	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>INFORME</b>	CODIGO : RGD00-06
	<b>PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL</b>		FECHA DE APROBACIÓN:08/08/2013
			VERSIÓN:01

203.24.02

## **INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO** **Julio –Octubre de 2016**



La oficina de Control Interno, en cumplimiento al artículo 9 de la ley 1474 de 2011, da a conocer a través de éste informe el resultado del seguimiento realizado al Estado del Sistema de Control Interno del IFC, con éste se espera contribuir a la permanente mejora en la gestión Institucional, especialmente mediante las recomendaciones y sugerencias que del mismo se desprenden.

Este reporte corresponde al periodo 1° de julio a 31 de octubre de 2016 y se presenta siguiente la estructura del MECI – Dec. 943/14.

### **1. MODULO CONTROL DE PLANEACION Y GESTION:**

#### **1.1. Componente Talento Humano.**

##### **1.1.1. Acuerdos, compromisos o protocolos éticos:**

Mediante resolución No. 0278 de fecha 7 de octubre de 2016, se modificó el Manual de Gobierno corporativo y código de ética que fue aprobado en diciembre de 2015 y suspendido mientras se realizó revisión y ajustes en comité de gerencia, en ésta reciente resolución, se mantuvieron los principios y valores que fueron identificados con la participación de los empleados de planta en 2015. Teniendo éste nuevo código de ética queda derogada la resolución No. 196 de 2013. Este manual se encuentra pendiente de socializar con el todo el personal de planta, mientras tanto fue publicado en el aplicativo de Gestión Documental QFDocument, para conocimiento general.

Contiene:

##### **\*Órganos del Gobierno Corporativo del Instituto**

- Junta Directiva
- Comités de apoyo (Control Interno, Buen Gobierno, Gerencia y Riesgos)
- Funciones de Representante Legal, Revisor Fiscal y Control Interno

##### **\*Estructura Organizacional**

##### **\*Relación con grupos de interés**

##### **\*Código de Ética**

- Principios éticos
- Valores
- Conflictos de interés – Inhabilidades e incompatibilidades
- Políticas sobre el manejo de la información

##### **\*Mecanismos de vigilancia y retroalimentación**

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>INFORME</b>	CODIGO : RGD00-06
	<b>PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL</b>		FECHA DE APROBACIÓN:08/08/2013
			VERSIÓN:01

### 1.1.2. Desarrollo del Talento Humano:

\* **Manual de funciones y competencias:** Se mantienen los Manuales de funciones de los cargos de empleos públicos, su última actualización se hizo mediante la resolución 224 del 20 de mayo de 2015; se requiere una revisión y ajustes a éstos incluyendo las actividades contempladas en los manuales de riesgos y Gobierno corporativo recientemente aprobados y elaborar manual de funciones por dependencias y para trabajadores oficiales.

En éste periodo el área de talento humano viene adelantando la recolección de información de actos administrativos relacionados con las modificaciones en el personal de planta, estructura organizacional para llegar a la actual y organización de historias laborales del personal trabajador oficial.

\* **Plan Institucional de formación y capacitación:** Se presenta un cumplimiento del 60% de ejecución aproximadamente del plan de capacitación y formación de 2016, pues se toma del indicador de capacitaciones de talento humano de los tres trimestres más las capacitaciones de octubre; a éste corte se tiene una ejecución de gastos por el rubro de capacitación de \$4.791.614

En éste periodo los funcionarios y contratistas, recibieron capacitación y formación en los siguientes temas:

FECHA	TEMA	No. PERSONAS	COSTO POR CAPACITACION	FORTALECIMIENTO EN:
9/09/2016	Seminario Cultura de la legalidad en Casanare	3	-0-	Gestión Jurídica Seguimiento y control.
19/10/2016	II encuentro Nacional de Control Interno	1	-0-	Seguimiento y Control
19/10/2016	II Congreso de mobiliario y productos de madera legal	1	-0-	Programas y Proyectos.
20/10/2016	Curso de manejo defensivo (pend. De ejecutar)	2	120.000	Plan de emergencias
21/10/2016	Balance Scorecard e indicadores de gestión	2	1.895.990	Direccionamiento Estratégico.
AGT-OCT	Diplomado en Contratación	3	-0-	Proceso de Contratación
	<b>Total gasto en capacitación</b>		<b>\$2.015.990</b>	

Fuente: ejecución presupuestal – Indicador G. Talento Humano a sept. - Control interno

\***Programa de inducción y reinducción:** El instituto tiene definido dentro del proceso de Administración del Talento Humano el programa de inducción y reinducción.

