



Instituto de Educación Técnica Profesional de Roldanillo, Valle - INTEP  
Establecimiento Público del Orden Territorial  
Nit. 891.902.811-0

## INFORME FINAL AUDITORIA INTEGRADA DE GESTIÓN Y CONTROL 2014

MARÍA DEL SOCORRO VALDERRAMA CAMPO

INSTITUTO DE EDUCACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL  
OFICINA COORDINADORA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO  
ROLDANILLO, VALLE  
JULIO 2014



Certificado N° SC 7118-1



*"Comprometidos con la Excelencia"*

Carrera 7 10-20 PBX. (57-2) 229 8586 FAX Ext. 115 Roldanillo, Valle del Cauca – Colombia

[www.intep.edu.co](http://www.intep.edu.co) e-mail: [controlinterno@intep.edu.co](mailto:controlinterno@intep.edu.co)





Instituto de Educación Técnica Profesional de Roldanillo, Valle - INTEP  
Establecimiento Público del Orden Territorial  
Nit. 891.902.811-0

## INFORME FINAL AUDITORIA INTEGRADA DE GESTIÓN Y CONTROL 2014

MARÍA DEL SOCORRO VALDERRAMA CAMPO

Presentado a:  
GERMÁN COLONIA ALCALDE - Rector

INSTITUTO DE EDUCACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL  
OFICINA COORDINADORA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO  
ROLDANILLO, VALLE  
JULIO 2014



Certificado N° SC 7118-1



*"Comprometidos con la Excelencia"*

Carrera 7 10-20 PBX. (57-2) 229 8586 FAX Ext. 115 Roldanillo, Valle del Cauca – Colombia

[www.intep.edu.co](http://www.intep.edu.co) e-mail: controlinterno@intep.edu.co





## INFORME FINAL AUDITORÍAS INTEGRADAS DE GESTIÓN 2014

**FECHA:** Roldanillo, 30 de mayo de 2014

**ELABORADO POR:** María del Socorro Valderrama Campo

**PRESENTADO A:** Germán Colonia Alcalde, Rector

**OBJETIVO:** Presentar el resultado de la evaluación realizada al Sistema Integrado de Gestión a través de la auditoría interna posterior a la unificación de las no conformidades.

### INTRODUCCIÓN

La implementación del Sistema Integrado de Gestión, es un compromiso de todas las personas que forman parte de la institución, y debe ser liderado con el ejemplo de la Alta Dirección. El seguimiento permanente a los procesos, permite identificar falencias en su ejecución y contribuye al mejoramiento continuo de la Institución; el desarrollo de la auditoría interna, debe entenderse como una actividad que ayuda a mejorar y fortalecer la implementación del Sistema Integrado de Gestión y Control, auditando los procesos y no a las personas.

De acuerdo con los anteriores criterios, se programó el primer ciclo de Auditoría Integrada de Gestión, en el periodo comprendido entre el 6 y el 30 de mayo de 2014.

### 1. OBJETIVO DEL INFORME

El presente documento da a conocer, de manera general, los hallazgos obtenidos como resultado de la auditoría realizada al sistema integrado de gestión, entendiendo éstos, como: Conformidades, No conformidades y Oportunidades de mejora. Las Conformidades, hacen referencia a los aspectos desarrollados por los procesos y que se encuentran conforme con los requisitos del Instituto, el Modelo Estándar de Control Interno – MECI y los establecidos por la NTCGP1000:2009; las No conformidades, contemplan los aspectos en los cuales los procesos están incumpliendo; las Observaciones u Oportunidades de mejora, hacen referencia a los aspectos



Certificado N° SC 7118-1



*"Comprometidos con la Excelencia"*

Carrera 7 10-20 PBX. (57-2) 229 8586 FAX Ext. 115 Roldanillo, Valle del Cauca – Colombia

[www.intep.edu.co](http://www.intep.edu.co) e-mail: controlinterno@intep.edu.co





en los cuales los procesos cumplen con un requisito establecido, pero el desarrollo de la actividad propuesta, puede fortalecerlo.

## 2. RESUMEN GENERAL DEL DESARROLLO DE LAS AUDITORÍAS

### 2.1 OBJETIVO DE LA AUDITORÍA INTEGRADA DE GESTIÓN

Revisar la eficaz implementación y mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión y Control.

Identificar oportunidades de mejora en el sistema Integrado de Gestión y Control.

