universitarios:

META: 20%

MEDICIÓN 2012: 29%

HISTORICO DEL INDICADOR			
PQRS Anual	Total	Quejas y reclamos	Porcentaje
2010	469	92	19,62%
2011	530	115	21,70%

2012	879	258	29,35%
------	-----	-----	--------

Indicador tiempo de respuesta:

Número de respuestas en términos de ley para Q y R: 222

Total Q y R: 258

86% de cumplimiento

Principales causas de Q y R:

1. Reclamos por costo de matrícula y requilidación
2. Reclamos por asuntos académicos y SIA
 - 2.1 Reporte de notas
 - 2.2 Inscripción de materias
 - 2.3 Acceso al sistema
3. Quejas por mala atención a los usuarios
 - 3.1 Administrativo 71,4%
 - 3.2 Docente 28,6%

LOGROS 2012

1. Reclamos por costo de matrícula y re-liquidación
 1. El Consejo Superior facultó mediante Acuerdos 022 y 023 de 2012 al Comité de Matrículas para atender las solicitudes de apoyo económico elevadas por los aspirantes admitidos, lo que anteriormente solo aplicaba para estudiantes antiguos.
2. Reclamos por asuntos académicos y SIA
 - 2.1 Reporte de notas
 - 2.2 Inscripción de materias
 - 2.3 Acceso al sistema
 - Creación de la Mesa de Ayuda, esquema de servicio en línea para recibir solicitudes de soporte técnico sobre aplicativos, especialmente del SIA en menor tiempo y con mayor eficiencia.
 - Implementación de aplicativo en línea para gestión de adiciones y cancelaciones.
 - Actualización del home del SIA, lo que facilita su navegabilidad y el acceso a la información.
 - Implementación de herramienta para sustitución de contraseñas
3. Quejas por mala atención a los usuarios
 - 3.1 Administrativo 71,4%
 - 3.2 Docente 28,6%
 - Se implementó con éxito el proyecto "*El trabajo en equipo como impulsador del liderazgo para alcanzar la calidad en la prestación del servicio al usuario en la universidad de Caldas.*" a partir del cual se formuló el Macro proyecto "*Cultura del Servicio*" con 11 proyectos asociados desde las diferentes dependencias de la Universidad Relacionadas con el servicio a los usuarios.
 - Continuó la estrategia de Gerencia del Servicio con una cobertura de 120 funcionarios administrativos y docentes.

NUEVAS ACCIONES 2013

- Plan anticorrupción (mejoras integrales a Atención al Ciudadano)
- Macro proyecto Cultura del Servicio
- Peoplesoft
- Mejoras al proceso de Admisión

Respecto a los resultados del Índice de Transparencia Nacional el Factor de Visibilidad el indicador de “Sistema de Peticiones Quejas y Reclamos” en el que se identificaron aspectos por mejorar, actualmente se ha formulado un plan de mejoramiento en el que se implementarán estrategias conducentes a incrementar el resultado a obtener en la medición a efectuarse durante la vigencia 2014.

Respecto del resultado en la ejecución de la auditoría interna de calidad al proceso de Medición Análisis y Mejora realizado por la Oficina de Control Interno de Gestión para el hallazgo determinado se comprometieron las siguientes acciones:

- Comparativo entre el procedimiento SIG y la ISO 10002/04. Proponer ajustes
- Comparar el aplicativo SAC con lo planteado en el procedimiento
- Analizar y gestionar la actualización del SAC
- Definir niveles de usuario para reportes, consultas y análisis. Capacitar a los funcionarios involucrados.
- Diseñar una estrategia de comunicación para estimular el uso del SAC.

La Oficina de Control Interno de gestión en su obligación de hacer seguimiento y cierre a las acciones correctivas producto de las auditorías internas, reportará en el próximo informe el estado de implementación de estos compromisos.

COMUNICACIÓN PÚBLICA

- **Proceso de Información y Comunicación planeado, operando, evaluado y mejorado**
 - **Política de comunicaciones**
 - **Plan de Comunicación Institucional**
 - **Matrices de comunicación en cada uno de los procesos o Productos de comunicación en los diferentes medios previstos**
- **Sistema Integrado de Gestión (software) visible en web con toda la información de la gestión institucional que garantiza la transparencia y acceso a la información de toda la ciudadanía.**
- **Página web de la universidad que ofrece información sobre actualidad, eventos, servicios, gestión interna y toda la información institucional de interés público.**

Respecto a los resultados del Índice de Transparencia Nacional el Factor de Visibilidad en su indicador de Acceso a la Información obtiene el máximo puntaje posible (100) excepto para dos de sus 19 subindicadores: “publicidad de la contratación” “foros de discusión o chat” y “publicidad del talento humano- perfil de funcionarios principales”. Actualmente se tiene establecido un plan de mejoramiento para el factor que incluye las acciones para mejorar los subindicadores antes mencionados. La Oficina de Control Interno realizará una medición interna del índice, a mediados del mes de septiembre de 2013 con el fin de determinar el estado de implementación del plan de mejoramiento, resultados que serán presentados en el próximo informe de evaluación al sistema de control interno.

- Audiencia Pública de Rendición de Cuentas y Contactos Universitarios del Rector con la Comunidad Universitaria

Actualmente se encuentra en proceso de planificación la 7ª audiencia pública de rendición de cuentas, en la que se incorporarán ajustes a las funciones, roles y responsabilidades frente a este procedimiento en virtud de lo establecido en el Plan Anticorrupción, en el que se señala que la Oficina de Control Interno verificará su cumplimiento y por tanto no puede hacer parte del procedimiento, como se venía desarrollando en calidad de coordinador general de la Audiencia Pública, con diversas actividades a su cargo.

