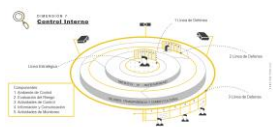


Nombre de la Entidad:	UNIVERSIDAD DE CALDAS
Periodo Evaluado:	DICIEMBRE DE 2022



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	84%
---	-----

**Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno**

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La Universidad de Caldas, mediante Acuerdo 56 de 2018 del Consejo Superior, reglamenta el ejercicio del control interno en la Universidad de Caldas; para el desarrollo del ejercicio de auditoría, Resolución 1679 de 2022 de Rectoría y con la aprobación del Comité de Coordinación de Control Interno, adoptó el Estatuto y Código de Ética de Auditoría Interna que define el propósito, la autoridad y la responsabilidad de la actividad de Auditoría Interna. El Acuerdo 16 del 2022, adopta el modelo MIPG-Modelo Integrado de Planeación y Gestión, el cual en la dimensión F incluye los factores determinantes para el MECI-Modelo Estándar de Control Interno. Igualmente, ha implementado y certificado el Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015, el cual incorpora de manera coordinada los lineamientos de los artes mencionados, entre otros sistemas, los cuales operan de manera integrada y se encuentran documentados en la plataforma SIG, cuenta con una estructura de mapa de procesos y su despliegue en procedimientos, instructivos e indicadores, mapa de riesgos actualizado, conforme a los lineamientos del DAFP. Se han establecido además planes de implementación MECI y MIPG, liderados por Planeación y Control Interno, lo que permite generar avances y mantener los esquemas alcanzados propendiendo la implementación de todos sus componentes.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El sistema de control interno de la Universidad es efectivo, por cuando el diseño de procesos y su caracterización permite identificar la trazabilidad de estos los controles, riesgos e indicadores, dentro del proceso de mejora es importante realizar revisión para actualización e incorporar algunos elementos necesarios para el logro de los estándares; igualmente para el cumplimiento de algunos parámetros relacionados con lineamientos normativos y la actualización continua de documentos del Sistema MIPG y caldas. Para evidenciar la efectividad en el proceso de auditoría se documentó instructivo: Medición Eficacia de las Acciones de Mejora, en proceso de revisión y aprobación por Planeación. Se evidencia un avance del 77% en el 2021, 81% a junio del 2022 y 83% a diciembre del 2022, es decir 6% frente al periodo anterior.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La Universidad de Caldas, conforme al manual de funciones y estructura de mapa de proceso, tiene definidas las líneas de defensa (Acuerdo 16 del 2018 y Acuerdo 16 del 2022); se debe fortalecer su despliegue respecto a perfiles y responsabilidades; las líneas de comunicación e interacción para la adecuada toma de decisiones se identifica desde el manual de funciones de la entidad. Se crea el comité de gestión y desempeño mediante acto administrativo, se realizan reuniones de equipo directivo, las cuales incluyen el análisis de temas y la concertación acciones.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual, Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	71%	Se generó un avance significativo con la adopción y socialización del código de integridad, plan anticorrupción, política de administración del riesgo, interacción del Comité Interinstitucional de Control Interno y la aprobación del plan de auditoría. Mediante auditorías internas se fortaleció el esquema de documentación y reporte en el SIG. Se recomienda la adopción de formatos de Conflicto de Interés, algunos puntos relacionados con ley de transparencia y acceso a la información, líneas de denuncia (su contornamiento), despliegue de líneas de defensa, documentación e implementación de los lineamientos establecidos para el Plan Estratégico de Talento Humano y la medición del impacto a capacitación y los planes de mejoramiento.	69%	Se generó un avance significativo con la adopción y socialización del código de integridad, plan anticorrupción, política de administración del riesgo, interacción del Comité Interinstitucional de Control Interno y la aprobación del plan de auditoría. Es pertinente fortalecer el esquema de documentación y reporte en el SIG de Conflicto de Interés, algunos puntos relacionados con ley de transparencia y acceso a la información, líneas de denuncia (su contornamiento), despliegue de líneas de defensa, documentación e implementación de los lineamientos establecidos para el Plan Estratégico de Talento Humano y la medición del impacto a capacitación y los planes de mejoramiento.	2%
Evaluación de riesgos	Si	88%	El proceso de administración de riesgos se actualizó mediante la adopción de la política y la metodología de administración de riesgos propuesta por el DAFP, se incluye análisis y valoración de controles para determinar el riesgo residual. Igualmente, la implementación de acciones de manejo de riesgo para los riesgos priorizados. Realiza seguimiento a la política y riesgos por parte de Control Interno, se mejora el alcance para todos los procesos. Se documenta mapa de riesgos de corrupción el cual no ha sido socializado al Comité de Control Interno. Se recomienda consolidar informe de riesgos con la documentación de factores internos y externos; la inclusión de riesgos de actividades tercerizadas y el uso de software para el manejo de la información, disponibilidad, actualización y consolidación.	88%	El proceso de administración de riesgos se actualizó mediante la adopción de la política y la metodología de administración de riesgos propuesta por el DAFP, se incluye análisis y valoración de controles para determinar el riesgo residual. Igualmente, la implementación de acciones de manejo de riesgo para los riesgos priorizados. Realiza seguimiento a la política y riesgos por parte de Control Interno, se mejora el alcance para todos los procesos. Se documenta mapa de riesgos de corrupción el cual no ha sido socializado al Comité de Control Interno. Por otro lado la matriz definida no identifica factores internos y externos. Se recomienda el uso de software para la mejora del manejo de la información, disponibilidad, actualización y consolidación.	0%
