İÇ KONTROL REHBERİ REFERANS TABLOSU

İç Kontrol Bileşenleri	Standart Kodu	Standart Adı	Genel Şart Sayısı	Rehber Bölümü	Rehber Açıklaması (Rehber açıklamaları kullanıcı bilgilendirmesi amacıyla eklenmiştir)
KONTROL ORTAMI	1	Etik değerler ve dürüstlük	6	Birinci Bölüm / Kontrol Ortamı / 2.1 Etik Değerler ve Dürüstlük	Etik değerler, dürüstlük, saydamlık ve hesap verebilirlik anlayışının karar alma süreçlerine ve tüm faaliyetlere yerleşmesini ifade eder. Yöneticilerin örnek davranışı, etik kuralların duyurulması, personelce benimsenmesi ve etik eğitimi kontrol ortamının temel dayanaklarıdır.
	2	Misyon, organizasyon yapısı ve görevler	7	Birinci Bölüm / Kontrol Ortamı / 2.2 Misyon, Organizasyon Yapısı ve Görevler	Misyonun yazılı, açık ve personele duyurulmuş olması; organizasyon yapısının yetki, sorumluluk, raporlama ve hiyerarşik ilişkileri göstermesi gerekir. Birim ve personel görev tanımlarının yazılı, güncel ve misyonla uyumlu olması beklenir.
	3	Personelin yeterliliği ve performansı	8	Birinci Bölüm / Kontrol Ortamı / 2.3 Personelin Yeterliliği ve Performansı	İnsan kaynakları yönetimi; liyakat, mesleki yeterlilik, eğitim ihtiyacı, performans değerlendirmesi ve görev-personel uyumu çerçevesinde ele alınır. Personelin bilgi, deneyim ve yeteneğinin görevin gerekleriyle uyumlu olması esastır.
	4	Yetki devri	5	Birinci Bölüm / Kontrol Ortamı / 2.4 Yetki Devri	Yetki devirleri yazılı, açık ve sınırları belirli olmalıdır. Devredilen yetkinin önemi ve riski dikkate alınmalı; yetki devredilen personelin bilgi, deneyim ve yeterliliği gözetilmeli, devredilen yetkinin kullanımı izlenmelidir.
	Ara Toplam		**26**		**Bileşen kapsamında yer alan standartların genel şart ve bildirilen eylem sayısı toplamıdır.**
RİSK DEĞERLENDİRME	5	Planlama ve programlama	6	İkinci Bölüm / Risk Yönetimi / Risk Değerlendirme Standartları	Planlama ve programlama; stratejik plan, performans programı ve bütçenin uyumlu şekilde hazırlanmasını, hedeflerin belirlenmesini, duyurulmasını ve faaliyetlerin plan-program çerçevesinde yürütülmesini kapsar.
	6	Risklerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi	3	İkinci Bölüm / Risk Yönetimi / Risk Yönetimi Süreci	Risklerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi; amaç ve hedeflere ulaşmayı engelleyebilecek iç ve dış risklerin sistemli biçimde tespit edilmesi, etki-olasılık analizinin yapılması, risklere verilecek cevapların belirlenmesi ve raporlanması sürecidir.
	Ara Toplam		**9**		**Bileşen kapsamında yer alan standartların genel şart ve bildirilen eylem sayısı toplamıdır.**
KONTROL FAALİYETLERİ	7	Kontrol stratejileri ve yöntemleri	4	Üçüncü Bölüm / Kontrol Faaliyetleri / Kontrol Stratejileri ve Yöntemleri	Kontrol stratejileri ve yöntemleri, belirlenen risklere uygun kontrol faaliyetlerinin seçilmesini kapsar. Kontroller yönlendirici, önleyici, tespit edici veya düzeltici nitelikte olabilir; maliyet-fayda dengesi gözetilerek uygulanmalıdır.
	8	Prosedürlerin belirlenmesi ve belgelendirilmesi	3	Üçüncü Bölüm / Kontrol Faaliyetleri / Prosedürlerin Belirlenmesi ve Belgelendirilmesi	Faaliyetler ile mali karar ve işlemlere ilişkin prosedürler yazılı, güncel, kapsamlı, mevzuata uygun ve personelce erişilebilir olmalıdır. Sürecin başlangıç, uygulama ve sonuçlandırma aşamaları belgelendirilmelidir.
	9	Görevler ayrılığı	2	Üçüncü Bölüm / Kontrol Faaliyetleri / Görevler Ayrılığı	Görevler ayrılığı; onaylama, uygulama, kaydetme ve kontrol görevlerinin mümkün olduğunca farklı kişilerce yürütülmesini öngörür. Amaç; hata, eksiklik, yanlışlık, usulsüzlük ve yolsuzluk risklerini azaltmaktır.
	10	Hiyerarşik kontroller	2	Üçüncü Bölüm / Kontrol Faaliyetleri / Hiyerarşik Kontroller	Hiyerarşik kontroller, yöneticilerin iş ve işlemlerin prosedürlere uygunluğunu sistemli olarak kontrol etmesini ifade eder. Yöneticiler personel işlemlerini izlemeli, onaylamalı ve hata veya usulsüzlüklerin giderilmesine yönelik talimat vermelidir.
	11	Faaliyetlerin sürekliliği	3	Üçüncü Bölüm / Kontrol Faaliyetleri / Faaliyetlerin Sürekliliği	Faaliyetlerin sürekliliği; personel yetersizliği, görevden ayrılma, mevzuat veya yöntem değişikliği, bilgi sistemi geçişleri ve olağanüstü durumlara karşı gerekli önlemlerin planlanmasını gerektirir.
	12	Bilgi sistemleri kontrolleri	3	Üçüncü Bölüm / Kontrol Faaliyetleri / Bilgi Sistemleri Kontrolleri	Bilgi sistemleri kontrolleri; sistem sürekliliği, güvenilirliği, veri bütünlüğü, erişim yetkileri, yedekleme ve güvenlik mekanizmalarını kapsar. Kontroller yazılı olarak belirlenmeli ve uygulanmalıdır.
	Ara Toplam		**17**		**Bileşen kapsamında yer alan standartların genel şart ve bildirilen eylem sayısı toplamıdır.**
BİLGİ VE İLETİŞİM	13	Bilgi ve iletişim	7	Dördüncü Bölüm / Bilgi ve İletişim / Bilgi ve İletişim Standartları	Bilgi ve iletişim; doğru, güvenilir, tam, kullanışlı ve zamanında bilgi üretimini ve bu bilginin yatay-dikey, iç-dış iletişim kanallarıyla paylaşılmasını kapsar. Yönetim bilgi sistemleri karar süreçlerini desteklemelidir.
	14	Raporlama	4	Dördüncü Bölüm / Bilgi ve İletişim / Raporlama	Raporlama; amaç, hedef, gösterge, faaliyet ve sonuçların saydamlık ve hesap verebilirlik ilkelerine uygun şekilde ilgililere ve kamuoyuna sunulmasını gerektirir. Birim içi raporlama ağının yazılı belirlenmesi beklenir.
	15	Kayıt ve dosyalama sistemi	6	Dördüncü Bölüm / Bilgi ve İletişim / Kayıt ve Dosyalama Sistemi	Kayıt ve dosyalama sistemi; gelen-giden evrak, idare içi yazışmalar ve işlem belgelerinin elektronik ortam dahil kaydedilmesi, sınıflandırılması, arşivlenmesi, korunması ve erişilebilir olmasını kapsar.
	16	Hata, usulsüzlük ve yolsuzlukların bildirilmesi	3	Dördüncü Bölüm / Bilgi ve İletişim / Hata, Usulsüzlük ve Yolsuzlukların Bildirilmesi	Hata, usulsüzlük ve yolsuzlukların bildirilmesi için yöntemler belirlenmeli ve duyurulmalıdır. Bildirim sistemi güven, gizlilik, tarafsız değerlendirme ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlayacak şekilde kurgulanmalıdır.
	Ara Toplam		**20**		**Bileşen kapsamında yer alan standartların genel şart ve bildirilen eylem sayısı toplamıdır.**
İZLEME	17	İç kontrolün değerlendirilmesi	5	Beşinci Bölüm / İzleme / İç Kontrolün Değerlendirilmesi	İç kontrolün değerlendirilmesi; sistemin sürekli izleme, özel değerlendirme veya her iki yöntemle düzenli olarak gözden geçirilmesini kapsar. Eksik yönler belirlenmeli, raporlanmalı ve eylem planı çerçevesinde izlenmelidir.
	18	İç denetim	2	Beşinci Bölüm / İzleme / İç Denetim	İç denetim; iç kontrol sisteminin tasarım ve işleyişini değerlendiren, güvence ve danışmanlık sağlayan fonksiyonel bağımsız bir faaliyettir. Denetim sonuçlarına göre gerekli önlemler eylem planına bağlanmalıdır.
	Ara Toplam		**7**		**Bileşen kapsamında yer alan standartların genel şart ve bildirilen eylem sayısı toplamıdır.**
Genel Toplam	**18**		**79**		**Beş bileşen, 18 standart ve 79 genel şart üzerinden oluşturulan uyum eylem planı özetidir.**