Dificultades

- No se reportan dificultades, en tanto las acciones de mejoramiento identificadas ya se encuentran comprometidas y están siendo gestionadas a través de acciones correctivas, preventivas y de mejora – ACPM o el plan de mejoramiento del ITN, lo cual asegura su planificación y su seguimiento y cierre por parte de la Oficina de Control Interno, quien tiene a su cargo el seguimiento de todos estos compromisos.

Subsistema de Control de Evaluación

Avances

La siguiente es una descripción del estado actual de cada uno de los elementos que han sido implementados en el Sistema Integrado de Gestión para el Subsistema de Control de Evaluación, que le dan respuesta a cada uno de los requisitos del MECI 1000:2005.

AUTOEVALUACION

- Sistema de Autoevaluación Institucional (Mide satisfacción y conformidad a los lineamientos del Consejo Nacional de Acreditación para acreditación institucional y de programas)

Mediante resolución 16514 del 14 de diciembre de 2012 del Ministerio de Educación Nacional, la Universidad de Caldas fue reacreditada institucionalmente por un periodo de 6 años.

Como se indicó en el informe anterior, este logro unido a la renovación de las certificaciones al sistema de gestión de la calidad, es reflejo de la efectividad de los procesos de autoevaluación y autorregulación que la Universidad muestra y que hoy son

reconocidos por el máximo órgano de acreditación de alta calidad para el sector de la Educación.

Es preciso recordar que producto del proceso de autoevaluación con fines de acreditación institucional quedó comprometido un plan de mejoramiento institucional, el cual en próximas entregas de este informe de evaluación al sistema de control interno se informará de su avance, luego de ser requerido un reporte a la Oficina de Evaluación y Calidad Académica como coordinador general de esta actividad.

- Revisión por la dirección al sistema de gestión que evalúa entre otros la conformidad de los servicios prestados. Resultados y decisiones que son públicamente conocidas a través del portal LUPA del SIG

De acuerdo a lo que se indicó en el informe de evaluación al sistema de control interno correspondiente al corte julio-noviembre de 2012:

A la fecha de emisión de este informe, se realizó una revisión por la dirección al SIG de manera parcial o previa. Se tiene previsto realizar la revisión por la dirección completa cerca del mes de febrero de 2013. A continuación se presentan algunos aspectos relevantes consignados en la revisión por la dirección:

El mecanismo estandarizado en la Universidad para realizar revisión a la implementación del Sistema Integrado de Gestión, y con éste el impacto en los resultados institucionales, es la revisión por la Alta Dirección, sesión en la que se evalúan los avances y oportunidades de mejora del sistema y se toman decisiones y acciones para su completa apropiación en la universidad y la consecuente mejora en la prestación del servicio.

En este mismo informe se presentaron los principales resultados y conclusiones de dicha revisión. No obstante lo anterior, a la fecha de realización de este informe no se ha efectuado la revisión por la dirección.

Se reitera la recomendación emitida en su momento por parte de la oficina de control interno: "La revisión por la dirección, debe constituirse en un ejercicio de verificación frecuente del desempeño institucional por parte de la dirección. Es recomendable que este sea desarrollado, como mínimo dos veces al año, con el fin de mantener una dinámica de evaluación permanente y con ello no abandonar la rigurosidad y mantenimiento de la información para toma de decisiones de manera disponible en los medios que se han previsto, como es el caso del Sistema Gerencial LUPA".

Con fecha 8 de mayo de 2013 se realizó formalmente la revisión por la dirección en presencia del equipo directivo y los decanos. Se entregaron los resultados analizados de la totalidad de entradas que exige la norma de calidad. Se aplicó una dinámica participativa en la que se hicieron exposiciones visuales de cada uno de los análisis y los participantes pudieron realizar aportes a estos análisis y propuestas de mejoramiento, las cuales fueron consolidadas en un documento por parte del Coordinador del Sistema Integrado de Gestión para la producción final del informe de Revisión por la Dirección el cual es elaborado por un Equipo Técnico, que además se integra por la Jefe de la Oficina de Evaluación y Calidad Académica, la coordinadora del grupo de servicios y mercadeo, el Jefe de Planeación y la suscrita Asesora de Control Interno de Gestión. Este informe final con los compromisos que actúan como plan de mejoramiento, será presentado para

su aprobación por parte del Rector en los próximos meses. Una vez se cuente con este documento oficializado, la oficina de Control Interno realizará seguimiento al cumplimiento de los compromisos allí plasmados. .

EVALUACION INDEPENDIENTE

- Procedimiento para realizar auditorías internas planeado, operando, evaluado y mejorado. Programa anual de auditorías internas ejecutado y evaluado.

El programa de auditorías 2012 se constituyó, hasta la fecha de 15 auditorías internas de calidad a los procesos, que derivaron en 38 no conformidades y 29 oportunidades de mejora como hallazgos y doce (12) auditorías de control interno de gestión y fiscal que derivaron en 10 acciones correctivas, preventivas y de mejora generadas producto de los hallazgos reportados.

Como insumo para la Revisión por la Dirección, se entregó el informe oficial de cierre del programa de Auditorías de la Oficina de control Interno vigencia 2012, del cual además reposa copia en la Oficina de Control Interno para su consulta, que contiene de manera amplia los detalles de la ejecución y resultados de cada auditoría, además de los registros que reposan en el archivo y en el Sistema Integrado de Gestión.

Las siguientes fueron las conclusiones y recomendaciones en los tres principales tópicos del SGC producto de la ejecución del programa de auditorías 2012. La conclusión

SOBRE LA GESTION DOCUMENTAL:

Tomando como base los hallazgos encontrados en el proceso de Gestión Documental y los encontrados en los distintos procesos auditados puede concluirse que:

Se ha visto afectada negativamente la disponibilidad de algunos documentos e información vital para la administración y mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión en los procesos. Tal es el caso de las mediciones y análisis de datos de indicadores, de la información sobre las actualizaciones del mapa de riesgos de los procesos y la disponibilidad y actualización del normograma. Lo anterior en parte se ha debido a la necesidad de incorporar optimizaciones y parametrizaciones en los sistemas de información, requeridas para la mejora y actualización de estos repositorios de información y gestión de los procesos. Al respecto se recomienda incorporar elementos de planificación de los cambios al Sistema y específicamente al software que aloja toda la documentación y mediciones, en el que no solo se prevean los cambios, sino además para que se establezcan medidas alternativas y de contingencia para que se siga garantizando la disponibilidad de información aún en las condiciones de ajuste.