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>INFORME</b>	CODIGO : RGD00-06
	<b>PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL</b>		FECHA DE APROBACIÓN:08/08/2013
			VERSIÓN:01

Desde la Subgerencia Comercial en su proceso gestión financiación, se viene realizando para éste periodo retroalimentación del resultado de la gestión de los asesores, cobro de cartera y analista, recomendaciones de control, de operación efectiva del proceso y de las actividades, productos y servicio no conforme.

**\*Programa de bienestar y plan de incentivos:** Atendiendo lo establecido en el Decreto 1227 de 2005 y la convención colectiva de trabajo al programa de bienestar para la vigencia 2016 fue presentado al comité de bienestar y avalado para aprobación de gerencia mediante acta de fecha 7 de abril de 2016.

Para éste periodo se realizaron las siguientes actividades:

Capacitación sobre Bienestar y Salud (ARL) 24 servidores  
 Capacitación sobre Educación Financiera - 17 personas  
 Fortalecimiento del Trabajo en equipo ARL (14 personas)

Dentro del programa de incentivos se tiene la actividad mensual del funcionario destacado, la cual se realizó en la integración del mes de septiembre (con un reconocimiento al servidor público del mes de junio).

Es importante a fin de que se cumpla el objetivo de incentivar el trabajo en equipo y motive a los funcionarios, definir claramente los criterios bajo los cuales se elige al funcionario, promoviendo los principios y valores institucionales así como los logros, aportes o resultados obtenidos, y el reconocimiento a equipos de trabajo ó áreas.

Como actividad adicional y social: se realizó la Sensibilización y donación de sangre (Hospital de Yopal) 20 funcionarios donaron sangre.

**\*Seguridad y Salud en el Trabajo:** De acuerdo a la entrevista realizada con la profesional de apoyo del área de talento humano y evidencias de registro; se realizaron las siguientes actividades, gestionadas sin costos para el Instituto, en temas de:

1. Socialización del Diagnóstico del riesgo psico-social de 2015 (7 personas)
2. Riesgo cardio-vascular ARL (18 personas)
3. Riesgo de conflictos ARL (14 personas)
4. Higiene postular ARL (19 personas)
5. Aprovechamiento de residuos sólidos (Empresa Acueducto y Alcantarillado) 9 personas.
6. Rumboterapia ARL (10 personas)

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>INFORME</b>	CODIGO : RGD00-06
	<b>PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL</b>		FECHA DE APROBACIÓN:08/08/2013
			VERSIÓN:01

Se recomienda a la parte directiva definir acciones sobre el resultado del diagnóstico de riesgo psico-social de 2015, teniendo en cuenta que la Institución incurrió en costos, lo cual genere un valor agregado, mejora continua o impacto al interior de la entidad y en sus trabajadores.

En el mes de septiembre se realizó la elección del nuevo comité del COPASST, el cual queda nombrado para dos años, el comité ha estado activo en sus funciones, dentro de éstas recientemente gestionó y aprobó la programación para la capacitación en brigadas empresariales.

Para éste periodo se aprobó el plan de emergencias, ajustado y actualizado por la profesional de seguridad y salud en el trabajo; el cual se encuentra pendiente de socialización una vez se tenga conformado el equipo de brigadistas.

La profesional de Seguridad y Salud en el trabajo elaboró el plan de seguridad vial, el cual se encuentra pendiente de aprobación por las Directivas. Como parte de su ejecución se contrató la capacitación en manejo defensivo para dos personas.

Se encuentra en proceso precontractual el servicio de exámenes médicos ocupacionales para todo el personal vinculado.


**Sistema de evaluación del desempeño:** De los 34 funcionarios de planta, 25 son trabajadores oficiales, a ellos se les realiza evaluación del desempeño de acuerdo a una metodología, un procedimiento y programación ya definidos; en ésta vigencia ha desmejorado su implementación en términos generales, ha presentado dificultad y demora para algunos directivos en la concertación de objetivos y evaluaciones. Se recomienda hacer un análisis de pertinencia y metodología pero aún más el compromiso de los directivos que tienen dicha responsabilidad y no la han realizado. Pues de éste procedimiento se generan necesidades de capacitación y medición del impacto de las capacitaciones.