T.C.
KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ
VETERİNER FAKÜLTESİ
İÇ KONTROL UYUM EYLEM PLANI
2026-2027

REVİZYON NO	0	KAPSADIĞI YILLAR	2026-2027

I- KONTROL ORTAMI

Standart Kod No	Kamu İç Kontrol Standardı ve Genel Şartı	Mevcut Durum	Eylem Kod No	Öngörülen Eylem veya Eylemler	Sorumlu Birim veya Çalışma Grubu Üyeleri	İşbirliği Yapılacak Birim	Çıktı/ Sonuç	Tamamlanma Tarihi	Açıklamalar
KOS1	**Etik Değerler ve Dürüstlük: Personel davranışlarını belirleyen kuralların personel tarafından bilinmesi sağlanmalıdır.**								
KOS 1.1	**İç kontrol sistemi ve işleyişi yönetici ve personel tarafından sahiplenilmeli ve desteklenmelidir.**	İç kontrol ve kalite dokümanları web sitesinde erişime sunulmuştur. Personelin katılım ve farkındalık kayıtları bu kaynaklarda bütünüyle doğrulanamamaktadır.	KOS.1.1.01	İç kontrol bilgilendirmesi yapılacak, tüm alt birimlerden sorumlu temsilciler belirlenecek ve planın personele duyurulması kayıt altına alınacaktır.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Birim Kalite Üst Komisyonu, Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı	Görevlendirme yazısı, duyuru ve eğitim katılım listesi	31.12.2026	Kaynak: K1, K3. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
KOS 1.2	**İdarenin yöneticileri iç kontrol sisteminin uygulanmasında personele örnek olmalıdır.**	2026 kalite eylem planında yönetim ve komisyonlara izleme görevleri verilmiştir. Yönetici bazında iç kontrol uygulama kayıtları ayrıca derlenmelidir.	KOS.1.2.01	Dekan ve alt birim yöneticileri toplantılarda iç kontrol gündemini ele alacak, kendilerine ait kontrol ve takip görevlerinin sonuçlarını kayıt altına alacaktır.	Dekanlık, Bölüm Başkanlıkları	Birim Kalite Üst Komisyonu	Yönetici kontrol çizelgeleri ve üç aylık toplantı tutanakları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K5. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KOS 1.3	**Etik kurallar bilinmeli ve tüm faaliyetlerde bu kurallara uyulmalıdır.**	Etik davranış ilkeleri ve etik sözleşmesi web sitesinde yayımlanmıştır. Tüm personelin imzalı sözleşme ve eğitim durumu doğrulanmalıdır.	KOS.1.3.01	Etik sözleşme kayıtları kontrol edilecek, eksik imzalar tamamlanacak ve çıkar çatışması, kamu kaynakları ile araştırma etiğini kapsayan yıllık bilgilendirme yapılacaktır.	Fakülte Sekreterliği, Bölüm Başkanlıkları	Personel Daire Başkanlığı, ilgili etik kurullar	Sözleşme kontrol listesi ve etik eğitim kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KOS 1.4	**Faaliyetlerde dürüstlük, saydamlık ve hesap verebilirlik sağlanmalıdır.**	Faaliyet raporları ve değerlendirme belgelerine web sitesinde yer verilmektedir. 2025 faaliyet raporu başlığı altında erişilebilir bağlantı görülmemiştir.	KOS.1.4.01	Faaliyet ve kaynak kullanımına ilişkin yayımlanabilir raporlar erişim açısından kontrol edilecek, eksik bağlantılar tamamlanacak ve yayımlama öncesinde veri ile onay kontrolü yapılacaktır.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Web sayfası sorumlusu, Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı	Güncel rapor bağlantıları ve yayımlama kontrol listesi	31.12.2026	Kaynak: K1, K3. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KOS 1.5	**İdarenin personeline ve hizmet verilenlere adil ve eşit davranılmalıdır.**	Misyon ve değerlerde adalet ve öğrenci odaklılık bulunmaktadır. 2026 eylem planında dezavantajlı paydaşların erişimi için iyileştirme öngörülmektedir.	KOS.1.5.01	Öğrenci ve personel başvuruları ortak ölçütlerle değerlendirilecek, erişilebilirlik ihtiyaçları ve eşit hizmet sunumu anket ve başvuru kayıtları üzerinden gözden geçirilecektir.	Dekanlık, Eğitim-Öğretim Komisyonu	Engelsiz Üniversite birimi, Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı	Erişilebilirlik ihtiyaç listesi, başvuru değerlendirme ve iyileştirme kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K4, K5, K2. İlgili riskler: VF-RSK-9. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KOS 1.6	**İdarenin faaliyetlerine ilişkin tüm bilgi ve belgeler doğru, tam ve güvenilir olmalıdır.**	Risk planında not giriş hataları ve faaliyet raporu verilerinin derlenmesi riskleri tanımlanmıştır.	KOS.1.6.01	Notlar kesinleştirilmeden önce öğretim elemanı kontrolü yapılacak. Rapor verileri kaynak kayıtlarla karşılaştırılacak, hazırlayan ve kontrol eden kişiler belirlenecek, düzeltmeler izlenebilir biçimde kaydedilecektir.	Öğrenci İşleri, Fakülte Sekreterliği	Öğretim elemanları, Bölüm Başkanlıkları	Not kontrol kayıtları, rapor veri doğrulama çizelgesi	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-13, VF-RSK-15. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KOS2	**Misyon, organizasyon yapısı ve görevler: İdarelerin misyonu ile birimlerin ve personelin görev tanımları yazılı olarak belirlenmeli, personele duyurulmalı ve idarede uygun bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.**								
KOS 2.1	**İdarenin misyonu yazılı olarak belirlenmeli, duyurulmalı ve personel tarafından benimsenmesi sağlanmalıdır.**	Fakültenin misyon, vizyon ve kalite politikası web sitesinde yayımlanmıştır.	KOS.2.1.01	Misyon yeni personel ve öğrenci oryantasyonuna alınacak, alt birim toplantılarında görevlerle ilişkisi açıklanacak ve yıllık gözden geçirme yapılacaktır.	Dekanlık, Bölüm Başkanlıkları	Birim Kalite Üst Komisyonu	Oryantasyon içeriği, duyuru ve gözden geçirme tutanağı	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K4. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KOS 2.2	**Misyonun gerçekleştirilmesini sağlamak üzere idare birimleri ve alt birimlerince yürütülecek görevler yazılı olarak tanımlanmalı ve duyurulmalıdır.**	Görev tanımlarına web sitesinden KVYS bağlantısı verilmiştir. Alt birimlerde güncel sürümün kullanımı kontrol edilmelidir.	KOS.2.2.01	Akademik, idari, laboratuvar ve klinik birimlerin görev tanımları misyonla karşılaştırılacak, eksik veya değişen görevler güncellenerek ilgililere tebliğ edilecektir.	Fakülte Sekreterliği, Bölüm Başkanlıkları	Kalite Koordinatörlüğü, Hayvan Hastanesi yönetimi	Güncel görev tanımı listesi ve tebliğ kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
KOS 2.3	**İdare birimlerinde personelin görevlerini ve bu görevlere ilişkin yetki ve sorumluluklarını kapsayan görev dağılım çizelgesi oluşturulmalı ve personele bildirilmelidir.**	Risk planında izin ve görev değişikliklerinde görev dağılımı ile bilgi aktarımı yapıldığı belirtilmektedir. Kişi bazında güncel çizelge sunulmamıştır.	KOS.2.3.01	Her personel için görev, yetki, sorumluluk ve yedek personeli gösteren görev dağılım çizelgesi hazırlanacak ve değişikliklerde yenilenecektir.	Fakülte Sekreterliği, Bölüm Başkanlıkları	Personel Daire Başkanlığı	Onaylı görev dağılım çizelgesi ve tebliğ belgeleri	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-8, VF-RSK-14. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
KOS 2.4	**İdarenin ve birimlerinin teşkilat şeması olmalı ve buna bağlı olarak fonksiyonel görev dağılımı belirlenmelidir.**	Organizasyon şeması web sitesinde ayrı başlıkla sunulmaktadır.	KOS.2.4.01	Şema mevcut bölüm, anabilim dalı, komisyon ve idari yapılanmayla karşılaştırılacak. Fonksiyonel görev dağılımıyla eşleştirilerek güncel sürüm yayımlanacaktır.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Bölüm Başkanlıkları, Web sayfası sorumlusu	Güncel organizasyon şeması ve görev eşleştirmesi	31.12.2026	Kaynak: K1, K3. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
KOS 2.5	**İdarenin ve birimlerinin organizasyon yapısı, temel yetki ve sorumluluk dağılımı, hesap verebilirlik ve uygun raporlama ilişkisini gösterecek şekilde olmalıdır.**	Yönetim ve organizasyon bilgileri yayımlanmaktadır. Yetki, sorumluluk ve raporlama ilişkilerinin birlikte gösterimi ayrıca incelenmelidir.	KOS.2.5.01	Alt birimlerin kime, hangi konuda ve hangi sıklıkta rapor vereceği yazılı olarak belirlenecek ve organizasyon şeması ile görev tanımlarına işlenecektir.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Bölüm Başkanlıkları, Birim Kalite Üst Komisyonu	Yetki-sorumluluk ve raporlama matrisi	31.12.2026	Kaynak: K1, K3. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
KOS 2.6	**İdarenin yöneticileri, faaliyetlerin yürütülmesinde hassas görevlere ilişkin prosedürleri belirlemeli ve personele duyurmalıdır.**	Hassas görev listesinde mali, yazı ve personel işleri yer almaktadır. Klinik ilaç güvenliği ve laboratuvar riskleri risk planında ayrıca tanımlanmıştır.	KOS.2.6.01	Hassas görev envanteri not girişleri, kimyasal ve kontrollü ilaç işlemleriyle genişletilecek. Her görev için erişim, ikinci kontrol, kayıt ve vekâlet kuralları belirlenecektir.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği, Hayvan Hastanesi yönetimi	İş Sağlığı ve Güvenliği Komisyonu, Bölüm Başkanlıkları	Güncel hassas görev listesi ve görev bazında kontrol talimatları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K8, K2. İlgili riskler: VF-RSK-13, VF-RSK-22, VF-RSK-23. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
KOS 2.7	**Her düzeydeki yöneticiler, verilen görevlerin sonucunu izlemeye yönelik mekanizmalar oluşturmalıdır.**	Risk planında derslerin gerçekleşmesi ve evrakın izlenmesi için ilave takip öngörülmüştür.	KOS.2.7.01	Süreli evrak haftalık, ders gerçekleşmeleri dönem boyunca, alt birim faaliyetleri üç aylık kontrol edilecek. Gecikmeler için sorumlu ve telafi tarihi kaydedilecektir.	Fakülte Sekreterliği, Bölüm Başkanlıkları	Öğrenci İşleri, Birim Kalite Üst Komisyonu	Görev takip çizelgesi, ders telafi ve gecikme kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-7, VF-RSK-11. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.