### 2.2 ALCANCE DE LA AUDITORÍA INTERNA

A través de la auditoría interna se planeó la evaluación de los 13 Procesos del Sistema de Integrado de Gestión: P01 Gerencia Estratégica, P02 Sistema Integrado de Gestión, P04 Gestión Académica, P03 Gestión de Mercadeo, P05 Gestión de Investigación, P10 Gestión Proyección Social, P06 Gestión de Talento Humano, P07 Gestión Financiera Presupuestal y Contable, P08 Gestión de Compras, P09 Gestión de Infraestructura, P11 Gestión de Bienestar, P12 Gestión documental y P13 Evaluación Medición y Seguimiento.

### 2.3 EQUIPO AUDITOR

Para el desarrollo de las auditorías, se contó con la participación de personal competente (Anexo 1 Lista de Auditores).

La Alta Dirección designó como Auditor Líder a la Especialista María del Socorro Valderrama Campo, Coordinadora del Grupo Interno de Trabajo de Control Interno.

### 2.4 ASPECTOS PRELIMINARES

Con base en el programa, se elaboró un plan de auditorías de acuerdo a los lineamientos básicos para su ejecución. Entre los otros aspectos contemplados, se encuentra: el objetivo, el alcance, documentos de referencia, los auditores asignados y la agenda de auditoría para cada





proceso. Es de destacar que el plan de auditorías se concertó con los líderes de proceso.

Durante la reunión de apertura, se realizó la re-inducción a los líderes de proceso y auditores, la cual incluyó la sensibilización en trabajo en equipo y la exposición del procedimiento de Auditoría Interna con los respectivos formatos establecidos en la estandarización del mismo.

## 2.5 METODOLOGÍA DE LAS AUDITORÍAS

### 2.5.1 Reunión de Apertura

Se realizó reunión de apertura, con la participación de los Auditores Internos y el líder de cada proceso. También se efectuó lectura explicativa del objetivo de la auditoría y socialización de los formatos utilizados para tal fin.

### 2.5.2 Desarrollo de la Auditoría

La auditoría se concentró en la verificación del estado del sistema y el seguimiento a la implementación de las acciones correctivas, preventivas y de mejora establecidas en los planes de mejoramiento por los equipos de trabajo de cada proceso, confrontando por parte del auditor, la ejecución de los procedimientos asociados con el proceso asignado, para lo cual se realizó entrevista con los funcionarios de cada Proceso.

Como documentos generales de referencia para adelantar las auditorías, se tomaron en consideración el Manual de Procesos y Procedimientos, el Manual de Calidad, el modelo estándar de Control Interno y la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009.

### 2.5.3 Reunión de Cierre

Al finalizar las auditorías, en todos los procesos, se realizó con la participación de los funcionarios auditados, la lectura, por parte del equipo auditor asignado por proceso, de los hallazgos de las auditorías, incluyendo las Fortalezas, las No Conformidades y las Observaciones. Durante esta etapa de las auditorías, los auditados manifestaron sus observaciones a los hallazgos leídos y en algunos casos, mostraron evidencias objetivas que permitieron aclarar aún más los temas objeto de discusión.





En función de las aclaraciones, se realizaron los ajustes correspondientes y se procedió a firmar, por parte del líder de proceso y el auditor responsable, los informes de auditoría individuales.

A la fecha de este informe aún se están evaluando los procesos de Gestión de Compras y Gestión de Investigación debido a que se presentó calamidad doméstica a los auditores asignados.

### 3. HALLAZGOS

Como se mencionó anteriormente, los hallazgos de la auditoría, se dividen en Conformidades, No Conformidades y Oportunidades de mejora. A continuación, se mencionan los aspectos generales que son comunes en todos los procesos de acuerdo con cada categoría de hallazgo.

La identificación de cada uno de estos aspectos, se verá reflejada en acciones formuladas por los líderes de proceso, previo al análisis de causas, con el fin de mantener y aumentar las Conformidades, corregir y evitar que se vuelvan a presentar las No conformidades e implementar un enfoque preventivo en cada proceso.

#### 3.1 PROCESO GERENCIA ESTRATÉGICA

##### Conformidades

- El recurso humano con que cuenta el proceso es un equipo con amplia experiencia en el manejo de la planeación estratégica, con alta capacidad para el direccionamiento de los planes y estrategias que posibilitan el desarrollo institucional, el fortalecimiento de los procesos, la autoevaluación y los mecanismos de toma de decisiones basados en indicadores en tiempo real.
- En el plan financiero estratégico se prioriza lo misional y se asigna los recursos dependiendo de las líneas de intervención. La asignación de recursos de las diferentes fuentes de financiación se encuentra planificada para cada dependencia con sus respectivas actividades articuladas con el plan de desarrollo y el plan trienal.