Se observa que en algunos procesos se ha descuidado la labor de actualización de la documentación (procedimientos, instructivos, etc). No se trata de una situación generalizada ni sistemática, sino de casos puntuales sobre los cuales es recomendable no solo implementar las acciones de corrección necesarias, sino además identificar algunas estrategias, desde la coordinación del SIG para hacer seguimiento a los procesos y motivar en ellos la revisión permanente de su documentación con fines de actualización.

Igualmente se observaron situaciones puntuales en algunos procesos, asociadas con la falta de rigor en el uso de formatos o en algunos casos hasta su desuso. Lo anterior se deriva en gran medida de la falta de actualización de la documentación que ocasiona

obsolescencia o falta de pertinencia de algunos formatos. Es recomendable que desde la coordinación del SIG se adelanten acciones tendientes a monitorear y revisar permanentemente la documentación de los procesos con un enfoque de adelgazamiento, optimización y racionalización. Es decir que la actividad de revisión y actualización de la documentación obedezca a un proceso sistemático, planificado, medido y controlado.

SOBRE LA GESTION EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS:

Luego de auditar a los procesos misionales, puede concluirse que estos se mantienen dentro de la conformidad y además muestran importantes avances en la incorporación de acciones de mejoramiento tendientes a fortalecer la capacidad para cumplir sus objetivos, esto representando en distintos proyectos que se han adelantado y se encuentran en implementación.

Además de la apropiación de requisitos técnicos asociados a la planificación, diseño, desarrollo y control de la prestación de los servicios, se evidencian avances importantes en la comprensión e incorporación de las directrices metodológicas para la identificación y administración del servicio no conforme, especialmente en el proceso de Proyección. Es evidente que los procesos misionales demuestran hoy que operan bajo el esquema de la mejora continua, basada en el control y seguimiento, análisis de datos e incorporación de acciones.

Si bien se han realizado avances, aún hay un camino extenso por recorrer para hacer evidente la implementación de la gestión del servicio no conforme. Al respecto se recomienda que desde la coordinación del SIG se diseñen estrategias por ejemplo basadas en la incorporación de buenas prácticas o experiencias exitosas de otras entidades.

No obstante lo anterior, también se identifican a lo largo de estas auditorías, una cantidad importante de no conformidades y oportunidades de mejoramiento en aspectos focales de los procedimientos o servicios específicos que se prestan, sobre los cuales es recomendable su análisis y atención a través de acciones correctivas o preventivas (ver hallazgos por cada proceso).

Frente al alcance general de implementación del Sistema Integrado de Gestión, es recomendable que se siga avanzando en la gestión del servicio de educación a distancia, que si bien no se encuentra incluido aún en el alcance de la certificación de calidad con ICONTEC, no puede ser ajeno a las directrices establecidas para la gestión del servicio para criterios de calidad que el Sistema Integrado demanda.

SOBRE LA GESTION DEL CONTROL Y GESTION DE LA MEJORA:

Fue evidente en este programa de auditoría los importantes avances de los procesos en la apropiación del concepto de control, representado en el monitoreo, seguimiento, análisis de datos y toma de acciones. Es evidente que el Sistema Integrado de Gestión avanza hacia una cultura de autocontrol, abandonando paso a paso la dependencia a la evaluación externa (control interno y externo) como único mecanismo o punto de partida para la mejora.

Las cifras muestran el incremento progresivo de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora de fuentes diversas como la medición y análisis de indicadores, la administración del riesgo, los resultados de la medición de la percepción o satisfacción del cliente y acciones de mejoramiento derivadas de los análisis de los procesos que se adelantan por iniciativa autónoma (ver informe de Acciones Correctivas, preventivas y de Mejora)

Al respecto, es recomendable que continúen desarrollando acciones de acompañamiento a los procesos y estrategias desde la coordinación del SIG encaminadas al

fortalecimiento de la cultura de la medición, control y seguimiento, por ejemplo a partir de la difusión y reconocimiento de experiencias exitosas en los procesos. Adicionalmente a que se articule la gestión de la mejora con el debido registro de estas acciones, que no solo conduzca a su adecuada planificación, sino además a una trazabilidad que le permita a los procesos luego, medirse, en términos de su capacidad de generar impacto o efectividad en torno a la mejora continua.

CONCLUSIÓN GENERAL SOBRE EL OBJETIVO DEL PROGRAMA DE AUDITORIAS DE CALIDAD:

Con base en las evidencias recopiladas en este ejercicio de auditoría para los procesos a los cuales se les ha concluido su auditoría interna, a partir de los criterios, entrevistas y la muestra verificada, se concluye que el Sistema Integrado de Gestión es conforme respecto de los requisitos definidos en las normas NTC ISO 9001:2008, NTCGP1000:2009 y MECI 1000:2005 y los requisitos de calidad determinados en la normativa interna y externa que regula la gestión de la Universidad.

Igualmente se concluye que el Sistema Integrado de Gestión se mantiene y mejora de manera eficaz, en tanto preserva la conforme implementación de metodologías establecidas para el cumplimiento de los requisitos.

Se concluye además que el sistema se mantiene y mejora de manera eficiente, en tanto ha incorporado criterios de optimización de procedimientos y herramientas, incluyendo avances en la racionalización de trámites, facilitando su implementación en las diferentes unidades académicas y administrativas.