KOS3	**Personelin yeterliliği ve performansı: İdareler, personelin yeterliliği ve görevleri arasındaki uyumu sağlamalı, performansın değerlendirilmesi ve geliştirilmesine yönelik önlemler almalıdır.**								
KOS 3.1	**İnsan kaynakları yönetimi, idarenin amaç ve hedeflerinin gerçekleşmesini sağlamaya yönelik olmalıdır.**	Risk planında izin, görev değişikliği ve klinik yardımcı personel yetersizliği riskleri yer almaktadır.	KOS.3.1.01	Ders yükü, öğrenci sayısı, klinik ve laboratuvar iş hacmi üzerinden personel ihtiyaç analizi yapılacak, öncelikli kadro ve görevlendirme talepleri gerekçeleriyle Rektörlüğe iletilecektir.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Bölüm Başkanlıkları, Personel Daire Başkanlığı	Yıllık personel ihtiyaç analizi ve gerekçeli talep yazısı	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-8, VF-RSK-14, VF-RSK-28. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
KOS 3.2	**İdarenin yönetici ve personeli görevlerini etkin ve etkili bir şekilde yürütebilecek bilgi, deneyim ve yeteneğe sahip olmalıdır.**	Risk planında yeni personelin bilgi aktarımı ve işe başlama eğitiminin güçlendirilmesi ihtiyacı bulunmaktadır.	KOS.3.2.01	Göreve özgü yetkinlik kontrolü yapılacak. ÜBYS, laboratuvar güvenliği, biyogüvenlik, cihaz kullanımı ve çatışma yönetimi için eksik becerileri tamamlayacak eğitimler düzenlenecektir.	Fakülte Sekreterliği, Bölüm Başkanlıkları	İş Sağlığı ve Güvenliği Komisyonu, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı	Yetkinlik ihtiyaç listesi, eğitim ve uygulama değerlendirme kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-9, VF-RSK-14, VF-RSK-24, VF-RSK-29. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
KOS 3.3	**Mesleki yeterliliğe önem verilmeli ve her görev için en uygun personel seçilmelidir.**	Akademik ve idari personel bilgileri web sitesinde sunulmaktadır. Görev-yetkinlik eşleştirme kayıtları bu dosyalarda yer almamaktadır.	KOS.3.3.01	Görevlendirmelerde eğitim, deneyim ve güvenli çalışma yetkinlikleri yazılı ölçütlerle eşleştirilecek, özellikle klinik ve laboratuvar görevlerinde uygun personel görevlendirilecektir.	Dekanlık, Bölüm Başkanlıkları	Personel Daire Başkanlığı, Hayvan Hastanesi yönetimi	Görev-yetkinlik matrisi ve gerekçeli görevlendirme kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-28, VF-RSK-29. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
KOS 3.4	**Personelin işe alınması ile görevinde ilerleme ve yükselmesinde liyakat ilkesine uyulmalı ve bireysel performansı göz önünde bulundurulmalıdır.**	Fakülte değerlerinde liyakat bulunmaktadır. Web sitesinde Akademik Yükseltilme ve Atanma Kurulu bağlantısı vardır.	KOS.3.4.01	Atama ve yükselme dosyaları ilgili güncel ölçütlere göre kontrol edilecek, değerlendirme gerekçeleri ve çıkar çatışması beyanları kayıt altına alınacaktır.	Dekanlık, Akademik Yükseltilme ve Atanma Kurulu	Personel Daire Başkanlığı	Ölçüt kontrol listesi ve gerekçeli değerlendirme tutanakları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
KOS 3.5	**Her görev için gerekli eğitim ihtiyacı belirlenmeli, bu ihtiyacı giderecek eğitim faaliyetleri her yıl planlanarak yürütülmeli ve gerektiğinde güncellenmelidir.**	Risk planında çalışan ve öğrenci güvenlik eğitimi ihtiyacı tanımlanmıştır. 2026 kalite planı öğretim yetkinliğinin geliştirilmesini öngörmektedir.	KOS.3.5.01	Yıllık eğitim ihtiyaç anketi yapılacak. İşe başlama, ergonomi, güvenli hayvan tutma, kimyasal güvenlik ve eğiticilerin eğitimi takvimi hazırlanıp katılım izlenecektir.	Fakülte Sekreterliği, Eğitim-Öğretim Komisyonu	İş Sağlığı ve Güvenliği Komisyonu, Personel Daire Başkanlığı	Yıllık eğitim planı, katılım ve eğitim değerlendirme kayıtları	31.03.2027	Kaynak: K1, K3, K5, K2. İlgili riskler: VF-RSK-2, VF-RSK-3, VF-RSK-4, VF-RSK-5, VF-RSK-9, VF-RSK-21, VF-RSK-22, VF-RSK-25, VF-RSK-28, VF-RSK-29. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KOS 3.6	**Personelin yeterliliği ve performansı bağlı olduğu yöneticisi tarafından en az yılda bir kez değerlendirilmeli ve değerlendirme sonuçları personel ile görüşülmelidir.**	Sunulan kaynaklarda kişi bazında yıllık yeterlilik ve performans görüşmelerinin kayıtları bulunmamaktadır.	KOS.3.6.01	Yöneticiler yılda bir kez görev çıktıları, eğitim ihtiyacı ve gelişim alanlarını personelle görüşecek. Akademik ve idari görevlerin farklılıklarına uygun değerlendirme kayıtları tutulacaktır.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği, Bölüm Başkanlıkları	Personel Daire Başkanlığı	Yıllık performans görüşme formları ve gelişim hedefleri	31.12.2027	Kaynak: K1, K3. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KOS 3.7	**Performans değerlendirmesine göre performansı yetersiz bulunan personelin performansını geliştirmeye yönelik önlemler alınmalı, yüksek performans gösteren personel için ödüllendirme mekanizmaları geliştirilmelidir.**	Bireysel performans sonuçlarına bağlı gelişim ve ödüllendirme uygulamasının kapsamı kaynaklardan doğrulanamamaktadır.	KOS.3.7.01	Değerlendirmelerde belirlenen eksikler için eğitim ve mentorluk planı hazırlanacak. Başarılı çalışmalar mevcut kurumsal teşvik ve takdir usullerine göre yönetimin değerlendirmesine sunulacaktır.	Dekanlık, Bölüm Başkanlıkları	Personel Daire Başkanlığı, İlgili üniversite birimleri	Bireysel gelişim planları, izleme ve takdir öneri kayıtları	31.12.2027	Kaynak: K1, K3. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KOS 3.8	**Personel istihdamı, yer değiştirme, üst görevlere atanma, eğitim, performans değerlendirmesi, özlük hakları gibi insan kaynakları yönetimine ilişkin önemli hususlar yazılı olarak belirlenmiş olmalı ve personele duyurulmalıdır.**	Personel işleri hizmet standartları yayımlanmıştır. İlgili düzenlemelerin personele topluca duyurulduğu kayıtlar ayrıca kontrol edilmelidir.	KOS.3.8.01	Atama, izin, yer değiştirme, eğitim ve özlük işlemlerine ilişkin güncel düzenleme bağlantıları bir araya getirilecek, personele duyurulacak ve değişiklikler bildirilecektir.	Fakülte Sekreterliği	Personel Daire Başkanlığı, Web sayfası sorumlusu	Güncel insan kaynakları doküman listesi ve duyuru kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
KOS4	**Yetki Devri: İdarelerde yetkiler ve yetki devrinin sınırları açıkça belirlenmeli ve yazılı olarak bildirilmelidir. Devredilen yetkinin önemi ve riski dikkate alınarak yetki devri yapılmalıdır.**								
KOS 4.1	**İş akış süreçlerindeki imza ve onay mercileri belirlenmeli ve personele duyurulmalıdır.**	İş akışlarına KVYS bağlantısı verilmektedir. Tüm süreçlerdeki güncel imza ve onay mercileri ayrıca kontrol edilmelidir.	KOS.4.1.01	Satın alma, ödeme, not düzeltme, yazışma ve klinik ilaç işlemlerindeki imza-onay noktaları güncel yetkilerle karşılaştırılacak ve personele duyurulacaktır.	Fakülte Sekreterliği, Dekanlık	Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, Bölüm Başkanlıkları	Onaylı imza-onay matrisi ve güncel iş akışları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
KOS 4.2	**Yetki devirleri, üst yönetici tarafından belirlenen esaslar çerçevesinde devredilen yetkinin sınırlarını gösterecek şekilde yazılı olarak belirlenmeli ve ilgililere bildirilmelidir.**	Görev vekâlet planı yayımlanmıştır. Vekâlet belgesi ile yetki devri belgesinin kapsamları ayrı incelenmelidir.	KOS.4.2.01	Yetki devirleri konu, kapsam, sınır, süre ve raporlama koşullarıyla yazılı olarak düzenlenecek. İlgililere tebliğ edilerek elektronik sistem yetkileriyle uyumu sağlanacaktır.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Personel Daire Başkanlığı, Hukuk Müşavirliği	Yetki devri kayıt listesi, yazılı devir ve tebliğ belgeleri	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K6, K2. İlgili riskler: VF-RSK-8, VF-RSK-14. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
KOS 4.3	**Yetki devri, devredilen yetkinin önemi ile uyumlu olmalıdır.**	Risk planında personel yokluğu ve hassas işlemler bulunmaktadır. Devredilen yetkinin riskle orantılılığına ilişkin değerlendirme sunulmamıştır.	KOS.4.3.01	Yetki devri öncesinde işlemin tutarı, hassasiyeti ve risk düzeyi incelenecek. Kontrol ve üst onay gerektiren sınırlar devir belgesinde açıkça gösterilecektir.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı	Riskle uyumlu yetki sınırları ve devir öncesi kontrol formu	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-13, VF-RSK-23. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
KOS 4.4	**Yetki devredilen personel görevin gerektirdiği bilgi, deneyim ve yeteneğe sahip olmalıdır.**	Vekâlet planı görev unvanlarını göstermektedir. Yetki devralacak kişinin yeterliliğini belgeleyen kayıtlar ayrıca sağlanmalıdır.	KOS.4.4.01	Yetki devralacak personelin görev deneyimi ve eğitim durumu kontrol edilecek, gerekli uygulama eğitimi tamamlandıktan sonra yazılı görevlendirme yapılacaktır.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Personel Daire Başkanlığı, İlgili alt birimler	Yeterlilik kontrolü ve eğitim kaydı	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K6, K2. İlgili riskler: VF-RSK-14, VF-RSK-29. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
KOS 4.5	**Yetki devredilen personel, yetkinin kullanımına ilişkin olarak belli dönemlerde yetki devredene bilgi vermeli, yetki devreden ise bu bilgiyi aramalıdır.**	Kaynaklarda yetki kullanımına özgü düzenli geri bildirim raporları bulunmamaktadır.	KOS.4.5.01	Yetki devredilen işlemler için aylık veya işlem hacmine uygun raporlama süresi belirlenecek. Yetki devreden yönetici işlemleri örneklemle kontrol ederek sonucu kaydedecektir.	Dekanlık, yetki devreden yöneticiler	Fakülte Sekreterliği, yetki devralan personel	Yetki kullanım raporu ve yönetici kontrol kayıtları	31.12.2027	Kaynak: K1, K3. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.

Not: Makul güvence sağlandığı değerlendirildiğinden eylem belirlenmesine ihtiyaç duyulmayan genel şartların "Açıklamalar" alanına "Makul güvence sağlandığından eylem öngörülmemiştir." ifadesi yazılacaktır.

