



Instituto Superior de Educación Rural - ISER  
*"Formamos profesionales de calidad para el desarrollo social y humano"*



**INFORME EJECUTIVO DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN  
SOBRE LA ACTUALIZACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL  
INTERNO MECI Y ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL  
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACIÓN RURAL ISER**

**OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION**

**PROFESIONAL UNIVERSITARIO:**

**Helber Alexander Roperro Contreras**

**PAMPLONA, FEBRERO 24 DE 2016**

NIT 890 501 578 - 4  
Calle 8 No 8 – 155 Barrio Chapinero  
Teléfono (7) 568 25 97 Fax: (7) 568 17 36  
[www.iser.edu.co](http://www.iser.edu.co)





## INTRODUCCION

Desde la entrada en vigencia del Decreto 1599 de 2005, por medio del cual se dispone la implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI en todas las entidades que hacen parte del ámbito de aplicación de la Ley 87 de 1993, las organizaciones del Estado han involucrado en su cultura organizacional los aspectos básicos para operacionalizar de manera práctica el Sistema de Control Interno.

Sin embargo, los Sistemas de Control Interno evolucionan con el tiempo y pasados ocho años del inicio de su implementación, cinco de su fecha límite en el orden Nacional, y dos años y medio en el orden Territorial, se han recogido inquietudes y se ha logrado establecer la necesidad de actualizar el Modelo, no desde su concepción filosófica y conceptual propiamente dicha, sino en su forma y aclarando ciertos conceptos, facilitando su comprensión, introduciendo estrategias de simplificación que permitan su efectiva operación.

El modelo estándar de control interno para el Estado Colombiano – MECI 1000:2005, proporciona la estructura básica para evaluar la estrategia. La gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo, y aunque promueve un estructura uniforme, se adapta a las necesidades específicas de cada entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran.

Desde la entrada en vigencia del Decreto 1599 de 2005, por medio del cual se dispone la implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI en todas las entidades que hacen parte del ámbito de aplicación de la Ley 87 de 1993, las organizaciones del Estado han involucrado en su cultura organizacional los aspectos básicos para operacionalizar de manera práctica el Sistema de Control Interno.

Sin embargo, los Sistemas de Control Interno evolucionan con el tiempo y pasados ocho años del inicio de su implementación, cinco de su fecha límite en el orden Nacional, y dos años y medio en el orden Territorial, se ha logrado establecer la necesidad de actualizar el Modelo, no desde su concepción filosófica y conceptual propiamente dicha, sino en su forma y aclarando ciertos conceptos, facilitando su comprensión, introduciendo estrategias de simplificación que permitan su efectiva operación.





# Instituto Superior de Educación Rural - ISER

*"Formamos profesionales de calidad para el desarrollo social y humano"*



El MECI concibe el Control Interno como un conjunto de elementos interrelacionados, donde intervienen todos los servidores de la entidad, como responsables del control en el ejercicio de sus actividades; busca garantizar razonablemente el cumplimiento de los objetivos institucionales y la contribución de éstos a los fines esenciales del Estado; a su vez, persigue la coordinación de las acciones, la fluidez de la información y comunicación, anticipando y corrigiendo, de manera oportuna, las debilidades que se presentan en el quehacer institucional.

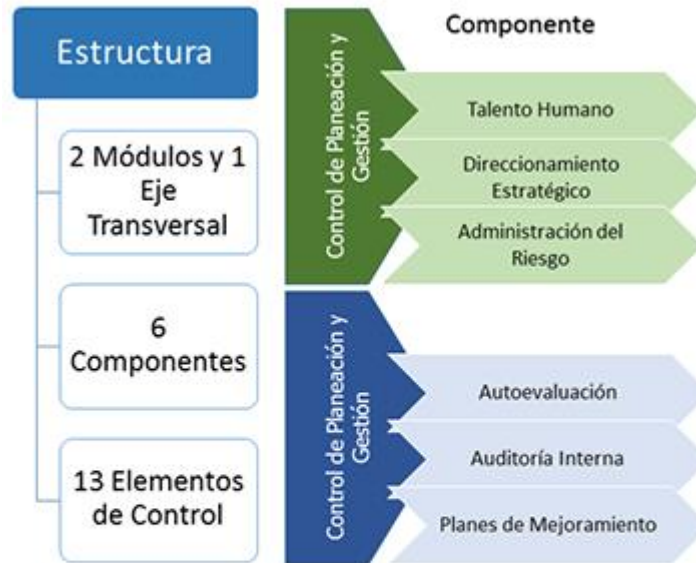
Con el propósito de seguir afianzando este objetivo en la administración pública se presenta la actualización del MECI que continúa sustentándose en los tres aspectos filosóficos esenciales en los que se ha venido fundamentando el Modelo, a saber: Autocontrol, Autogestión y Autorregulación; pilares que siguen siendo la base para un control efectivo en la administración pública.

De igual manera, otra de las novedades que trae el presente documento, es la inclusión de los productos mínimos con los que deberían contar las entidades para la implementación y fortalecimiento del Modelo; estos son una guía y deberán ser tenidos en cuenta de acuerdo a la particularidad y complejidad de cada una de las entidades. Las entidades podrán contar con productos adicionales según la madurez y dinámica de sus sistemas.

El presente Informe tiene como propósito dar a conocer a la alta dirección del Instituto Superior de Educación Rural ISER el estado de implementación y fortalecimiento continuo de cada uno de los Módulos de Control, Componentes y Elementos que conforman el Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014 a través del análisis detallado y objetivo de la revisión de la información trabajada por los representantes de la alta dirección y el equipo MECI del Instituto; donde se evaluó cada uno de los productos mínimos del Modelo Estándar de Control Interno propuestos por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública y el Decreto 943 de 2014.



**INFORME EJECUTIVO DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN  
 SOBRE LA ACTUALIZACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL  
 INTERNO MECI Y ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL  
 INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACIÓN RURAL ISER**



El Decreto 943 de 2014 actualiza el Modelo Estándar de Control Interno MECI, Modelo que tiene como propósito fundamental servir como una herramienta gerencial para el control a la gestión pública, y que se fundamenta en la cultura del control, y la responsabilidad y compromiso de la Alta Dirección para su implementación y fortalecimiento continuo. A partir de su correcto funcionamiento, se pueden identificar posibles actos de corrupción, no obstante, no es éste su principal objetivo.