Se mantiene de manera efectiva para el cumplimiento de la misión de la Universidad y las metas de los objetivos estratégicos establecidos en el Plan de Desarrollo Institucional, en tanto se demuestra que todos los procesos desarrollan su gestión en torno al cumplimiento de su objetivo y a los compromisos del plan estratégico, avanzando de manera decidida en los procesos de mejora continua a través de la incorporación de proyectos que potencian su capacidad para generar impacto.

Una mirada a las mejoras que se han implementado en los procesos con alto impacto, producto de hallazgos de auditorías internas a lo largo de los últimos 4 años de vida del SIG, puede dar cuenta de :

- Reformas normativas estructurales para el control, seguimiento y eficiencia académica.
- Trazabilidad de información curricular y compromisos docentes en Docencia, Investigación y Proyección. Optimización de controles y parametrizaciones en el SIA.
- Trazabilidad de la cadena de valor de servicios. Mitigación del sub-registro de información misional.
- Reglamentación de la Educación a Distancia. Expedición del acuerdo 020 de 2010.
- Creación del portal web de aspirantes.
- Reordenación de los laboratorios en las Facultades.
- Simplificación del procedimientos de prestación de servicios.
- Creación de la Unidad de Servicios y Mercadeo.
- Creación del Sistema de Atención al Ciudadano.
- Unidad de Contratación.
- Creación del procedimiento para el seguimiento al cumplimiento del PDI y PAI.
- Estructura banco de proyectos.
- Ordenación de archivos de gestión - TRD. Optimización de Admiarchi.
- Centralización de la correspondencia – tercerización del servicio.
- Sistema de información para alertas a las vigencias los procesos jurídicos.

Si bien se identifican, a lo largo de las 15 auditorías internas de calidad realizadas, un

total de 67 hallazgos constituidos por 39 no conformidades y 28 oportunidades de mejora, además de la necesidad de realizar una auditoría complementaria al proceso de Recursos de Apoyo Académico, estas situaciones detectadas no se constituyen en fallas estructurales o mayores del Sistema que pongan de manifiesto su falta de conformidad generalizada. Se trata de situaciones puntuales que deben tratarse con correcciones, acciones correctivas y preventivas, como un punto más de partida para la optimización del Sistema y que le permitirán seguir avanzando en su camino por la mejora continua.

DESEMPEÑO DEL PROCESO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO: PROCEDIMIENTO AUDITOR

El siguiente análisis se basa en los conceptos recibidos de los líderes de procesos durante la retroalimentación sobre el desempeño de los auditores internos y la autoevaluación general al proceso.

FORTALEZAS DEL PROCEDIMIENTO AUDITOR:

- Madurez de los auditores: conocimiento de los procesos.
- Mejores prácticas de auditoría: mejor competencia técnica de los auditores.
- Mayor profundidad.
- Compromiso y sentido de responsabilidad de los auditores.
- Percepción de mayor enfoque entre los auditados.

DEBILIDADES:

- Amplia brecha entre auditores expertos y en formación. Se perciben grandes diferencias.
- Algunos auditores con desempeños no apropiados de acuerdo a la percepción de los auditados:
 - Intereses personales
 - Sesgos
 - Actitudes inadecuadas: juicios de valor
 - Retiros “de última hora” de algunos auditores.
 - Conocimiento limitado de los procesos por parte de los auditores

AMENAZAS:

- Baja pertinencia, eficacia y efectividad de ACPM producto de auditorías.
- Coexistencia de auditorías externas y autoevaluaciones: percepción de saturación.
- Equipo auditor insostenible bajo las actuales condiciones:
 - Baja frecuencia de auditorías de calidad: pérdida de interés por poca participación.
 - Desinterés de los auditores por falta de incentivos: alta dedicación (62 horas/prom por una auditoría).
- Software de Auditorías y ACPM sin soporte técnico y con importantes necesidades de optimización:
 - Imposibilidad para gestionar simultáneamente, múltiples versiones del programa y de auditorías integrales.
 - Monitoreo “artesanal - manual” del progreso del programa de auditorías y del estado de ACPM.

OPORTUNIDADES:

- Equipo auditor como facilitador del SIG en los procesos.
- Intercambio de auditores con la Universidad Nacional.
- Procedimiento de auditorías como parte de la oferta de servicios de la Universidad.

DESAFÍOS:

- Estamos sobre-diagnosticados: las auditorías internas siguen encontrando hallazgos recurrentes.
- Baja pertinencia y efectividad de los planes de mejoramiento de los procesos producto de las auditorías: ACPM pertinentes y que se cumplen.
- Atacar la coexistencia de múltiples auditorías internas y externas: convergencia de objetivos de auditoría y planes de mejoramiento (optimizar procedimiento y software Auditoría y ACPM)
- Incentivos a Auditores: emitir acto administrativo mediante el cual se reglamente el reconocimiento de incentivos no pecuniarios a los auditores internos. Por ejemplo: tiempo compensatorio, capacitación no formal, premios, beca para formación en postgrado en gestión de la calidad o temas afines.
- Formación de auditores internos docentes: convocatoria exclusiva realizar diplomado.

Los respectivos informes, hallazgos, conclusiones y recomendaciones se encuentran disponibles para consulta en la Oficina de Control Interno de Gestión, allí se pueden consultar los detalles correspondientes.

PROGRAMA DE AUDITORIAS 2013

Actualmente se encuentra aprobado por el Rector y el Representante de la Dirección el programa de auditorías para la vigencia 2013, compuesto de 3 auditorías de calidad (Direccionamiento, complementaria de Recursos de Apoyo Académico – Postgrados y Consultorio Jurídico) y 24 auditorías de Control Interno de gestión y fiscal. Es importante señalar que esta programa puede ser susceptible de ajustes durante la vigencia, según las necesidades adicionales de auditorías se puedan surgir. El programa se encuentra disponible para su consulta en los archivos de la Oficina de Control Interno.