## No Conformidades

1. No se evidencia que la eficiencia y eficacia para el proceso de Gerencia Estratégica, estén en relación con el de cumplimiento en la ejecución del Plan Trienal anterior, el cual fue sólo del 62,3%. Muy deficiente ejecución para una Institución de certificada de Calidad. Se plantea como medida correctiva mejorar la eficiencia y eficacia para el indicador como mínimo subir al 80%.(.0-7.1-7.2 NTCGP 1000:2009).
2. No hay evidencia para el año 2013 y anteriores que se haya introducido mejoras al sistema como resultado del seguimiento y medición de los indicadores por procesos (8.2 y 8.2.3 de la NTCGP).
3. No se evidencia la realización de un seguimiento y control a la ejecución de los proyectos Institucionales y el control a la inversión realizada por la Institución. Lo cual podría plantearse como un riesgo de corrupción. Falta el análisis de Costo beneficio y la tasa interna de retorno de los mismos. Se espera que el proyecto termine para que se entreguen los resultados y conclusiones en el informe final. (7.0-7.1-7.2 NTCGP 1000:2009).
4. El plan de mejoramiento relacionado con la ventanilla única, no se ha cumplido por falta de ejecución presupuestal; y es aún incierta la apropiación del presupuesto por parte de la Gobernación del Valle. No se ha conciliado las metas de cada proceso con el presupuesto asignado. (8,5 NTCGP 1000:2009 3,3 MECI)

## Oportunidades de Mejora

- Se deber mejorar la articulación con todos los procesos, como el Plan de compras y la correcta distribución de los recursos de acuerdo con las necesidades reales de cada proceso , contar con mecanismos que permitan verificar en un determinado momento la inversión en los proyectos institucionales.
- El Código de Buen Gobierno institucional está en borrador pendiente de su aprobación. Posiblemente se presentará en la sección de 30 de mayo del Consejo Directivo. En este plan se plasman las políticas institucionales, políticas de relación con los órganos de control, políticas administrativas de dirección y control.





- No hubo con la anterior administración un verdadero empalme, dificultando la continuidad de los procesos y su articulación.

### 3.2 SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

#### Conformidades

El procedimiento Acciones Correctivas y Preventivas se actualizó con el objeto de establecer los lineamientos para la elaboración y monitoreo de los planes de mejoramiento por proceso.

#### No Conformidades

1. Se evidencia que el Líder del Proceso de Gestión de Infraestructura, el líder junto con los integrantes de equipo de trabajo del Proceso Gestión de Bienestar y el funcionario a cargo de los sistemas de información SNIES; SPADIES y SACES no tienen claridad sobre el propósito del sistema integrado de Gestión y los elementos que lo componen, incumpliendo los requisitos 5, 4,2 literal b. Por solicitud de la líder de calidad, ésta no conformidad se integró al proceso de Gestión del Talento Humano en cuanto al tema de inducción y re-inducción.

#### Oportunidad de Mejora

- Realizar monitoreo a los procesos y procedimientos establecidos para el sistema Integrado de calidad, con el objetivo detectar duplicidad de trabajo, cuellos de botella, formatos no útiles. Igualmente formalizar el análisis del Mapa de Procesos para determinar si es el momento para lograr comprimir el sistema.
- De acuerdo a la información de dos funcionarios, no fue oportuna la aprobación de los documentos presentados para su actualización en el sistema.
- La periodicidad para el monitoreo y acompañamiento a los procesos para la ejecución de los planes de mejoramiento es muy amplio e individual ocasionado una ruptura en el empoderamiento del sistema por parte de los funcionarios.





### 3.3 GESTIÓN DE COMUNICACIÓN Y MERCADEO

#### Conformidades

Las estrategias implementadas como imagen corporativa, han tenido un buen impacto en la promoción de la institución hacia la comunidad

Se han planteado acciones de mejora como actualización de la ficha de caracterización, de la matriz de información y comunicación del proceso P03.

#### No conformidades

Las no conformidades abiertas en el periodo anterior permanecen en igual estado, se relacionan con los siguientes temas:

1. No se evidencia un mecanismo que permita evaluar el nivel de satisfacción y efectividad de los medios de comunicación de la Institución.
2. Se evidencia que el proceso de comunicación y mercadeo, no cuenta con un cronograma de promoción.
3. Se evidencia que no hay medición ni actualización de los Riesgos del Proceso.
4. Los indicadores no permiten medir la efectividad del Proceso.