Se tiene implementado dentro del Sistema de Gestión de Calidad, la evaluación a proveedores dentro de éstas al personal vinculado por contrato de prestación de servicios, respecto a cumplimiento en ejecución, calidad y oportunidad una vez finalizado su contrato.

## 1.2. Direccionamiento Estratégico:

La oficina de planeación lideró la elaboración del Plan Estratégico para el periodo 2016-2019, y fue presentado a la Junta Directiva, quien lo aprobó en reunión del mes de octubre; con su eslogan "Con paso firme....Apoyamos tus proyectos", los objetivos institucionales trazados para dicho periodo son:

1. *Fortalecer el sistema de Control Interno institucional e implementar el sistema integrado de gestión.*
2. *Consolidar la sostenibilidad financiera, mediante la reorganización del negocio crediticio y generación de nuevas fuentes de ingresos.*

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>INFORME</b>	CODIGO : RGD00-06
	<b>PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL</b>		FECHA DE APROBACIÓN:08/08/2013
			VERSIÓN:01

3. *Satisfacer las necesidades de financiación de los productores y empresarios del Departamento, con criterios de Cobertura, Calidad y Equidad.*
4. *Disponer de recursos humanos, físicos y tecnológicos, que soporten las necesidades y el crecimiento del negocio*

### 1.2.1. Planes, programas y proyectos:


Con la aprobación del Plan Estratégico 2016-2019, se ajustó la Misión y Visión del Instituto, quedando de la siguiente forma:

<div style="text-align: center; border-bottom: 2px solid blue; padding-bottom: 5px;"><b>PLAN ESTRATÉGICO 2016-2019</b></div> <p><b>• MISIÓN</b></p> <p>En el IFC fomentamos el desarrollo económico y social del Departamento de Casanare, a través de la prestación de servicios financieros, empresariales y gestión de proyectos; contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida y satisfacción de nuestros clientes, con responsabilidad social y ambiental.</p> <p style="text-align: center; font-size: small; color: blue;">Con paso firme... Apoyamos tus proyectos.</p>	<div style="text-align: center; border-bottom: 2px solid blue; padding-bottom: 5px;"><b>PLAN ESTRATÉGICO 2016-2019</b></div> <p><b>• VISIÓN</b></p> <p>En el 2023, seremos una entidad líder en financiación y gestión de proyectos productivos en la región, con sostenibilidad financiera, eficiencia, calidad en el servicio y un equipo humano competente y comprometido</p> <p style="text-align: center; font-size: small; color: blue;">Con paso firme... Apoyamos tus proyectos.</p>
---	--

Se encuentra pendiente por parte de la oficina de planeación definir la fecha para la socialización con todo el personal del IFC el Plan Estratégico, publicar así mismo en página web la nueva plataforma estratégica.

Respecto a Planes de acción este se encuentra publicado en la página web del Instituto así como el Plan de Adquisiciones, éste también se encuentra en el SECOP, se le hizo una actualización y ajuste en el mes de julio de 2016, Igualmente el Plan anticorrupción el cual se ajustó a la nueva guía en abril y se publicó nuevamente, los seguimientos realizados por la oficina de control interno a éste plan anticorrupción han sido remitidos a la Gerencia y parte directiva y publicados. Respecto a los avances de planes de acción se requiere mayor compromiso para que éstos sean remitidos a planeación antes del mes siguiente al trimestre.

Se dificultan las reuniones con Gerencia y la participación en comité de control interno para la socialización de los informes que realiza la oficina de control interno y dar a conocer y sustentar las conclusiones y recomendaciones que se generan en cada uno de estos.

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>INFORME</b>	CODIGO : RGD00-06
	<b>PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL</b>		FECHA DE APROBACIÓN:08/08/2013
			VERSIÓN:01

Con relación a acuerdos de gestión, estos se suscribieron entre el superior jerárquico y los gerentes públicos que corresponde a Subgerencia comercial, Subgerencia Administrativa y Financiera, Jefe de Planeación y Jefe oficina Jurídica.

Se reitera la importancia de entregar los resultados del plan de acción de la vigencia 2016 a más tardar el 20 de enero a fin de que éstos sirvan de base y evidencias de resultados a la gestión, y soporte, para la evaluación a la gestión por dependencias que debe realizar la oficina de control interno y para la evaluación de los acuerdos de gestión que debe realizar el gerente a sus gerentes públicos.