Frente a las acciones de mejoramiento asociadas al proceso auditor, estas quedarán definidas en el informe oficial de Revisión por la Dirección que ha de aprobar el señor Rector y que se encuentran bajo la coordinación del SIG.

PLANES DE MEJORAMIENTO

- **Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora (ACPM)**
- **Registros de seguimiento y cierre de ACPM¹**

Con fecha 8 de mayo, se presentó un informe por parte de la Oficina de Control Interno sobre el estado de implementación de ACPM. De manera resumida este informe da cuenta de lo siguiente:

La Oficina de Control Interno como responsable del procedimiento de Auditorías Internas y de la coordinación de la Gestión del Riesgo, tiene a su cargo la gestión de las Acciones Correctivas, Preventivas de Mejora - ACPM, resultantes de estas dos importantes fuentes de evaluación y gestión preventiva.

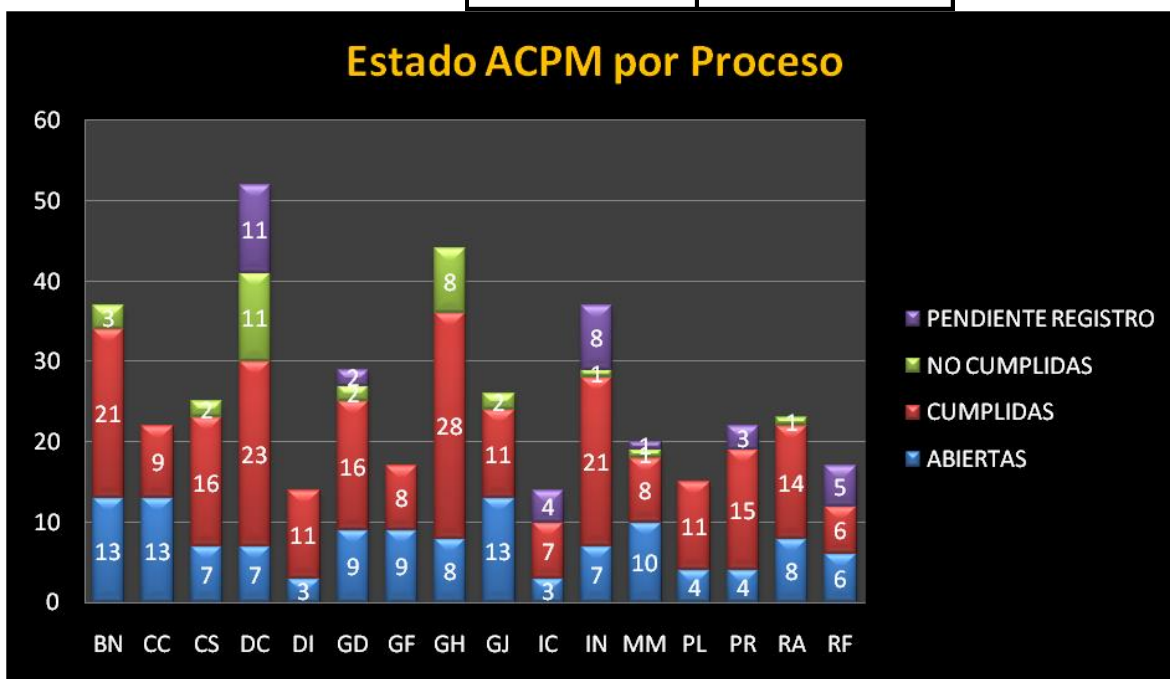
Por tal razón este informe presenta detalles sobre el comportamiento histórico en la

¹Tomado del informe presentado para la Revisión por la Dirección efectuada el 8 de mayo de 2013

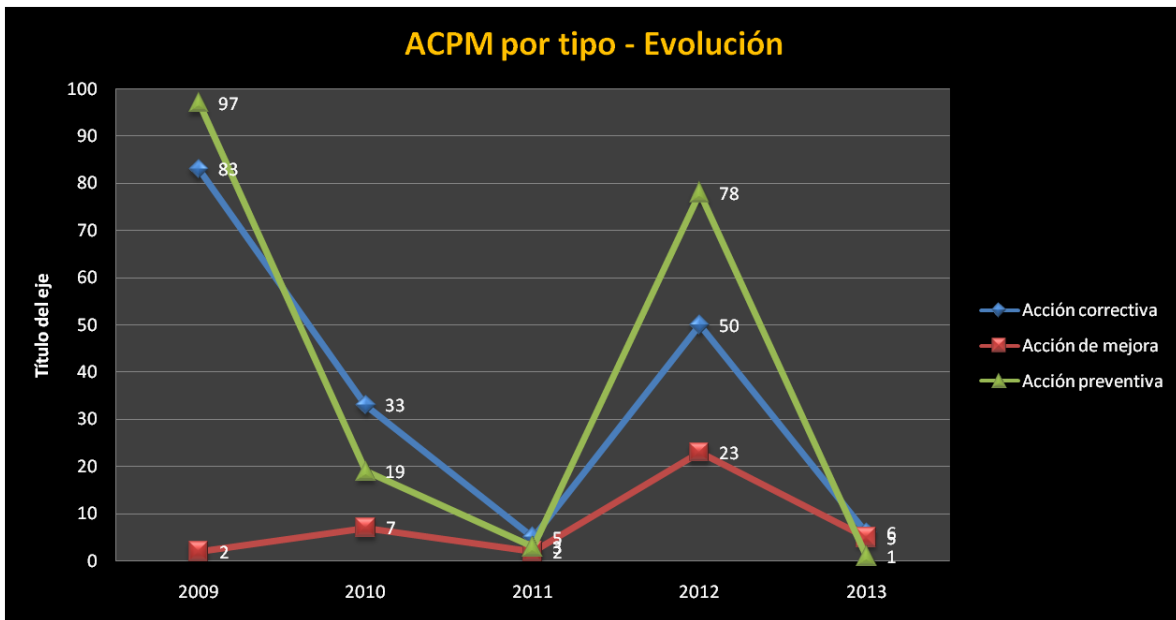
gestión de las ACPM para todos los procesos y de acuerdo a todas las fuentes de generación existentes. Finalmente se presentan algunas conclusiones y recomendaciones.