### 3.4 GESTIÓN ACADÉMICA

#### Conformidades

- Los mecanismos que utiliza el proceso para determinar aspectos de pueden afectar el desempeño académico, las reuniones de líderes de grupo.
- El apoyo del proyecto MejorEs que contribuye al mejoramiento de la retención estudiantil.
- Las reuniones semanales que realizar el líder del proceso con su equipo de trabajo, con el fin de dar cumplimiento a las metas trazadas en el plan trienal.





- Las buenas relaciones con el sector productivos, por el excelente desempeño de los estudiantes en las prácticas empresariales. El intercambio de tecnología que se realiza en campus de CEDEAGRO.

### No Conformidades

1. Se revisó el expediente de la graduada Alejandrina Rendón del Programa Administración Agropecuaria, evidenciando el formato Paz y Salvo P04-FT-49 versión 2. Se verificó en el listado maestro del SIG encontrándose que la versión vigente es la 1, concluyéndose que no reportaron el cambio de versión, incumpliendo el procedimiento de control de documentos P12-PD-01 y el instructivo documental P12-IN-01.

Nota: Continúa la No Conformidad relacionada con la gestión de Egresados.

### Oportunidades de Mejora

1. Documentar el procedimiento de autoevaluación de los programas, ya que la renovación de los registros calificados se da por siete años y no esperar al último año, asegurando así un seguimiento oportuno de programas con el fin de evitar el riesgo de pérdida de un registro calificado.

2. Procedimiento P04-PD-03 en el aseguramiento y veracidad de los puntos de control.

3. Documentar los requisitos y competencias para la asignación de directores de trabajos de práctica empresarial.

4. Mejorar con la aplicación del Decreto 0019 de 2012 por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones procedimientos o trámites innecesarios existentes en la administración pública; aplicación del artículo 38, con referencia a la política de racionalización de trámites, en los aspectos relacionados con la inscripción y grado.

5. En el proceso de transformación Institucional se han adelantado actividades con Docentes para la reforma en el Reglamento Estudiantil, Estatuto Docente y con referencia al Estatuto Interno, la reforma es competencia del Consejo Directivo; el Líder no evidenció la planificación que permita realizar seguimiento y cumplimiento al objetivo. Se presenta una





oportunidad de mejora para la trazabilidad de la información y cumplimiento

## Observaciones

1. Para el cumplimiento del Art 14 del Reglamento Estudiantil, requisito de inscripción, se debe asegurar la veracidad en los datos del inscrito, para evitar situaciones que afecten la calidad del servicio.
2. Se observa que se encuentra desactualizado el procedimiento P04-PD-03 en el Items 5, en cuanto al responsable de la actividad.
3. Los Estudiantes de Tecnología en Producción Agropecuaria II Semestre, solicitaron un mecanismo directo para mejorar la comunicación institucional, ya que sólo se enteran de la información institucional por la página web y los representantes de grupo. Asimismo están a la espera que les programen el seminario de suelos y topografía, para subsanar los inconvenientes de los semestres anteriores.
4. Se revisó el expediente del estudiante Ricardo Andrés Ospina Millán, del programa Técnico Profesional en Procesos Administrativos II semestre, un formato de lista de chequeo que no se encuentra registrado en el SIG, el cual deja evidencia de los documentos que entrega el estudiante para realizar matrícula académica, en dicho expediente se verificó que es un estudiante de reintegro, el cual canceló con el recibo de consignación No. 61809 de fecha 6 de marzo /14 un valor de \$478.632 ; según el recibo de matrícula No. 24843 el valor que debió cancelar era con un 20% de extemporaneidad \$ 521.752, se observa que el procedimiento P04-PD-04 Ítem 1 dice que debe recepcionar y verificar los documentos según los requisitos de matrícula. Observándose que se debe mejorar la interacción del Proceso de Gestión Académica con el Proceso Gestión Financiera, Presupuestal y Contable.

## 3.5 GESTIÓN FINANCIERA PRESUPUESTAL Y CONTABLE

### Conformidades

Personal competente, se resalta los cambios, la visión para la inversión de los recursos y la sistematización de la información



Certificado N° SC 7118-1



*"Comprometidos con la Excelencia"*

Carrera 7 10-20 PBX. (57-2) 229 8586 FAX Ext. 115 Roldanillo, Valle del Cauca – Colombia

[www.intep.edu.co](http://www.intep.edu.co) e-mail: [controlinterno@intep.edu.co](mailto:controlinterno@intep.edu.co)





La gestión con entidades financieras para la financiación de la matrícula académica y los beneficios en el manejo de cuenta de nómina.

La actualización del inventario de los activos de la organización y la revisión de la asignación de los custodios de éstos.