### **1.2.2. Modelo de Operación por Procesos:**


El mapa de procesos se encuentra en un lugares visibles del Instituto, éste es socializado en la inducción y reinducción del personal, contempla un (1) proceso de Direccionamiento; Dos (2) procesos misionales; ocho (8) procesos de apoyo y un (1) proceso de seguimiento y control, cada proceso cuenta con la caracterización, políticas de operación, indicadores, entrada y salida del proceso (ciclo PHVA), procedimientos, control de registros, flujograma, formatos, índice del proceso.

Se encuentra como aspecto de mejora la actualización de la matriz de riesgos de procesos, de acuerdo a la valoración de controles que ésta oficina realizó en septiembre de 2015 y septiembre de 2016, entregando el resultado a la oficina de planeación y profesional contratado de calidad, a fin de que se trabaje en éste tema antes de finalizar la vigencia y fortalecer la administración de riesgos, como un componente importante dentro del sistema de control interno de la entidad.

Se resalta a la Administración todo el proceso realizado en el mes de junio y julio respecto a mantener la certificación de ICONTEC al sistema de gestión de la calidad bajo la norma técnica ISO 9001-2008 el cual se logró.

### **1.2.3. Estructura Organizacional:**

La estructura organizacional se mantiene la misma, se encuentra ajustada de acuerdo a los procesos y necesidades actuales del Instituto.

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>INFORME</b>	CODIGO : RGD00-06
	<b>PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL</b>		FECHA DE APROBACIÓN:08/08/2013
			VERSIÓN:01

### 3.1 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA ENTIDAD



Fuente: Plan Estratégico 2016-2019

**1.2.4. Indicadores de Gestión:** Los indicadores que se manejan desde el proceso de Direccionamiento Estratégico en su procedimientos de Análisis de indicadores, se extraen de los indicadores más relevantes de los procesos, actualmente desde el Direccionamiento se tiene contemplado hacer un ajuste desde el mismo levantamiento de indicadores de gestión basados en los mapas de riesgos. De acuerdo al cronograma presentado por la oficina de planeación se contempla a más tardar en mayo del siguiente año contar con unos indicadores de gestión ajustados al plan estratégico y riesgos institucionales.

Es importante poner en operación el módulo de reportes gerenciales del sistema integral IAS y lograr tener resultados de indicadores y de gestión con mayor oportunidad para la toma de decisiones y la mejora continua.

### 1.2.5. Políticas de Operación:

Cada proceso tiene definidas sus políticas de operacional, respecto a Políticas Institucionales, mediante el Acuerdo de Junta Directiva 04 de 2014, fueron aprobadas e implementadas las políticas de Calidad, Administración de riesgos; Comunicaciones y atención al cliente; responsabilidad social y empresarial, Seguridad y Salud en el trabajo; estas se han venido socializando.

Mediante resolución No. 616 del 29 de diciembre de 2015, la gerencia por autorización de la Junta Directiva, aprobó el Manual de políticas NIIF. Se vienen presentando los Estados Financieros por convergencia en cumplimiento a la regulación que ha generado la Contaduría General de la Nación en la materia.

Recientemente, mediante resolución No. 135 de junio de 2016 se aprobó la política de cero papel, la cual se encuentra pendiente de socializar, a través del seguimiento de austeridad del gasto, se hizo una revisión de cumplimiento y avance a cada estrategia y meta contemplada para 2016.

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>INFORME</b>	CODIGO : RGD00-06
	<b>PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL</b>		FECHA DE APROBACIÓN:08/08/2013
			VERSIÓN:01

El Instituto cuenta igualmente con las políticas de Defensa Judicial y Prevención del daño antijurídico, aprobadas en comité de conciliación según acta No. 03 del 12 de marzo de 2014.

El 7 de octubre de 2016 la Gerencia por autorización de la Junta Directiva aprobó la modificación a los manuales para la operación del Instituto, quedando bajo los siguientes actos administrativos:

Resolución No. 0268 Manual de Cartera  
Resolución No. 0269 Manual de Crédito  
Resolución No. 0270 Manual de Riesgo de crédito  
Resolución No. 0271 Manual de Riesgo Operacional  
Resolución No. 0272 Plan de contingencia y continuidad del negocio  
Resolución No. 0273 Manual de Riesgo de Liquidez  
Resolución No. 0274 Plan de Seguridad informática  
Resolución No. 0275 Manual de Riesgo SARLAFT  
Resolución No. 0276 Manual de Riesgo de mercado  
Resolución No. 0277 Plan de Adquisición Tecnológica  
Resolución No. 0278 Manual de Gobierno Corporativo y Código de Ética.