ALGUNAS ESTADISTICAS SOBRE ACPM²:

RESUMEN GENERAL ESTADO ACPM (corte 6 de mayo de 2013)				
TOTAL GENERAL	ABIERTAS	CERRADAS		PENDIENTE REGISTRO
		CUMPLIDAS	NO CUMPLIDAS	
414	124	225	31	34
	30%	62%		8%
		54%	7%	

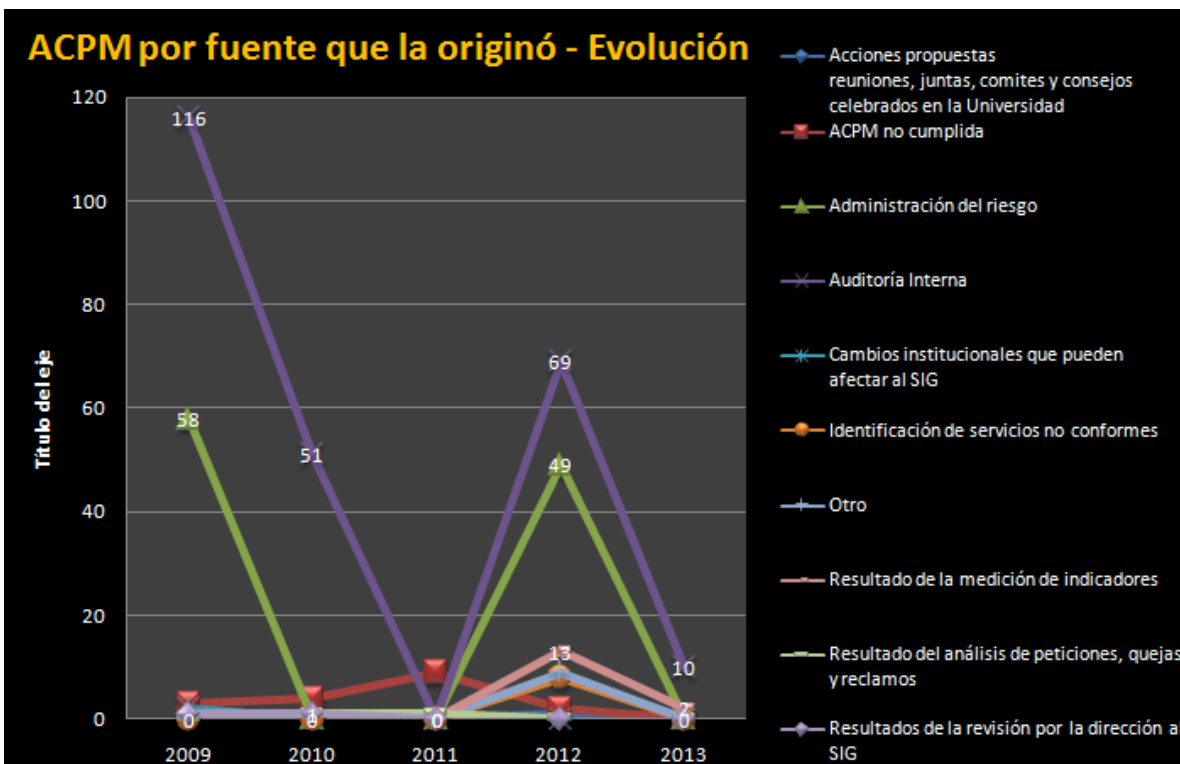


² Información con corte a 6 de mayo de 2013



Los picos corresponden a las vigencias en las que se efectuaron auditorías internas de calidad y actualización de mapas de riesgos, lo que conduce a un incremento en las ACPM.

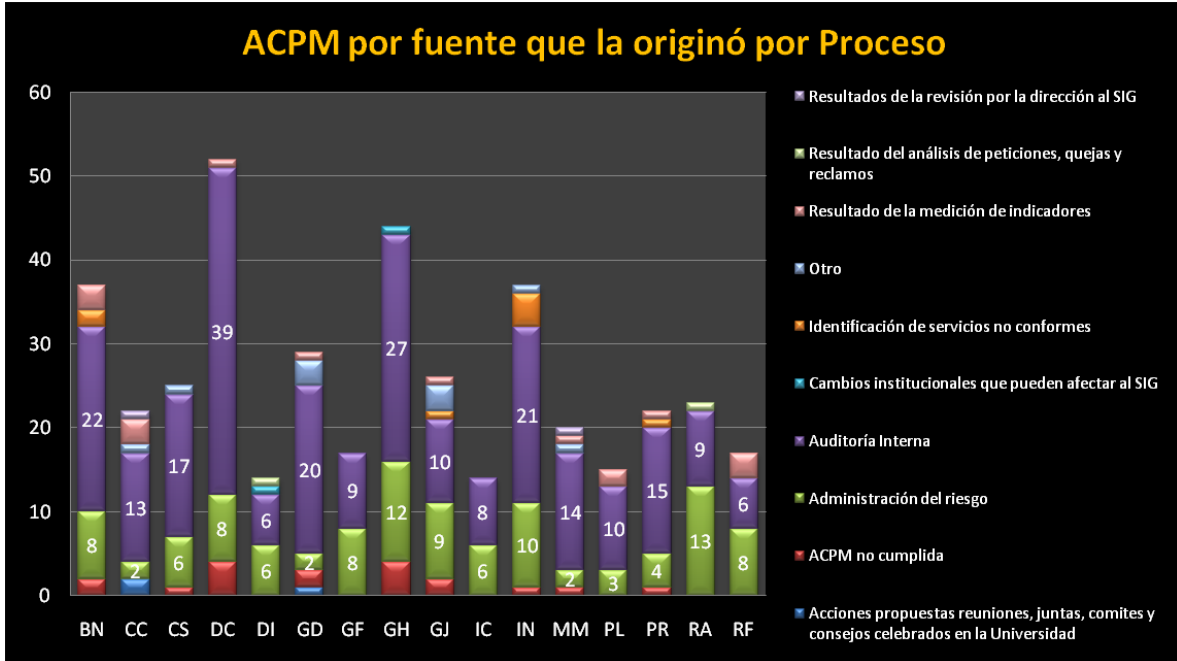
Un indicador positivo para los sistemas de calidad se asocia a tendencias decrecientes en acciones correctivas y crecientes en acciones preventivas y de mejora