### No Conformidades

1. No se evidencia la articulación e interacción entre el plan de adquisiciones y el presupuesto de la institución, desconociendo la normatividad vigente (procedimientos internos y normatividad), lo que genera un control poco efectivo en la ejecución de los recursos, incumpliendo al requisito 4,1 literal b y f de la NTCGP
2. Se evidencia que no se ha realizado la autoevaluación del control y de la gestión, lo que no permite mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del proceso y por ente del SIG, incumpliendo el requisito No 8 de la NTCGP. (Esta no conformidad fue cerrada).
3. Al verificar los documentos del docente Fernando José Betancourt que realizo funciones fuera de la sede el día 9 de mayo de 2014, no se evidencia el acto administrativo que le confiere la comisión y ordene el reconocimiento de los viáticos correspondientes, incumpliendo el instructivo P07-INS-11 y el artículo 3 del Decreto 177 de 2014.
4. Se evidencia que la funcionaria a cargo de la implementación del plan de mejoramiento para la auditoria del MEN, realizó las debidas correcciones de los hallazgos que dejo la auditoría realizada por e MEN, pero no utilizo los documentos establecidos en SIG, incumpliendo el procedimiento P02-PD-02 Acciones Correctiva, Preventivas y Mejora y el requisito 4.2.4 NTCGP.
5. La funcionaria responsable del la medición del indicador de cartera para el año 2013 cumplió la meta en un 8.67% de disminución de la cartera vencida acumulada, pero para el año 2014 se evidenció una tendencia de incremento según la medición a marzo 0.7% (9.39%) lo cual indica que las acciones tomadas para la reducción del indicador no son efectivas. Lo que evidencia que los indicadores no están siendo utilizados para el control de la gestión del proceso, incumpliendo el requisito 8, 2,3 y 8,4 de NTCGP.





## Observación

Se revisó el expediente del estudiante Ricardo Andrés Ospina Millán, del programa Técnico Profesional en Procesos Administrativos II semestre, un formato de lista de chequeo que no se encuentra registrado en el SIG, el cual deja evidencia de los documentos que entrega el estudiante para realizar matrícula académica, en dicho expediente se verificó que es un estudiante de reintegro, el cual canceló con el recibo de consignación No. 61809 de fecha 6 de marzo /14 un valor de \$478.632 ; según el recibo de matrícula No. 24843 el valor que debió cancelar era con un 20% de extemporaneidad \$ 521.752, se observa que el procedimiento P04-PD-04 Item 1 dice que debe recepcionar y verificar los documentos según los requisitos de matrícula. Por lo tanto se requiere mejorar la interacción con el proceso Gestión Académica.

## 3.6 GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA

### No Conformidades

1. Se evidencia que el Plan de Mantenimiento no se encuentra ajustado en actividades a los recursos asignados por la Institución lo que generara al finalizar el total de la ejecución presupuestal un porcentaje de ejecución del plan de mantenimiento de un 42,16%, incumpliendo requisito 5,4,2 de la NTCGP 1000:2009 y el MECI requisito 1,2,1

2. Se evidencia que la ejecución del plan de mantenimiento no cuenta con un documento que le de orden lógico de ejecución y adicionalmente no se tiene el avance de ejecución de este plan en actividades y en recursos incumpliendo los requisitos 8,2,3, el 7,5,1 literales b, e, de la NTCGP 1000:2009 y el MECI en el requisito 2,1.

3. Se evidencia que el proceso no tiene análisis de los indicadores de la vigencia anterior, al día de la auditoria no se contaba con mediciones parciales de los indicadores para la nueva vigencia y los indicadores no ayudan a controlar el logro del objetivo del proceso incumpliendo el requisito 8,1, y 8,4 de la NTCGP 1000:2009 y el MECI requisitos 2,1,4 y 3,1.

4. Se evidencia que no se cuenta con el número exacto de clientes que la institución puede atender (capacidad instalada) y el grado de ocupación de esta capacidad por jornada lo que no permite tomar decisiones estratégicas a





la institución incumpliendo el requisito 6,3 y 8,4, de la NTCGP 1000:2009 y el MECI requisito 2,2.

5. Se evidencia que no realiza el seguimiento a los riesgos identificados dentro del proceso incumpliendo los requisitos 4,1, literal g, 5, 6,2, literal h, y MECI requisito 1,3.

6. Se evidencia que no se han implementado las acciones propuestas en los planes de mejoramiento incumpliendo el requisito 8 de la NTCGP 1000:2009 y el MECI requisitos 3,2, y 3,3.