Entre las principales novedades que trae la actualización del modelo, se encuentra que los tres subsistemas de control a los que se refería la versión anterior se convierten en dos Módulos de Control, que sirven como unidad básica para realizar el control a la planeación y la gestión institucional, y a la evaluación y seguimiento. A partir de esta modificación, la información y comunicación se convierten en un eje transversal al Modelo, teniendo en cuenta que hacen parte de todas las actividades de control de las entidades de esta manera se tiene:

**Control de la Planeación y Gestión:** Este módulo busca agrupar los parámetros de control que orientan la entidad hacia el cumplimiento de su visión, misión, objetivos, principios, metas y políticas al igual que los aspectos que permiten el desarrollo de la gestión dentro de los que se encuentran: Talento Humano, planes, programas, procesos, indicadores, procedimientos, recursos, y administración de los riesgos.

**Control de Evaluación y Seguimiento:** Agrupa los parámetros que garantizan la valoración permanente de los resultados de la entidad, a través de sus diferentes mecanismos de verificación, evaluación y seguimiento.

**Eje transversal:** Información y Comunicación

En este orden de ideas, los 29 elementos de control que hacían parte de la versión anterior del Modelo se redefinen en 13 elementos que se desarrollan desde seis Componentes, y como ya se hizo alusión en dos grandes módulos de control.

## 1. MODULO DE CONTROL PLANEACIÓN Y GESTIÓN



### 1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO

#### 1.1.1 ACUERDOS, COMPROMISOS O PROTOCOLOS ÉTICOS

**Documento con los principios y valores de la entidad:**

Se evidencia el Código de Ética en la entidad, sin embargo no se ha realizado la respectiva encuesta de adherencia del código de ética en la entidad como tampoco se han realizado Informe sobre la forma como los miembros de la entidad conciben y practican los principios y valores éticos; así mismo la oficina de Talento Humano no tiene implementado en el proceso de inducción a funcionarios nuevos la

capacitación sobre los principios éticos con que cuenta la entidad inmersos en su respectivo Código de Ética y Buen Gobierno.

**Acto administrativo que adopta el documento con los principios y valores de la entidad:**

Se evidencia Según la Resolución número 435 del 19 de diciembre de 2014 la adopción del documento con los principios y valores de la entidad.

**Socialización de los principios y valores de la entidad:**

Se evidencian en la Página web, sin embargo no se han definido y aplicado mecanismos de socialización de los valores a todos los servidores de la entidad y contratistas, igualmente no se han dado a conocer los valores éticos inmersos en el código de ética en el proceso de inducción de los nuevos funcionarios que ingresaron a la entidad.

### 1.1.2 DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

**Manual de funciones y competencias laborales:**

Se evidencia a través de la Resolución 304 del 16 de Junio de 2015 la cual se encuentra publicada en la, página web institucional, sin embargo no se ha realizado la respectiva socialización del Manual de Funciones y competencias Laborales por parte de la oficina de Talento Humano a los funcionarios de la Entidad.

**Plan Institucional de Formación y Capacitación:**

Se evidencia la formulación, documentación del Plan de Capacitación 2015 ajustado para administrativos y docentes, sin embargo no se realizó una Consolidación del Diagnóstico de necesidades de la entidad, no se formularon Proyectos de Aprendizaje y no se sensibilizó el Plan de capacitaciones en la entidad.

**Implementación del Plan institucional de formación y capacitación:**

La oficina de Talento Humano realizó el Plan anual de capacitaciones de la entidad con un porcentaje de cumplimiento del 80%, la oficina debe realizar una planeación efectiva que permita cumplir con el 100% de las capacitaciones programadas para cada vigencia, el plan de Formación y Capacitación Docente no se ejecuto.

Las actividades educativas que se programen en el Plan Institucional de Capacitación por la entidad deben enfocarse al desarrollo de competencias, el cual tiene las siguientes implicaciones:



- Estructurar programas de formación y capacitación articulados a problemas o necesidad laboral concreta que debe resolver el servidor público en su desempeño laboral y la metodología de capacitación debe ser eminentemente práctica, facilitando la transferencia de aprendizajes a las condiciones habituales de trabajo.
- Involucrar a los funcionarios, como adultos autónomos, en su proceso de aprendizaje ya que ellos, dentro de las posibilidades que permite su entorno laboral, deben integrar los saberes, buscar mayor orientación si la necesita y disponer las evidencias sobre lo aprendido.
- Asegurar que tanto los jefes o responsable de Talento humanos en las entidad como los facilitadores que orientan directamente los procesos de aprendizaje dominan el enfoque de educación por competencias y son consecuentes con él en todas sus acciones.
- Cambiar la forma de evaluar los programas de formación y capacitación ya que se reconoce que es en la ejecución de unas responsabilidades y en la resolución de unos problemas en que se pone a prueba un aprendizaje.
- La evaluación del aprendizaje de la competencia obedece a una lógica diferente: se es competente sólo si se es capaz de resolver un problema aplicando un saber, con una conducta asociada adecuada y con la ejecución de unos procedimientos o acciones requeridos, en un contexto específico.

### **Programa de Inducción:**

Se evidencia que la oficina de Talento Humano no tiene establecido un programa de Inducción en la entidad durante el 2015.

### **Implementación del programa de inducción:**

La oficina de personal no realizó socialización al personal del instituto, así mismo se evidenció que no se diligenció la hoja de ruta de inducción para los empleados nuevos de la institución; se recomienda realizar el proceso de inducción al personal que ingresa nuevo a la entidad sobre los diferentes procesos, manuales y protocolos con que cuenta la institución.

Se realiza deficientemente el proceso de inducción dentro de la entidad, evidenciándose que no se generan informes consolidados sobre los procesos de inducción realizados.



### Programa de re inducción

Se evidencio que se tiene el proceso de re inducción documentado en borrador, sin embargo no se ha aprobado por el SIG, no se a socializado y implementado en la institución.

### Implementación del programa de re inducción:

La Implementación del programa de re inducción para administrativos no se evidencia. El Programa de re inducción para docentes de planta se realizo con evidencia del 15 de enero al 6 de febrero de 2015, sin embargo no se aplico una hoja de ruta en el cual se especifica los temas y el procedimiento de re inducción para empleados en el caso de cambios organizacionales, técnicos y/o normativos.

Se recomienda establecer un proceso claro para la realización del proceso de re inducción al personal de la entidad.

