Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos
SAPIENCIA
Agencia de Educación Superior de Medellín

INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

CUATRIMESTRE
JULIO 1° – OCTUBRE 31 DE 2018

OFICINA DE CONTROL INTERNO

AGENCIA DE EDUCACIÓN SUPERIOR DE MEDELLIN – SAPIENCIA

Noviembre 9 de 2018

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN..... 3

1. MARCO NORMATIVO..... 4

2. DIMENSIÓN 7 “CONTROL INTERNO” – AUTODIAGNOSTICO DE MIPG. 6

2.1. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL 6

2.2. COMPONENTE GESTIÓN DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES 11

2.3. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL. 16

2.4. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN. 22

2.5. COMPONENTE MONITOREO Y SUPERVISIÓN CONTINUA. 34

2.6. CONSOLIDADO FINAL DE LA DIMENSIÓN DE CONTROL INTERNO 38

3. RESULTADOS INDICES DESEMPEÑO INSTITUCIONAL-FURAG II-DAFP..... 39

3.1. INDICE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO” 39

4. RESULTADOS AUTODIAGNOSTICOS DIMENSIONES MIPG vs RESULTADOS GESTIÓN Y DESEMPEÑO REALIZADA POR EL DAFP A TRAVÉS DEL FURAG..... 40

5. RECOMENDACIONES. 47

INTRODUCCIÓN

El Decreto 1499 de septiembre 11 de 2017, expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 y el cual en el Título 23 presenta la articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno, donde El Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 489 de 1998, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades, establece el seguimiento al Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Mediante el Decreto 1364 de 2012, expedido por el Alcalde de Medellín, fue creada la Agencia de Educación Superior de Medellín – SAPIENCIA, como una Unidad Administrativa Especial, del orden municipal, con personería jurídica, autonomía administrativa, financiera, presupuestal, patrimonio propio, con funciones de liderar la estrategia de buen tránsito a la Educación Superior; promover una mayor eficiencia, transparencia y optimización de los recursos públicos y una prestación especializada, coordinada y complementaria de las Instituciones intervinientes; por lo tanto le es aplicable el Decreto 1499 de 2017.

El seguimiento cuatrimestral pormenorizado del estado del sistema del control interno en las Entidades públicas, se realiza tres (3) veces al año, con corte a 28 de febrero, 30 de junio, 31 de octubre y se publica en la página web de la entidad.

1. MARCO NORMATIVO

Según lo dispuesto específicamente en la Ley 1474 de 2011, por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública y las normas de carácter superior y legal, le asigna a las Oficinas de Control Interno, el deber constitucional y legal de presentar un informe cuatrimestral pormenorizado del sistema de control interno, con base en las siguientes fuentes normativas y constitucionales, su orden son:

- Constitución Política de Colombia.
- Ley 42 de 1993 (Control Fiscal de la CGR).
- Ley 80 de 1993, artículo 53 (Responsabilidad de los Interventores).
- Ley 87 de 1993 (Sistema Nacional de Control Interno).
- Ley 489 de 1998, artículo 32 (Democratización de la Administración Pública).
- Ley 599 de 2000 (Código Penal).
- Ley 610 de 2000 (establece el trámite de los procesos de responsabilidad fiscal de competencia de las contralorías).
- Ley 734 de 2002 (Código Único Disciplinario).
- Ley 850 de 2003 (Veedurías Ciudadanas).
- Ley 1150 de 2007 (Dicta medidas de eficiencia y transparencia en la contratación con Recursos Públicos).
- Ley 1437 de 2011, artículos 67, 68 y 69 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo).
- Decreto 4326 de 2011 (Divulgación Programas de la Entidad).
- Decreto 4567 de 2011 (Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y decreto Ley 770 de 2005).
- Decreto 4632 de 2011 (Reglamenta Comisión Nacional para la Moralización y la Comisión Nacional Ciudadana para la Lucha contra la Corrupción).

- Decreto 4637 de 2011 (Crea en el DAPR la Secretaría de Transparencia).
- Decreto 0019 de 2012 (Normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública)
- Decreto 2641 de 2012, por el cual se reglamenta los artículos 73 y 76 de la ley 1474 de 2011
- Decreto 1510 de 2013 (Por el cual se reglamenta el sistema de compras y contratación pública).
- Ley 1474 de 2011 (Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión.
- Decreto 943 de 2014.
- Decreto 1499 de septiembre 17 de 2017 del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 y el cual en el Título 23 presenta la articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno.

El Jefe de la oficina de Control Interno o quien haga sus veces, tiene el deber legal de realizar el seguimiento pormenorizado cuatrimestralmente del sistema de Control interno de las Entidades Públicas, conforme lo dispuso la Ley 1474 de 2011.

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL SISTEMA CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011		
Jefe Oficina de Control Interno	Fernando de J. Cardona Jiménez	Período evaluado: Cuatrimestre Julio 1° a octubre 31 de 2018
		Fecha de entrega: Noviembre 9 de 2017

En consecuencia, la Oficina de Control Interno de la Agencia de Educación Superior de Medellín - SAPIENCIA, presenta el análisis de la Séptima Dimensión del Modelo Integrado de Gestión y Planeación MIPG, la cual consta de cinco (5) componentes,

así: Ambiente de Control, Gestión de Riesgos Institucionales, Actividades de Control, Información y Comunicación y Monitoreo o Supervisión Continua.

2. DIMENSIÓN 7 “CONTROL INTERNO” – AUTODIAGNOSTICO DE MIPG.

La evaluación y calificación de la dimensión N° 7 de control interno, según el autodiagnóstico, a octubre 31 de 2018, por componentes, categorías y actividades de gestión, conforme lo establece el DAFP arrojó una calificación total de 81.1, distribuida en los cinco (5) componentes así:

a. Ambiente de Control: 82.4
b. Gestión de Riesgos Institucionales: 81.4
c. Actividades de Control: 77.2
d. Información y Comunicación: 83.3
e. Monitoreo o Supervisión Continua: 81.5

2.1. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

La evaluación y calificación de la dimensión N° 7 de control interno a octubre 31 de 2018, por componentes, categorías y actividades de gestión, conforme lo establece el DAFP arrojó una calificación total de 81.1, distribuida en los cinco (5) componentes así:

a. Diseño adecuado y efectivo del componente Ambiente de Control: 82.4
b. Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica): 82.5
c. Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa): 84
d. Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa): 81.7
e. Responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa): 81.6.

El detalle pormenorizado del componente “ambientes de control” por cada actividad y categoría, es el siguiente:

COMPONENTES	CALIF.	CATEGORÍAS	CALIF.	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE (0 - 100)
Ambiente de Control	**82,4**	Diseño adecuado y efectivo del componente Ambiente de Control	**82,4**	Demostrar el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público, por parte de todos los servidores de la entidad, independientemente de las funciones que desempeñan	**92**
				Cumplir las funciones de supervisión del desempeño del Sistema de Control Interno y determinar las mejoras a que haya lugar, por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	**80**
				Asumir la responsabilidad y el compromiso de establecer los niveles de responsabilidad y autoridad apropiados para la consecución de los objetivos institucionales, por parte de la alta dirección	**85**
				Dar carácter estratégico a la gestión del talento humano de manera que todas sus actividades estén alineadas con los objetivos de la entidad	**70**
				Asignar en personas idóneas, las responsabilidades para la gestión de los riesgos y del control	**85**
		Responsabilidades Alta dirección y Comité Institucional Coordinación de CI (línea estratégica)	**82,5**	Cumplir con los estándares de conducta y la práctica de los principios del servicio público	**85**
				Orientar el Direccionamiento Estratégico y la Planeación Institucional	**90**
				Determinar las políticas y estrategias que aseguran que la estructura, procesos, autoridad y responsabilidad estén claramente definidas para el logro de los objetivos de la entidad	**80**
				Desarrollar los mecanismos incorporados en la Gestión Estratégica del Talento Humano	**75**
		Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa)	**84,0**	Promover y cumplir, a través de su ejemplo, los estándares de conducta y la práctica de los principios del servicio público, en el marco de integridad	**85**
				Evaluar el cumplimiento de los estándares de conducta y la práctica de la integridad (valores) y principios del servicio público de sus equipos de trabajo	**80**
				Proveer información a la alta dirección sobre el funcionamiento de la entidad y el desempeño de los responsables en el cumplimiento de los objetivos, para tomar decisiones a que haya lugar	**85**
				Cumplir las políticas y estrategias establecidas para el desarrollo de los servidores a su cargo, evaluar su desempeño y establecer las medidas de mejora	**85**
				Asegurar que las personas y actividades a su cargo, estén adecuadamente alineadas con la administración	**85**
		Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa)	**81,7**	Aplicar estándares de conducta e Integridad (valores) y principios del servicio público	**82**
				Facilitar la implementación, monitorear la apropiación de dichos estándares por parte de los servidores públicos y alertar a los líderes de proceso, cuando sea el caso	**85**
				Apoyar a la alta dirección, los gerentes públicos y los líderes de proceso para un adecuado y efectivo ejercicio de la gestión de los riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos y metas organizacionales	**85**
				Trabajar coordinadamente con los directivos y demás responsables del cumplimiento de los objetivos de la entidad	**80**
				Monitorear y supervisar el cumplimiento e impacto del plan de desarrollo del talento humano y determinar las acciones de mejora correspondientes, por parte del área de talento humano	**78**
				Analizar e informar a la alta dirección, los gerentes públicos y los líderes de proceso sobre los resultados de la evaluación del desempeño y se toman acciones de mejora y planes de mejoramiento individuales, rotación de personal	**80**
		Responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa)	**81,6**	Evaluar la eficacia de las estrategias de la entidad para promover la integridad en el servicio público, especialmente, si con ella se orienta efectivamente el comportamiento de los servidores hacia el cumplimiento de los estándares de conducta e Integridad (valores) y los principios del servicio público; y si apalancan una gestión permanente de los riesgos y la eficacia de los controles	**80**
				Evaluar el diseño y efectividad de los controles y provee información a la alta dirección y Comité Coordinador de Control Interno referente a efectividad y utilidad de estos	**80**

				Proporcionar información sobre la idoneidad y efectividad del esquema operativo de la entidad, el flujo de información, las políticas de operación, y en general, el ejercicio de las responsabilidades en la consecución de los objetivos	78
				Ejercer auditoría interna de manera técnica y acorde a políticas y prácticas apropiadas	85
				Proporcionar inf. del cumplimiento de responsabilidades específicas de control interno	85

2.1.1. Líneas de defensa – componente ambiente de control:

2.1.1.1. Primera línea de defensa

Esta línea corresponde a los líderes de proceso, se ha promovido y cumplido los principios planteado en el Código de Ética (ahora denominado Código de Integridad en el MIPG) de la Agencia, en cierta medida se ha evaluado el cumplimiento de estos patrones de conducta y se le ha informado a la Alta Dirección

2.1.1.2. Segunda línea de defensa

La segunda línea de defensa es responsabilidad de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, en cierta medida se aplican las pautas de conducta e integridad (valores) y los principios del servicio público en cada uno de los funcionarios y contratistas de la Agencia, pero se tienen algunas brechas en el apoyo a la alta dirección, los gerentes públicos y los líderes de proceso para un adecuado y efectivo ejercicio de la gestión de los riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos y metas organizacionales.