### 3.7 GESTIÓN DE PROYECCIÓN SOCIAL

#### Conformidades

Competencias de la líder de proceso cuyos conocimientos en el sistema integrado de gestión aportan en buena forma a la mejora del mismo

#### Observación

La líder del Proceso P10 Gestión de Proyección Social argumenta y sustenta que los riesgos identificados pertenecen al Proceso P09 Gestión de Infraestructura.

Además afirma que el Proceso de Evaluación, Medición y Seguimiento a la Gestión P13 debe notificar a los dos procesos la incongruencia e iniciar acciones para la migración de éstos a donde corresponde. Indicó que va a iniciar la reevaluación de la Matriz de Riesgos del Proceso P10 Gestión de Proyección Social labor realizada en el transcurso de la auditoría.

### 3.8 GESTIÓN DOCUMENTAL

La líder de proceso, Lilia Romero de García es altamente conocedora y comprometida con las actividades del proceso, involucrando a su equipo de trabajo en el desarrollo del mismo.

Se resalta la participación de la líder de proceso en la aplicación de las acciones correctivas y hacer eficaz la mejora de la información documental institucional.





## Observaciones

Los indicadores del proceso se deben revisar para determinar la pertinencia de las variables que intervienen en sus fórmulas.

Activar la gestión del Comité de Archivo.

Se observó que la Tabla de Retención Documental, continúa en proceso de actualización; se recomienda implementar un plan de mejoramiento para establecer los plazos y las acciones a realizar con el objeto de que las T.R.D queden actualizadas y aprobadas.

Es urgente la sistematización de la ventanilla única para evitar sanciones a la Institución por los organismos de control del Estado debido al incumplimiento de lo establecido en la normatividad legal vigente. Esta No Conformidad se encuentra radicada en el Proceso Gestión Estratégica.

## 3.9 GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

### No Conformidades

1. No se están llevando a cabo las inducciones ni reinducciones de acuerdo con el procedimiento establecido, ni el cronograma del plan de capacitación. El manual de inducción y reinducción esta desactualizado. incumpliendo los requisitos 5,4,2 literal b, el requisito 6,2,2, literal b, de la NTCGP 1000:2009 y el MECI en los numerales 1,1,2 y 1,2,1.

2. Se verificó la historia laboral de la docente Sonia Yaneth Vinasco encontrando que la documentación estaba incompleta de acuerdo a la lista de chequeo, faltando los diplomas de su formación académica. Incumpliendo la Norma NTECGP1000 2009 en el numeral 4.2.4 y el Instructivo para la organización, actualización y control de las historias laborales P06-IN-01- y el formato Solicitud de Documentos para vinculación laboral P06-FT-50.No conformidad es reiterativa

3. Se evidencio que hay documentos dentro de las historias laborales que no corresponden a las mismas; se observó la Historia laboral de la funcionaria Laura Castillo García, encontrando que el Formato P06-FT-48 Solicitud de necesidades de personal; Donde la dependencia que hace la solicitud no concuerda con la convocatoria; se evidencio que hay documentos que no





corresponden a la historia laboral del respectivo funcionario incumpliendo el instructivo P06-IN-01; así mismo la CIRCULAR No.004 de 2003 expedido por el Departamento de Función Pública y Archivo General de la Nación. No conformidad reiterativa.

4. El personal encargado no cuenta con la capacitación necesaria para adelantar el proceso de actualización del manual de funciones y competencias de los funcionarios, toda vez que se requiere de un análisis de funciones, tiempos y verificación. (Continúa pendiente por definir adaptación al Manual de Funciones del Departamento del Valle del Cauca).

5. No existe cumplimiento de las actividades que se deben realizar al personal que está dentro del proceso de pre pensionados, incumpliendo la norma NTECGP1000 2009 en el numeral 6.2.2. (No conformidad reiterativa).

6. Para el semestre 2014-I no se ha realizado la evaluación del desempeño a ninguno de los funcionarios, incumpliendo la norma NTECGP1000 2009 en el numeral 6.2.2.

7. No se evidenció avances importantes en la consolidación de la aplicación de las acciones correctivas establecidas en el Plan de Mejoramiento del proceso,

### Observaciones

Se recomienda evaluar el procedimiento de Inducción y Reinducción de personal, dado que no hace referencia específica de los temas a tratar en la inducción a nivel institucional y a nivel del cargo

Se debe tener en cuenta la actualización del Procedimientos de Selección y Vinculación de administrativos y docentes.

### 3.10 GESTIÓN DE COMPRAS

#### No Conformidades

1. Se evidencia que los contratos de trabajo suscritos con el personal de apoyo (Proceso P09 Gestión de Infraestructura), son aplicables a las entidades de derecho privado y no a las entidades de derecho público incumpliendo los requisitos 6,2,2 literal a de la NTCGP 1000:2009, el requisito 1,1,2 del MECI 1000:2005 y las Normas de Contratación Pública,





además no se determinaron los requisitos de habilidades y competencias necesarias de los servidores públicos o particulares para realizar trabajos en el área de mantenimiento.