Aunque se evidencian avances en la autogestión de la mejora en los procesos, persiste de manera evidente la dependencia a las fuentes de Auditoría para la generación de

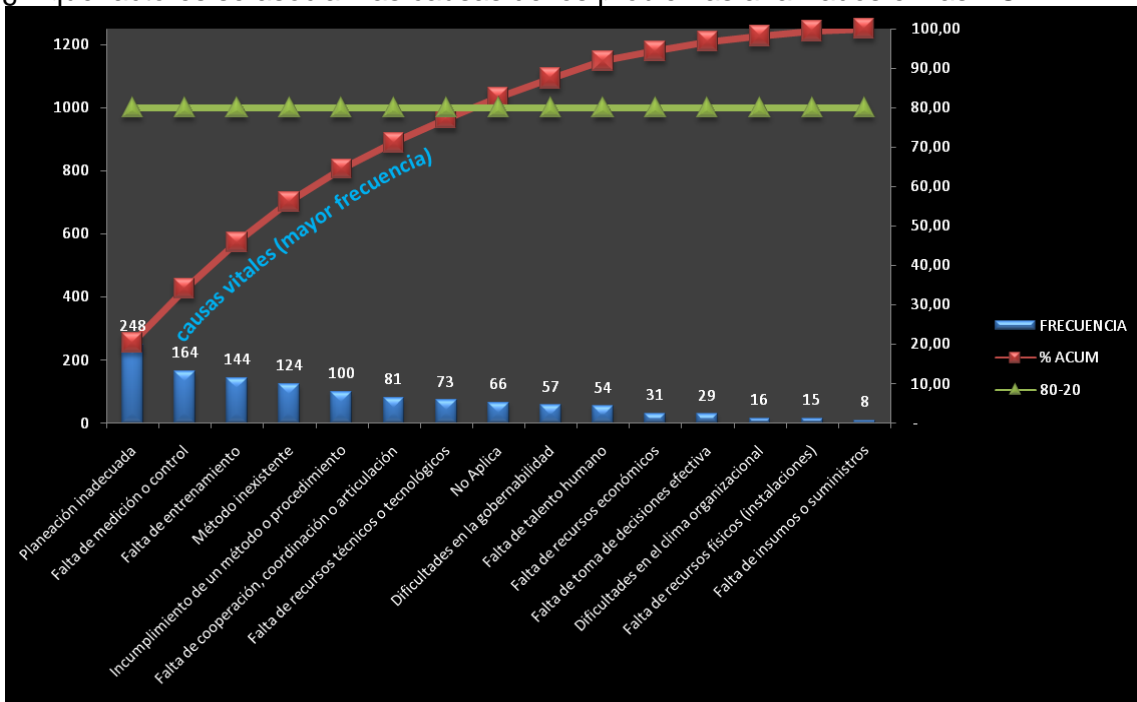
ACPM, así como las derivadas de la Gestión del Riesgo.

En un Sistema maduro deberían prevalecer, las ACPM que se implementan por iniciativa autónoma de los procesos. Nótese que solo a partir del 2011 se inicia esta dinámica.



Poco a poco, los procesos se comprometen con la gestión autónoma de la mejora. Esta buena práctica se debe cultivarse, para evolucionar a una gestión institucional más proactiva que correctiva.

¿A qué factores se asocian las causas de los problemas analizados en las ACPM?



CONCLUSIONES:

Además de las ACPM más relevantes listadas en los informes de revisión por la dirección correspondientes a las entradas de “Auditorías Internas” y “Administración del Riesgo”, puede mencionarse como aspectos significativos del desempeño, el hecho de progresivamente se ha incrementado la apropiación del ciclo de mejoramiento continuo entre los procesos y ello ha conducido a que se evidencien avances significativos en el registro de planes de mejora.

No obstante lo anterior, se identifican una serie de desafíos o aspectos por mejorar como los que se listan a continuación:

1. Coexistencia de diversos planes de mejoramiento que generan distancias en el concepto de “Integralidad” del Sistema de Gestión, atomización de acciones de baja pertinencia y sobre-esfuerzos de los procesos:
 - Auditorías internas
 - Auditorías externas
 - Autoevaluación Institucional
 - Autoevaluación de programas
2. Baja pertinencia e incumplimiento de las acciones: en los procesos desperdiciamos la oportunidad de mejorar en aspectos diagnosticados.
3. Persiste dependencia de la evaluación para la mejora: no usamos el software para formular ACPM de manera autónoma.
4. Software de ACPM poco atractivo: no es fácil de usar, no aporta alarmas u otras herramientas para su consulta.

Frente a las acciones de mejoramiento asociadas a la gestión de ACPM estas quedarán definidas en el informe oficial de Revisión por la Dirección que ha de aprobar el señor Rector y que se encuentran bajo la coordinación del SIG.

- Informes de auditorías de certificación

Como se indicó en párrafos anteriores, actualmente las Certificaciones NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008 ICONTEC e ISO 9001:2008 IQNet obtenidas en el mes de enero de 2010, fueron renovadas con una vigencia hasta el 24 de enero de 2016.

- Plan de mejoramiento Contraloría General de la República y sus respectivos informes de seguimiento realizados por la oficina de control interno de gestión.