T.C.
KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ
VETERİNER FAKÜLTESİ
İÇ KONTROL UYUM EYLEM PLANI
2026-2027

REVİZYON NO	0	KAPSADIĞI YILLAR	2026-2027

2- RİSK DEĞERLENDİRME

Standart Kod No	Kamu İç Kontrol Standardı ve Genel Şartı	Mevcut Durum	Eylem Kod No	Önerilen Eylem veya Eylemler	Sorumlu Birim veya Çalışma grubu üyeleri	İşbirliği Yapılacak Birim	Çıktı/ Sonuç	Tamamlanma Tarihi	Açıklamalar
RDS5	**Planlama ve Programlama: İdareler, faaliyetlerini, amaç, hedef ve göstergelerini ve bunları gerçekleştirmek için ihtiyaç duydukları kaynakları içeren plan ve programlarını oluşturmalı ve duyurmalı, faaliyetlerinin plan ve programlara uygunluğunu sağlamalıdır.**								
RDS 5.1	**İdareler, misyon ve vizyonlarını oluşturmalı, stratejik amaçlar ve ölçülebilir hedefler saptamalı, performanslarını ölçmek, izlemek ve değerlendirmek amacıyla katılımcı yöntemlerle stratejik plan hazırlamalıdır.**	Misyon ve hedefler yayımlanmıştır. Fakülte stratejik planlama çalışmalarına üniversite düzeyindeki çerçevede katkı vermektedir.	RDS.5.1.01	2026-2027 fakülte hedefleri paydaş görüşleriyle gözden geçirilecek, üniversitenin yürürlükteki stratejik hedefleriyle eşleştirilerek ilgili birime iletilecektir.	Stratejik Plan Alt Çalışma Komisyonu, Dekanlık	Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, Danışma Kurulu	Stratejik hedef eşleştirmesi ve paydaş görüş tutanakları	31.12.2026	Kaynak: K1, K4. Kurumsal plan ve raporların hazırlanması/yayımlanması üniversite düzeyindedir; fakülte birim verisi sağlar. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
RDS 5.2	**İdareler, yürütecekleri program, faaliyet ve projeleri ile bunların kaynak ihtiyacını, performans hedef ve göstergelerini içeren performans programı hazırlamalıdır.**	2026 kalite eylem planı ve yıllık hedef-faaliyet planları için web bağlantıları bulunmaktadır. Kaynak ihtiyacının tüm faaliyetlerle eşleştirilmesi gereklidir.	RDS.5.2.01	Eğitim, araştırma, klinik hizmet ve altyapı faaliyetleri için kaynak ihtiyacı, sorumlu, gösterge ve takvim belirlenerek üniversite performans programına birim verisi sağlanacaktır.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, Bölüm Başkanlıkları	Faaliyet-kaynak-gösterge tablosu ve performans programı veri bildirimi	31.12.2026	Kaynak: K1, K5, K2. İlgili riskler: VF-RSK-10, VF-RSK-16, VF-RSK-20, VF-RSK-24. Kurumsal plan ve raporların hazırlanması/yayımlanması üniversite düzeyindedir; fakülte birim verisi sağlar. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
RDS 5.3	**İdareler, bütçelerini stratejik planlarına ve performans programlarına uygun olarak hazırlamalıdır.**	Bütçe hazırlama ve satın alma hizmet standartları yayımlanmıştır. Hedef-bütçe eşleştirme belgesi eklerde bulunmamaktadır.	RDS.5.3.01	Bakım, havalandırma, güvenlik ve ekipman ihtiyaçları risk ve hedef önceliğine göre maliyetlendirilecek. Bütçe teklifleri hedef ve faaliyet gerekçeleriyle hazırlanacaktır.	Dekanlık, İdari ve Mali İşler	Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, teknik birimler	Hedeflerle eşleştirilmiş gerekçeli bütçe ve ihtiyaç teklifi	31.12.2026	Kaynak: K1, K2. İlgili riskler: VF-RSK-10, VF-RSK-17, VF-RSK-18, VF-RSK-19, VF-RSK-20, VF-RSK-24. Kurumsal plan ve raporların hazırlanması/yayımlanması üniversite düzeyindedir; fakülte birim verisi sağlar. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
RDS 5.4	**Yöneticiler, faaliyetlerin ilgili mevzuat, stratejik plan ve performans programıyla belirlenen amaç ve hedeflere uygunluğunu sağlamalıdır.**	Risk planında eğitim sürekliliği, teçhizat, raporlama ve kaynak kullanımına ilişkin riskler yer almaktadır.	RDS.5.4.01	Faaliyetlerin mevzuat, hedef ve bütçeyle uyumu üç aylık toplantılarda incelenecek. Sapmalar için düzeltici faaliyet, sorumlu ve tamamlanma süresi belirlenecektir.	Dekanlık, Birim Kalite Üst Komisyonu	Bölüm Başkanlıkları, Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı	Üç aylık uygunluk ve hedef gerçekleşme raporu	31.12.2026	Kaynak: K1, K2. İlgili riskler: VF-RSK-11, VF-RSK-15, VF-RSK-16. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
RDS 5.5	**Yöneticiler, görev alanları çerçevesinde idarenin hedeflerine uygun özel hedefler belirlemeli ve personeline duyurmalıdır.**	Web sitesinde genel fakülte hedefleri bulunmaktadır. Her alt birim için güncel özel hedeflerin tebliği ayrıca belgelenmelidir.	RDS.5.5.01	Bölüm, klinik, laboratuvar ve idari hizmet hedefleri yıllık olarak yazılacak, sorumlu personele duyurulacak ve görev planlarına işlenecektir.	Dekanlık, Bölüm Başkanlıkları, Fakülte Sekreterliği	Birim Kalite Üst Komisyonu	Alt birim hedef kartları ve duyuru kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K4. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
RDS 5.6	**İdarenin ve birimlerinin hedefleri, spesifik, ölçülebilir, ulaşılabilir, ilgili ve süreli olmalıdır.**	Yayımlanan genel hedeflerin tamamında sayısal hedef ve süre birlikte görülmemektedir.	RDS.5.6.01	Her hedef için başlangıç değeri, ölçüm yöntemi, hedef değer, veri sorumlusu ve son tarih belirlenecek. Değerler önceki gerçekleşmeler ve mevcut kapasite üzerinden yönetimce onaylanacaktır.	Stratejik Plan Alt Çalışma Komisyonu	Birim Kalite Üst Komisyonu, ilgili alt birimler	Ölçülebilir ve süreli hedef-gösterge kartları	31.12.2026	Kaynak: K1, K4. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
RDS6	**Risklerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi: İdareler, sistemli bir şekilde analizler yaparak amaç ve hedeflerinin gerçekleşmesini engelleyebilecek iç ve dış riskleri tanımlayarak değerlendirmeli ve alınacak önlemleri belirlemelidir.**								
RDS 6.1	**İdareler, her yıl sistemli bir şekilde amaç ve hedeflerine yönelik riskleri belirlemelidir.**	2026 risk dosyasında VF-RSK-1–29 kodlu operasyonel riskler kayıtlıdır. Stratejik amaç ve hedef bağlantıları ile bazı kayıt alanları eksiktir.	RDS.6.1.01	29 risk süreç ve hedeflerle eşleştirilecek. Eğitim kalitesi, araştırma, toplumsal katkı ve kaynak sağlama yönünden stratejik riskler paydaş katılımıyla ayrıca değerlendirilecek, envanter yıllık yenilenecektir.	Dekanlık, görevlendirilecek Birim Risk Koordinatörü	Bölüm Başkanlıkları, Birim Kalite Üst Komisyonu, Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı	Eksikleri tamamlanmış Ek-1 ve Ek-2 risk kayıtları, yıllık gözden geçirme tutanağı	31.12.2026	Kaynak: K1, K2. İlgili riskler: VF-RSK-1–29. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
RDS 6.2	**Risklerin gerçekleşme olasılığı ve muhtemel etkileri yılda en az bir kez analiz edilmelidir.**	Ek-2'de bazı risklerin etki, olasılık ve yeterlilik alanları Seçiniz durumundadır. Bu nedenle bütün riskler için kesin öncelik sırası kurulamamaktadır.	RDS.6.2.01	Etki-olasılık puanları ortak ölçütlerle katılımcı olarak değerlendirilecek. Mevcut kontroller kanıtla incelenerek doğal ve artık riskler yeniden hesaplanacak, risk iştahıyla karşılaştırılacaktır.	Görevlendirilecek Birim Risk Koordinatörü, alt birim yöneticileri	Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Komisyonu	29 riskin değerlendirme tutanağı, güncel doğal-artık risk tablosu	31.12.2026	Kaynak: K1, K2. İlgili riskler: VF-RSK-1–29. Boş puanlar ve kontrol yeterlilikleri yönetim değerlendirmesiyle tamamlanacaktır. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
RDS 6.3	**Risklere karşı alınacak önlemler belirlenerek eylem planları oluşturulmalıdır.**	Risk dosyasında ilave önlemler yazılıdır. Faaliyet sorumluları, tarihler ve bazı karar alanları tamamlanmamıştır.	RDS.6.3.01	Her ilave faaliyet için sorumlu, kaynak, başlangıç ve bitiş tarihi belirlenecek. Risk cevabı gerekçelendirilecek, birim yetkisini aşan ihtiyaçlar idare risk planına teklif edilecek ve gerçekleşme kanıtları izlenecektir.	Dekanlık, görevlendirilecek Birim Risk Koordinatörü	Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, ilgili alt birimler	Sorumlu ve tarihleri tamamlanmış risk eylem planı, teklif yazıları, izleme kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K2. İlgili riskler: VF-RSK-1–29. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.

Not: Makul güvence sağlandığı değerlendirildiğinden eylem belirlenmesine ihtiyaç duyulmayan genel şartların "Açıklamalar" alanına "Makul güvence sağlandığından eylem öngörülmemiştir." ifadesi yazılacaktır.