También se tienen deficiencias en el impacto que genera el plan de desarrollo del talento humano y determinar las acciones de mejora correspondientes, por parte del área responsable. Se debe analizar e informar a la alta dirección, de los resultados de la evaluación del desempeño de los servidores y se deben presentar acciones de mejora y/o planes de mejoramiento individuales, para permitir tomar las decisiones de rotación de personal.

2.1.1.3. Tercera línea de defensa,

La tercera línea de defensa es responsabilidad de la Oficina de Control Interno, radica en la evaluación de la eficacia de las estrategias que tiene la Agencia para promover la integridad en el servicio público y si con ella se apunta de forma efectiva el comportamiento de los servidores al cumplimiento de los patrones de conducta e integridad (valores) y los principios del servicio público que tiene patentizado la Agencia en su código de ética y si apalancan una gestión permanente de los riesgos y la eficacia de los controles, se tienen identificadas brechas al evaluar el diseño y efectividad de los controles y el de proveer esta información a la Alta Dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno referente a la efectividad y utilidad de los mismos.

La mayor fortaleza es que se está ejerciendo la auditoría interna de manera técnica y acorde con las políticas y prácticas apropiadas y de hecho se tiene aprobado el Manual de Auditoria Interna de la Agencia y se adoptó mediante la Resolución 7005 de diciembre de 20 de 2017. También se ha proporcionado información sobre el cumplimiento de responsabilidades específicas de control interno a la Alta Dirección, a través de las auditorias legales o reglamentarias y las basadas en riesgos.

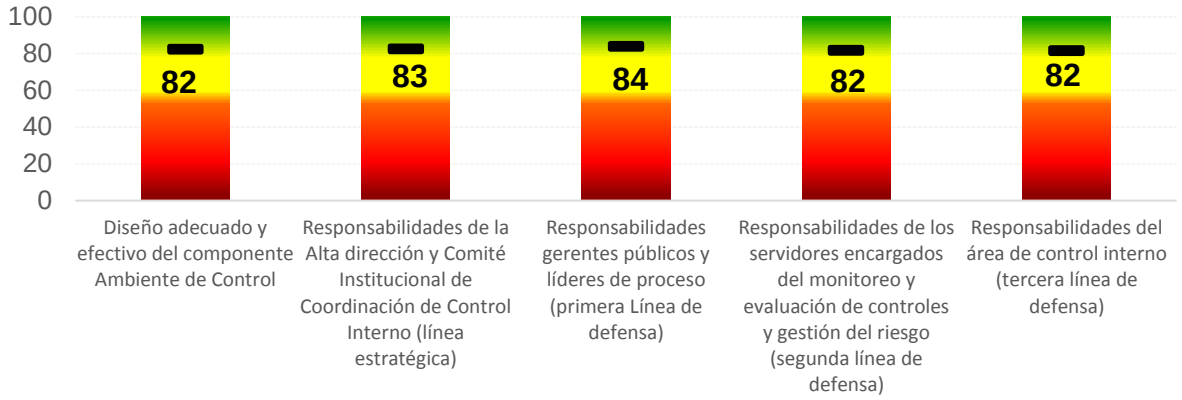
2.1.2. autodiagnóstico componente ambiente de control.

El componente ambiente de control arroja los siguientes resultados:

- Diseño adecuado y efectivo del componente Ambiente de Control: 81
- Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica): 83
- Responsabilidades gerentes públicos y líderes (1° Línea defensa): 84
- Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa): 82

- Responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa): 82

Gráfico N° 1. Ambiente de Control.



Fuente: Oficina de Control Interno Sapiencia.

2.1.3. Observaciones y recomendaciones componente ambiente de control:

Se destaca la responsabilidad de la Alta Dirección de cumplir con los estándares de conducta y la práctica de los principios del servicio público, a pesar que se tienen algunas brechas como en la Gestión Estratégica del Talento Humano, aun así, se cuenta con presupuesto para capacitación en el año 2018. La gestión del talento humano debe tener un carácter estratégico, de manera que todas sus actividades estén alineadas con los objetivos de la entidad. Por lo tanto, la Gestión Estratégica del Talento Humano GETH, debe asegurar la selección, la capacitación, la evaluación del desempeño y la calidad de la vida laboral, se conviertan en herramientas adecuadas para el ejercicio de las funciones y responsabilidades y en condición mínima para facilitar el autocontrol por parte de cada servidor.

El Código de Ética y Buen Gobierno aplicable a la Agencia de Educación Superior de Medellín, fue adoptado mediante la Resolución 769 del 2 de octubre de 2014, lo que evidencia un compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público, en cada uno de los funcionarios y contratistas de la Agencia, independientemente del rol que tengan en las misma; sin embargo, no se ha

adoptado e institucionalizado el Código de Integridad. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno fue creado mediante la Resolución 6914 de octubre 26 de 2017, asumiendo las funciones de supervisión del desempeño del Sistema de Control Interno de la Agencia y para determinar las acciones de mejora que se deban implementar; sin embargo este año 2018, no se ha reunido.

2.2. COMPONENTE GESTIÓN DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES

El detalle pormenorizado del componente por cada actividad y categoría es la siguiente:

Gestión de los riesgos institucionales	**81,4**	Diseño adecuado y efectivo del componente Gestión de Riesgos	**85,0**	Identificar acontecimientos potenciales que, de ocurrir, afectarían a la entidad	**85**
				Brindar atención prioritaria a los riesgos de carácter negativo y de mayor impacto potencial	**80**
				Considerar la probabilidad de fraude que pueda afectar la adecuada gestión institucional	**85**
				Identificar y evaluar los cambios que pueden afectar los riesgos al Sistema de Control Interno	**90**
				Dar cumplimiento al artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción, - mapa de riesgos de corrupción.	**85**
		Responsabilidades de Alta dirección y Comité Institucional Coordinación Control Interno (línea estratégica)	**83,6**	Establecer objetivos institucionales alineados con el propósito fundamental, metas y estrategias	**85**
				Establecer la Política de Administración del Riesgo	**90**
				Asumir la responsabilidad primaria del Sistema de Control Interno y de la identificación y evaluación de los cambios que podrían tener un impacto significativo en el mismo	**80**
				Específicamente el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, evaluar y dar línea sobre la administración de los riesgos en la entidad	**78**
				Realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles. Así mismo, hacer seguimiento a su gestión, gestionar los riesgos y aplicar los controles	**85**
		Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa)	**87,5**	Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales	**85**
				Definen y diseñan los controles a los riesgos	**85**
				A partir de la política de administración del riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección. Con base en esto, establecen los mapas de riesgos	**90**
				Identificar y controlar los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción en el ejercicio de sus funciones y el cumplimiento de sus objetivos, así como en la prestación del servicio y/o relacionados con el logro de los objetivos. Implementan procesos para identificar, disuadir y detectar fraudes; y revisan la exposición de la entidad al fraude con el auditor interno de la entidad	**90**
		Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa)	**75,6**	Informar sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evaluar si la valoración del riesgo es la apropiada	**80**
				Asegurar que las evaluaciones de riesgo y control incluyan riesgos de fraude	**80**
				Ayudar a la primera línea con evaluaciones del impacto de los cambios en el SCI	**80**
				Monitorear cambios en el riesgo legal, regulatorio y de cumplimiento	**70**
				Consolidar los seguimientos a los mapas de riesgo	**80**
				Establecer un líder de la gestión de riesgos para coordinar las actividades en esta materia	**80**
				Elaborar informes consolidados para las diversas partes interesadas	**70**
				Seguir resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos, si hay lugar	**70**
				Los supervisores e interventores de contratos deben realizar seguimiento a los riesgos de estos e informar las alertas respectivas	**70**
		Responsabilidades del área de control interno	**81,0**	Asesorar en metodologías para la identificación y administración de los riesgos, en coordinación con la segunda línea de defensa	**75**
				Identificar y evaluar cambios que podrían tener un impacto significativo en SCI, durante evaluaciones periódicas de riesgos y en curso del trabajo auditoría interna	**80**
				Comunicar al Comité de Coordinación de Control Interno posibles cambios e impactos en la evaluación del riesgo, detectados en las auditorías	**85**

				Revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad	85
				Alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas	80

2.2.1. Líneas de defensa

2.2.1.1. Primera línea de defensa

La primera línea de defensa está a cargo de cada uno de los Líderes de los Procesos, en este caso Sapiencia definió las Políticas de Administración del Riesgo, por lo tanto tiene el Manual de Gestión del Riesgo en su versión 3 aprobada el 20 de enero de 2017 por el Sistema Integrado de Gestión –SIG-, en este manual se especifica los elementos del proceso de gestión del riesgo, que inicia con la determinación del contexto y la identificación de los riesgos asociados a cada proceso, análisis y valoración de los mismos y se termina con el seguimiento y monitoreo para establecer acciones efectivas para minimizar y controlar las causas de los riesgos o mitigar sus consecuencias.

Se actualizó el manual de riesgos en general incluyendo todo lo relacionado con la gestión de riesgos de corrupción, siguiendo los lineamientos descritos en la "Guía gestión del riesgo de corrupción" 2015 del DAFP. Se actualiza a la nueva plantilla. Se elaboró formato para la calificación del riesgo de corrupción. F-ES-DE-012 Determinación del impacto en el riesgo de corrupción. Se migra a la nueva plantilla el formato.F-ES-DE-009 Identificación, análisis y valoración de riesgos.

Se identificaron los riesgos en conjunto con las áreas responsables de implementar las acciones al año en curso (2018). Se tienen identificados un total de 68 riesgos, de los cuales 11 son de corrupción. La matriz se encuentra publicada en la página web de la Agencia.

En la Agencia, se construyó un nuevo Mapa de Riesgos Institucionales 2018 (El cual está publicado en el sitio Web de la Agencia), para este accionar se apuntó en los riesgos más significativos para la entidad, sobre todo a relacionados con los objetivos de los procesos, programas y/o proyectos y de los objetivos institucionales, dentro del plan de redireccionamiento, la Agencia realizó el ejercicio de identificar, analizar y valorar los riesgos para cada uno de sus procesos, con cada uno de los líderes responsables de los mismos, con la asesoría de la profesional de Planeación y la evaluación y seguimiento del Jefe de la Oficina de Control Interno.

2.2.1.2. Segunda línea de defensa

La segunda línea de defensa está a cargo de cada uno de los servidores responsables del monitoreo y la evaluación de controles a la Agencia, el cual consiste en el monitoreo y seguimiento constante de los riesgos identificados y valorados de cada proceso, se trabaja en la interiorización de éstos, los líderes de los procesos deben tener la responsabilidad constante del monitoreo y seguimiento a los riesgos en tiempo real.

