



# Instituto de Educación Técnica Profesional de Roldanillo, Valle - INTEP

Establecimiento Público Departamental  
Nit. 891.902.811-0

## INFORME FINAL AUDITORIA INTEGRADA DE GESTIÓN Y CONTROL 2015

MARÍA DEL SOCORRO VALDERRAMA CAMPO

INSTITUTO DE EDUCACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL  
OFICINA COORDINADORA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO  
ROLDANILLO, VALLE  
ABRIL 2015



Certificado SC 7118-1  
GP 178-1



*Comprometidos con la Excelencia*

Carrera 7 N° 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: [rectoria@intep.edu.co](mailto:rectoria@intep.edu.co)





# Instituto de Educación Técnica Profesional de Roldanillo, Valle - INTEP

Establecimiento Público Departamental  
Nit. 891.902.811-0

## INFORME FINAL AUDITORIA INTEGRADA DE GESTIÓN Y CONTROL 2015-1

MARÍA DEL SOCORRO VALDERRAMA CAMPO

Presentão a:  
GERMÁN COLONIA ALCALDE - Rector

INSTITUTO DE EDUCACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL  
OFICINA COORDINADORA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO  
ROLDANILLO, VALLE  
ABRIL 2015



Certificado SC 7118-1  
GP 178-1



*Comprometidos con la Excelencia*

Carrera 7 N° 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: [rectoria@intep.edu.co](mailto:rectoria@intep.edu.co)





## **INFORME FINAL AUDITORÍAS INTEGRADAS DE GESTIÓN 2015**

**FECHA:** Roldanillo, 20 de abril de 2015

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

**OBJETO:** Presentar el resultado de la evaluación realizada al Sistema Integrado de Gestión a través de la auditoría interna.

### **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 16 de marzo y el 17 de abril de 2015.

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





## **2. PRESENTACIÓN 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 12 Procesos del Sistema de Integrado de Gestión: P01 Gerencia Estratégica, 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; los procesos P12 Gestión Documental y P13 Evaluación Medición y Seguimiento a la Gestión, se evaluaron transversalmente.

### **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, contratista asignada a la oficina de Control Interno.

### **2.4 ASPECTOS PRELIMINARES**

El formato Programa de Auditoría Interna se modificó con el objeto de que todos los actores del sistema tuvieran la información general para el desarrollo de la auditoría.

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 el desarrollo de una Auditoría Interna a través de un ejemplo en video y la sustentación de la importancia del desempeño institucional de acuerdo al Modelo Estándar de Control Interno MECI versión 2014 (Última versión del DAFF)..

## **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 la lectura explicativa del objetivo de la auditoría y socialización de los formatos utilizados para tal fin.

Igualmente se confirmó la asignación de auditorías a cada proceso, indicando la decisión de enviar un equipo para evaluar de manera conjunta los procesos de Gestión de Compras y Gestión Financiera, Presupuestal y contable, para detectar la problemática en la interacción de dichos procesos.

El funcionario de Calidad fue el encargado de suministrar a los auditores la información normalizada, correspondiente a cada proceso.

### **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 individuales de auditoría.

### **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**

##### **3.1.1 Conformidades Proceso Gerencia Estratégica**

1. Se evidenció el análisis y evaluación de los informes de gestión en conjunto, integración de procesos continuos y articulados; implementación de acciones de acuerdo al resultado de las auditorías.
2. En general se observó un amplio conocimiento de la normatividad que aplica a la Institución.
3. 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, y la autoevaluación.
4. El direccionamiento estratégico de gestión está enfocado al cambio de carácter académico a Institución Universitaria; se tiene ya la aprobación del





Consejo Directivo de la documentación tal como Estatuto General, Proyecto Educativo Institucional, Reglamento de los Docentes, Reglamento de los Estudiantes, para cumplir con los requisitos iniciales ante el Ministerio de Educación Nacional, teniendo como objeto el aportar otras alternativas de formación a los estudiantes y egresados: posgrados y programas a un sólo ciclo.

5. El crecimiento institucional desde aspectos como cobertura número de estudiantes; 52 registros calificados, cada ciclo requiere su certificado; apertura de CERES; incremento del presupuesto institucional por recursos CREE, aproximadamente \$12.000.000 millones para el desarrollo de la infraestructura y la creación de nuevos programas.