T.C.
KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ
VETERİNER FAKÜLTESİ
İÇ KONTROL UYUM EYLEM PLANI
2026-2027

REVİZYON NO	0	KAPSADIĞI YILLAR	2026-2027

3- KONTROL FAALİYETLERİ

Standart Kod No	Kamu İç Kontrol Standardı ve Genel Şartı	Mevcut Durum	Eylem Kod No	Öngörülen Eylem veya Eylemler	Sorumlu Birim veya Çalışma grubu üyeleri	İşbirliği Yapılacak Birim	Çıktı/ Sonuç	Tamamlanma Tarihi	Açıklama
KFS7	**Kontrol stratejileri ve yöntemleri: İdareler, hedeflerine ulaşmayı amaçlayan ve riskleri karşılamaya uygun kontrol stratejisi ve yöntemlerini belirlemeli ve uygulamalıdır.**								
KFS 7.1	**Her bir faaliyet ve riskleri için uygun kontrol stratejisi ve yöntemleri (düzenli gözden geçirme, örnekleme yoluyla kontrol, karşılaştırma, onaylama, raporlama, koordinasyon, doğrulama, analiz etme, yetkilendirme, gözetim, inceleme, izleme v.b.) belirlenmeli ve uygulanmalıdır.**	Ek-2'de idari, eğitim, ergonomi, bina, laboratuvar ve klinik riskleri için mevcut ve ilave faaliyetler bulunmaktadır. Kontrol etkinliği tüm kayıtlar için kanıtlanmamıştır.	KFS.7.1.01	29 risk için kontrol-sorumlu-kanıt matrisi hazırlanacak: Ergonomi, alan düzeni ve kaygan zemin kontrolleri; evrak ve ders takibi; enerji izleme; bina ve elektrik güvenliği; havalandırma; biyogüvenlik ve güvenli hayvan tutma kontrolleri görev ve sıklık bazında uygulanacaktır.	Fakülte Sekreterliği, Bölüm Başkanlıkları, Hayvan Hastanesi yönetimi	İş Sağlığı ve Güvenliği Komisyonu, teknik birimler, Birim Enerji Komisyonu	29 riskle eşleştirilmiş kontrol matrisi, saha kontrol ve düzeltme kayıtları	30.06.2027	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-1–7, 9–13, 15–29. Ek-2 Q24, Q27 ve Q32 alanlarında risk metni bulunmaktadır; mevcut kontrol kanıtı sayılmamıştır. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KFS 7.2	**Kontroller, gerekli hallerde, işlem öncesi kontrol, süreç kontrolü ve işlem sonrası kontrolleri de kapsamalıdır.**	Risk dosyasında kullanım öncesi ekipman kontrolü, not doğrulama ve dönemsel takip faaliyetleri yer almaktadır.	KFS.7.2.01	Satın alma öncesi ihtiyaç-onay, işlem sırasında teslim ve kayıt, işlem sonrası ödeme-mutabakat kontrolleri belirlenecek. Ders, not ve klinik işlemlerde de öncesi-sırası-sonrası kontrol noktaları uygulanacaktır.	Fakülte Sekreterliği, ilgili süreç sorumluları	Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, Öğrenci İşleri, Hayvan Hastanesi yönetimi	Aşamalı kontrol listeleri ve kontrol edilmiş işlem dosyaları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-10, VF-RSK-13, VF-RSK-23, VF-RSK-24. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KFS 7.3	**Kontrol faaliyetleri, varlıkların dönemsel kontrolünü ve güvenliğinin sağlanmasını kapsamalıdır.**	Risk planında teçhizat bakımı, biyolojik ürünlerin saklanması ve kontrollü ilaçlara erişimin sınırlandırılması yer almaktadır.	KFS.7.3.01	Taşınırlar dönemsel sayılacak, zimmet ve kayıtlar karşılaştırılacak. Bakım takvimi, kimyasal envanter ve güvenlik bilgi formları güncellenecek. Soğuk zincir sıcaklıkları ile kontrollü ilaç giriş-çıkışı ve erişimi kaydedilecektir.	Taşınır kayıt yetkilisi, Fakülte ve Hastane Taşınır Sayım Kurulları	Hayvan Hastanesi yönetimi, laboratuvar sorumluları, teknik birimler	Sayım-mutabakat tutanakları, bakım ve sıcaklık kayıtları, ilaç ve kimyasal envanteri	30.06.2027	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-10, VF-RSK-22, VF-RSK-23, VF-RSK-24. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KFS 7.4	**Belirlenen kontrol yönteminin maliyeti beklenen faydayı aşmamalıdır.**	Risk planındaki önlemler için maliyet-fayda değerlendirmesi belgelenmemiştir.	KFS.7.4.01	Kontrol seçeneklerinin kurulum, bakım ve personel maliyeti beklenen risk azaltımıyla karşılaştırılacak. Güvenlik yükümlülükleri korunarak uygun seçenek bütçe teklifine alınacaktır.	Dekanlık, İdari ve Mali İşler	Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Komisyonu	Kontrol seçenekleri maliyet-fayda değerlendirmesi ve gerekçeli tercih	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-16, VF-RSK-20. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KFS8	**Prosedürlerin belirlenmesi ve belgelendirilmesi: İdareler, faaliyetleri ile mali karar ve işlemleri için gerekli yazılı prosedürleri ve bu alanlara ilişkin düzenlemeleri hazırlamalı, güncellemeli ve ilgili personelin erişimine sunmalıdır.**								
KFS 8.1	**İdareler, faaliyetleri ile mali karar ve işlemleri hakkında yazılı prosedürler belirlemelidir.**	Prosedürlere ve iş akışlarına KVYS bağlantıları bulunmaktadır. Risk planında yeni yazılı güvenlik akışları öngörülmektedir.	KFS.8.1.01	Mali işlemler, not düzeltme, evrak takibi ve klinik-laboratuvar güvenliği prosedürleri gözden geçirilecek. İzolasyon, dezenfeksiyon, kimyasal dökülme, kesici-delici yaralanma ve hayvan saldırısı süreçleri yazılı hâle getirilecektir.	Fakülte Sekreterliği, Hayvan Hastanesi yönetimi, Bölüm Başkanlıkları	Kalite Koordinatörlüğü, İş Sağlığı ve Güvenliği Komisyonu	Onaylı ve erişilebilir süreç prosedürleri	31.03.2027	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-7, VF-RSK-13, VF-RSK-20, VF-RSK-21, VF-RSK-22, VF-RSK-23, VF-RSK-25, VF-RSK-26, VF-RSK-27, VF-RSK-28. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
KFS 8.2	**Prosedürler ve ilgili dokümanlar, faaliyet veya mali karar ve işlemin başlaması, uygulanması ve sonuçlandırılması aşamalarını kapsamalıdır.**	Hizmet standartları başvuru belgelerini ve süreleri göstermektedir. Risk planı uygulama ve takip adımlarının geliştirilmesini öngörmektedir.	KFS.8.2.01	Prosedürler talep veya kabulden başlayıp uygulama, onay, sonuçlandırma ve arşivlemeyi kapsayacak biçimde düzenlenecek. Klinik alanlardan çıkışta koruyucu malzeme bertarafı ve dezenfeksiyon basamakları açıkça gösterilecektir.	Fakülte Sekreterliği, süreç sorumluları	Hayvan Hastanesi yönetimi, Bölüm Başkanlıkları	Başlangıç-uygulama-sonuç aşamalarını içeren iş akışları ve kayıt formları	31.03.2027	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-21, VF-RSK-25, VF-RSK-26, VF-RSK-27. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
KFS 8.3	**Prosedürler ve ilgili dokümanlar, güncel, kapsamlı, mevzuata uygun ve ilgili personel tarafından anlaşılabilir ve ulaşılabilir olmalıdır.**	Kalite dokümanlarına web bağlantılarıyla erişim sağlanmaktadır. Yerel kullanım talimatlarının güncelliği ve anlaşılabilirliği kontrol edilmelidir.	KFS.8.3.01	Doküman sahibi ve revizyon tarihi belirlenecek, eski sürümler kullanım dışına alınacak. Cihaz ve güvenlik talimatları çalışma alanlarında erişilebilir tutulacak, yılda bir güncellik kontrolü yapılacaktır.	Birim Kalite Üst Komisyonu, doküman sorumluları	Kalite Koordinatörlüğü, Web sayfası sorumlusu	Güncel doküman listesi, revizyon ve erişim kontrol kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-14, VF-RSK-24, VF-RSK-29. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KFS9	**Görevler ayrılığı: Hata, eksiklik, yanlışlık, usulsüzlük ve yolsuzluk risklerini azaltmak için faaliyetler ile mali karar ve işlemlerin onaylanması, uygulanması, kaydedilmesi ve kontrol edilmesi görevleri personel arasında paylaştırılmalıdır.**								
KFS 9.1	**Her faaliyet veya mali karar ve işlemin onaylanması, uygulanması, kaydedilmesi ve kontrolü görevleri farklı kişilere verilmelidir.**	Hassas görev listesinde ödeme, satın alma ve taşınır işlemleri bulunmaktadır. Kişi bazında görev ayrılığı matrisi kaynaklarda yer almamaktadır.	KFS.9.1.01	Talep, satın alma, teslim alma, kayıt, ödeme ve kontrol rolleri süreç bazında farklı kişilere dağıtılacak. Not düzeltme ve ilaç stok işlemlerinde onay-kayıt-kontrol ayrımı tanımlanacaktır.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, ilgili süreç sorumluları	Görevler ayrılığı matrisi ve yazılı görevlendirmeler	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K8, K2. İlgili riskler: VF-RSK-13, VF-RSK-23. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
KFS 9.2	**Personel sayısının yetersizliği nedeniyle görevler ayrılığı ilkesinin tam olarak uygulanamadığı idarelerin yöneticileri risklerin farkında olmalı ve gerekli önlemleri almalıdır.**	Personel yetersizliği ve yokluğu risk dosyasında tanımlanmıştır. Aynı personelde birleşen kontrol görevlerinin listesi sunulmamıştır.	KFS.9.2.01	Görev ayrılığının sağlanamadığı işlemler belirlenerek ikinci yönetici kontrolü, çift onay ve dönemsel mutabakat gibi telafi edici kontroller yazılı olarak uygulanacaktır.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Personel Daire Başkanlığı, Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı	İstisna ve telafi edici kontrol listesi, ikinci kontrol kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-8, VF-RSK-14, VF-RSK-28. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KFS10	**Hiyerarşik kontroller: Yöneticiler, iş ve işlemlerin prosedürlere uygunluğunu sistemli bir şekilde kontrol etmelidir.**								
KFS 10.1	**Yöneticiler, prosedürlerin etkili ve sürekli bir şekilde uygulanması için gerekli kontrolleri yapmalıdır.**	Risk planında süreli evrak, ders gerçekleşmesi ve teçhizat takibi gibi yönetici kontrolleri öngörülmüştür.	KFS.10.1.01	Yöneticiler evrak için haftalık, dersler için dönem içi, mali ve güvenlik süreçleri için risk düzeyine göre örneklem kontrol yapacak. Kullanılan prosedür ve bulunan uygunsuzluk kayıt altına alınacaktır.	Fakülte Sekreterliği, Bölüm Başkanlıkları	Birim Kalite Üst Komisyonu, Hayvan Hastanesi yönetimi	Yönetici kontrol planı ve imzalı kontrol listeleri	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-7, VF-RSK-10, VF-RSK-11, VF-RSK-13. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KFS 10.2	**Yöneticiler, personelin iş ve işlemlerini izlemeli ve onaylamalı, hata ve usulsüzlüklerin giderilmesi için gerekli talimatları vermelidir.**	Risk dosyasında arızaların ve yapılamayan derslerin ilgili yöneticilere bildirildiği belirtilmektedir.	KFS.10.2.01	Gecikme, hata ve uygunsuzluklara yazılı düzeltme talimatı verilecek, sorumlu ve süre atanacak. Tamamlama kaydı yönetici tarafından kontrol edilerek kayıt kapatılacaktır.	Dekanlık, alt birim yöneticileri	Fakülte Sekreterliği, ilgili süreç sorumluları	Düzeltme talimatları, takip ve kapatma kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-7, VF-RSK-10, VF-RSK-11, VF-RSK-13, VF-RSK-24. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KFS11	**Faaliyetlerin sürekliliği: İdareler, faaliyetlerin sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli önlemleri almalıdır.**								
KFS 11.1	**Personel yetersizliği, geçici veya sürekli olarak görevden ayrılma, yeni bilgi sistemlerine geçiş, yöntem veya mevzuat değişiklikleri ile olağanüstü durumlar gibi faaliyetlerin sürekliliğini etkileyen nedenlere karşı gerekli önlemler alınmalıdır.**	Personel yokluğu, ders aksaması, uzaktan eğitim ve cihaz arızası riskleri bulunmaktadır. Vekâlet planı yayımlanmıştır.	KFS.11.1.01	İdari işlemler, dersler, klinik hizmet ve laboratuvarlar için sürekililik planı hazırlanacak. Yedek personel, telafi dersi, alternatif erişim, kritik cihaz ve soğuk zincir kesintisi tedbirleri belirlenip yılda bir sınanacaktır.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği, Hayvan Hastanesi yönetimi	Bölüm Başkanlıkları, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, teknik birimler	İş sürekliliği planı, senaryo uygulaması ve iyileştirme kaydı	30.06.2027	Kaynak: K1, K3, K6, K2. İlgili riskler: VF-RSK-8, VF-RSK-10, VF-RSK-11, VF-RSK-12, VF-RSK-14, VF-RSK-17, VF-RSK-23, VF-RSK-24. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KFS 11.2	**Gerekli hallerde usulüne uygun olarak vekil personel görevlendirilmelidir.**	KYS-PL-001 görev vekâlet planı yayımlanmıştır. Güncel personel ve yetki kapsamıyla uyumu kontrol edilmelidir.	KFS.11.2.01	Kritik görevler için birinci ve ikinci yedekler güncellenecek. İzin, rapor ve boş kadro durumunda yazılı vekâlet ve gerekli sistem yetkileri zamanında düzenlenecektir.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Personel Daire Başkanlığı, Bölüm Başkanlıkları	Güncel vekâlet planı, yazılı vekâlet ve yetki kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K6, K2. İlgili riskler: VF-RSK-8, VF-RSK-14. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KFS 11.3	**Görevinden ayrılan personelin, iş veya işlemlerinin durumunu ve gerekli belgeleri de içeren bir rapor hazırlaması ve bu raporu görevlendirilen personele vermesi yönetici tarafından sağlanmalıdır.**	Risk planında görev değişiminde bilgi aktarımı ve izin öncesi bekleyen işlerin devri öngörülmektedir.	KFS.11.3.01	Görevden ayrılan personel bekleyen evrak, süreler, dosya konumu, zimmet ve işlem durumunu devir raporuyla teslim edecek. Teslim alan ve yönetici raporu kontrol ederek imzalayacaktır.	Fakülte Sekreterliği, Bölüm Başkanlıkları	Personel Daire Başkanlığı, taşınır kayıt yetkilisi	Standart devir-teslim formu ve imzalı devir raporları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-8, VF-RSK-14. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KFS12	**Bilgi sistemleri kontrolleri: İdareler, bilgi sistemlerinin sürekliliğini ve güvenilirliğini sağlamak için gerekli kontrol mekanizmaları geliştirmelidir.**								
KFS 12.1	**Bilgi sistemlerinin sürekliliğini ve güvenilirliğini sağlayacak kontroller yazılı olarak belirlenmeli ve uygulanmalıdır.**	Risk planında uzaktan eğitim teknik desteği bulunmaktadır. Ana sayfada bilgi güvenliği politikalarına bağlantı verilmiştir. Birim kesinti ve yedekleme testleri sunulmamıştır.	KFS.12.1.01	Bilgi İşlem ile sistem kesintisi bildirim, alternatif çalışma, yedekleme ve geri dönüş sorumlulukları yazılı olarak netleştirilecek. Birim kayıtlarının geri yükleme ve erişim testleri yapılacaktır.	Fakülte Sekreterliği, birim bilgi sistemi sorumluları	Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, uzaktan eğitim birimi	Kesinti ve yedekleme iş akışı, test ve arıza kayıtları	31.03.2027	Kaynak: K1, K2. İlgili riskler: VF-RSK-12. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KFS 12.2	**Bilgi sistemine veri ve bilgi girişi ile bunlara erişim konusunda yetkilendirmeler yapılmalı, hata ve usulsüzlüklerin önlenmesi, tespit edilmesi ve düzeltilmesini sağlayacak mekanizmalar oluşturulmalıdır.**	Not giriş hatası ve UBYS evrak takibi riskleri kayıtlıdır. Yetki listeleri ve değişiklik izleri ekte sunulmamıştır.	KFS.12.2.01	Kullanıcı erişimleri göreve göre gözden geçirilecek, ayrılan personelin yetkileri kaldırılacak. Not ve kritik veri değişiklikleri onay ile izlenecek, hata düzeltme ve erişim kayıtları kontrol edilecektir.	Fakülte Sekreterliği, Öğrenci İşleri	Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Bölüm Başkanlıkları	Güncel erişim matrisi, yetki kaldırma ve veri düzeltme kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K2. İlgili riskler: VF-RSK-7, VF-RSK-13, VF-RSK-14. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
KFS 12.3	**İdareler bilişim yönetişimini sağlayacak mekanizmalar geliştirmelidir.**	Kurumsal bilgi sistemlerine bağlantılar bulunmaktadır. Birimde bilişim ihtiyaçlarını ortak değerlendirme kayıtları doğrulanamamaktadır.	KFS.12.3.01	Teknik ihtiyaç, değişiklik, arıza ve güvenlik taleplerini koordine edecek birim irtibatı belirlenecek. Talepler ve çözüm süreleri üç aylık değerlendirilecek, kurumsal bilişim kararlarıyla uyum sağlanacaktır.	Dekanlık, birim bilgi sistemi sorumluları	Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Birim Kalite Üst Komisyonu	Bilişim irtibat görevlendirmesi, talep ve çözüm takip çizelgesi	31.03.2027	Kaynak: K1, K2. İlgili riskler: VF-RSK-12. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.