Con corte a junio 30 de 2018, la oficina de Planeación realizó seguimiento a los riegos en consonancia con los líderes de los procesos, se identificaron y valoraron los riesgos y aquellos que se materializaron.

Al principio de cada mes se realiza un monitoreo en la matriz de riesgos del año 2018 identificando los riesgos próximos a cumplir la fecha de verificación. Teniendo en cuenta las fechas de cada riesgo identificado, se envía a los líderes de los procesos que tienen riesgos próximos a vencer un correo solicitando que compartan las acciones que han realizado hasta el momento.

Con corte al mes de junio, se evaluaron los riesgos de los procesos correspondientes al primer semestre de 2018, identificando que de un total de 68

riesgos se materializaron 10; se puede evidenciar que los riesgos materializados son de tipo: operativo (50%), tecnológicos (20%), de imagen (20%) y de cumplimiento (10%). Dichos riesgos corresponden a los siguientes procesos y situaciones:

*Direccionamiento Estratégico: Riesgo operativo-Errores en los reportes de seguimiento.

*Gestión de Comunicaciones: Riesgo de Imagen-Presentar datos, información, noticias equivocadas, incompletas e inoportunas en los diferentes medios de comunicación y/o estrategias comunicacionales

*Fortalecimiento a la ES: Riesgo operativo- Escasa gestión de la información del proceso

*Atención al ciudadano: Riesgo de imagen- Entregar información equivocada, incompleta e inoportuna a través de los diferentes canales de atención al ciudadano.

*Gestión Administrativa: Riesgo cumplimiento-Falta de oportunidad en el suministro de bienes o servicios.

*Gestión Administrativa-Contratación: Riesgo operativo- Poca precisión en la elaboración de la necesidad contractual

*Gestión Financiera-Cartera: Riesgo operativo- Errores en la manipulación de información (creación de usuarios y obligaciones, facturación, aplicación de pagos, cierres contables y operativos)

*Gestión Documental: Riesgo operativo-Daño y/o deterioro en la documentación del archivo central

*Gestión Sistemas de Información:
-Riesgo tecnológico-Vulnerabilidad en el funcionamiento de software.
-Riesgo tecnológico-Fallas del hardware e infraestructura de redes

2.2.1.3. Tercera línea de defensa

Esta línea corresponde a la Oficina de Control Interno, se acompañó la identificación, valoración y administración de los riesgos, en coordinación con la segunda línea de defensa y la Oficina de Planeación, se identificaron y evaluaron los riesgos, así mismo se comunicó a la Alta Dirección los posibles cambios e impactos en la evaluación de los riesgos, detectados en las auditorías y las materializaciones de los riesgos, 10 en total, correspondientes a diferentes procesos.

La Oficina de Control Interno elaboró el informe de seguimiento a los riesgos del primer semestre de 2018 y se entregó a la alta dirección, para posterior publicación. (Ver informe de control seguimiento a los riesgos a junio 30 de 2018, el cual está publicado en la página web).

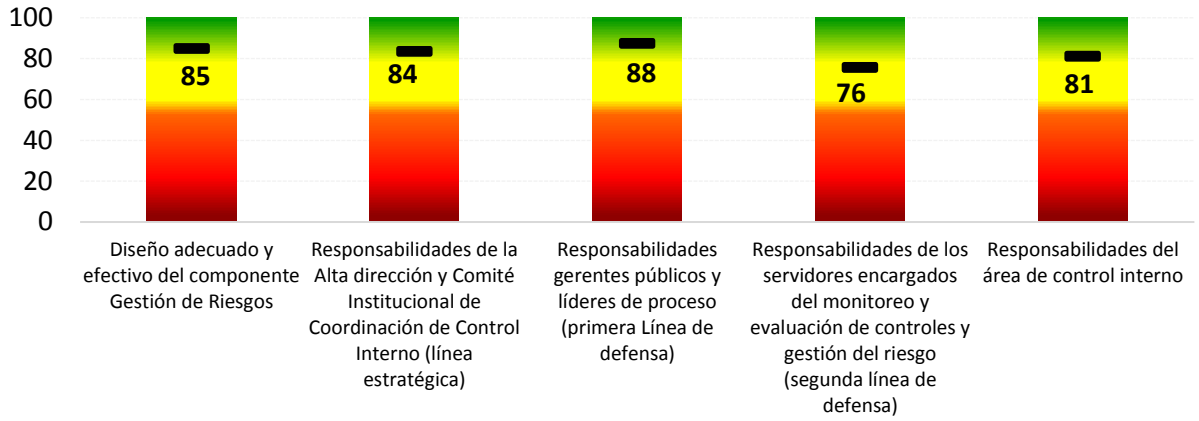
2.2.2. Autodiagnóstico componente Gestión Riesgos Institucionales

El componente de Gestión de los Riesgos Institucionales, fue evaluado por la Oficina de Control Interno, arrojando la siguiente calificación:

- Diseño adecuado y efectivo del componente Gestión de Riesgos: 85
- Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica): 84
- Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (1° Línea de defensa): 88

- Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (2° línea de defensa): 76
- Responsabilidades del área control interno (3° línea de defensa): 81

Gráfico No. 2: Autodiagnóstico Gestión de los riesgos institucionales.



Fuente: Oficina de Control Interno Sapiencia.

2.2.3. Observaciones componente Gestión Riesgos institucionales

La gestión de riesgos es un proceso continuo y que fluye por todo la Agencia y que está diseñado para identificar acontecimientos potenciales que, de ocurrir, afectarían a la entidad, por lo tanto, es responsabilidad de todos los servidores de Sapiencia.

La Política de la Administración de Riesgos fue adoptada mediante la Resolución 1561 de noviembre 3 de 2015 y los de corrupción están inmersos en la misma, dándole cumplimiento al artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción, con el respectivo mapa de riesgos de corrupción.

2.3. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.

El detalle pormenorizado del componente por cada actividad y categoría es la siguiente:

Actividades de Control	**77,2**	Diseño adecuado y efectivo del componente Actividades de Control	**80,0**	Determinar acciones que contribuyan a mitigar todos los riesgos institucionales	**80**
				Definir controles en materia de tecnologías de la información y la comunicación TIC.	**80**
				Implementar políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control	**80**
		Responsabilidades Alta dirección y Comité Institucional Coordinación CI (línea estratégica)	**77,5**	Establecer las políticas de operación encaminadas a controlar los riesgos que pueden llegar a incidir en el cumplimiento de los objetivos institucionales	**75**
				Hacer seguimiento a la adopción, implementación y aplicación de controles	**80**
		Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa)	**77,0**	Mantener controles internos efectivos para ejecutar procedimientos de riesgo y control en el día a día	**75**
				Diseñar e implementar procedimientos detallados que sirvan como controles, a través de una estructura de responsabilidad en cascada, y supervisar la ejecución de esos procedimientos por parte de los servidores públicos a su cargo	**80**
				Establecer responsabilidades por las actividades de control y asegurar que personas competentes, con autoridad suficiente, efectúen dichas actividades con diligencia y de manera oportuna	**80**
				Asegurar que el personal responsable investigue y actúe sobre asuntos identificados como resultado de la ejecución de actividades de control	**80**
				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	**70**
		Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa)	**74,4**	Supervisar el cumplimiento de las políticas y procedimientos específicos establecidos por los gerentes públicos y líderes de proceso	**70**
				Asistir a la gerencia operativa en el desarrollo y comunicación de políticas y procedimientos	**80**
				Asegurar que los riesgos son monitoreados en relación con la política de administración de riesgo establecida para la entidad	**75**
				Revisar periódicamente las actividades de control para determinar su relevancia y actualizarlas de ser necesario	**75**
				Supervisar el cumplimiento de las políticas y procedimientos específicos establecidos por la primera línea	**80**
				Realizar monitoreo de los riesgos y controles tecnológicos	**70**
				Grupos como los departamentos de seguridad de la información también pueden desempeñar papeles importantes en la selección, desarrollo y mantenimiento de controles sobre la tecnología, según lo designado por la administración	**70**
				Establecer procesos para monitorear y evaluar el desarrollo de exposiciones al riesgo relacionadas con tecnología nueva y emergente	**75**
		Responsabilidades del área de control interno	**80,0**	Verificar que los controles están diseñados e implementados de manera efectiva y operen como se pretende para controlar los riesgos	**80**
				Suministrar recomendaciones para mejorar la eficiencia y eficacia de los controles.	**80**
				Proporcionar seguridad razonable con respecto al diseño e implementación de políticas, procedimientos y otros controles	**80**
				Evaluar si los procesos de gobierno de TI de la entidad apoyan las estrategias y los objetivos de la entidad	**80**
				Proporcionar información sobre la eficiencia, efectividad e integridad de los controles tecnológicos y, según sea apropiado, puede recomendar mejoras a las actividades de control específicas	**80**

2.3.1. Líneas de defensa componente Actividades de control

2.3.1.1. Primera línea de defensa:

La primera línea de defensa es responsabilidad de los líderes de proceso en este componente, se debe interiorizar la cultura de mantener controles internos efectivos para ejecutar procedimientos de riesgo y control todos los días, por lo tanto, se deben establecer responsabilidades por las actividades de control y asegurar que personas competentes e idóneas, con suficiente autoridad, efectúen estas actividades con diligencia, de manera oportuna y en tiempo real para evitar o mitigar la materialización de los riesgos, se debe diseñar e implementar las respectivas actividades de control, que incluye reajustar y comunicar políticas y procedimientos relacionados con la tecnología y asegurar que los controles de TI sean adecuados para apoyar el logro de los objetivos.

La Agencia tiene falencias respecto del repositorio para controlar los proyectos de desarrollo que se adelantan en la Agencia, tanto para Fondos, Cartera, Administrativa etc., anotando que no se cuenta con un Plan Estratégico de Tecnología de la Información PETI, el cual debe ser construido y oficializado, socializándolo a todos los servidores y contratistas de la Agencia; se reconoce un avance importante en materia informática en la Agencia; toda vez que se tiene un inventario claro al respecto.

2.3.1.2. Segunda línea de defensa:

En la segunda línea de defensa se ha supervisado el cumplimiento de las políticas y procedimientos específicos establecidos por la Agencia y los riesgos son monitoreados frente a la política de administración de riesgo establecida por la Agencia.

Se debe interiorizar como cultura institucional, el monitoreo de los riesgos y controles tecnológicos, porque el riesgo en fallas del hardware e infraestructura de redes se materializado en la siguiente forma:

Gestión Sistemas de Información - Riesgo tecnológico-Vulnerabilidad en funcionamiento de software. El riesgo se materializó en las siguientes situaciones:

a. Becas tecnologías: el despliegue del desarrollo no fue certificado técnicamente en sus componentes de lógica del negocio para todos los puntajes del formulario, lo que presentó error en puntaje final de aspirantes inscritos y en puntajes de corte
   Acción mejora: Se realizó corrección del software desplegado para becas con una lógica del negocio correcta y se modificaron todos los puntajes para los usuarios afectados.

b. Convocatorias Fondos: debido a configuración del aplicativo SIIS en sus componentes de formularios y renovaciones.

