

Nombre de la Entidad:
Periodo Evaluado:

UNIVERSIDAD DE CALDAS
DICIEMBRE DEL 2023



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

89%

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 de la función de auditoría, con la Resolución 1679 de 2022 de Rectoría y con la aprobación del Comité de Coordinación de Control Interno, aprobó los Estatutos 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 7 incluye los factores determinados para el MECI- Modelo Estándar de Control Interno. Se incorpora de manera coordinada los lineamientos antes mencionados, entre otros sistemas, los cuales operan de manera articulada 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 niveles de implementación alcanzados prestando 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 cuanto el diseño de procesos y su caracterización permite identificar la trazabilidad de estos los controles, riesgos e indicadores, planes contribuyendo al proceso de mejora; es importante realizar revisión para actualización e incorporar algunos elementos necesarios para el logro del modelo; igualmente para algunos parámetros relacionados con lineamientos normativos y la actualización continua de documentos en el SIG. Para evidenciar la efectividad en el proceso de auditoría se documentó y aprobó instructivo: Medición Eficacia de las Acciones de Mejora, primera medición. Se evidencia un avance del 77% en el 2021, 2022 del 84% y la actual 89%, es decir 5% 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 56 del 2018 y Acuerdo 16 del 2022) y en la documentación de la política de riesgos; se debe fortalecer su despliegue respecto a perfiles y responsabilidades, las líneas de comunicación e interacción. Mediante el comité de gestión y desempeño creado mediante acto administrativo, se realizan reuniones de equipo directivo, las cuales incluyen el análisis de temas y la concertación acciones, y despliegue de acciones frente a las líneas de defensa.

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	79%	Mediante el formato de autodiagnóstico se identificó un avance en la política de integridad del 78.6% que se deben fortalecer algunos aspectos como la evaluación, retroalimentación y socialización de resultados, el micrositio web cuenta con la trazabilidad de esta política. El plan anticorrupción y atención al ciudadano se encuentra publicado en la página web institucional con seguimientos cuatrimestrales y cubre las líneas de acción de dicho instrumento. El comité de gestión y desempeño creado mediante acto administrativo. Los índices ITA alcanzados dan cuenta de la mejora en el cumplimiento de estos lineamientos. El comité de institucional de control interno se encuentra conformado, y en funcionamiento. Las líneas de defensa se encuentran definidas en el modelo de control interno Acuerdo 56 y política de gestión del riesgo, se debe mejorar su despliegue. No se cuenta con Plan Estratégico de Talento Humano, la mayoría de los esquemas se encuentran implementados de manera desarticulada, el plan de capacitación nace desde un proceso de diagnóstico pero no se evalúa su impacto. El plan de auditoría es presentado y aprobado por el comité de coordinación de control interno, se realiza seguimiento a su ejecución y planes de mejoramiento.	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 conformación), despliegue de línea 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.	8%
Evaluación de riesgos	Si	97%	La política de riesgos institucional fue actualizada y aprobada mediante acto de comité de control interno, mediante el comité MIPG se asumieron funciones para la gestión del riesgo. La metodología de administración de riesgos incluye la valoración de riesgos, controles, riesgos inicial y residual, se realizan y documentan acciones de manejo de riesgo para cada uno de los procesos con el acompañamiento del área de planeación, y se realizan seguimientos periódicos al cumplimiento de controles y acciones de mejora. Esta metodología incluye los mapas de riesgo anticorrupción, dichos informes son publicados cuatrimestralmente en la página web institucional. El análisis interno y externo de la entidad se encuentra caracterizado por planeación desde el diagnóstico institucional para planeación estratégica. No se encuentra actualizado el "Proyecto Educativo Institucional". Se recomienda el uso de software en línea que permita la interacción de los procesos con el esquema de la gestión de riesgo.	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 considerar informe de riesgos con la documentación de factores internos y externos; la inclusión de riesgos de actividades teorizadas y el uso de software para el manejo de la información, disponibilidad, actualización y consolidación.	9%
Actividades de control	Si	92%	En la página web institucional de consulta abierta para toda la comunidad universitaria y en general, se encuentra todo el esquema de mapa de procesos, procedimiento e instructivos, normogramas, se cuenta con una estructura de mapa de procesos la cual abarca el esquema de operación y los modelos de calidad, integ, ambiental, SST, entre otros. Los documentos del Sistema de Gestión son revisados y actualizados periódicamente, de acuerdo a las necesidades. Se cuenta con FETI, software norma, financiero, archivo, académico no interconectados. Se recomienda fortalecer los esquemas establecidos en gobierno digital para infraestructura tecnológica, control de usuarios, equipos, hojas de vida, compatibilidad y transferencia de información entre los sistemas de información. 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 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.	4%
Información y comunicación	Si	86%	La universidad cuenta con sistemas de información para la operación financiero, norma, archivo, atención de pqr y académico; cuenta con TRD aprobadas e implementadas y TIVA aprobadas en proceso de implementación de cuenta con política de protección de datos cubren los principios de integridad y activos de información, se evidencia mejora en índice de transparencia ITA, el cual cuenta con plan de implementación para el cumplimiento de todos los parámetros, se inician datos abiertos. Proceso de rendición de cuenta interacción antes y seguimiento a través de encuesta con resultados positivos. Se debe documentar las políticas de operación. Se cuenta con canales de denuncia anónima, gestión de PQR a través de la oficina de Atención al Usuario y publicación de resultados en la página web, las cuales deben ser analizadas para establecer acciones de mejora. El manual de comunicaciones institucional involucra acciones internas y externas, se recomienda referenciación con instructivos MIPG. 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.	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 comunicación 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 PQR'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.	0%
Monitoreo	Si	89%	Se documento instructivo y se realiza primera medición de efectividad de las acciones de mejora documento aprobado y publicado en el SIG; se realiza primera medición para planes de mejora del 2021 con criterio de cumplimiento 100%. El plan de auditoría fue aprobado y seguimiento por el Comité de Control Interno. Suscripción de compromiso ético del auditor, medición del ejercicio de auditoría y calidad de los informes, formulación de plan de mejora, el esquema de líneas de defensa la cual debe ser oficializada, se debe fortalecer la segunda línea de defensa con fundamento en el autocontrol. Se cuenta con planes de mejoramiento con fundamento en el autocontrol. Se cuenta con realiza seguimientos periódicos y se retroalimenta con la alta dirección. Mediante el seguimiento a manifestaciones de los usuarios se amplió el análisis por causa para retroalimentación por procesos para el establecimiento de acciones de mejora. Para el fortalecimiento de la gestión de monitoreo se deben implementar herramientas de gestión informática que incluyan la interacción con los líderes de proceso y la generación de reportes para seguimiento.	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 PQR's y encuestas de satisfacción; fortalecer el autocontrol de interés de proceso frente a la información generada; y la gestión e identificación de manifestaciones correspondientes a otras entidades (actualizar el procedimiento). Se proyecto documento para la implementación de la medición de efectividad de las acciones de mejora en proceso de revisión por planeación.	3%