### Programa Salud Ocupacional

Se encuentra conformado el Comité Paritario de la institución bajo Resolución, el cual está estableciendo por un periodo de 2 años, en la vigencia 2015 se realizo convocatoria a elección del Representante de los empleados del ISER ante el Comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo COPASST, estando este vencido tanto para los representantes de los trabajadores como los representantes del empleador.

Se evidencia que el comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo COPASST se está reuniendo periódicamente, es decir, se realizaron 11 reuniones durante la vigencia 2015 las cuales cuentan con sus respectivas actas firmadas y en el 2014 no se reunió; así mismo se observa que no se cuenta con programas y actividades de COPASST claras de realización dentro de la institución.

La entidad no cuenta con una política de Seguridad y Salud en el Trabajo - SST que debe ser parte de las políticas de gestión de la empresa, con alcance sobre todos, sus centros de trabajo y todos sus trabajadores, independiente de su forma de contratación o vinculación, incluyendo los contratistas y subcontratistas. Esta política debe ser comunicada al Comité Paritario o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo según corresponda de conformidad con la normatividad vigente. Artículo 5. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo – SST del Decreto 1443 de 2014.





Igualmente no se está cumpliendo con lo establecido en el artículo 8 del Decreto 1443 de 2014 el cual obligada a la institución a la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, acorde con lo establecido en la normatividad vigente.

Dentro del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST en la empresa, el empleador tendrá entre otras, las siguientes obligaciones:

1. Definir, firmar y divulgar la política de Seguridad y Salud, en el Trabajo a través de documento escrito, el empleador debe suscribir la política de seguridad y salud en el trabajo de la empresa, la cual deberá proporcionar un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de seguridad y salud en el trabajo;
2. Asignación y Comunicación de Responsabilidades: Debe asignar, documentar y comunicar las responsabilidades específicas en Seguridad y Salud en el Trabajo SST a todos los niveles de la organización, incluida la alta dirección;
3. Rendición de cuentas al interior de la empresa: A quienes se les hayan delegado responsabilidades en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, tienen la obligación de rendir cuentas internamente en relación con su desempeño. Esta rendición de cuentas se podrá hacer a través de medios escritos, electrónicos, verbales o los que sean considerados por los responsables. La rendición se hará como mínimo anualmente y deberá quedar documentada;
4. Definición de Recursos: Debe definir y asignar los recursos financieros, técnicos y el personal necesario para el diseño, implementación, revisión, evaluación y mejora de las medidas de prevención y control, para la gestión eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo y también para que los responsables de la seguridad y salud en el trabajo en la empresa, el Comité Paritario o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo según corresponda, puedan cumplir de manera satisfactoria con sus funciones;
5. Cumplimiento de los Requisitos Normativos Aplicables: Debe garantizar que opera bajo el cumplimiento de la normatividad nacional vigente aplicable en materia de seguridad y salud en el trabajo, en armonía con los estándares mínimos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Riesgos Laborales de que trata el artículo 14 de la Ley 1562 de 2012;
6. Gestión de los Peligros y Riesgos: Debe adoptar disposiciones efectivas para desarrollar las medidas de identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos y establecimiento de controles que prevengan daños en la salud de los trabajadores y/o contratistas, en los equipos e instalaciones;

**7. Plan de Trabajo Anual en SST:** Debe diseñar y desarrollar un plan de trabajo anual para alcanzar cada uno de los objetivos propuestos en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, el cual debe identificar claramente metas, responsabilidades, recursos y cronograma de actividades, en concordancia con los estándares mínimos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Riesgos Laborales;

**8. Prevención y Promoción de Riesgos Laborales:** El empleador debe implementar y desarrollar actividades de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, así como de promoción de la salud en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, de conformidad con la normatividad vigente;

**9. Participación de los Trabajadores:** Debe asegurar la adopción de medidas eficaces que garanticen la participación de todos los trabajadores y sus representantes ante el Comité Paritario o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo, en la ejecución de la política y también que estos últimos funcionen y cuenten con el tiempo y demás recursos necesarios, acorde con la normatividad vigente que les es aplicable. Así mismo, el empleador debe informar a los trabajadores y/o contratistas, a sus representantes ante el Comité Paritario o el Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo, según corresponda de conformidad con la normatividad vigente, sobre el desarrollo de todas las etapas del Sistema de Gestión de Seguridad de la Salud en el Trabajo SG-SST e igualmente, debe evaluar las recomendaciones emanadas de éstos para el mejoramiento del SG-SST.

El empleador debe garantizar la capacitación de los trabajadores en los aspectos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con las características de la empresa, la identificación de peligros, la evaluación y valoración de riesgos relacionados con su trabajo, incluidas las disposiciones relativas a las situaciones de emergencia, dentro de la jornada laboral de los trabajadores directos o en el desarrollo de la prestación del servicio de los contratistas;

**10. Dirección de la Seguridad y Salud en el Trabajo - SST en el Instituto:** Debe garantizar la disponibilidad de personal responsable de la seguridad y la salud en el trabajo, cuyo perfil deberá ser acorde con lo establecido con la normatividad vigente y los estándares mínimos que para tal efecto determine el Ministerio del Trabajo quienes deberán, entre otras: a. Planear, organizar, dirigir, desarrollar y aplicar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, y como mínimo una (1) vez al año, realizar su evaluación; b. Informar a la alta dirección sobre el funcionamiento y los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en

el Trabajo SG-SST, y; c. Promover la participación de todos los miembros de la empresa en la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST; y

**11. Integración:** El empleador debe involucrar los aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo, al conjunto de sistemas de gestión, procesos, procedimientos y decisiones en la empresa.

La oficina de talento humano debe realizar un informe de cumplimiento de las actividades programadas en el COPASST de cada vigencia terminada, el cual deberá presentar a la Rectoría y a la oficina de Control Interno de Gestión cada año según lineamientos del DAFP, no solamente se debe limitar a lo que se relacione en el comité de salud ocupacional a través de sus actas.

### **Programa de Bienestar**

Se realizó el documento Programa de Bienestar Social, sin embargo el programa de bienestar social e incentivos, no señala como mejorara la calidad de vida laboral y la protección y servicios sociales de los funcionarios de ISER, además de establecer si reconocen el desempeño de los servidores públicos y los equipos de trabajo.

Se debe dar aplicabilidad en lo dispuesto por el Decreto 1567/98, Art. 20, el cual establece que se beneficiarán de las políticas, planes y programas del Bienestar Social serán todos los empleados de las entidades que conforman la Rama Ejecutiva del Poder Público y sus familias. "Dichos programas deberán organizarse a partir de iniciativas de los servidores públicos como procesos permanentes orientados a crear, mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo integral del empleado, el mejoramiento de su nivel de vida y el de su familia; así mismo deben permitir elevar los niveles de satisfacción, eficiencia, eficacia, efectividad e identificación del empleado con el servicio de la entidad en la cual labora."