   Acción mejora: Se realizó corrección del software desplegado con una lógica del negocio correcta.

Riesgo tecnológico-Fallas del hardware e infraestructura de redes. El riesgo se materializó en las siguientes situaciones

Se presentó fallo total en el almacenamiento con impacto para todos los procesos, en sus carpetas compartidas y al ser dependientes los servicios de aplicaciones, también se ven comprometidos y presentan intermitencia en su servicio a los usuarios internos y externos
Acción mejora: Se ha realizado mantenimiento físico correctivo a todos los componentes del almacenamiento y servidor principal. De acuerdo a las acciones planeadas, se avanzó en lo siguiente:

- Se creó la propuesta de valor del sistema de respaldo del servidor.
- Se elaboró el mapa de redes.
- El plan de mantenimiento de equipos, el cual se ejecutará a partir de julio.
- La mejora de la infraestructura ofimática se tiene contemplado en el proceso de contractual y de adquisición tecnológica.
- Se creó el informe de seguridad

2.3.1.3. Tercera línea de defensa:

La Oficina de Control Interno, ha monitoreado con cada uno de los responsables de los procesos, de los riesgos identificados y valorados, en alguna medida se ha verificado que los controles están diseñados e implementados de manera efectiva y operen como se pretende para controlar los riesgos y evalúan los procesos de gobierno de TI de la entidad que apoyan las estrategias y los objetivos de la Agencia. No se tiene UPS (sistema de almacenamiento de energía a través de UPS), para la continuidad de la operación, que genera problemas cuando haya un apagón; cuando la capacidad del servidor es muy limitada.

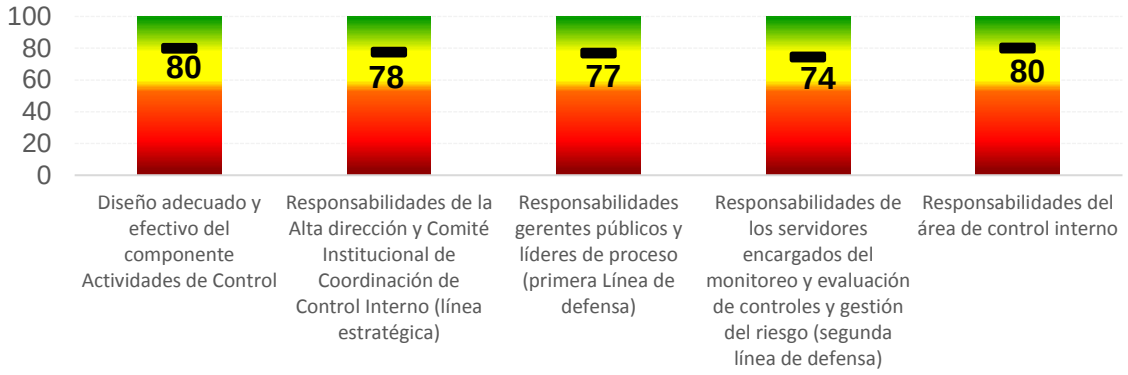
2.3.2. Autodiagnóstico componente actividades de control

El autodiagnóstico, del componente de Actividades de Control realizado por la Oficina de Control Interno arroja la siguiente calificación:

- Diseño adecuado y efectivo del componente Actividades de Control: 80.
- Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica): 78.
- Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (1° Línea de defensa): 77
- Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa): 74.
- Responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa): 80.

Gráfico No. 3: Actividades de Control

Fuente



Fuente: Oficina de Control Interno Sapiencia.

2.3.3. Observaciones componentes actividades de control:

La Alta Dirección de la Agencia ha establecido las políticas de operación, encaminadas a controlar los riesgos que pueden llegar a incidir en el cumplimiento de los objetivos institucionales, todavía se tienen brechas del seguimiento a la adopción, implementación y aplicación de los controles.

Aunque se hayan determinado en este componente las acciones que contribuyen a mitigar todos los riesgos institucionales se tienen brechas identificadas en los controles en materia de tecnologías de la información y la comunicación TIC y es así que el volumen del servidor de la Agencia es muy limitado, es decir hay que mejorar la capacidad ofimática de la Entidad.

En este componente se tienen en cuenta los controles que implementa la Agencia, como uno de los instrumentos para dar tratamiento a los riesgos, esto para emprender acciones que contribuyan a mitigar los riesgos, definir controles en materia de TIC e implementar políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control.

2.4. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

El detalle pormenorizado del componente por cada actividad y categoría es la siguiente:

Información y Comunicación	**83,3**	Diseño adecuado y efectivo del componente Información y Comunicación	**83,3**	Obtener, generar y utilizar información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno.	**85**
				Comunicar internamente la información requerida para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.	**85**
				Comunicarse con los grupos de valor, sobre los aspectos claves que afectan el funcionamiento del control interno.	**80**
		Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica)	**85,0**	Responder por la fiabilidad, integridad y seguridad de la información, incluyendo la información crítica de la entidad independientemente de cómo se almacene	**85**
				Establecer políticas apropiadas para el reporte de información fuera de la entidad y directrices sobre información de carácter reservado, personas autorizadas para brindar información, regulaciones de privacidad y tratamiento de datos personales, y en general todo lo relacionado con la comunicación de la información fuera de la entidad.	**85**
		Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa)	**82,5**	Gestionar información que da cuenta de las actividades cotidianas, compartiéndola en toda la entidad	**80**
				Desarrollar y mantener procesos de comunicación facilitando que todas las personas entiendan y lleven a cabo sus responsabilidades de control interno	**85**
				Facilitar canales de comunicación, tales como líneas de denuncia que permiten la comunicación anónima o confidencial, como complemento a los canales normales	**80**
				Asegurar que entre los procesos fluya información relevante y oportuna, así como hacia los ciudadanos, organismos de control y otros externos	**85**
				Informar sobre la evaluación a la gestión institucional y a resultados	**85**
				Implementar métodos de comunicación efectiva	**80**
		Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa)	**85,0**	Recopilar información y comunicarla de manera resumida a la primera y la tercera línea de defensa con respecto a controles específicos	**80**
				Considerar costos y beneficios, asegurando que la naturaleza, cantidad y precisión de la información comunicada sean proporcionales y apoyen el logro de los objetivos	**85**
				Apoyar el monitoreo de canales de comunicación, incluyendo líneas telefónicas de denuncias	**85**
				Proporcionar a la gerencia información sobre los resultados de sus actividades	**90**
				Comunicar a la alta dirección asuntos que afectan el funcionamiento del control interno	**85**
		Responsabilidades del área de control interno	**81,3**	Evaluar periódicamente las prácticas de confiabilidad e integridad de la información de la entidad y recomienda, según sea apropiado, mejoras o implementación de nuevos controles y salvaguardas	**80**
				Informar sobre la confiabilidad y la integridad de la información y las exposiciones a riesgos asociados y las violaciones a estas	**80**
				Proporcionar información respecto a la integridad, exactitud y calidad de la comunicación en consonancia con las necesidades de la alta dirección	**80**
				Comunicar a la primera y la segunda línea, aquellos aspectos que se requieren fortalecer relacionados con la información y comunicación	**85**

2.4.1. Líneas de defensa componente información y comunicación

2.4.1.1. Primera línea de defensa:

La primera línea de defensa es responsabilidad de los líderes de proceso de gestionar información que dé cuenta de las actividades cotidianas, compartiéndola en toda la Agencia, así: Día del Servidor Público, Reuniones de Diálogos con la Dirección, Campaña y marcación Puntos Ecológicos., campaña Cero Papel, Campaña Prevención del Daño Antijurídico, Campaña Gestión Documental, Campaña de Seguridad, Apoyo gráfico y logístico para las capacitaciones, Fechas especiales, Cumpleaños en Sapiencia, Campaña Valores Sapiencia, Elecciones Comité de Convivencia Laboral, Campaña Cultura Sapiencia, Señalización de la Agencia según el Sistema de Gestión de Seguridad y Saludo en el Trabajo y Apoyo gráfico y logístico para la Semana de la Salud Sapiencia.

Frente a la Construcción de la hoja de vida de los trámites, no está plenamente identificados cuantos trámites son y cuantos están en la hoja de vida, y se encuentra en el 65% de avance.
Respecto a la formulación de la propuesta de racionalización de los trámites que estén identificados, se encuentra en el 15% de avance y frente al registro de los trámites en el Sistema Único de Identificación de Trámites (SUIT), se encuentra en el 15% de avance.

Para asegurar que la información relevante y oportuna fluya hacia los organismos de control, es importante precisar que la cuenta se está rindiendo en forma oportuna a través de Gestión Transparente a la Contraloría General de Medellín y la Agencia ha implementado métodos de comunicación efectiva con los ciudadanos y se han presentado informes de ejecución a las Juntas Administradoras Locales.

2.4.1.2. Segunda línea de defensa:

La segunda línea de defensa de este componente debe apoyar el monitoreo de los canales de comunicación, incluyendo las líneas telefónicas de denuncias y debe comunicar a la Alta Dirección asuntos que afecten el funcionamiento del Control Interno.

La documentación del proceso de Atención al Ciudadano, al cual pertenece el procedimiento de Racionalización de trámites, fue finalizado de manera exitosa, se cumplió con todos los requisitos y complementos necesarios (formatos, manuales, caracterización, etc) para tener un proceso claro, que se convierte en la herramienta principal para el equipo.

Si bien esta actividad se tiene en un 100% de cumplimiento, se realizaron modificaciones al formato del inventario de trámites, las cuales van a facilitar el entendimiento y la aplicación del mismo.

Se completó la socialización de la política de racionalización de trámites con todos los líderes de área, dándole cumplimiento a la primera fase del procedimiento, y buscando una ejecución de las actividades pronta y ajustada a los requerimientos necesarios, se nombraron enlaces en cada una de ellas. Junto a estos enlaces se creó un cronograma de trabajo para darle finalidad a la revisión de la priorización de trámites y servicios de cada una de las áreas. Una de las actividades que generó la última socialización, fue la modificación del formato de inventario de trámites, buscando facilitar el entendimiento y la aplicación del mismo.

Es importante tener en cuenta que esta actividad ha sufrido algunos retrasos por motivos ajenos a la planeación realizada, pero relacionados directamente con la prestación del servicio, dada la demanda en la atención y el apoyo que se brindó al área de fondos, al igual que el trabajo directo que se ejecutó en los procesos de

cada uno de los programas, el equipo estuvo dedicado de manera completa, buscando brindar el mejor servicio de atención posible durante las convocatorias.