El instituto se encuentra en un proceso de transición para la implementación de éstos manuales, para iniciar completamente en enero de 2017, en algunos se ha requerido de ajustes internos, cambios del sistema y de los procedimientos, así como la divulgación de las nuevas líneas, tasas y condiciones.

### 1.3. Administración del Riesgo:

La política de Administración de riesgos inicialmente fue revisada y aprobada por el Comité Coordinador de Control Interno y posteriormente presentada y aprobada por Junta Directiva, mediante el Acuerdo No. 04 de 2014, ésta se entrará a fortalecer una vez se implementen los Manuales de Riesgo.

Desde finales de 2014 hasta diciembre de 2015, se hizo un trabajo desde planeación y acompañamiento de control interno en el levantamiento de matrices de riesgos a procesos; basados en éstos la oficina de control interno en el mes de septiembre realizó valoración de controles:




	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>INFORME</b>	CODIGO : RGD00-06
	<b>PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL</b>		FECHA DE APROBACIÓN:08/08/2013
			VERSIÓN:01

RESULTADO VALORACIÓN DE CONTROLES					
PROCESO	TOTAL RIESGOS	RIESGOS INHERENTE		RESULTADO DE EFECTIVIDAD DE CONTROLES	
		R. EXTREMO	R. ALTO	2015	2016
Direccionamiento	4	2	1	85%	79%
Gestión Financiación	8	1	7	82%	71%
Programas y Proyectos					
Contratación	5	3	1		85%
Gestión financiera	10	3	2		85%
Gestión jurídica	5	1	1	78%	78%
Recursos físicos					
Gestión documental	3	2	0		78%
Atención al cliente y comunicaciones	6	3	2	74%	80%
Gestión tecnológica y de sistemas	3	1	2	96%	87%
Talento Humano	4	0	2	82%	79%
Seguimiento y Control	4	0	2	92%	88%
<b>TOTALES</b>	<b>52</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>84%</b>	<b>81%</b>

De los 52 riesgos identificados en 10 de los 12 procesos, 16 se tienen clasificados en Riesgo Extremo y 20 de riesgos alto sin controles, los demás corresponden a riesgos moderados y bajos; realizada la valoración a los controles existentes en cada matriz de riesgos y las acciones que se realizan, se obtuvo un 81% de efectividad presentando una disminución con relación a la realizada en 2015. Este resultado Controles Interno ya lo dio a conocer a la oficina de Planeación, para fines pertinentes y remitido a líderes de procesos. Se requiere hacer análisis del contexto a cada matriz de riesgos de procesos.

Se realizó el ejercicio del DAFP respecto a la manifestación del compromiso con la integridad y la transparencia, socializando dicha actividad en reunión de reinducción en el mes de julio, participaron un total de 31 servidores, de los cuales 5 de la parte directiva, 5 profesionales, 4 técnicos, 7 asistenciales y 11 contratistas.



	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>INFORME</b>	CODIGO : RGD00-06
	<b>PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL</b>		FECHA DE APROBACIÓN:08/08/2013
			VERSIÓN:01

## 2. MODULO CONTROL DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO:

### 2.1. Autoevaluación Institucional:

Existe dentro del proceso de Seguimiento y Control, el procedimiento de autoevaluación de control, se programó con líderes de procesos dentro del plan de autoevaluación, realizarla en los meses de agosto y septiembre, se logró hacer a partícipes de los procesos de: Gestión financiación, Atención al cliente y comunicaciones y Gestión jurídica.


Como fomento a la cultura del autocontrol, en Julio se realizó socialización en reinducción del Código de ética (resolución 196 de 2013), la importancia de la transparencia en la gestión. Se colocó durante el mes de julio como protector de pantalla en todos los computadores, mensajes y diapositivas promoviendo y haciendo ver la importancia de ejercer control y autocontrol en sus actividades y procesos.

Por otra parte dentro del proceso de seguimiento y control, se tiene desde la oficina de control interno el monitoreo al cumplimiento de los informes y reportes que deben presentar las diferentes áreas a las entidades de control y de regulación, minimizando el riesgo de incumplimiento.