### **Implementación del programa de bienestar e Incentivos:**

No se tiene realizado por parte de la oficina de Talento Humano el programa de Bienestar Social para la vigencia 2014 y 2015, se recomienda seguir las directrices dadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP en lo concerniente a la elaboración de planes, programas y proyectos de bienestar social laboral de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1567 de 1998, ver Guía Bienestar Social Laboral DAFP.



Una política de Bienestar Social Laboral debe responder a la satisfacción de las necesidades tanto organizacionales como individuales del funcionario dentro del contexto laboral, asumiendo los nuevos retos de los cambios organizacionales, políticos, culturales y haciendo partícipes a los servidores públicos en la implementación de los planes, programas y proyectos, de tal manera que se combinen los fines de desarrollo de la entidad, con sus fines de desarrollo como persona.

Así mismo el Decreto Ley 1567 de 1998, actualmente vigente, regula el Sistema de Estímulos, los programas de Bienestar Social y los Programas de Incentivos. Define los programas de Bienestar Social como: "Procesos permanentes orientados a crear, mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo integral del empleado, el mejoramiento de su nivel de vida y el de su familia; así mismo deben permitir elevar los niveles de satisfacción, eficacia, eficiencia, efectividad e identificación del empleado con el servicio de la entidad en la cual labora."

De acuerdo con lo que establece el Decreto 1567 de 1998 la oficina de talento humano de las entidades de la Rama Ejecutiva del Poder Público de los órdenes nacional y territorial deben elaborar planes, programas y proyectos de Bienestar Social Laboral como una de sus mayores responsabilidades al gerenciar el bienestar integral de las personas vinculadas a la administración.

Igualmente determina que "los Planes de *Incentivos Pecuniarios* estarán constituidos por reconocimientos económicos que se asignarán a los mejores equipos de trabajo de cada entidad pública. Dichos reconocimientos económicos serán hasta de cuarenta (40) salarios mínimos mensuales legales vigentes, en las entidades de los órdenes nacional y territorial de acuerdo con la disponibilidad de recursos y se distribuirán entre los equipos seleccionados. Los Planes de *Incentivos No Pecuniarios* estarán conformados por un conjunto de programas flexibles dirigidos a reconocer individuos o equipos de trabajo por su desempeño productivo en niveles de excelencia".

La entidad debe tener en cuenta el **DECRETO 1567 de 1998 en su artículo 25** para el diseño y la ejecución de los programas de bienestar social el cual deberá seguir el proceso de gestión que se describe a continuación:

**a. Estudio** de las necesidades de los empleados y de sus familias, con el fin de establecer prioridades y seleccionar alternativas, de acuerdo con los lineamientos señalados en las estrategias de desarrollo institucional y en las políticas del Gobierno Nacional.



**b. Diseño** de programas y proyectos para atender las necesidades detectadas, que tengan amplia cobertura institucional y que incluyan recursos internos e interinstitucionales disponibles.

**c. Ejecución** de programas en forma directa o mediante contratación con personas naturales o jurídicas, o a través de los organismos encargados de la protección, la seguridad social y los servicios sociales, según sea la necesidad o la problemática a resolver.

**d. Evaluación** y seguimiento a los programas adelantados, para verificar la eficacia de los mismos y decidir sobre su modificación o continuidad.

PARÁGRAFO. En el proceso de gestión debe promoverse la participación activa de los empleados en la identificación de necesidades, en la planeación, en la ejecución y en la evaluación de los programas de bienestar social.

Así mismo se recomienda para la siguiente vigencia que la oficina de talento humano deberá seguir los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP en cuanto a la realización de un informe detallado de las actividades realizadas en el comité de bienestar social de cada vigencia terminada, el cual deberá presentar a la Rectoría y a la oficina de Control Interno de Gestión cada año.

El Plan de Incentivos institucional. No se evidencia y no existe.

### **Procesos de selección definidos e implementados:**

Están definidos e implementado según la Ley 909 del 2004, los procesos de selección de la entidad.

### **Sistema de evaluación del desempeño aplicable a la entidad:**

La oficina de personal cuenta con los procedimientos para la realización de la evaluación de desempeño a los empleados de la entidad a través de los formatos y plantillas de la Comisión Nacional del Servicio Civil CNSC, cumpliendo con los procedimientos establecidos por la CNCS para tal fin.

Se evidencia la evaluación de desempeño del personal administrativo, se aplicaron los formatos de la CNSC en Febrero y en Julio del 2015, así mismo se ha realizado la evaluación de desempeño a la totalidad de los empleados que están en carrera administrativas de la entidad en los tiempos establecidos por la normatividad existente.



Se evidencia que no realizan planes de mejoramiento individual que permitan el mejoramiento de los procesos en cada una de las áreas, sin embargo se puede establecer que se realizan acciones de mejora con sus compromisos en las evaluaciones de desempeño que se aplican a los funcionarios de la entidad. Se recomienda por parte de esta oficina de control interno de gestión que una vez realizadas las evaluaciones de desempeño al personal se establezcan los respectivos Planes de Mejoramiento Individual ya que estos contiene las acciones de mejoramiento que debe ejecutar cada uno de los Servidores Públicos para mejorar su desempeño y el del área organizacional a la cual pertenece, en un marco de tiempo y espacio definidos, para una mayor productividad de las actividades y/o tareas bajo su responsabilidad. Así mismo es de recordar que los Planes de Mejoramiento Individual son un elemento del Modelo Estándar de Control Interno MECI y que en el manual de implementación MECI se establece que *"Los Planes de Mejoramiento Individual contienen los compromisos que asume el servidor con el fin de superar las brechas presentadas entre su desempeño real y el desempeño que se espera de él. Los parámetros de referencia del desempeño esperado están definidos de acuerdo con las funciones y competencias de cada empleo, el instrumento de evaluación del desempeño, los Acuerdos de Gestión y el Plan de Mejoramiento por Procesos"*.

## 1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

### 1.2.1 PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

La entidad cuenta con un Plan de desarrollo que incluye diagnóstico estratégico, misión y visión adoptada y divulgada, objetivos institucionales e iniciativas estratégicas adoptadas y divulgadas, del cual para el 2015 se desarrollaron los diferentes Planes de acción, con sus respectivos responsables y metas.