2. La estandarización de la documentación del Proceso Gestión de Compras se encuentra con normatividad derogada. (Esta no conformidad complementa la de la anterior vigencia relacionada con la actualización de los documentos del proceso incluyendo el Manual de Contratación.)

### 3.11 GESTIÓN DE BIENESTAR

#### No Conformidades

1. Se encontró que en el Plan de Trabajo sólo se tiene en cuenta el Plan de Bienestar Institucional y su Comité; desconociendo el Plan de Bienestar Social y su Comité, incumpliendo lo establecido en los procedimientos: P11-PD-01 2009-11-03 Versión: 2 y P11-PD-02 2009-11-03 Versión: 1. También se evidenció que en los Comités de Bienestar, hace falta elegir algunos de sus integrantes.

2. Se evidenció que la Serie Actas del Comité de Bienestar incumple con los requerimientos del Acuerdo 060 de 2001 y el Control de documentos P12-IN-01 Versión 4 y el numeral 4.2.4 NTCGP.

3. En el área de salud se carece de evidencias del Control mensual de los programas y servicios que se prestan, se argumentó que existe un formato en el software de Bienestar para entregar al estudiante pero que no existe un documento o estadística donde quede registrado el servicio utilizado por éste, como oftalmología, odontología, laboratorio, entre otros. Para las demás actividades se evidencia formatos de asistencia diligenciados, pero falta organización de los registros y evidencias físicas de dichas actividades, incumpliendo el numeral 4.1 (f) 4.2.4 de la NTCGP1000 Y P11-PD-01 2009-11-03 Versión: 2 y P11-PD-02 2009-11-03 Versión: 1.

#### Observación

1. No se encontró Convenios firmados, con las diferentes instituciones que prestan los servicios de oftalmología, odontología, laboratorio, entre otros.





### 3.12 EVALUACIÓN, MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN

#### Conformidades

Sobresale la labor emprendida para el logro de la respuesta de las Sugerencias, Quejas y Reclamos; por los funcionarios responsables a cada tema. Respecto al seguimiento a la respuesta de los derechos de petición se evidencia los informes publicados.

#### No Conformidades

1. Se evidencia que se incumplió con el Procedimiento de seguimiento de planes de mejoramiento, versión 3 (P13-PD-02), ya que en el proceso Financiero, Presupuestal y Contable no se evidenció el soporte que corrobore el cumplimiento de las acciones de mejoramiento.

#### Oportunidad de Mejora

Fortalecer el procedimiento de auditoria interna con la elaboración de un solo plan de auditoria para que los auditores lo ejecuten de acuerdo a las instrucciones de éste.

Efectuar la reunión de cierre de las auditorias internas con el equipo auditor y líderes de proceso para socializar el resultado de la auditoria interna. (Hallazgos compilados)

Realizar procesos de re-inducción en la aplicación del procedimiento de autoevaluación del control y de la gestión junto con el procedimiento de acciones correctivas y preventivas.

Gestionar la capacitación en la actualización del Nuevo Modelo Estándar de Control Interno (MECI), para que se implemente y se fortalezca el Sistema de Control Interno contribuyendo a una mejor gestión en los procesos.

Integrar el procedimiento evaluación del Riesgos al procedimiento Administración del Riesgos para dar cumplimiento al ciclo PHVA.





#### 4. CONCLUSIONES DEL CICLO DE AUDITORÍA INTEGRADA DE GESTIÓN.

Este ejercicio de auditoría interna, contribuyó al proceso de mejora continua del sistema integrado de gestión y aporta a la construcción permanente de la Institución, por cuanto nos ayuda a identificar las fortalezas, falencias y las oportunidades de mejora en la ejecución de los procesos.

En términos generales se cumplió con el objetivo propuesto en el Plan de Auditoría, se verificó por parte de los auditores, el nivel de conformidad en la ejecución de los procesos, con los requisitos y reglamentos establecidos por la Institución, el Modelo Estándar de Control Interno - MECI y por la Norma Técnica de Calidad NTC GP 1000:2009.

Las auditorías fueron realizadas de conformidad con el Plan de Auditoría, y la participación y actitud de los funcionarios involucrados fue de gran ayuda para el cumplimiento de los objetivos planteados. Se considera necesario capacitar a los líderes de proceso en auditoría integrada de gestión y control.