**2.2. Auditoría Interna:** Se cuenta con el procedimiento de Auditorías Internas el cual integra desde el programa de auditorías aquellas relacionadas con el Sistema de Calidad y las de gestión a cargo de la oficina de control interno, el programa fue aprobado por el Comité coordinador de control Interno en reunión del día 29 de marzo de 2016



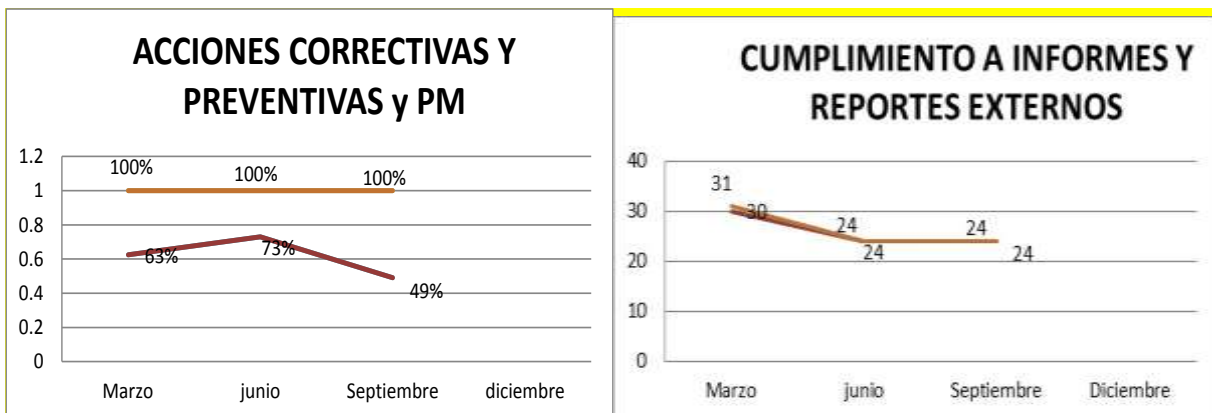
Se lleva un cumplimiento al programa de auditorías del 81%, se tiene pendiente el cumplimiento a seguimiento de políticas institucionales y evaluación a la gestión por dependencias, ésta última se deja para realizarla en enero, pues la base para ello son los planes de acción.

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>INFORME</b>	CODIGO : RGD00-06
	<b>PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL</b>		FECHA DE APROBACIÓN:08/08/2013
			VERSIÓN:01

El resultado de las auditorías, seguimiento e informes, los cuales siempre se presentan con conclusiones y recomendaciones, son dadas a conocer a las personas que corresponde, en su mayoría se definen ACPM y planes de mejoramiento a las auditorías, a los cuales se les realiza seguimiento.

### 2.3. Planes de Mejoramiento

Con la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, la mejora continua se realiza no solo a través de auditorías interna sino dentro del procedimiento de Producto o Servicio no conforme del proceso misional y procedimiento de Acciones Correctivas, preventivas y de mejora que hace parte del proceso seguimiento y control que se lidera desde la oficina de control interno; se evidencia baja participación para éste periodo, se viene haciendo acompañamiento en el uso de los formatos existentes para el procedimiento a los líderes, cuando lo han requerido.




El porcentaje de eficacia de las ACPM y acciones de los planes de mejoramiento bajo significativamente, siendo un resultado clasificado como menor.

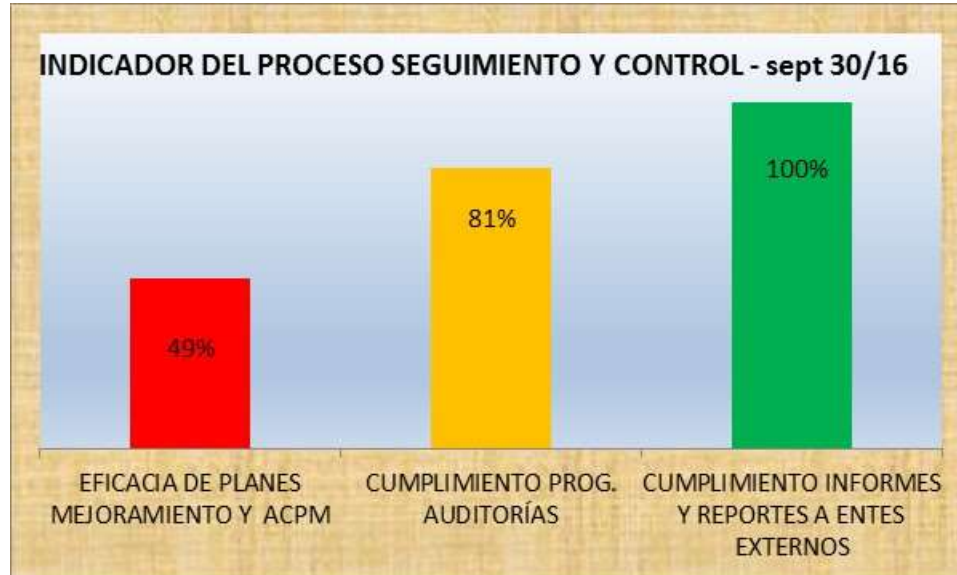
Actualmente se tienen dos planes de mejoramiento producto de auditorías internas de gestión, con el siguiente porcentaje de cumplimiento:

Sistema de control interno contable: 38% suscrito en marzo de 2016.