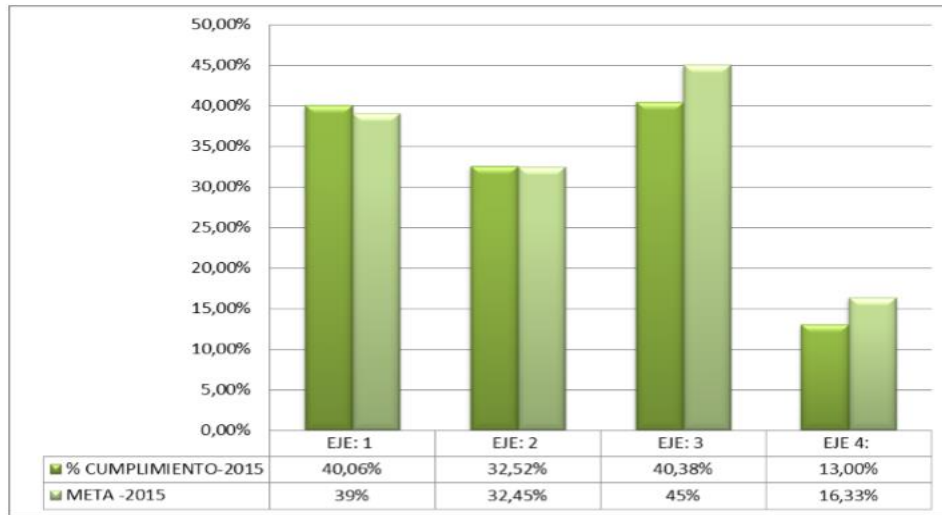
Igualmente están identificados en el plan de desarrollo de la entidad la definición de indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad que permiten evaluar y medir el alcance de los planes y programas, la entidad actualizo el manual de indicadores en el 2015 como mecanismo de seguimiento para los procesos, aclarando que la entidad informa los indicadores financieros a la Contaduría General de la Nación.

#### **El Modelo de Planeación estructurado y definido:**

Se encuentra documentado, el proceso de Planeación Estratégica para el Instituto Superior de Educación Rural ISER se efectúa con base en la metodología descrita en el Manual de Procedimientos (F-GD-06), la cual es adoptada por la Alta Dirección.



Gráfica General Avance Plan De Desarrollo Por Ejes Vigencia 2015



En la gráfica se puede apreciar el avance que lograron los ejes estratégicos principalmente el eje 1 GERENCIA ESTRATEGICA EFICIENTE cumpliendo con la meta del (39%) planteada para el 2015, el eje ejecutivo el (40,06%) de sus actividades. El eje 2 EDUCACIÓN DE CALIDAD cumplió con la meta de (32,45%) planteada para el 2015, el porcentaje ejecutado fue (32,52%). El Eje 3 DESARROLLO Y SOSTENIBILIDAD avanzó un (40,38%) de la meta establecida para el 2015, así mismo el Eje 4 REGIONALIZACIÓN E INCLUSIÓN avanzó un (13,00%) de un (16,33%) de la meta establecida para el 2015. Los ejes 1-2 cumplieron con las metas planteadas gracias a los proyectos ejecutados en cada línea estratégica, del Plan De Desarrollo; los ejes 3-4 I avanzaron también lograron avances significativos para el 2016.

**Misión y visión institucionales divulgadas:**

Se evidencia en la página Web, en cartelera y en las diferentes oficinas de la entidad.

La Misión y visión institucionales se encuentran adoptadas, se evidencian con el Acuerdo Plan de Desarrollo 2015-2020. Revisión y aprobación del PEI en el consejo Académico Acuerdo N° 008 del 3 de Octubre en el año 2013.

**Los Objetivos institucionales adoptados:**

Se evidencian su adopción en el consejo Académico, Acuerdo N° 008 del 3 de Octubre en el año 2013 y el Acuerdo Plan de Desarrollo 2015-2020, están divulgados mediante la Página web.

### **El Documento que soporte las necesidades de los usuarios:**

Se evidencian en Planeación los listados de asistencia y registro fotográfico que soportan las necesidades de los usuarios (Estudiantes, Egresados, Docentes y Administrativo) los días 3,11 y 25 de Febrero; 18 de Marzo; 9, 10, 13,15 y 16 de Abril; 7,13, y 19 de Mayo; 12 de Junio de 2015.

### **El Documento que soporte las necesidades de los legales:**

Se encuentra documentado y evidenciado en el Manual de Calidad, sin embargo está pendiente de ajustar una vez se terminen los ajustes a las caracterizaciones de los procesos.

### **Los Planes operativos con cronogramas y responsables:**

Se evidencian el Plan de acción 2015. Durante el primer semestre se elaboró el Plan de Acción Institucional y se establecieron los Planes de Acción de las diferentes áreas (Resol.041 del 30 de Enero de 2015), así mismo en el segundo semestre se adelantaron las actividades correspondientes a la ejecución de los diferentes planes de acción de la entidad.

### **Proyectos identificados:**

Se evidencian en el Plan de Desarrollo 2015-2020, se adelantaron proyectos según los ejes estratégicos establecidos en el Plan de Desarrollo de la entidad.

Temas por resolver en el Corto Plazo

Proyectos:

- ✓ Creación de oficina de comunicación y prensa.
- ✓ Gestionar convenios internacionales para movilidad de estudiantes.
- ✓ Gestionar convenios internacionales para movilidad de los docentes
- ✓ Convenios internacionales empresas – iser.
- ✓ Relaciones y cooperación internacional en el sector agrícola.
- ✓ Olimpiadas del saber MECI.
- ✓ Proceso de actualización de mapa de riesgos institucional.
- ✓ Convenio con juntas de acción comunal.
- ✓ Manejo del post conflicto.
- ✓ Programas de apoyo a víctimas de conflicto.
- ✓ Campaña cero papel.
- ✓ Conservación de recursos hídricos, flora y aire.

## 1.2.2 CALIFICACIÓN MODELO OPERACIÓN POR PROCESO

### Caracterización de procesos de la entidad:

La Caracterización de procesos de la entidad se encuentra documentado y se evidencia mediante el Manual de Calidad, Resolución 303 del 15 de octubre de 2013, sin embargo está pendiente de ajustar una vez se terminen las modificaciones a las caracterizaciones de los procesos.

La Divulgación de los procesos se evidencia mediante la Página web.