Not: Makul güvence sağlandığı değerlendirildiğinden eylem belirlenmesine ihtiyaç duyulmayan genel şartların "Açıklamalar" alanına "Makul güvence sağlandığından eylem öngörülmemiştir." ifadesi yazılacaktır.

T.C.
KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ
VETERİNER FAKÜLTESİ
İÇ KONTROL UYUM EYLEM PLANI
2026-2027

REVİZYON NO	0	KAPSADIĞI YILLAR	2026-2027

4- BİLGİ VE İLETİŞİM

Standart Kod No	Kamu İç Kontrol Standardı ve Genel Şartı	Mevcut Durum	Eylem Kod No	Öngörülen Eylem veya Eylemler	Sorumlu Birim veya Çalışma grubu üyeleri	İşbirliği Yapılacak Birim	Çıktı/ Sonuç	Tamamlanma Tarihi	Açıklamalar
BİS13	**Bilgi ve iletişim: İdareler, birimlerinin ve çalışanlarının performansının izlenebilmesi, karar alma süreçlerinin sağlıklı bir şekilde işleyebilmesi ve hizmet sunumunda etkinlik ve memnuniyetin sağlanması amacıyla uygun bir bilgi ve iletişim sistemine sahip olmalıdır.**								
BİS 13.1	**İdarelerde, yatay ve dikey iç iletişim ile dış iletişimi kapsayan etkili ve sürekli bir bilgi ve iletişim sistemi olmalıdır.**	KYS-PR-013 İletişim prosedürü yayımlanmıştır. Risk dosyasında iletişim sorunları ve evrak takibi riskleri yer almaktadır.	BİS.13.1.01	İç-dış iletişim kanalları ve sorumluları güncellenecek. Kurul kararları, süreli yazılar ve paydaş duyurularının ilgili kişiye ulaştığı kontrol edilerek aksayan kanallar iyileştirilecektir.	Fakülte Sekreterliği, Dekanlık	Bölüm Başkanlıkları, Web sayfası sorumlusu	Birim iletişim listesi, duyuru ve karar iletim kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K7, K2. İlgili riskler: VF-RSK-7, VF-RSK-9. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
BİS 13.2	**Yöneticiler ve personel, görevlerini yerine getirebilmeleri için gerekli ve yeterli bilgiye zamanında ulaşabilmelidir.**	Risk planında ÜBYS üzerinden evrak yönlendirme bulunmaktadır. Günlük izleme ilave faaliyet olarak öngörülmüştür.	BİS.13.2.01	Gelen evrak her iş günü kontrol edilecek, süreli işlemler sorumluya ve yedeğine yönlendirilecek. Güncel talimat ve dokümanlara göreve uygun erişim sağlanacaktır.	Fakülte Sekreterliği, Yazı İşleri	Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, İlgili alt birimler	Günlük evrak takip çizelgesi, süre ve erişim kontrol kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-7. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
BİS 13.3	**Bilgiler doğru, güvenilir, tam, kullanışlı ve anlaşılabilir olmalıdır.**	Risk dosyasında faaliyet raporu veri sorunları ve not hataları bulunmaktadır.	BİS.13.3.01	Veri tanımları ve sorumluları belirlenecek, eksik ve çelişkili kayıtlar kaynakla karşılaştırılacak. Rapor ve duyurular yayımlanmadan önce doğruluk, anlaşılabilirlik ve onay kontrolünden geçirilecektir.	Fakülte Sekreterliği, veri sorumluları	Öğrenci İşleri, Bölüm Başkanlıkları	Veri sözlüğü, doğrulama ve yayımlama kontrol kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-13, VF-RSK-15. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
BİS 13.4	**Yöneticiler ve ilgili personel, performans programı ve bütçenin uygulanması ile kaynak kullanımına ilişkin diğer bilgilere zamanında erişebilmelidir.**	Risk planında rapor verilerinin yıl sonunda derlendiği belirtilmektedir. Düzenli bütçe bilgi paylaşımı eklerde doğrulanamamaktadır.	BİS.13.4.01	Ödenek, harcama, ihtiyaç ve hedef gerçekleşme bilgileri yetkili yöneticilere aylık sunulacak. Birim verileri kurumsal mali kayıtlarla karşılaştırılacaktır.	İdari ve Mali İşler, Fakülte Sekreterliği	Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı	Aylık kaynak kullanımı ve bütçe gerçekleşme raporu	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-15, VF-RSK-16. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
BİS 13.5	**Yönetim bilgi sistemi, yönetimin ihtiyaç duyduğu gerekli bilgileri ve raporları üretebilecek ve analiz yapma imkanı sunacak şekilde tasarlanmalıdır.**	Kurumsal sistemler bilgi ve raporlama altyapısı sunmaktadır. Birime özgü rapor ihtiyaçlarının listesi kaynaklarda bulunmamaktadır.	BİS.13.5.01	Eğitim, araştırma, klinik hizmet, bütçe ve risk izleme için yönetimin rapor ihtiyacı tanımlanacak. Mevcut sistemlerden üretilen veriler ortak şablonlarda birleştirilerek eksik raporlar ilgili teknik birimle geliştirilecektir.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı	Yönetim rapor ihtiyaç listesi ve düzenli gösterge raporları	30.06.2027	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-15. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
BİS 13.6	**Yöneticiler, idarenin misyon, vizyon ve amaçları çerçevesinde beklentilerini görev ve sorumlulukları kapsamında personele bildirmelidir.**	Misyon ve hedefler web sitesinde yayımlanmaktadır. Kişilere yönelik beklenti ve çıktı tebliği kayıtları ayrıca gereklidir.	BİS.13.6.01	Dönem başında beklenen görev çıktıları, teslim tarihleri ve hizmet ölçütleri personele yazılı bildirilecek, alt birim toplantılarında gerçekleşmeler değerlendirilecektir.	Dekanlık, Bölüm Başkanlıkları, Fakülte Sekreterliği	Birim Kalite Üst Komisyonu	Görev-hedef bildirimleri ve gerçekleşme toplantı tutanakları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K4. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
BİS 13.7	**İdarenin yatay ve dikey iletişim sistemi personelin değerlendirme, öneri ve sorunlarını iletebilmelerini sağlamalıdır.**	Web sitesinde Dekana Mesaj kanalı ve memnuniyet anketi bağlantıları vardır. İletişim sorunları risk planında kayıtlıdır.	BİS.13.7.01	Personel öneri ve sorunları toplantı, kurumsal başvuru ve anket yoluyla alınacak. Başvurular sorumluya atanacak, yanıt ve iyileştirme sonuçları başvurana uygun kanalla bildirilecektir.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Anket sorumlusu, Birim Kalite Üst Komisyonu	Öneri-başvuru takip çizelgesi ve geri bildirim kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-9. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
BİS14	**Raporlama:İdarenin amaç, hedef, gösterge ve faaliyetleri ile sonuçları, saydamlık ve hesap verebilirlik ilkeleri doğrultusunda raporlanmalıdır.**								
BİS 14.1	**İdareler, her yıl, amaçları, hedefleri, stratejileri, varlıkları, yükümlülükleri ve performans programlarını kamuoyuna açıklamalıdır.**	Web sitesinde hedefler, rapor başlıkları ve 2026 eylem planı yer almaktadır. Varlık, yükümlülük ve program verilerinin güncelliği ayrıca kontrol edilmelidir.	BİS.14.1.01	Fakülte amaç, hedef, faaliyet ve kaynak verileri yıllık güncellenecek. Kurumsal rapor ve performans programına veri sağlanarak kamuya açık belgelerin bağlantıları yayımlanacaktır.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, Web sayfası sorumlusu	Yıllık birim veri bildirimi ve güncel kamuoyu bilgilendirmesi	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-15. Kurumsal plan ve raporların hazırlanması/yayımlanması üniversite düzeyindedir; fakülte birim verisi sağlar. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
BİS 14.2	**İdareler, bütçelerinin ilk altı aylık uygulama sonuçları, ikinci altı aya ilişkin beklentiler ve hedefler ile faaliyetlerini kamuoyuna açıklamalıdır.**	Fakültenin altı aylık bütçe uygulama ve beklenti verilerini derleyen kayıt eklerde bulunmamaktadır.	BİS.14.2.01	İlk altı ay harcamaları, ikinci altı ay beklentileri ve faaliyet sonuçları kurumsal raporlama takviminde ilgili daireye bildirilecek. Üniversitenin yayımladığı rapora fakülte sitesinden erişim sağlanacaktır.	İdari ve Mali İşler, Fakülte Sekreterliği	Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı	Altı aylık mali durum veri bildirimi ve kurumsal rapor bağlantısı	31.07.2027	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-15, VF-RSK-16. Kurumsal plan ve raporların hazırlanması/yayımlanması üniversite düzeyindedir; fakülte birim verisi sağlar. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