Replamamiento Bovino: 37% suscrito en junio de 2016.

Adicionalmente desde el procedimiento Administración requerimiento e informes entes de control, se realiza monitoreo desde la oficina de control interno el cual se le ha venido dando cumplimiento al 100% a los reportes e informes a excepción de 1 pago no oportunos en el primer trimestre del cual se generaron acciones de mejora, situación que no se ha vuelto a presentar.

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>INFORME</b>	CODIGO : RGD00-06
	<b>PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL</b>		FECHA DE APROBACIÓN:08/08/2013
			VERSIÓN:01



### 3. EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACION:


#### 3.1. Información y Comunicación:

- \* Atención Personal
- \* Buzón de PQRS
- \*Ventanilla única de correspondencia
- \*Página Web
- \*Correo Institucional
- \*Línea telefónica

(ver informe seguimiento a PQRS) e informes trimestrales del proceso atención al cliente y comunicaciones.

Respecto a la política de comunicaciones, mediante acta de reunión de comité de gerencia del día 21 de junio fue aprobado el Plan de Comunicaciones, así mismo desde el proceso de atención al cliente y comunicaciones se cuenta con el procedimiento Comunicaciones internas y externas. Se recomienda dentro del autocontrol, hacer un seguimiento al cumplimiento de éste plan desde la Subgerencia Administrativa y Financiera.

Desde la oficina de control interno, planeación y sistemas se ha hecho énfasis en el cumplimiento de la ley 1712 de 2014 Ley de transparencia y del derecho del acceso a la información pública y sus decretos reglamentarios.

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>INFORME</b>	CODIGO : RGD00-06
	<b>PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL</b>		FECHA DE APROBACIÓN:08/08/2013
			VERSIÓN:01

En reunión de comité coordinador de control interno, realizada el día 8 de noviembre de 2016, se informó sobre las debilidades que se tienen en el sistema de control interno, los aspectos que requieren fortalecerse, algunos implementar, pues en algunos elementos del sistema se ha evidenciado retroceso; en ésta reunión se establecieron compromisos de los directivos en los aspectos de su competencia. Así mismo se les volvió a recordar la rendición de cuentas que tienen programada para éste periodo de acuerdo al plan anticorrupción 2016 del IFC.

- **Fuentes internas de información:**

- Intranet
- Spark (para el manejo rápido e informar de las comunicaciones internas).
- Para el sistema de calidad, uso de formatos, se tiene una carpeta en red pública, para consulta de todo lo relacionado con SGC y MECI.

El principal canal de información y comunicación del Instituto es el QFDocument, por medio del cual se recibe y tramita toda la correspondencia, así mismo se consulta toda clase de documentos que reposan en archivo, de acuerdo a la serie documental, el acceso a éste aplicativo es controlado, dependiendo la información que requiere manejar cada funcionario.

- **Manejo organizado y sistemático de los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos:**

El sistema integral IAS implementado en el 2014, no ha llegado a su punto de efectividad y los controles automáticos que se generan se encuentran aún en prueba; ha venido presentando requerimientos y mejoras y cada vez es una herramienta fundamental e integral para el desarrollo de los procesos; aún no se ha logrado la operación e integración de todos los procesos a través de IAS, principalmente los módulos de Programas y Proyectos y el Gerencial (reportes). De acuerdo a la auditoría realizada al sistema de control interno, se encontraron hallazgos relacionadas con el sistema y que aún se encuentran algunas pendientes de solucionar.

Con el cambio que se genera de acuerdo a los manuales de crédito y cartera recientemente aprobados y el recibo y operación de la cartera de ICETEX, se requiere de una modificación e inclusión en el sistema IAS para su operación; lo cual se recomienda por parte de la supervisora del contrato debido cuidado y diligencia ante estos requerimientos.