### Mapa de procesos:

El Mapa de procesos de la entidad se evidencia en la Resolución 166 del 26 de abril de 2013.

La Revisión de los procesos que permitan ajustes se evidencian en Actas del Grupo Operativo de los siguientes procesos: Gestión Académica, Investigación y Gestión Documental.

Los Procedimientos documentados de acuerdo a los procesos se evidencian en el Manual de Calidad y Operación, 303 del 15 de octubre de 2013.

La Divulgación de los procedimientos se evidencia mediante la Difusión Link Sistema Integrado de Gestión.

### Seguimiento a los controles:

El Seguimiento a los controles se encuentra documentado y se evidencian los procedimientos de satisfacción del cliente, servicio no conforme, pqr, evaluación de la gestión institucional, acciones preventivas y correctivas, revisión por la dirección y auditorías internas integrales.

### Medición de satisfacción del usuario:

La Medición de satisfacción del usuario y partes interesadas se encuentra documentado, se aplico encuesta de Satisfacción al Cliente, tabulo y realizo el respectivo análisis en el Informe de Revisión por la dirección.

## 1.2.3 CALIFICACIÓN ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

### Estructura organizacional de la entidad:

La Estructura organizacional de la entidad que facilite la gestión por procesos se evidencia mediante el Acuerdo 005 de Consejo Directivo del 23 de febrero del 2004, se encuentra en proceso de actualización.

## **Manual de funciones y competencias laborales:**

El Manual de funciones y competencias laborales se evidencia mediante la Resolución 304 del 16 de Junio de 2015.

La Sensibilización sobre la relación de la estructura organizacional y los procesos se encuentra documentada en la Página web, sin embargo se encuentra en proceso la nueva estructura organizacional de la entidad y su respectiva socialización.

### **1.2.3 CALIFICACIÓN INDICADORES DE GESTIÓN**

#### **Fichas de indicadores:**

Los Indicadores por proceso están documentados, existen indicadores con sus fichas técnicas definidos en la entidad, en el 2015 se actualizaron los indicadores a los cuales se les aplicó su correspondiente ficha técnica y se socializó a los funcionarios de la entidad.

#### **Seguimiento a los indicadores:**

El Seguimiento a los indicadores está documentado y se evidencia en el cumplimiento de los indicadores de gestión definidos por proceso.

Se realizó un tablero de mando de indicadores a través del cual se realiza seguimiento a los mismos permitiendo observar la situación y las tendencias de cambio generadas en la entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos.

### **1.2.4 CALIFICACIÓN POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

#### **Establecimiento de las políticas de operación:**

El Establecimiento de las políticas de operación se encuentra Documentado y se evidencia mediante el Manual de Calidad, Resolución 303 del 15 de octubre de 2013, (actualizadas: Administración del riesgo) está pendiente por actualizar el Manual de Calidad una vez se terminen de ajustar todas las caracterizaciones de los procesos.

La Divulgación de las políticas de operación se evidencia mediante la Página web.

### 1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

#### 1.3.1 CALIFICACIÓN POLÍTICAS ADMINISTRACIÓN DE RIESGO

La Definición por parte de la alta Dirección de políticas para el manejo de los riesgos de la vigencia 2014 a través de la Resolución 412 del 5 de diciembre de 2014. Sin embargo para la vigencia 2015 no se han establecidos las políticas para el manejo de los riesgos de la vigencia 2015.

La Divulgación de políticas para el manejo de los riesgos esta publicada en la Página Web del año 2014. Sin embargo para la vigencia 2015 no se han definido las políticas y por ende no se han publicado.

El establecimiento de metodología para la administración de riesgos se evidencia por los Procedimientos, Acciones Preventivas. Metodología definida según los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) según el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el estado colombiano MECI 2014.

El Mapa de riesgo institucional se encuentra evidenciado en la Resolución 413 del 5 de diciembre de 2014, el cual corresponde a la vigencia 2014. Para la vigencia 2015 no se ha elaborado el nuevo Mapa de riesgos.

La Divulgación del mapa de riesgo institucional de la vigencia 2014 se encuentra publicada en la Página Web.

El Seguimiento al mapa de riesgo institucional se realizo por parte de la oficina de control interno.

El Seguimiento al mapa de riesgo de procesos se realizo, socializado e implementado el Mapa de Riesgos por procesos de la vigencia 2015.

#### 1.3.2 CALIFICACIÓN IDENTIFICACIÓN DE RIESGO

##### Factores internos y externos de riesgo:

Identificación de los factores internos y externos de riesgo (Contexto estratégico) de la vigencia 2014, para la vigencia 2015 no se identificaron factores internos y externos de riesgo.

##### Identificación de los riesgos

Una vez se realizo la identificación del riesgo se procedió a determinar sus causas, sus consecuencias y se procedió a ser la descripción del riesgo como tal, para cada una de las áreas.

Los Riesgos identificados por procesos que puedan afectar el cumplimiento de objetivos de la entidad se documentaron para la vigencia 2014, sin embargo para la vigencia 2015 no se realizaron.

### 1.3.3 CALIFICACIÓN ANÁLISIS Y VALORACIÓN DE RIESGO

#### Análisis del Riesgo:

El Análisis del Riesgo se encuentra evaluado y revisado, se evidencia con las Actividades realizadas con los 18 procesos que componen el mapa de procesos del SIG, para la vigencia 2015 falto actualizar el análisis de riesgo.

La Identificación de controles está evaluado y revisado, se evidencia por Actividades realizadas con los 18 procesos que componen el mapa de procesos del SIG, para la vigencia 2015 falto actualizar identificación de controles de riesgo.

La Evaluación de controles del Riesgo está evaluada y revisada, se evidencia por las Actividades realizadas con los 18 procesos que componen el mapa de procesos del SIG, para la vigencia 2015 falto actualizar evaluación de controles de riesgo.

#### Valoración de riesgo:

La Valoración de riesgo está evaluada y revisada, evidenciándose por las Actividades realizadas con los 18 procesos que componen el mapa de procesos del SIG, para la vigencia 2015 falto actualizar la Valoración de riesgo.

El Mapa de riesgo por proceso está evaluado y revisado, evidenciándose en las actividades realizadas con los 18 procesos que componen el Mapa de Procesos del SIG, sin embargo para la vigencia 2015 falto actualizar.

## 2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO





## 2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Falta realizar herramientas y aplicar actividades de sensibilización a los servidores sobre la cultura de la autoevaluación durante la vigencia.