Para la correcta identificación de trámites se realiza el proceso por fases, la fase 1 fue la socialización de la política anti trámites con los líderes y la solicitud de identificación por parte de los equipos de trabajo de los trámites de cada proceso, realizando el inventario de trámites, por lo que ya se cuenta con un avance de la identificación de los mismos

La hoja de vida de los trámites se encuentra construida, sin embargo, con la construcción del inventario de trámites, se debe realizar un diligenciamiento detallado y completo de la herramienta.

En el procedimiento de racionalización de trámites, las fases son dependientes, es decir, una depende de la otra. Con el retraso en la ejecución de uno de los puntos, automáticamente se generara el retraso del siguiente, por lo cual, sin el cumplimiento al 100% del inventario de trámites, no se podrán ejecutar las otras actividades.

Es importante tener en cuenta que los retrasos generados se han motivado por factores laborales relacionados de manera directa con el servicio de atención al ciudadano, tal como se ha manifestado, la demanda del servicio durante la época de convocatorias obligó al equipo a dedicarse al apoyo y atención, de manera total, impidiendo realizar el cronograma de actividades como se había estipulado. A pesar de esto, está dentro de los términos para darle cumplimiento a estos requisitos que exige la norma.

El Diseño e implementar la estrategia de rendición de cuentas no tiene avance porque está programada para diciembre de 2018 en el PAAC.

Se realiza control periódico de la gestión realizada por cada área mediante el plan de acción institucional; con el fin de elaborar el informe de gestión en noviembre de 2018. El seguimiento continuo del cumplimiento del plan de acción del área se ha realizado mensualmente, analizando no solo el cumplimiento de las actividades, sino también de las dificultades y las acciones de mejora implementadas para cada caso. 59% de avance en la implementación.

Se realizaron las convocatorias de los Fondos Sapiencia pregrados con recursos Presupuesto Participativo, Becas Mejores Bachilleres, Fondo Sapiencia pregrados EPM y Universidades, Becas Tecnologías Alcaldía de Medellín, Fondo Sapiencia Posgrados Extendiendo Fronteras Universitarias.

Los indicadores de cada uno de los canales de atención, se encuentran discriminados por mes y corresponden a:

a. Llamadas atendidas en el mes
b. Solicitudes atendidas desde el SIIS
c. Documentos evacuados en mercurio
d. Correos atendidos desde infosapiencia

La encuesta de satisfacción del servicio de atención al ciudadano fue realizada en agosto y enviada de manera virtual a correos electrónicos tanto de ciudadanos como beneficiarios, teniendo una muestra de 200 personas encuestadas. En el documento se evaluaron los diferentes aspectos que hacen parte del servicio como instalaciones, preparación de los funcionarios, solución a peticiones, etc. En este momento se encuentra en revisión y ajustes el informe de resultados, el cual será socializado en toda la entidad.

El mayor porcentaje de atención positiva le corresponde la preparación de los funcionarios para atender las solicitudes expuestas con un 92%, el servicio prestado

se encuentra en un 68%, y nuestras instalaciones en un 62%. Se espera ampliar aspectos y resultados al finalizar el informe de análisis.

Se continúa con el seguimiento de los demás mecanismos de evaluación del servicio, como la encuesta posterior al envío de correos electrónicos desde el correo institucional, la atención de quejas u observaciones del servicio reportadas por el buzón de sugerencias, y todas aquellas que ingresen por los diferentes canales de atención, respecto a la prestación del servicio de atención al ciudadano de la entidad.

Se realizaron 3 capacitaciones enfocadas en la mejora y correcciones de errores gramaticales y ortográficos, contamos con el apoyo de un profesional externo que brindó además de asesorías y aclaraciones sobre reglas básicas, ejercicios prácticos de ortografía y puntuación. Además de una capacitación externa enfocada en el Servicio al Cliente, en el marco del MIPG modelo integral de Planeación y Gestión, la cual se llevó a cabo de manera virtual y tocó temas de interés respecto al servicio en entidades públicas y cumplimiento de la norma

• Claridad, oportunidad y ortografía: dirigida principalmente al equipo de atención al Ciudadano, pero con la participación de las demás áreas. 35 participantes.

• Escribir bien y no morir en el intento, se realiza principalmente para el equipo de atención al ciudadano, pero participan integrantes de otros equipos, 37 participantes.

• Servicio al Cliente (virtual)

Con la apertura de las convocatorias a Programas para el Acceso a la Educación Superior, realizamos jornadas de estudio para la profundización en los temas básicos de cada programa, este ejercicio de retroalimentación se convirtió en una de las mejores herramientas para tener certeza respecto a la información que le damos a la ciudadanía.

Para los meses de julio y agosto se realizaron puntualmente dos actividades buscando el fortalecimiento del área, en un ejercicio de evaluación conjunta con el líder del área de cartera, se llegaron a acuerdos y nuevas estrategias para la mejora en la atención de los diferentes canales de atención al ciudadano, planteando tareas, modificaciones y situaciones para revisar y analizar.

El seguimiento a las respuestas y los grupos de estudio donde se tocan aspectos de forma (ortografía y redacción) ha fortalecido la calidad del servicio y las observaciones en las respuestas enviadas por cada uno de los canales de atención.

Se publicaron en la página web documentos referentes a:
*Seguimiento Plan de Acción
*Seguimiento Plan Indicativo
*Presupuesto de la Agencia
*Seguimiento Riesgos
*Seguimiento plan Anticorrupción
*Informe de PQRS
*Información financiara actualizada

Frente al PINAR:
Se está implementando el PINAR y PGD a los cuales se les hace seguimiento bimensual a través del Plan de Acción Institucional por áreas o procesos. "Se inventariaron los documentos que ingresaron al archivo central de Sapiencia en el cuarto bimestre en el FORMATO ÚNICO DE INVENTARIO DOCUMENTAL con código: F-AP-GD-001
30 cajas - 150 expedientes = PASO AL COBRO JURÍDICO
4022 – Folios – Anexos de expedientes de beneficiarios y radicados
7 – Expedientes – 12 Carpetas (Convenios Secretaría de Educación)
-Se proyectó el REGLAMENTO INTERNO DE ARCHIVO

-Con relación a las TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL y EL CUADRO DE CLASIFICACIÓN DOCUMENTAL, Esta actividad específica está enfocada en unificar criterios entre la Tabla de Retención Documental y el listado maestro de documentos de Sapiencia; se están haciendo los ajustes pertinentes a la propuesta de TRD por parte de Gestión Documental y Gestión de la Calidad se están validando, actualizando y/o creando los procesos, procedimientos, manuales, instructivos y formatos de Sapiencia, dado que estos son el insumo principal para la consolidación del listado maestro de documentos de la entidad. Se inició el cruce de la información de la propuesta de TRD y el listado maestro de documentos y se avanzó en el 20% de lo que se había planeado, se validaron los documentos de la Dirección General, Oficina Asesora Jurídica y aproximadamente el 30% de la Subdirección Administrativa, Financiera y Apoyo a la Gestión. Cabe resaltar que los documentos de la subdirección de las Instituciones Públicas de Educación Superior no se encuentran estandarizados.

-Se inició con el diseño del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo de Sapiencia.

- Revisión de la Guía de Implementación de un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA propuesta por el Archivo General de la Nación.
- Presentación.
- Introducción.
- Contextualización de lo que es y la utilidad de un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA).

Se han atendido a cabalidad el 100% de las solicitudes de información.

El área que más consultas hace es la Dirección Técnica de fondos en el siguiente orden de mayor a menor (Camino a la Educación Superior, Enlaza Mundos y extendiendo Fronteras Educativas)

Cabe resaltar que las consultas se hacen masiva e individualmente y están relacionadas de forma individual, es decir por expediente consultado

Las solicitudes realizadas las clasificamos en consultas (Solicitud de expedientes para revisar en el archivo central y generalmente no se registra en la planilla de préstamos) y préstamos (Expedientes solicitados para consultar por fuera de las instalaciones del archivo central y se registra en la planilla de préstamos), 329 consultas en total y 3556 préstamos en total

Digitalización e indexación de documentos en el software de gestión documental Mercurio.
117 Anexos – Fondo Enlaza Mundos
200 Anexos – Fondo Extendiendo Fronteras Educativas
205 Expediente, 11 Cajas – Fondo Mejores Bachilleres
780 Expedientes, 25 Cajas – Fondo Camino a la Educación Superior (Presupuesto Participativo)
330 Resoluciones correspondientes a los años 2015, 2016 y 2017
38 Expedientes de convenios y contratos (11 Convenios Secretaría de Educación
27 Expedientes de los contratos 83, 139 y 47 de 2015)

Se están digitalizando los anexos del fondo Camino a la Educación Superior en general y a la fecha se han revisado 3382 expedientes, equivalentes a 217 Cajas de un total de 338 que hay en total en este fondo. Cabe resaltar que algunas cajas que se habían actualizado se les agregaron información nueva, por tanto se actualizaron en el software de gestión documental.

Se realizaron capacitaciones sobre el uso adecuado del software de gestión documental e inducciones del proceso de gestión documental en Sapiencia en el primer semestre y se realizaron capacitaciones individuales a los usuarios que las requerían y en el mes de septiembre se realizará dos capacitaciones a las áreas

Dirección Técnica de Fondos y la Subdirección de Instituciones Públicas de Educación Superior dirigidas a los servidores que ingresaron en el segundo semestre del año en curso.
El seguimiento al PINAR es una actividad de mantenimiento, por lo cual la meta debe mantenerse siempre en el 100%, las actividades mencionadas en la observación es todo lo que se realiza para poder cumplir con el PINAR, no son acciones sueltas.

2.4.1.3. Tercera línea de defensa:

La tercera línea de defensa del componente corresponde a Oficina de CI.

Frente a los informes de PQRSDF, se han realizado el número de informes propuestos llevando un seguimiento constante y preciso, esto ha permitido notar los avances en el área y tomar las acciones de mejora pertinentes. Esta acción corresponde a los informes que se generan de la respuesta a PQRSDF, los cuales se realizan teniendo como insumo principal los indicadores de los canales de atención al ciudadano, a la fecha se han realizado todos los informes. En el informe de seguimiento a las PQRSF del primer semestre de 2018 se muestran los resultados, los informes están publicados en la página web.

Se materializaron riesgos en atención al usuario en el primer semestre de 2018, así:
Atención al ciudadano. Riesgo de imagen- Entregar información equivocada, incompleta e inoportuna a través de los diferentes canales de atención al ciudadano.
El riesgo se materializó: para el caso de la convocatoria 2018-2 de los Fondos de Sapiencia, debido a que no se contó con lineamientos para orientar a los posibles beneficiarios sobre la relación de los programas de educación superior con los clúster de ciudad.