Actividades de control	Si	88%	Los procesos, procedimientos, indicadores y documentos asociados se encuentran bajo un sistema de información de fácil acceso y consulta, sin embargo se recomienda su verificación para actualización a través de revisiones periódicas, igualmente algunos asociados a la normatividad interna y externa que se encuentran publicada. Se realizan evaluaciones independientes de calidad y control interno, las cuales cuentan con plan de mejora, es importante fortalecer la oportuna respuesta y cumplimiento de los mismos; igualmente los previstos por diagnósticos de autoevaluación, con el fin de alcanzar las brechas identificadas. Fortalecer el esquema de Gobierno Digital, evaluación a proveedores tecnológicos, incluir en la política de seguridad de la información un rol de control y evaluación; y auditorías asociadas a Tics.	88%	Los procesos, procedimientos, indicadores y documentos asociados se encuentran bajo un sistema de información de fácil acceso y consulta, sin embargo se recomienda su verificación para actualización a través de revisiones periódicas, igualmente algunos asociados al cumplimiento de normatividad que se encuentran en la página web. Se realizan evaluaciones independientes de calidad y control interno, las cuales cuentan con plan de mejora, es importante fortalecer la oportuna respuesta y cumplimiento de los mismos; igualmente los previstos por diagnósticos de autoevaluación, con el fin de alcanzar las brechas identificadas. Fortalecer el esquema de Gobierno Digital, evaluación a proveedores tecnológicos y auditorías asociadas a Tics.	-1%
Información y comunicación	Si	86%	Se cuenta con plan de comunicación, pendiente de actualización; interacción amplia por diferentes canales de difusión y redes sociales, lo que evidencia un alcance importante al cliente interno y externo. Se documentó el cronograma de comunicaciones de publicación, y se han mejorado los lineamientos de Ley de transparencia y acceso a la información; igualmente se pudo constatar un grado de avance alto con relación a temas de Gestión documental y atención oportuna a POR's. Respecto a las manifestaciones de los usuarios en general se debe realizar seguimiento para la mejora y documentario. Para las encuestas de satisfacción es necesario establecer muestra estadística e incluir los grupos de valor. Se actualizó y amplió el alcance de la caracterización de los grupos de valor.	82%	Se cuenta con plan de comunicación, pendiente de actualización; interacción amplia por diferentes canales de difusión y redes sociales, lo que evidencia un alcance importante al cliente interno y externo. Se debe establecer cronograma de comunicaciones de publicación, fortalecer los lineamientos de Ley de transparencia y acceso a la información. Se cuenta con Matriz de comunicaciones interna y externa para cada proceso, igualmente se pudo constatar un grado de avance alto con relación a temas de Gestión documental y atención a POR's. Para las encuestas de satisfacción es necesario establecer muestra estadística e incluir los grupos de valor. Se actualizó y amplió el alcance de la caracterización de los grupos de valor.	4%
Monitoreo	Si	86%	El comité de coordinación de control interno, aprobó el plan de auditoría de la vigencia, proyectado con base en el análisis de priorización de riesgos; se documenta política de riesgos y se realiza informe de seguimiento, los estatutos y código de ética del auditor se fueron revisados y aprobados por el Comité de Control Interno y legalizados mediante Resolución de Rectoría. Se cuenta con planes de mejora internos y externos, que pueden ser mejorados respecto a la oportunidad de su formulación y retroalimentación para cumplimiento; se deben fortalecer la socializar en comité de control interno informes relacionados con riesgos; implementar métodos para monitoreo continuo y seguimiento en línea; implementación de evaluación de riesgos para servicios contratados; la inclusión de análisis y acciones de mejora para POR's y encuestas de satisfacción; fortalecer el autocontrol de líderes de proceso frente a la información generada; y la gestión e identificación de manifestaciones correspondientes a otras entidades (actualizar el procedimiento). Se proyecta documento para la implementación de la medición de efectividad de las acciones de mejora en proceso de revisión por planeación.	79%	El comité de coordinación de control interno, aprobó el plan de auditoría de la vigencia, proyectado con base en el análisis de priorización de riesgos; se documenta política de riesgos y se realiza informe de seguimiento, los estatutos y código de ética del auditor se encuentran en proceso de aprobación. Se cuenta con planes de mejora internos y externos, pueden ser mejorados respecto a la oportunidad de su formulación y retroalimentación para cumplimiento. Se deben socializar en comité de control interno informes relacionados con riesgos; implementar métodos para monitoreo continuo y seguimiento en línea; implementación de evaluación de riesgos para servicios contratados; se diseñe y accionen la mejora para POR's y la gestión e identificación de manifestaciones correspondientes a otras entidades.	7%