Las Herramientas de autoevaluación se encuentran definidas en el Manual de Calidad y Operación, Resolución 303 del 15 de octubre de 2013.

Los Indicadores de procesos con mediciones y análisis están documentados y se evidencia un grado alto de cumplimiento de los indicadores de gestión definidos por proceso.

Los Indicadores de planes, programas y proyectos están documentados y cuentan con mediciones y análisis acorde con el Plan de desarrollo vigencia 2015-2020.

El Informe de gestión por proceso está en proceso y se presenta finalizando año.

## 2.2 COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

Los Procedimiento de auditoría Interna se encuentran establecidos y documentados, se evidencian en el Procedimiento auditorias integrales definido según el SIG.

El Programa de auditoría interna se encuentra establecido por la Oficina de Control Interno, el cual para la vigencia 2015 de ejecutivo en el 100% a los 18 procesos determinados en el SIG.

El Plan de auditoría formulado se evidencia en el Plan de Auditoría de la vigencia 2015, el cual elaboro, documento y socializo la oficina de Control Interno de Gestión al Comité Coordinador de Control Interno de la entidad.

La Ejecución del programa de auditoría se evidencia en la realización de las auditorías realizadas en el segundo semestre 2015, a la fecha se encuentra en concluido el proceso.

Para la vigencia 2015 la oficina de Control Interno realizo el programa y el plan de auditoría interna de la vigencia, donde se ejecutaron 16 auditorías internas al Sistema Integrado de Gestión referenciadas en los siguientes procesos:

1. Proceso adquisición bienes y servicios
2. Proceso admisión, registro y control académico
3. Proceso direccionamiento estratégico
4. Proceso gestión académica
5. Proceso gestión del talento humano

6. Proceso gestión documental
7. Proceso gestión financiera
8. Proceso gestión jurídica
9. Proceso gestión tic's
10. Proceso de granjas
11. Proceso infraestructura y recursos físicos
12. Proceso medición análisis y mejora
13. Proceso de comunicación pública
14. Proceso de investigación
15. Proceso de Evaluación Independiente
16. Proceso de extensión y proyección social

Se generaron los correspondientes informes de auditoría con sus recomendaciones por parte de la oficina de Control Interno de Gestión y se divulgaron según su competencia, obteniéndose por parte de algunos líderes de procesos la suscripción de los planes de acción o mejoramiento según lo establecido por el componente de planes de mejoramiento.

#### **Informe ejecutivo anual de control interno**

Vigencia 2014: El informe ejecutivo anual sobre la actualización del Modelo Estándar de Control Interno MECI2014 para esta vigencia fue presentado de forma interactiva a través del aplicativo del Departamento Administrativo de la Función Pública el 25 de febrero 2015, radicado envío informe No 1762. Los soportes de envío se encuentran en el oficina de control interno de la entidad.

Vigencia 2015: El informe ejecutivo anual sobre la actualización del Modelo Estándar de Control Interno MECI2014 para esta vigencia fue presentado de forma interactiva a través del aplicativo del Departamento Administrativo de la Función Pública el 24 de febrero 2016, radicado No 1325, los soportes de envío se encuentran en el oficina de control interno de la entidad.

#### **Informe de Control Interno Contable**

Vigencia 2014: Se realizó el informe de control interno contable según directrices de la Contaduría General de la Nación a través de su Resolución 357, siendo enviado por intermedio del aplicativo CHIP Contable asignado a la entidad el día 14 de febrero del 2015. Los soportes de envío se encuentran en el oficina de control interno de la entidad.

Vigencia 2015: Se realizó el informe de control interno contable según directrices de la Contaduría General de la Nación a través de su Resolución 357, siendo enviado por intermedio del aplicativo CHIP Contable asignado a la entidad el día 11 de febrero del 2016. Los soportes de envío se encuentran en el oficina de control interno de la entidad.

Los Informes sobre el estado de control interno se evidencian en los Informes parciales de control interno cada 4 meses en la página Web Institucional; último informe reportado en octubre de 2015.

### 2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

Las Herramientas de evaluación definidas para la elaboración del plan de mejoramiento se evidencian en el Procedimiento de las acciones Preventivas y correctivas.

El Seguimiento al cumplimiento de las acciones definidas en el plan de mejoramiento se evidencia en evaluación y seguimiento a los planes de mejoramiento institucional suscrito con la contraloría general del departamento en el mes de marzo del 2015. Y a los Planes de Mejoramiento de los programas académicos de Tecnología Agropecuaria, Tecnología en Gestiona Empresarial y Tecnología en Gestión de Redes y Sistemas Teleinformáticas.

#### **Socialización del resultado del plan de mejoramiento:**

Se realizó socialización a la Alta Dirección (Rectoría) y se publicó en la página Web.

### 3.0 EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN



### 3.1 CALIFICACIÓN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA

Los Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos se evidencian en el Procedimiento atención petición, quejas, reclamos y sugerencias, publicado en la página web institucional.

Los Mecanismos de consulta para la obtención requerida para la gestión de la entidad se encuentran documentado y se evidencian en la Página web Institucional. Link transparencia.

La Publicación de la información relacionada con la planeación institucional (página Web) se evidencia en el Link Dependencias/ Planeación y mercadeo.

La Publicación de formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos (Página Web) se encuentra Documentados.

La Publicación de trámites y servicios ofrecidos a los ciudadanos (Página Web) se evidencian en el portal principal de la pagina web institucional se ha dispuesto un link directo a tramites y servicios.

El Proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía está establecido, se evidencia en el Proceso de rendición de cuentas, se realizo la audiencia pública vigencia 2014 el 24 de abril del 2015. En la oficina de planeación reposan las evidencias de las rendiciones de cuentas realizadas.

Se evidencia la realización de la Rendición de cuentas anualmente.

La Publicación del resultado de la rendición de cuentas realizada (Página Web) se evidencia en la Pagina Web Institucional.

Los Informes de gestión institucional se evidencian en la Pagina Web Institucional, Link de transparencia los cuales se publican anualmente en el mes de enero según lo establecido el Ley 1474 de 2011.

### 3.1 CALIFICACIÓN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA

El Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias o solicitudes de los funcionarios se evidencia en los procedimientos atención, petición, quejas, reclamos y sugerencias.

Las Tablas de retención documental se encuentran documentadas, socializadas y validadas en la institución.



La Normatividad interna u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos identificados se evidencian en las Caracterizaciones de cada uno de los procesos identificados en el SIG.