Acciones de mejora:

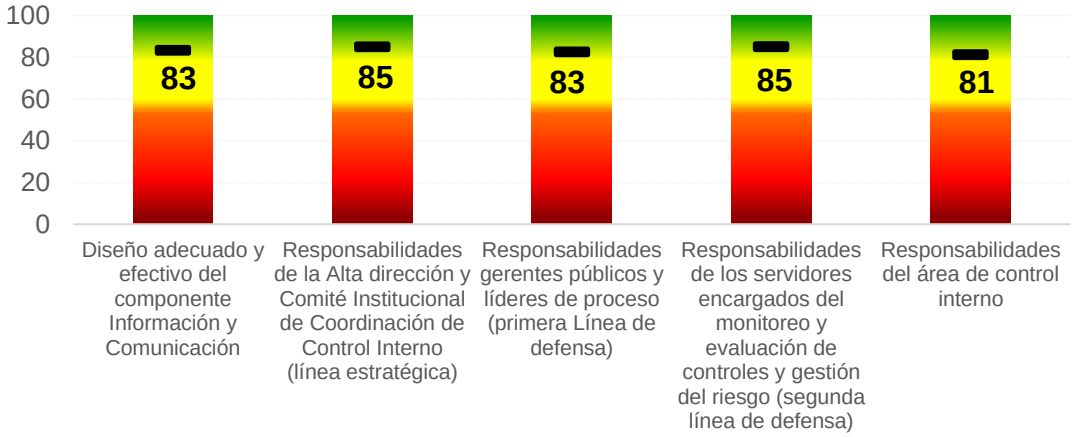
a) Se realizaron reuniones para capacitar al equipo de atención sobre las convocatorias del Proceso Acceso y Permanecía a la Educación Superior.; igualmente reuniones de equipo para revisar casos presentados durante la atención b) Verificación con el Proceso Acceso y Permanecía a la Educación Superior para validar las situaciones de algunos casos particulares donde se requerían claridades en la información.

2.4.2. Autodiagnóstico componente Información y Comunicación

El autodiagnóstico del componente de Información y Comunicación por parte de la Oficina de Control Interno, arrojó la siguiente calificación:

- Diseño adecuado y efectivo del componente Información y Comunicación: 83.
- Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica): 85.
- Responsabilidad gerentes públicos y líderes de proceso (1° Línea defensa): 83
- Responsabilidad servidores en el monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (2° línea de defensa): 85
- Responsabilidades control interno (3° línea de defensa): 81

Gráfico No. 4: Autodiagnóstico Información y Comunicación.



Fuente: Oficina de Control Interno Sapiencia.

2.4.3. Observaciones componente información y comunicación

Es la Alta Dirección la responsable de la fiabilidad, integridad y seguridad de la información, se deben realizar acciones en este componente, para contar con un adecuado y efectivo componente de información y comunicación dentro del Sistema de Control Interno.

Se debe señalar también que el servidor de la Agencia se tiene que actualizar en cuanto a la configuración de hipervisor (infraestructura de virtualización), lo que mitigaría el tema del almacenamiento informativo.

Esta responsabilidad incluye toda la información crítica de la entidad independientemente de cómo se almacene la información.

a. Los Inventarios Documentales ID, están en un 98%

b. Los Cuadros de Clasificación Documental CCD en un 90%

c. Las Tablas de Retención Documental TRD en un 80%

d. El Programa de Gestión Documental PGD en un 100%

e. La Caracterización del Proceso de Gestión Documental CPGD en un 100

f. Los Indicadores del Proceso de Gestión Documental IPGD en un 100%

2.5. COMPONENTE MONITOREO Y SUPERVISIÓN CONTINUA.

Monitoreo o supervisión continua	**81,5**	Diseño adecuado y efectivo del componente Monitoreo o Supervisión Continua	**82,2**	Realizar autoevaluaciones continuas y evaluaciones independientes para determinar el avance en el logro de las metas, resultados y objetivos propuestos, así como la existencia y operación de los componentes del Sistema de Control Interno	**80**
				Evaluar y comunicar las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas	**85**
				Realizar evaluaciones continuas a los diferentes procesos o áreas de la entidad, en tiempo real, por parte de los líderes de proceso, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros.	**85**
				Elaborar un plan de auditoría anual con enfoque de riesgos	**85**
				Llevar a cabo evaluaciones independientes de forma periódica, por parte del área de control interno o quien haga sus veces a través de la auditoría interna de gestión	**85**
				Determinar, a través de auditorías internas, si se han definido, puesto en marcha y aplicado los controles establecidos por la entidad de manera efectiva	**80**
				Determinar, a través de auditorías internas, las debilidades y fortalezas del control y de la gestión, así como el desvío de los avances de las metas y objetivos trazados	**80**
				Realimentar, a través de auditorías internas, sobre la efectividad de los controles	**80**
				Dar una opinión, a partir de las auditorías internas, sobre la adecuación y eficacia de los procesos de gestión de riesgos y control	**80**
		Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica)	**83,3**	Analizar las evaluaciones de la gestión del riesgo, elaboradas por la segunda línea de defensa	**80**
				Asegurar que los servidores responsables (tanto de la segunda como de la tercera línea defensa cuenten con los conocimientos necesarios y que se generen recursos para la mejora de sus competencias	**85**
				Aprobar el Plan Anual de Auditoría propuesto por el jefe de control interno o quien haga sus veces, tarea asignada específicamente al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	**85**
		Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa)	**80,0**	Efectuar seguimiento a los riesgos y controles de su proceso	**80**
				Informar periódicamente a la alta dirección sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos de la entidad	**80**
				Comunicar deficiencias a la alta dirección o a las partes responsables para tomar las medidas correctivas, según corresponda	**80**
		Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa)	**80,0**	Llevar a cabo evaluaciones para monitorear el estado de varios componentes del Sistema de Control Interno	**80**
				Monitorear e informar sobre deficiencias de los controles	**80**
				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 establecidas	**80**
				Consolidar y generar información vital para la toma de decisiones	**80**
		Responsabilidades del área de control interno	**81,3**	Establecer el plan anual de auditoría basado en riesgos, priorizando aquellos procesos de mayor exposición	**85**
				Generar información sobre evaluaciones llevadas a cabo por la primera y segunda línea de defensa	**80**
				Evaluar si los controles están presentes (en políticas y procedimientos) y funcionan, apoyando el control de los riesgos y el logro de los objetivos establecidos en la planeación institucional	**85**

				Establecer y mantener un sistema de monitoreado de hallazgos y recomendaciones	75

2.5.1. Líneas de defensa

2.5.1.1. Primera línea de defensa:

La primera línea de defensa de este componente está en los líderes de proceso que hacen el seguimiento a los riesgos y controles de su proceso, con el acompañamiento de la Oficina de Planeación de la Agencia

El objetivo es buscar crear e interiorizar en los responsables, la del monitoreo constante de los mismos. Para que, a partir de aquí mantener informado a la Alta Dirección, de la administración y comportamiento en tiempo real de los riesgos y la efectividad de cada uno de los controles en los diferentes procesos que tiene la Agencia.

2.5.1.2. Segunda línea de defensa:

La segunda línea corresponde a los servidores responsables el monitoreo de la gestión del riesgo, el ejercicio de seguimiento a los riesgos que se ha estado realizando por parte de esta línea de defensa con acompañamiento de la Oficina de Control Interno, ha mostrado que en esta nueva evaluación se siguen materializando los siguientes riesgos. Ver informe de seguimiento a riesgos a junio 30 de 2018 publicado en la página web.

2.5.1.3. Tercera línea de defensa:

La Oficina de Control Interno ha ejecutado el Plan de Auditoría legales y ha cumplido con las diferentes obligaciones legales, entre otras tales como:

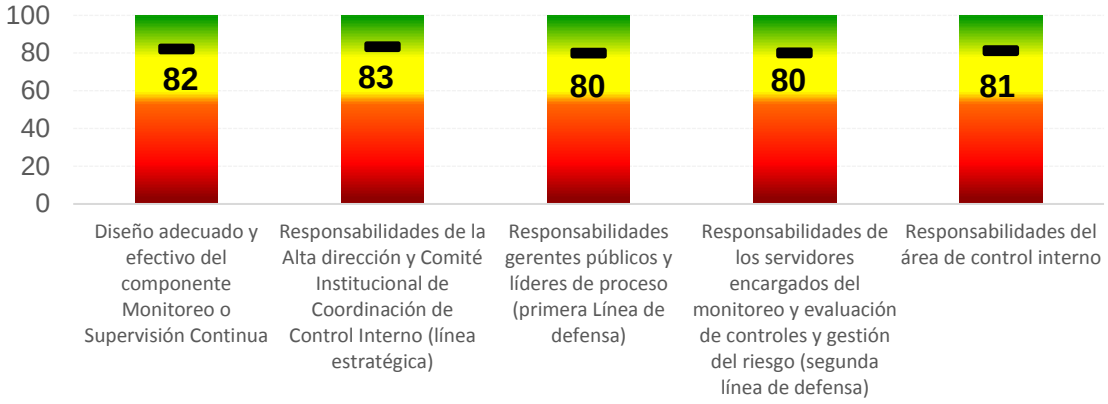
a. Informe de Austeridad en el Gasto cada tres (3) meses
b. Informe de PQRS semestral; Informes Pormenorizados del Sistema de Control Interno
c. Informe de Derechos de Autor (anual)
d. Evaluación del Control Interno Contable (anual)
e. Informe del Control Interno al Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP (anual)
f. Seguimiento a los Riesgos de la Agencia
g. Seguimiento al Plan de Mejoramiento de la Agencia (auditorías internas y externas)
h. Seguimiento al Plan Control interno (anual)
i. Informe a través del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión FURAG, en el mes de noviembre para aplicar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, dándole cumplimiento al decreto 1499 de septiembre de 2017 del DAFP (Anual)

2.5.2. Autodiagnóstico, del componente de Monitoreo y Supervisión

El autodiagnóstico del componente de Monitoreo y Supervisión Continua por parte de la Oficina de Control Interno tiene la siguiente calificación:

- Diseño adecuado y efectivo componente Monitoreo y Supervisión Continua: 82.
- Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica): 83
- Responsabilidades gerentes públicos y líderes proceso (1° línea de defensa): 80
- Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (2° línea de defensa): 80
- Responsabilidades del área control interno (tercera línea de defensa): 81.

Gráfico No. 5: Monitoreo y Supervisión Continua.



Fuente: Oficina de Control Interno Sapiencia.