BİS 14.3	**Faaliyet sonuçları ve değerlendirmeler idare faaliyet raporunda gösterilmeli ve duyurulmalıdır.**	Faaliyet raporlarına web sitesinde yer verilmiştir. Risk dosyasında rapor verilerinin oluşturulmasında sorun yaşanması riski bulunmaktadır.	BİS.14.3.01	Veriler yıl boyunca standart formatta toplanacak. 2026 ve 2027 faaliyet sonuçları hedef, sapma ve düzeltme bilgileriyle raporlanarak üniversite takviminde gönderilecek ve yayımlanacaktır.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Bölüm Başkanlıkları, Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı	Kanıtlarla doğrulanmış birim faaliyet raporu ve yayımlama kaydı	31.03.2027	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-15. İlk çıktı 2026 faaliyet raporudur. 2027 verileri yıl boyunca toplanır; nihai rapor kurumsal 2026 takviminde sunulur. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
BİS 14.4	**Faaliyetlerin gözetimi amacıyla idare içinde yatay ve dikey raporlama ağı yazılı olarak belirlenmeli, birim ve personel, görevleri ve faaliyetleriyle ilgili hazırlanması gereken raporlar hakkında bilgilendirilmelidir.**	İletişim prosedürü raporlamayı kapsamaktadır. Alt birim bazında rapor-sorumlu-tarih listesi eklerde bulunmamaktadır.	BİS.14.4.01	Evrak, ders, bütçe, taşınır, güvenlik ve risk raporları için hazırlayan, kontrol eden, alıcı ve teslim tarihi yazılı olarak belirlenecek ve personele duyurulacaktır.	Fakülte Sekreterliği, Dekanlık	Bölüm Başkanlıkları, Birim Kalite Üst Komisyonu	Yıllık raporlama takvimi ve raporlama matrisi	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K7, K2. İlgili riskler: VF-RSK-7, VF-RSK-15. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.

BİS15	**Kayıt ve dosyalama sistemi: İdareler, gelen ve giden her türlü evrak dahil iş ve işlemlerin kaydedildiği, sınıflandırıldığı ve dosyalandığı kapsamlı ve güncel bir sisteme sahip olmalıdır**									
BİS 15.1	**Kayıt ve dosyalama sistemi, elektronik ortamdakiler dahil, gelen ve giden evrak ile idare içi haberleşmeyi kapsamalıdır.**	Risk planında resmî yazıların ÜBYS üzerinden yönlendirildiği belirtilmektedir.	BİS.15.1.01	Gelen-giden evrak ve iç yazışmalar kayıt altına alınacak, elektronik ve fiziksel dosyalar işlem numarasıyla ilişkilendirilecek. Eksik ek ve kayıtlar düzenli kontrol edilecektir.	Yazı İşleri, Fakülte Sekreterliği	Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, ilgili alt birimler	İzlenebilir evrak kayıtları ve eksik belge kontrol listesi	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K7, K2. İlgili riskler: VF-RSK-7. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
BİS 15.2	**Kayıt ve dosyalama sistemi kapsamlı ve güncel olmalı, yönetici ve personel tarafından ulaşılabilir ve izlenebilir olmalıdır.**	Elektronik evrak takibi bulunmaktadır. Dosyaların tüm ilgili personelce güncel ve izlenebilir erişimi kontrol edilmelidir.	BİS.15.2.01	Dosya indeksleri, işlem durumu ve erişim rolleri güncellenecek, yalnızca yetkili personele erişim sağlanacak ve örnek dosyalar üzerinde bulunabilirlik kontrolü yapılacaktır.	Fakülte Sekreterliği, arşiv sorumlusu	Bilgi İşlem Daire Başkanlığı	Güncel dosya indeksi, yetki ve bulunabilirlik kontrolü	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-7, VF-RSK-14. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
BİS 15.3	**Kayıt ve dosyalama sistemi, kişisel verilerin güvenliğini ve korunmasını sağlamalıdır.**	Kaynaklarda personel, öğrenci ve klinik kayıtlarının erişim ve koruma kontrolleri ayrıntılı olarak sunulmamıştır.	BİS.15.3.01	Kişisel veri içeren kayıtlar sınıflandırılacak, göreve dayalı erişim ve güvenli saklama uygulanacak. Kamuya açılan belgelerde kişisel veriler kontrol edilecek, saklama ve imha işlemleri ilgili kurumsal usule göre kaydedilecektir.	Fakülte Sekreterliği, Öğrenci İşleri, Hayvan Hastanesi yönetimi	Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, ilgili kurumsal veri koruma sorumluları	Veri envanteri, erişim ve yayımlama kontrolleri, saklama-imha kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
BİS 15.4	**Kayıt ve dosyalama sistemi belirlenmiş standartlara uygun olmalıdır.**	Kalite dokümanlarına erişim bağlantıları bulunmaktadır. Standart dosya planının birim genelindeki uygulama kayıtları sunulmamıştır.	BİS.15.4.01	Evrak ve dosyalar kurumsal standart dosya planına göre kodlanacak, personele örnekli bilgilendirme yapılacak ve hatalı sınıflandırmalar düzeltilecektir.	Yazı İşleri, arşiv sorumlusu	Genel Sekreterlik, Kalite Koordinatörlüğü	Dosya planı uygulama rehberi ve örneklem kontrol kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
BİS 15.5	**Gelen ve giden evrak zamanında kaydedilmeli, standartlara uygun bir şekilde sınıflandırılmalı ve arşiv sistemine uygun olarak muhafaza edilmelidir.**	Risk planında ÜBYS evrakının takip edilmemesi sonucu gecikme riski vardır.	BİS.15.5.01	Evrak geldiği gün kayıt ve yönlendirme kontrolü yapılacak, süreli işlemlere hatırlatma uygulanacak. Sonuçlanan belgeler doğru dosya kodu ve ekleriyle arşive alınacaktır.	Yazı İşleri, Fakülte Sekreterliği	İlgili alt birimler	Günlük kayıt kontrolü, süreli evrak ve arşive devir çizelgesi	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-7. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
BİS 15.6	**İdarenin iş ve işlemlerinin kaydı, sınıflandırılması, korunması ve erişimini de kapsayan, belirlenmiş standartlara uygun arşiv ve dokümantasyon sistemi oluşturulmalıdır.**	İmha ve Ayıklama Komisyonuna web sitesinde yer verilmektedir. Arşiv envanteri ve saklama uygulama kayıtları eklerde yoktur.	BİS.15.6.01	Fiziksel ve elektronik arşiv envanteri çıkarılacak, erişim, saklama, koruma ve devir usulleri yazılacak. Ayıklama ve imha kurumsal plan ve onaylara göre belgelendirilecektir.	Fakülte Sekreterliği, İmha ve Ayıklama Komisyonu	Genel Sekreterlik, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı	Arşiv envanteri, saklama-devir planı ve işlem tutanakları	30.06.2027	Kaynak: K1, K3. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
BİS16	**Hata, usulsüzlük ve yolsuzlukların bildirilmesi: İdareler, hata, usulsüzlük ve yolsuzlukların belirlenen bir düzen içinde bildirilmesini sağlayacak yöntemler oluşturmalıdır.**									
BİS 16.1	**Hata, usulsüzlük ve yolsuzlukların bildirim yöntemleri belirlenmeli ve duyurulmalıdır.**	Dekana Mesaj kanalı ve etik ilkeler yayımlanmıştır. Özel hata-usulsüzlük bildirim sürecinin tüm ayrıntıları kaynaklarda bulunmamaktadır.	BİS.16.1.01	Bildirim kanalı, yetkili alıcı, kayıt, gizlilik ve yönlendirme adımları yazılı olarak düzenlenip duyurulacak. Etik şikâyet, idari hata ve acil güvenlik bildirimi uygun mercilere yönlendirilecektir.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Hukuk Müşavirliği, ilgili etik ve güvenlik birimleri	Birim bildirim iş akışı ve personel duyurusu	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-9. Belge onayı ve personele duyuru ile tamamlanacaktır.
BİS 16.2	**Yöneticiler, bildirilen hata, usulsüzlük ve yolsuzluklar hakkında yeterli incelemeyi yapmalıdır.**	Risk planında şikâyet ve olayların yöneticilere bildirildiği belirtilmektedir. İnceleme ve sonuçlandırma kayıtlarının kapsamı eklerden doğrulanamamaktadır.	BİS.16.2.01	Bildirimler yetkili yönetici tarafından tarafsız incelenecek, görev dışı konular ilgili mercie aktarılacak. Delil, alınan önlem, sonuç ve geri bildirim gizlilik içinde kaydedilecektir.	Dekanlık, yetkili inceleme görevlileri	Hukuk Müşavirliği, ilgili üniversite birimleri	Bildirim-inceleme-sonuç takip kaydı ve düzeltici önlem belgeleri	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-9. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
BİS 16.3	**Hata, usulsüzlük ve yolsuzlukları bildiren personele haksız ve ayırımcı bir muamele yapılmamalıdır.**	Etik ilke ve sözleşme metni yayımlanmıştır. Bildirenin korunmasına özgü birim uygulama kayıtları eklerde bulunmamaktadır.	BİS.16.3.01	Bildirimde bulunanın kimliği yetkili kişilerle sınırlandırılacak. Haksız işlem ve ayrımcılık iddiaları bağımsız yetkili mercie iletilecek, personele korunma ve başvuru yolları duyurulacaktır.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Hukuk Müşavirliği, Personel Daire Başkanlığı	Gizlilik ve adil işlem esasları, bilgilendirme ve izleme kayıtları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-9. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.