Desde el proceso de recursos físicos liderado por la Subgerencia Administrativa y financiera, se lleva el manejo de los bienes del Instituto, se ha evidenciado mejora pues ya se registra y se lleva el control sistematizado haciendo uso del módulo en el sistema IAS, sin embargo aún se evidencian tareas pendientes principalmente en baja de activos inservibles o dados de baja; así mismo dentro de éste proceso se elabora y hace seguimiento al plan de mantenimiento.

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>INFORME</b>	CODIGO : RGD00-06
	<b>PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL</b>		FECHA DE APROBACIÓN:08/08/2013
			VERSIÓN:01

El instituto cuenta con equipos de cómputo con especificaciones requeridas de seguridad para el manejo de la información y el manejo controlado de los mismos, lo cual fortaleció significativamente la seguridad, respaldo de información y acceso de dispositivos, para control de virus principalmente; desde el proceso de gestión tecnológico se lleva el registro y plan de mantenimiento de los equipos de cómputo.

Respecto a recursos humanos, se tiene un módulo exclusivo para talento humano, desde allí actualmente se viene manejando las novedades relacionadas con nómina; se observa aspecto de mejora recomendando llevar desde allí el registro de novedades administrativas del personal de planta, que faciliten la obtención de información y generación de informes administrativos sistematizados y evitar llevarlos manuales. Igualmente vienen trabajando en conjunto contabilidad, talento humano y personal de IAS en solucionar el cálculo automático de las provisiones de prestaciones, los cuales venían presentando errores.

Es importante realizar con mayor oportunidad las reuniones a nivel directivo para sustentarle las conclusiones y recomendaciones que la oficina de control interno identifica en las auditorías y seguimientos para la implementación y mejora del Sistema de Control Interno, así como para los aspectos relacionados principalmente con Plan anticorrupción, austeridad del gasto, pues para éste periodo se ha remitido a los correos de los directivos los informes correspondientes a seguimiento a PQRS primer semestre 2016, seguimiento a plan anticorrupción, informe de austeridad del gasto a junio 30 y a septiembre 30, informe de resultados de Planes de Mejoramiento y ACPM.

- **Comités**

El instituto cuenta con los siguientes comités:

- Comité de Gerencia
- Comité Coordinador de Control Interno
- Comité de Conciliación
- Comité de Cartera
- Comité de Archivo
- Comité de sostenibilidad contable
- Comité de Relaciones laborales
- Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo
- Comité de Bienestar Social
- Comité Calidad – Equipo MECI
- Comité anti-trámites y GEL.

Con el Manual de Gobierno Corporativo recientemente aprobado, se incluyen los siguientes comités:

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>INFORME</b>	CODIGO : RGD00-06
	<b>PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL</b>		FECHA DE APROBACIÓN:08/08/2013
			VERSIÓN:01

- Comité de Buen Gobierno
- Comité de Riesgos

**Aspectos sobre los cuales la Oficina de Control Interno recomienda cumplimiento y fortalecimiento:**

- Socialización de Plan Estratégico 2016-2019 y Manual de Gobierno Corporativo.
- Reinducción al personal por cambios en los manuales de crédito, cartera y nuevo riesgo de crédito.
- Realización de la rendición de cuentas 2016 comparativo 2015 de acuerdo a plan anticorrupción institucional.
- Definición de compromisos y Evaluación del desempeño dentro de los términos establecidos.
- Oportuna entrega de avances a planes de acción, principalmente el del cierre antes del 20 de enero de 2016, como insumo para la evaluación a la gestión por dependencias.
- Actualizar manual de funciones de acuerdo a las competencias en los manuales de riesgo, y elaboración manual de funciones o guías del cargo de trabajadores oficiales.
- Ajustes y actualización a las matrices de riesgos de los procesos.
- Cumplimiento del SIGEP de todo lo requerido en los subsistemas (DUR 1083/2015, Título XVII, art. 2.2.17.6).
- Cumplimiento a los compromisos establecidos en comité de control interno realizado el pasado 8 de noviembre de 2016, a fin de seguir fortaleciendo el Sistema de Control Interno y obtener mejores resultados con relación a la evaluación de 2015.

Yopal, Noviembre 11 de 2016

LENZ SANCHEZ AMEZQUITA

Jefe Oficina de control Interno

**“El sistema de control interno de gestión es responsabilidad de todos y contribuye a cambiar la forma en que el servidor público entiende su aporte a la visión, misión y objetivos institucionales”.**