El Fácil acceso a la Normatividad interna u otros documentos (manuales, procedimientos, entre otros) necesarios para la gestión de los procesos identificados se evidencian en la Página web link nuestra institución/Normatividad interna. Página web link SIG.

La Política de comunicaciones establecida y adoptada formalmente se encuentra en la Resolución 696 del 03 de Septiembre de 2012, falta actualizarla y socializarla.

La Política de comunicaciones no se ha socializado con los funcionarios (inducción y reinducción) falta actualizarla y socializarla.

El Plan de comunicaciones establecido y adoptado formalmente se evidencia en el Plan de Comunicaciones y Medios Resolución 120 del 12 de mayo de 2014, publicado en la página web, falta actualizarlo y socializarlo.

### 3.2 CALIFICACIÓN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA

El Manejo organizado y sistematizado de la correspondencia se encuentra en proceso y se evidencia en la correspondencia está organizada pero no sistematizada.

El Manejo organizado y sistematizado de los recursos (físicos, humanos, financieros y tecnológicos) se evidencian en el Proceso Infraestructura y Recursos Físicos, Proceso Gestión Financiera y Proceso Gestión de las Tics, Manual de Calidad, Resolución 303 del 15 de octubre de El Mecanismos de consulta con distintos grupos de interés (Necesidades y prioridades) se encuentra documentado y se evidencia Código de Buen Gobierno.

La Identificación de los medios de acceso a la información con que cuenta la entidad se evidencia en los medios con que cuenta la entidad son: facebook, fonpage, twitter y un canal en youtube.

La Página Web actualizada y con información pertinente de acuerdo a lo establecido en Gobierno en línea se encuentra en proceso y evidenciada en la Página web e Informes de seguimiento de la Estrategia de Gobierno en Línea

El Manejo de la información bajo parámetros de un sistema de seguridad de la información No existe





### Estado del Sistema de Control Interno

El sistema de control interno de la entidad ha dado las herramientas necesarias para la actualización y sostenimiento del Modelo Estándar de Control Interno MECI en la institución, en la cual se desarrollaron diferentes actividades que permitieron avanzar en su sostenimiento y mejora continua de cada uno de sus Módulos, componentes y elementos del modelo MECI2014, permitiéndole a la alta dirección una toma de decisiones más acertada, eficiente y eficaz; no obstante, se debe continuar fortaleciendo para el logro de actualización y sostenibilidad a largo plazo. La implementación y desarrollo del mismo, le dan a la Entidad soporte para una buena integración y adecuado manejo y control de los elementos del Modelo Estándar de Control Interno - MECI 2014 y los requisitos de la norma de calidad, para la efectividad en su gestión, cumplimiento de metas y logro de objetivos institucionales.





## Recomendaciones

- ❖ Realizar el diagnóstico de adherencia del código de ética en los funcionarios y su respectivo informe por parte de la oficina de Talento Humano del ISER, con el fin de que el diagnóstico ético permita identificar el estado actual de las prácticas éticas y de responsabilidad social de la entidad, tanto en su proceso de adopción y vivencia de un conjunto de valores y compromisos éticos que unifiquen y guíen el quehacer de todos los servidores públicos en sus actuaciones cotidianas y en la toma de decisiones en el desempeño de la función pública, así como en el tipo de conductas que efectivamente se siguen por parte de los directivos y demás servidores públicos de la entidad, en las interacciones con los diversos grupos o sistemas con los que se relacionan.
- ❖ Realizar el diagnóstico de necesidades de capacitación de personal en la entidad y por ende el Plan Anual de Capacitación de la vigencia 2016 que permita establecer las necesidades de capacitación de los funcionarios y elaborar con base en ellas las acciones de capacitación para la vigencia.
- ❖ Documentar y socializar el proceso de re inducción en la institución, el cual establezca un cronograma de actividades que de cumplimiento a un programa de reinducción de personal dentro de la entidad.
- ❖ Dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1443 en su Artículo 37. Transición. Los empleadores deberán sustituir el Programa de Salud Ocupacional por el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST para lo cual, a partir de la publicación del presente decreto deberán dar inicio a las acciones necesarias para ajustarse a lo establecido en esta disposición y tendrán unos plazos para culminar la totalidad del proceso, contados a partir de la entrada en vigencia del presente decreto, de la siguiente manera: a) Dieciocho (18) meses para las empresas de menos de diez (10) trabajadores. b) Veinticuatro (24) meses para las empresas con diez (10) a doscientos (200) trabajadores. c) Treinta (30) meses para las empresas de doscientos uno (201) o más trabajadores.
- ❖ Realizar el procedimiento de desvinculación de personal del Instituto Superior de Educación Rural ISER ya sea por retiro voluntario (renuncia), destitución por consecuencia de un proceso disciplinario, jubilación y por defunción del servidor público; que permita a la entidad cumplir con la normatividad vigente del Ministerio de Protección Social, de una manera ágil y eficiente y dinámica tanto para el personal en proceso de desvinculación como para la institución.



# Instituto Superior de Educación Rural - ISER

*"Formamos profesionales de calidad para el desarrollo social y humano"*



- ❖ Seguir con el proceso que se viene adelantando de la Ley 594 del 14 de Julio de 2000 con el fin de que la institución tenga un manejo adecuado de la información, facilitando el control y acceso a los documentos a través de los tiempos de retención en ella estipulados y garantizando la selección y conservación de los documentos que tienen carácter permanente.
- ❖ Cargar y publicar en la página de Gobierno en Línea todos los tramites con que cuenta la entidad con el fin de que los usuarios internos y externos del Instituto puedan acceder a ellos y encontrar información sobre requisitos, formularios, sedes, horarios y el proceso que se debe seguir para la ejecución de los mismos.
- ❖ Dar continuidad a la sostenibilidad del Modelo Estándar de Control Interno MECI en la entidad.
- ❖ Realizar el correspondiente Plan de mejoramiento de la entidad con el fin de subsanar las debilidades encontradas en cada uno de los diferentes procesos y así se pueda cumplir con el respectivo seguimiento por parte de la oficina de control interno de gestión en su rol de evaluación y seguimiento.

Pamplona. Febrero 24 de 2016.

**Helber Alexander Roper Contreras**  
Profesional Especializado Control Interno de Gestión  
Original Firmado

NIT 890 501 578 - 4  
Calle 8 No 8 – 155 Barrio Chapinero  
Teléfono (7) 568 25 97 Fax: (7) 568 17 36  
[www.iser.edu.co](http://www.iser.edu.co)