A la fecha de emisión del presente informe se había reportado el resultado del indicador de cumplimiento del plan de mejoramiento al equipo coordinador del SIG, con corte a junio 30 de 2013, señalando los siguientes aspectos:

- Los hallazgos determinados por el ente externo de control corresponden a la auditoría realizada durante el año 2012 a la vigencia fiscal de 2011, en donde la Contraloría detectó catorce (14) hallazgos.
- Seguidamente, dio el tratamiento respectivo derivando de este procedimiento que sus suscribiera el plan de mejoramiento el día 07/02/2013 con veintinueve (29) actividades a realizar para eliminar los hallazgos detectados.
- En la medición del primer trimestre de 2013, se alcanzó un cumplimiento del 10.34%; es decir que de las veintinueve actividades programadas se dio cumplimiento a tres de ellas, dado que las fechas de vencimiento se extendían a lo largo de la vigencia. ($3/29 = 10.34\%$).
- Para el segundo trimestre de 2013, se dio cumplimiento a un total dieciocho (18) actividades, (sumadas las tres del primer trimestre), en consecuencia, el indicador se convierte en 18/29 que equivale al 62.07% de cumplimiento.
- En resumen, los números que se obtienen del plan de mejoramiento son los siguientes:
 - a. 18 hallazgos detectados por la CGR
 - b. 29 actividades propuestas por la Universidad de Caldas
 - c. 18 actividades ejecutadas durante el primer semestre del año
 - d. 11 actividades por ejecutar
- Las actividades por ejecutar se les irá dando el tratamiento respectivo conforme a las fechas de vencimiento propuestas en cada una de ellas. Actualmente la implementación de los compromisos se encuentra dentro de los términos previstos en el plan de mejoramiento.

ALGUNOS RESULTADOS RELEVANTES OBTENIDOS CON LA EJECUCIÓN DEL PLAN:

Dentro de los aspectos más representativos con la ejecución del plan de mejoramiento, tenemos los siguientes:

- Se evaluaron los procedimientos documentados en el SIG: P-IN-85, P-IN-77 y P-IN-580, relacionados con la presentación y seguimiento de proyectos de investigación, con el fin de establecer claramente periodos de entrega de informes de acuerdo al tiempo de duración del proyecto y mecanismos de validación de entrega de informes.
- Se evaluaron las causas de no publicación de proyectos de investigación identificando si estas son atribuibles a la calidad del proceso investigativo, evaluación realizada por la Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados.
- Actualmente, se encuentra en revisión el procedimiento para rediseñar y documentar el Banco de Programas y Proyectos incluyendo aspectos relacionados con la

formulación, evaluación de viabilidad, ejecución y evaluación de resultados, en articulación con los ordenadores del gasto y las dependencias de la Universidad.

- Se llevaron a cabo reuniones programadas con los ordenadores del gasto lideradas por la oficina de Planeación sobre el funcionamiento del Banco de Proyectos.

Dificultades

No se reportan dificultades, en tanto las acciones de mejoramiento identificadas ya se encuentran comprometidas y están siendo gestionadas a través de acciones correctivas, preventivas y de mejora – ACPM o el plan de mejoramiento del ITN, lo cual asegura su planificación y su seguimiento y cierre por parte de la Oficina de Control Interno, quien tiene a su cargo el seguimiento de todos estos compromisos.

Estado general del Sistema de Control Interno

Como se ha recordado en cada informe producido por este despacho, el Sistema de Control Interno de la Universidad, está dotado de unos instrumentos de evaluación que actúan como validadores tanto internos como externos de su eficacia, eficiencia y efectividad:

a. Instrumentos de evaluación interna de la Institución:

- Auditorías internas.
- Evaluación de Departamentos.
- Sistema de medición del desempeño de procesos (indicadores). Medición de indicadores y aplicación de encuestas de satisfacción.
- Autoevaluación institucional y de programas, con fines de acreditación o reacreditación.
- Medición de la percepción y satisfacción de la comunidad universitaria.

b. Instrumentos de evaluación externa de la Institución:

- Evaluación del Sistema de Control Interno – DAFP
- Certificaciones de calidad ICONTEC: Pre- auditoría, Otorgamiento y Seguimiento.
- Índice de Transparencia por Colombia.
- Auditorías Gubernamentales con Enfoque Integral Contraloría General de la República.
- Encuesta sobre Ambiente y Desempeño Institucional Nacional –EDI.
- Otras Auditorias. Evaluación del Ministerio de Educación Nacional a los Sistemas de Gestión de Calidad de las Universidades Certificadas.

La Universidad de Caldas muestra una dinámica de implementación permanente de estos mecanismos y de mejora continua de los mismos. La acreditación de alta calidad, acreditación y registro calificado de sus programas académicos y la certificación de calidad de su sistema de gestión se constituyen en las cuotas voluntarias de garantía de mantenimiento de un sistema de control interno eficaz, eficiente y efectivo. Mantener y renovar estas distinciones, solo se logra demostrando una cultura de autocontrol, autogestión y autorregulación implementada y por tanto son señal del compromiso y apuesta voluntaria institucional hacia la excelencia en cumplimiento de su función social y observancia de las buenas prácticas de gestión pública.

La Oficina de Control Interno presenta en estos informes un panorama de implementación y mejora continua de cada uno de los aspectos contemplados en la norma de calidad y en el Modelo Estándar de Control Interno y es a través de la aplicación sus instrumentos de seguimiento y evaluación que puede emitir un concepto favorable de un sistema de control interno vivo y en pleno mejoramiento continuo, capaz de identificar tanto sus avances como su debilidades y desafíos.

Recomendaciones

De manera general planificar e implementar las acciones correctivas, preventivas y de mejora y planes de mejoramiento que se describen en este informe, de lo cual es responsable la Oficina de Control Interno de realizar seguimiento y reporte de cumplimiento a través de instrumentos como este.