2.5.3. Observaciones componente monitoreo y supervisión continua.

La Alta Dirección en el Comité Institucional de Coordinación Interno analiza los riesgos que se materializaron y los cuales fueron monitoreados por la segunda línea de defensa de la Agencia, también monitorea el seguimiento a los proyectos de inversión de la Agencia, elaborado por los líderes de proceso responsable de esta primera línea de defensa. (Ver seguimiento a riesgos publicados en la página web)

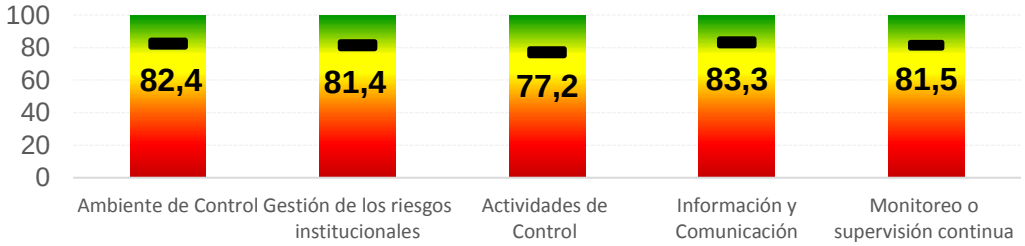
Este componente de la dimensión y política de control interno, obedece al accionar diario de la Agencia, a través de evaluaciones periódicas a la gestión institucional, como la autoevaluación (que es la segunda línea de defensa) y las auditorías internas (tercera línea de defensa), esto con el fin de valorar:

a. La efectividad del control interno de la Agencia de Educación Superior
b. La eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias
c. Generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento a la misión de la misma Agencia.

2.6. CONSOLIDADO FINAL DE LA DIMENSIÓN DE CONTROL INTERNO

La Oficina de control interno calificó cada uno de los componentes de la política de Control Interno de Sapiencia, en la evaluación y diagnóstico de acuerdo a la séptima dimensión del Modelo de Integración de Planeación y Gestión MIPG, arrojó los siguientes resultados:

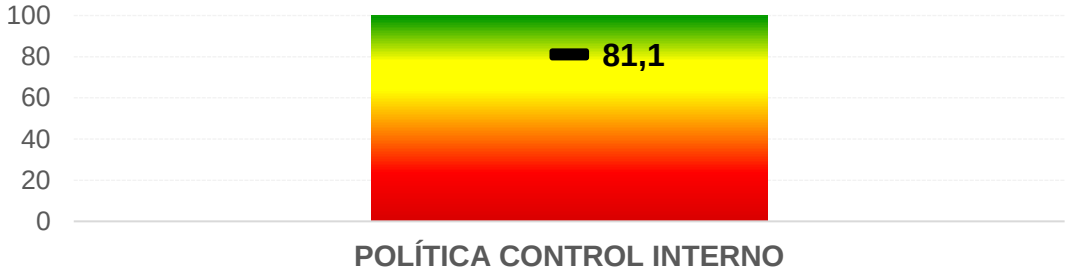
Gráfico No. 6: Calificación consolidada por componente de la dimensión control interno



Fuente: Oficina de Control Interno Sapiencia.

Al consolidar la calificación de cada uno de los componentes de la Política de Control Interno, arrojó los siguientes resultados: Ambiente de Control 82.4; Gestión de los Riesgos Institucionales 81.4; Actividades de Control 77.2; Información y Comunicación 83.3 y Monitoreo o Supervisión Continua 81.5; para una calificación total de la Política de Control Interno del 81.1%

Gráfico No. 7: Política de Control Interno.



Fuente: Oficina de Control Interno Sapiencia.

3. RESULTADOS INDICES DESEMPEÑO INSTITUCIONAL-FURAG II-DAFP

El índice general de desempeño institucional de la Agencia fue de 71.0

Los índices de desempeño institucional, entregados por el DAFP en abril de 2018 y que sirven de referencia, por componentes, según el aplicativo FURAG II, son los siguientes:

DIMENSIONES Y POLITICAS	INDICE DESEMPEÑO
Dimensión de Talento Humano	71.6
Política de Integridad	72.3
Dimensión direccionamiento Estratégico y Planeación	69.7
Política de planeación institucional	70.2
Dimensión gestión con valor para resultados	70.8
Política fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	72.6
Política de gobierno digital	70.4
Política de seguridad digital	61.1
Política de participación ciudadana en la gestión pública	69.6
Política racionalización de trámites	75.6
Política de servicio al ciudadano	77.0
Dimensión evaluación de resultados	68.2
Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	71.6
Dimensión de información y comunicación	73.4
Política de gestión documental	76.5
Política de gestión transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción	72.6
Dimensión de gestión del conocimiento y la innovación	72.0
Dimensión de control interno	71,0

3.1. INDICE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO”

Los índices de desempeño, de la dimensión N° 7 de control interno, por componentes, según el aplicativo FURAG, arrojó una calificación total de 77.9, distribuida en los cinco (5) componentes así:

a. Ambiente de Control: 70.2
b. Gestión de Riesgos Institucionales: 72.0
c. Actividades de Control: 75.2
d. Información y Comunicación: 72.2

e. Monitoreo o Supervisión Continua: 68.5

4. RESULTADOS AUTODIAGNOSTICOS DE LAS DIMENSIONES DE MIPG vs RESULTADOS EVALUACIÓN DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO REALIZADA POR EL DAFP A TRAVÉS DEL FURAG

El Decreto 1499 de 2017 del DAFP, por medio del cual se articula el Sistema de Gestión y el Sistema de Control Interno, en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, establece mecanismos de control y verificación, que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.

El Consejo para la Gestión y el Desempeño Institucional evaluó a la entidad, en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, con el fin de lograr la mejora en la gestión de las entidades y fortalecer la confianza y legitimidad en la administración pública.

MIPG es un marco de referencia que permite a las entidades públicas, dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar su gestión, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, se llevó a cabo su medición con el propósito de determinar la línea base a través de la cual la entidad identifica su grado de acercamiento a dicho marco de referencia. La medición fue estructurada para establecer un índice de desempeño general, así como de las dimensiones y las políticas de gestión y desempeño institucional que hacen parte de MIPG.

La utilidad se verá reflejada en la capacidad de la entidad para determinar su desempeño general, así como de cada una de sus dimensiones y políticas que componen MIPG, y a partir de los resultados, definir las adecuaciones y ajustes requeridos para lograr un mejor desempeño institucional.

Es importante tener en cuenta, que para asegurar que los planes de mejoramiento se conviertan en una herramienta de gestión para movilizar los cambios, es

necesario que las acciones de intervención se definan de manera clara y sean comprensibles para quienes deben llevarlas a cabo. Igualmente, es necesario determinar los recursos humanos, financieros, técnicos, de infraestructura, entre otros, que se requieran, así como definir responsables de su ejecución y fechas de cumplimiento.

La metodología para el análisis de la información parte de la determinación de no establecer ranking por desempeño; por el contrario, su propósito es en primer lugar, lograr que los resultados de las entidades se constituyan en una fuente de referencia individual, para que a partir de ella se establezcan retos propios de mejoramiento; y en segundo lugar, para que las entidades tengan mejores referentes de gestión dentro de un conjunto de entidades con características similares, y como resultado de esos referentes se desarrollen procesos de aprendizaje, replica y mejoramiento en otras entidades.

El índice de desempeño institucional refleja el grado de orientación que tiene la entidad hacia la eficacia (la medida en que se logran los resultados institucionales), eficiencia (la medida en que los recursos e insumos son utilizados para alcanzar los resultados) y calidad (la medida en la que se asegura que el producto y/o prestación del servicio responde a atender las necesidades y problemas de sus grupos de valor).

Consecuentes con lo expuesto y las normas enunciadas anteriormente, el DAFP evaluó a la Agencia de Educación Superior de Medellín SAPIENCIA, en la Séptima Dimensión del Modelo Integrado de Gestión y Planeación MIPG, la cual consta de cinco (5) componentes: Ambiente de Control, Gestión de Riesgos Institucionales, Actividades de Control, Información y Comunicación y Monitoreo o Supervisión Continua, comparados con los resultados de los autodiagnósticos, es el siguiente:

RESULTADOS AUTODIAGNÓSTICOS MIPG - 2018 vs RESULTADOS DE DESEMPEÑO POR DIMENSIONES Y POLITICAS MIPG - FURAG						
N°	CONCEPTO	Código	DIMENISONES Y POLITICAS MIPG	RESULTADOS AUTODIAGNÓSTICO MIPG	INDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL -FURAG-	PROCESOS QUE INTERVIENEN
1	Dimensión Talento Humano	1.1	Gestión estratégica de Talento Humano	74.1%	71.6%	Talento Humano
		1.2	Gestión Código de Integridad	11.4%	72.3%	Talento Humano
2	Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación	2.1	Gestión política direccionamiento y Planeación	87.2%	69.7%	Direccionamiento Estratégico
		2.2	gestión plan anticorrupción	91.5%	N/A	Direccionamiento Estratégico
3	Dimensión Gestión con valores para el resultado	3.1	Autodiagnóstico gestión presupuestal, contractual y contable	98.6%	N/A	Financiero - presupuestal contable y contratación
		3.2	gestión política de gobierno digital	30.3%	70.4%	Tecnologías de la información, comunicación y atención al ciudadano
		3.3	gestión política de defensa jurídica	94.1%	N/A	Jurídica
		3.4	servicio al ciudadano	68.9%	69.6%	Atención al ciudadano, tecnologías de la información y control interno
		3.5	gestión de trámites	25.8%	75.6%	Atención al ciudadano
		3.6	gestión política de participación ciudadana	62.3%	69.6%	Comunicaciones
		3.7	Autodiagnóstico gestión de la rendición de cuentas	93.2%	N/A	Direccionamiento Estratégico y comunicaciones
4	Dimensión Evaluación de resultados	4	Autodiagnóstico Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	98.3%	71.0%	Direccionamiento Estratégico
5	Dimensión Información y comunicación	5.1	Autodiagnóstico política de gestión documental	78.2%	76.5%	Gestión Documental
		5.2	Autodiagnóstico política de gestión transparencia y acceso a la información	86.2%	72.6%	Atención al ciudadano, jurídico, Direccionamiento Estratégico, Talento Humano
7	Dimensión control interno	7	Autodiagnóstico gestión política de control interno	81.1%	71,0%	Control interno

La matriz de seguimiento a MIPG recomendada por el DAFP, para el seguimiento a la implementación de MIPG, es la siguiente:

SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO PARTIENDO DE LAS 7 DIMENSIONES Y 16 POLITICAS DE MIPG (Dec. 1499 de 11-09-2017)

Presentación: Con el propósito de aportar a la mejora permanente de la gestión institucional, en el marco de lo dispuesto normativamente, particularmente la Ley 1474 de 2011 - artículo 9º - "Informe sobre el Estado del Control Interno de la Entidad", se entregan los resultados del seguimiento pormenorizado al Estado del Sistema de Control Interno del cuatrimestre julio a octubre de 2018, lo mismo que las recomendaciones y sugerencias que producto de este seguimiento se estiman pertinentes.	**NOTA:** El Informe Pormenorizado se ha venido elaborando desde su implementación en el año 2011, con base en la estructura del Modelo Estándar de Control Interno MECI – Decreto 943 de mayo 21 de 2014. En esta ocasión se estructuró tomando como base el Modelo MIPG – es decir siguiendo las siete (7) dimensiones del mismo: Talento Humano, Direccionamiento estratégico y Planeación, Gestión con Valores para Resultados, Evaluación de Resultados, Control Interno, Gestión de la Información y la Comunicación y Gestión del Conocimiento y la Innovación, según concepto del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP

Dimensión / Aspecto	Dimensión Talento Humano	Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación	Dimensión Gestión con Valores para el Resultado	Dimensión Evaluación de Resultados	Dimensión Información y Comunicación	Dimensión Gestión del Conocimiento	Dimensión Control Interno

Responsables asignados	Las actividades de esta dimensión se encuentran a cargo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño -artículo 4° conformado por : El Subdirector Administrativo y Financiero quien preside, la Profesional de Talento humano, quien ejercerá la Secretaria Técnica, el subdirector administrativo, financiero y de atención al usuario y el Subdirector desarrollo Sistema Instituciones de Educación Superior, la Jefe de la oficina Jurídica, el Director Técnico de Fondos y como invitados podrán participar los responsables de las políticas involucradas (Parágrafo quinto del artículo 4°) que para este caso son: el responsable de Archivo o quien haga sus veces, el responsable de Gobierno en Línea o quien haga sus veces, el responsable del Direccionamiento estratégico o quién haga sus veces, el responsable de comunicaciones y servicio al ciudadano o quien haga sus veces. Políticas a cargo de esta dimensión; Gestión Estratégica del Talento Humano e Integridad. Evidencia Resolución No. 3236 de mayo 25 de 2018	Las actividades de esta dimensión se encuentran a cargo de la Dirección General, el Consejo Directivo, la Subdirección Administrativa y Financiera, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño Institucional, el Líder de Planeación. Políticas a cargo de esta dimensión: Planeación Institucional, Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto y Administración de Riesgos.	Para el caso de ésta dimensión, las actividades se encuentran a cargo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño Institucional, la Subdirección Administrativa y Financiera, el coordinador de Tecnologías de la Información, la Coordinadora de Comunicaciones y Servicio al Ciudadano, Jefe Oficina Defensa Jurídica y el Líder de Planeación. Políticas asociadas: Fortalecimiento Organizacional, Gestión Presupuestal, Gobierno Digital, Defensa Jurídica, Trámites, Servicio al Ciudadano y Participación.	Los responsables de las actividades de esta dimensión son: Comité Institucional de Gestión y Desempeño, la Dirección General, la Subdirección Administrativa y Financiera y la Líder de Planeación. Políticas asociadas: Seguimiento y evaluación de desempeño.	Como responsables de las acciones se encuentran el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el Coordinador de Tecnología de la Información, Líder de Planeación, Líder de Comunicaciones y Profesional de Gestión Documental. Políticas asociadas: Gestión Documental, Transparencia y Acceso a la Información, y lucha contra la corrupción.	Las actividades de esta dimensión se encuentran a cargo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el Coordinador de Tecnología de la Información y la coordinador de Planeación. Políticas asociadas: de Gestión y desempeño y Gestión del Conocimiento y la Innovación.	Las actividades de esta dimensión se encuentran a cargo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y el Jefe de la Oficina de Control Interno. Políticas asociadas: de Administración del Riesgo.

Autodiagnóstico	el Jefe de la Oficina de Control Interno realizó el análisis de las preguntas FURAG 2017, para establecer el plan de trabajo 2018. De igual manera desde principio del mes de marzo de 2018 la Líder de planeación, dio inicio a los autodiagnósticos de la entidad, que arrojo los siguientes resultados: Ver anexo 1. El Comité Institucional de gestión y desempeño fue creado mediante Resolución 3236 de 2018, se reunió por primera vez, el 14 de junio de 2018 para determinar sus primeros avances, situación de la que se dejó Acta. Evidencias: Acta de reunión 001 del 14 de junio 2018. Posteriormente este comité se ha reunido en otras dos (2) oportunidades. (Ver actas del Comité)	La coordinación de Planeación, realizó el análisis del informe FURAG II versus los autodiagnósticos, para establecer el plan de trabajo 2018, para minimizar las brechas resultantes de éstas revisiones. Evidencia: Ver anexo 2 - Informe comparativo de resultados FURAG II Versus Autodiagnósticos	Ver plan de acción consolidado, partiendo de los autodiagnósticos elaborados por cada política de cada dimensión	Ver plan de acción consolidado, partiendo de los autodiagnósticos elaborados por cada política de cada dimensión	Ver plan de acción consolidado, partiendo de los autodiagnósticos elaborados por cada política de cada dimensión	Ver plan de acción consolidado, partiendo de los autodiagnósticos elaborados por cada política de cada dimensión	Ver plan de acción consolidado, partiendo de los autodiagnósticos elaborados por cada política de cada dimensión
Análisis de brechas frente a los lineamientos de las políticas	En la actualidad la Líder de Planeación se encuentra ejecutando el plan de trabajo para elaboración e implementación de los planes de mejoramientos de manera que se puedan mejorar los indicadores resultantes de los autodiagnósticos. La información producto de estos ejercicios (aspectos a mejorar), se está diligenciando en una matriz, la cual servirá de herramienta para identificación de brechas al finalizar todos los autodiagnósticos (julio a octubre de 2018)						
Cronograma para la implementación o proceso de transición	Acorde con la Información de Líder de Planeación, el cronograma diseñado por el proceso dentro del proceso de implementación del Modelo MIPG, es el correspondiente a los planes de mejoramiento de los autodiagnósticos, los cuales a la fecha se encuentran en ejecución.						
Planes de mejora para la implementación o proceso de transición	La Líder de planeación se encuentra en la fase de ejecución del plan de acción consolidado y formulación con los dueños de las políticas de MIPG los respectivos planes de acción pormenorizados, según cuadros y metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, que corresponde a los planes de mejoramiento de MIPG en la Agencia.						
Avances acorde al cronograma y planes de mejora	Conforme a lo anotado en el renglón anterior, los planes de mejoramiento, son elaborados a partir de la matriz de resultados de los autodiagnósticos, los cuales se encuentran actualmente en ejecución. En cuanto a avances según cronograma, se observa que la fecha la líder de Planeación, reporta ejecución total del programa de autodiagnósticos, conforme se registró en el punto correspondiente de la presente matriz.						

Otros aspectos	Expedición de Resolución N° 3236 del 25 de mayo de 2018, por la cual se crea y conforma el Comité Sectorial de Gestión y Desempeño como instancia que dirige y articula a las entidades del Sector Función Pública, en la implementación, desarrollo y evaluación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.	Una vez sean entregadas las acciones por cada políticas de esta dimensión de MIPG, se indicaran otros aspectos relevantes en el proceso de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de septiembre 11 de 2017)	Una vez sean entregadas las acciones por cada políticas de esta dimensión de MIPG, se indicaran otros aspectos relevantes en el proceso de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de septiembre 11 de 2017)	Una vez sean entregadas las acciones por cada políticas de esta dimensión de MIPG, se indicaran otros aspectos relevantes en el proceso de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de septiembre 11 de 2017)	Una vez sean entregadas las acciones por cada políticas de esta dimensión de MIPG, se indicaran otros aspectos relevantes en el proceso de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de septiembre 11 de 2017)	Una vez sean entregadas las acciones por cada políticas de esta dimensión de MIPG, se indicaran otros aspectos relevantes en el proceso de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de septiembre 11 de 2017)	La Oficina de Control Interno elaboró el Estatuto de Auditoria Interna, y el Código de Ética del Auditor Interno, aprobados por del Consejo Directivo; además se adoptó el manual de auditoria en el Sistema de Gestión de la Calidad. Se elaboró y presentó al Consejo Directivo el respectivo plan de auditorías legales y reglamentarias de control interno 2018, el cual fue aprobado en sesión del 13 de junio de 2018
Recomendaciones	- Es importante que frente a los autodiagnósticos, se identifiquen de manera específica las brechas frente a los lineamientos de políticas y los resultados se lleven al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, con el fin de establecer las acciones pertinentes y los respectivos responsables de su ejecución. - Se sugiere continuar los ejercicios de autoevaluación con las políticas que no estén muy fortalecidas. - Es conveniente la gestión de acciones de mejoramiento específicas para los temas que quedaron con observaciones en los ejercicios de autodiagnóstico. - Se recomienda acorde con los resultados de las autoevaluaciones ya adelantadas, gestionar la formulación y ejecución de estrategias que fortalezcan las políticas que están reportando calificación inferior al 70%.	- Conviene que en los autodiagnósticos donde se identifiquen aspectos a mejorar; se definan en el acta los compromisos a adelantar para los ajustes y correcciones pertinentes. - Es importante continuar con los ejercicios relacionados con el tema de riesgos institucionales y riesgos de corrupción, teniendo en cuenta las recomendaciones de la Oficina de Control Interno emitidos en informe de seguimiento a riesgos a junio 30 de 2018 y en el informe cuatrimestral de seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano con corte a agosto 30 de 2018. - Se recomienda que los planes que sean formulados por Planeación, se denominen de acuerdo a su objetivo, alcance y/o actividades a desarrolla.					

FUENTE: Datos de Planeación y control interno - (autodiagnósticos y documentación soporte)

5. RECOMENDACIONES.

- Avanzar en la implementación del Modelo Integrado de gestión y Desempeño – MIPG-, establecido en el Decreto 1499 de 2017, con los respectivos planes de acción por cada política y dimensión del modelo.

- En la Gestión de los riesgos institucionales, los responsables deben realizar el monitoreo y seguimiento constante de los riesgos identificados y valorados de cada proceso, para que no se materialice ningún otro riesgo en la presente vigencia.

- Aunque se construyó un plan de acción de MIPG consolidado, se deben elaborar los planes de acción de los autodiagnósticos por cada una de las políticas de las 7 dimensiones del Modelo Integrado de planeación y gestión, para revisión y aprobación en el Comité institucional de gestión y desempeño.

- Elaborar un Plan Estratégico de Tecnologías de la Información PETI, en el presente año 2018 y establecer acciones que contribuyen a mitigar todos los riesgos en materia de tecnologías de la información y la comunicación TIC, mejorar la capacidad ofimática de la Entidad y fortalecer la Gestión Estratégica del Talento Humano GETH.

- Los procesos de la Agencia de Educación Superior de Medellín, deben ser documentados totalmente, terminar de actualizar el modelo de operación por procesos

- Los responsables de las tres (3) líneas de defensa, en cada uno de los componentes de la política de control interno, interiorice y asuma las obligaciones que exige el Modelo Integrado de Planeación y gestión – MIPG, establecido en el Decreto 1499 de septiembre 11 de 2017.

- Se deben concluir las actividades pendientes frente a la gestión archivística de la Agencia, con seguimiento al PINAR en las reuniones del Comité Institucional de gestión y desempeño.

- Avanzar en el fortalecimiento organizacional y simplificación de trámites en la Agencia y realizar seguimiento a la gestión de trámites en las reuniones del Comité Institucional de gestión y desempeño

Cordialmente,

FERNANDO CARDONA JIMENEZ
Jefe de Control Interno
Noviembre 9 de 2018