El ajuste efectuado al Procedimiento de Auditoría Interna, facilita el seguimiento y evaluación de la oportunidad en la aplicación de las acciones correctivas de tal manera que los líderes ejerzan mayor control sobre la gestión de los procesos.

Es importante el análisis general del sistema integrado de gestión para determinar si es oportuna la fusión de procesos o de procedimientos y así fortalecer la interacción y agilidad de respuesta en la toma de decisiones estratégicas para la institución.

Ante las constantes inquietudes presentadas por los funcionarios sobre la tramitología para la aprobación e inclusión de las diferentes clases de documentos al sistema, es necesario adoptar una herramienta tecnológica posterior al análisis sobre cual es la más apropiada para la institución

Las No Conformidades detectadas en el Proceso Gestión de Talento Humano son reiterativas, lo que significa que se requiere dinamizar el proceso, de tal manera que logre fortalecer tanto los aspectos operativos (organización documental e inventarios de las historias laborales), como





administrativos (Selección, inducción y re-inducción del personal; Evaluación de Desempeño, actualización Manual de Funciones y Competencias).

Se evidencia que en el Manual Funciones el cargo de Secretaría General al tener asignadas las funciones de Talento Humano, se dispersa el liderazgo, trabajo en equipo y comunicación, entre otros; reflejado en los resultados que no siempre son los esperados.

El Proceso Gestión de Compras requiere la actualización de la documentación; de acuerdo a información de la líder de proceso el Manual de Contratación modificado, se implementará en julio de 2014. Es importante analizar la interacción con los demás procesos y así determinar la eficiencia en su operación.

Respecto a la evaluación del MECI, además de los aspectos ya mencionados, es importante realizar la actualización de los mapas de riesgo por proceso y la evaluación oportuna de los planes de mejoramiento.

Es urgente implementar actividades para la interiorización de los componentes del sistema a los funcionarios de la institución, porque se evidencia un estancamiento en las acciones emprendidas para su operación.





#### 4.1 RESUMEN DE HALLAZGOS

A continuación se relaciona el número de No Conformidades detectadas en cada proceso durante el desarrollo de las auditorías. Es de anotar que el principio básico de la auditoría, es mejorar las no conformidades para lograr el fortalecimiento de los procesos:

RESUMEN NO CONFORMIDADES AUDITORÍA PRIMER CICLO DE 2014						
N°	PROCESO	NO CONFORMIDAD ABIERTAS A DIC DE 2013	AUDITORIA PRIMER CICLO 2014-1 MAYO DE 2014			GRAN TOTAL NO CONFORMIDADES ABIERTAS A MAYO DE 2014
			NO CONFORMIDADES			
			No cerradas*	Cerradas	Detectadas	
P01	Gerencia Estrategica	1	1	0	3	4
P02	Sistema Integrado de Gestión	1	0	1	0	0
P03	Gestión de Comunicación y Mercadeo	5	5	0	0	5
P04	Gestión Académica	1	1	0	1	2
P05	Gestion de Investigación	2	2	0	0	2
P06	Gestión de Talento Humano	5	5	0	2	7
P07	Gestión Financiera, Presupuestal y Contable	4	2	2	4	6
P08	Gestión de Compras	2	2	0	1	3
P09	Gestión de Infraestructura	9	3	6	5	8
P10	Gestión Proyección Social	3	0	3	0	0
P11	Gestión de Bienestar	4	4	0	0	4
P12	Gestión Documental	3	0	3	0	0
P13	Evaluación, Medición y Seguimiento a la Gestión	1	0	1	1	1
<b>TOTALES</b>		<b>41</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>42</b>

NOTAS:  
NO INCLUYE LAS NO CONFORMIDADES DETECTADAS POR ICONTEC.





## 4.2 INDICADOR DE EFICACIA DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

FÓRMULA:

$N^{\circ}$  de No Conformidades Cerradas/ $N^{\circ}$  de No Conformidades Abiertas x 100

Resultado=  $16/41 \times 100$

= 39%

### ANÁLISIS

El resultado del indicador demuestra que la operación del sistema se afectó con la rotación o cambio del personal de los procesos, requiriendo una programación de capacitaciones para la visibilización e interiorización de los componentes que lo integran.

Original Firmado

**MARIA DEL SOCORRO VALDERRAMA CAMPO**  
Auditor Líder



Certificado N° SC 7118-1



*"Comprometidos con la Excelencia"*

Carrera 7 10-20 PBX. (57-2) 229 8586 FAX Ext. 115 Roldanillo, Valle del Cauca – Colombia

[www.intep.edu.co](http://www.intep.edu.co) e-mail: controlinterno@intep.edu.co