Not: Makul güvence sağlandığı değerlendirildiğinden eylem belirlenmesine ihtiyaç duyulmayan genel şartların "Açıklamalar" alanına "Makul güvence sağlandığından eylem öngörülmemiştir." ifadesi yazılacaktır.

T.C.
KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ
VETERİNER FAKÜLTESİ
İÇ KONTROL UYUM EYLEM PLANI
2026-2027

						REVİZYON NO	**0**	**KAPSADIĞI YILLAR**	**2026-2027**
5- İZLEME									
Standart Kod No	**Kamu İç Kontrol Standardı ve Genel Şartı**	**Mevcut Durum**	**Eylem Kod No**	**Öngörülen Eylem veya Eylemler**	**Sorumlu Birim veya Çalışma grubu üyeleri**	**İşbirliği Yapılacak Birim**	**Çıktı/ Sonuç**	**Tamamlanma Tarihi**	**Açıklamalar**
İS17	**İç kontrolün değerlendirilmesi: İdareler iç kontrol sistemini yılda en az bir kez değerlendirmelidir.**								
İS 17.1	**İç kontrol sistemi, sürekli izleme veya özel bir değerlendirme yapma veya bu iki yöntem birlikte kullanılarak değerlendirilmelidir.**	Kalite değerlendirme belgeleri ve iç tetkik haberi yayımlanmıştır. Bunlar tüm 79 genel şart için iç kontrol etkinliğini tek başına göstermemektedir.	İS.17.1.01	Süreç kontrolleri sürekli izlenecek, yılda bir rehberin İç Kontrol Sistemi Soru Formuyla değerlendirme yapılacak. Bulgular kanıtlarıyla derlenerek ilgili daireye raporlanacaktır.	Dekanlık, Birim Kalite Üst Komisyonu	Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, ilgili alt birimler	Yıllık iç kontrol değerlendirme raporu ve üç aylık izleme kayıtları	31.12.2027	Kaynak: K1, K3, K9, K2. İlgili riskler: VF-RSK-1–29. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
İS 17.2	**İç kontrolün eksik yönleri ile uygun olmayan kontrol yöntemlerinin belirlenmesi, bildirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması konusunda süreç ve yöntem belirlenmelidir.**	Risk dosyasında eksik değerlendirme alanları bulunmaktadır. Kontrol eksiklerini bildirme ve kapatma yöntemi birim düzeyinde netleştirilmelidir.	İS.17.2.01	Kontrol eksikleri için bulgu, risk, sorumlu, süre ve kanıt alanları olan kayıt açılacak. Uygun olmayan kontrol revize edilecek, tamamlanan önlem etkinlik kontrolünden sonra kapatılacaktır.	Birim Kalite Üst Komisyonu, görevlendirilecek Birim Risk Koordinatörü	Kalite Koordinatörlüğü, Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı	Kontrol eksikliği ve düzeltici faaliyet takip çizelgesi	31.12.2026	Kaynak: K1, K3, K2. İlgili riskler: VF-RSK-1–29. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
İS 17.3	**İç kontrolün değerlendirilmesine idarenin birimlerinin katılımı sağlanmalıdır.**	Web sitesinde kalite komisyonları, alt çalışma grupları ve beş bölüm yer almaktadır. Değerlendirmeye tüm alt birimlerin katılım kanıtı derlenmelidir.	İS.17.3.01	Bölümler, idari birimler, klinik ve laboratuvarlardan değerlendirme alınacak. Personel ve öğrenci geri bildirimleri toplantı ve anketlerle sürece katılarak katılım kaydedilecektir.	Dekanlık, Birim Kalite Üst Komisyonu	Bölüm Başkanlıkları, Fakülte Sekreterliği, Hayvan Hastanesi yönetimi	Alt birim değerlendirme formları ve katılım tutanakları	31.12.2026	Kaynak: K1, K3. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
İS 17.4	**İç kontrolün değerlendirilmesinde, yöneticilerin görüşleri, kişi ve/veya idarelerin talep ve şikâyetleri ile iç ve dış denetim sonucunda düzenlenen raporlar dikkate alınmalıdır.**	Memnuniyet anketi ve kalite değerlendirme belgeleri erişime sunulmuştur. Denetim bulgularının tümü kaynaklarda sunulmamaktadır.	İS.17.4.01	Yönetici görüşleri, şikâyetler, paydaş talepleri, kalite tetkiki ve mevcut iç-dış denetim raporları birlikte değerlendirilecek. Ortak sorunlar risk envanteri ve eylem önceliklerine yansıtılacaktır.	Dekanlık, Birim Kalite Üst Komisyonu	Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, Danışma Kurulu, ilgili denetim birimi	Birleştirilmiş bulgu değerlendirmesi ve gerekçeli iyileştirme kararları	31.12.2027	Kaynak: K1, K3, K9, K2. İlgili riskler: VF-RSK-9, VF-RSK-15. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
İS 17.5	**İç kontrolün değerlendirilmesi sonucunda alınması gereken önlemler belirlenmeli ve bir eylem planı çerçevesinde uygulanmalıdır.**	2026 kalite eylem planı ve risk dosyasında ilave önlemler bulunmaktadır. Tamamlanma ve etkinlik kanıtlarının bir arada izlenmesi gereklidir.	İS.17.5.01	İç kontrol değerlendirmesindeki önlemler bu planla eşleştirilecek. Üç aylık gerçekleşme, gecikme nedeni ve kanıt kaydedilecek. Yıl sonunda tamamlanmayan eylemler gerekçeli revizyonla sonraki plana aktarılacaktır.	Dekanlık, Birim Kalite Üst Komisyonu	Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, faaliyet sorumluları	Güncel uyum eylem planı, üç aylık gerçekleşme ve yıl sonu izleme raporu	31.12.2027	Kaynak: K1, K3, K5, K2. İlgili riskler: VF-RSK-1–29. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
İS18	**İç denetim:İdareler fonksiyonel olarak bağımsız bir iç denetim faaliyetini sağlamalıdır.**								
İS 18.1	**İç denetim faaliyeti İç Denetim Koordinasyon Kurulu tarafından belirlenen standartlara uygun bir şekilde yürütülmelidir.**	Fakültenin web sitesindeki iç tetkik kalite sürecine ilişkindir. Bağımsız iç denetim faaliyetinin yapıldığına ilişkin rapor bu eklerde bulunmamaktadır.	İS.18.1.01	Üniversitenin yetkili iç denetim yapılanmasıyla koordinasyon sağlanacak. İstenen risk ve süreç bilgileri sunulacak, denetim erişimi desteklenecek ve fonksiyonel bağımsızlığa müdahale edilmeyecektir.	Dekanlık, Fakülte Sekreterliği	Üniversitenin yetkili İç Denetim Birimi veya ilgili Rektörlük birimi	Denetim bilgi-belge teslim kayıtları ve koordinasyon yazıları	31.12.2027	Kaynak: K1, K9. Kalite iç tetkiki, bağımsız iç denetim yerine geçmez. Denetimle ilgili çıktı, planlanan/iletilen denetim ve öneriler kapsamında üretilecektir. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.
İS 18.2	**İç denetim sonucunda idare tarafından alınması gerekli görülen önlemleri içeren eylem planı hazırlanmalı, uygulanmalı ve izlenmelidir.**	Fakülteye ilişkin iç denetim öneri raporu eklerde sunulmamıştır. Bu nedenle gerçekleşmiş denetim bulgusu veya kapatılmış öneri varsayılmamıştır.	İS.18.2.01	Fakülteye iletilen iç denetim önerileri için sorumlu, süre ve kanıt içeren eylem planı hazırlanacak. Gerçekleşmeler ilgili mercie bildirilecek ve kabul edilen önlemlerin etkinliği izlenecektir.	Dekanlık, ilgili alt birim yöneticileri	Üniversitenin yetkili İç Denetim Birimi, Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı	Denetim önerileri eylem ve takip tablosu, gerçekleşme bildirimleri	31.12.2027	Kaynak: K1. Kalite iç tetkiki, bağımsız iç denetim yerine geçmez. Denetimle ilgili çıktı, planlanan/iletilen denetim ve öneriler kapsamında üretilecektir. İlk düzenleme sonrası 2026-2027 boyunca belirtilen sıklıkta izlenecektir.

Not: Makul güvence sağlandığı değerlendirildiğinden eylem belirlenmesine ihtiyaç duyulmayan genel şartların "Açıklamalar" alanına "Makul güvence sağlandığından eylem öngörülmemiştir." ifadesi yazılacaktır.