6. Planificación del desarrollo de Infraestructura Física y Estudio de análisis de las necesidades de desarrollo tecnológico.

7. Conformación de alianzas estratégicas con otras IES, para la generación de nuevos programas y para compartir elementos que permiten la complementariedad.

8. Generación de confianza ante los clientes y partes interesadas.

### **3.1.2 REPORTE NO CONFORMIDADES PROCESO GERENCIA ESTRATÉGICA**

#### **3.1.2.1. Seguimiento Plan de Mejoramiento**

De las cuatro (4) No Conformidades abiertas en la anterior auditoría se cerró una (1):

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). Estado Cerrada.

**Las siguientes no conformidades no fueron cerradas:**

1. 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).

### Seguimiento

La oficina de planeación consolidó la matriz de indicadores presentados por los líderes de proceso, quedando pendiente Comunicación y Mercadeo, sin embargo no se cumplió con la acción de socializar los resultados de dicha medición con los líderes de procesos y formular acciones para mejorar los resultados.

2. 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).

### Seguimiento

Se evidenció que aún no se está aplicando el formato modificado...

Se evidenció avance en el seguimiento de algunos proyectos presentado por los responsables, sin embargo faltan informes finales de los proyectos, mediante los cuales se evaluó la pertinencia académica e investigativa de los mismos y a su vez el impacto económico.

3. 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).

### Seguimiento

Se evidenció la convocatoria pública y asignación del contrato para la dotación de la ventanilla única y del respectivo software, ubicación del espacio físico y mobiliario para la puesta en marcha de la ventanilla única. Está pendiente la asignación del funcionario responsable de la operativización del sistema de ventanilla única.







### 3.1.2.2. No Conformidades detectadas en la Auditoría 2015

Como resultado de la Auditoría Interna efectuada al proceso Gerencia Estratégica se detectaron seis (6) No conformidades, las cuales son:

1. La información emitida por el Sistema Integrado de Gestión para llevar a cabo la auditoría interna del proceso P04 Gestión Académica, se encuentra desactualizada; incumpliendo el requisito 5.4.2 literal (b) de la NTCGP 1000:2009,
2. Se evidenció que existen políticas institucionales de operación, entre ellas la de Calidad, sin embargo se requiere de la actualización de los objetivos, con el fin de alinearlos con la planificación institucional incumpliendo el requisito 5.3 de la NTC GP 1000:2009 y el elemento Políticas de operación.
3. Se tomó una muestra de cinco convenios evidenciando que los supervisores no presentan los informes estipulados en el contenido de los mismos, lo cual se constituye en un incumplimiento al requisito 8.2.3 de la NTC GP 1000.2009.

#### Evidencia

Convenio de Cooperación Institucional N° 011 de 2011. Vigencia 5 años.  
Objeto: Aunar esfuerzos logísticos, técnicos y económicos, con el fin de implementar y aplicar el programa de articulación con la media técnica, coadyuvando en la apropiación de competencias educativas a los estudiantes de estratos 1 y 2, y garantizando el acceso a la educación superior con programas acreditables de alta calidad de conformidad con el estudio de conveniencia y oportunidad. *Excellente*

Otrosí:  
Fecha de inicio: 10 de febrero de 2014

Vigencia: 5 años

Supervisor: Secretario General.

No se evidenció los informes rendidos en la carpeta que reposa en rectoría.

Como resultado de la auditoría a otros procesos se detectaron las siguientes No Conformidades correspondientes al proceso P01 Gerencia Estratégica:

4. Existe el Instructivo P11-IN-06 Conformación de los Comités de Bienestar Institucional, el cual se incumple porque el P01 Gestión Estratégica no realizó la convocatoria para el representante de los Egresados ante el





Comité de Bienestar Institucional, incumpliendo el numeral 4.2.1 literal (c) de la NTCGP 1000:2009.

5. Se evidenció que el proceso de Gerencia Estratégica no cuenta con el registro de los indicadores del proceso de Gestión de Comunicación y Mercadeo, incumpliendo el procedimiento P01-PD-08, versión 4 actividad 3, y el numeral de la NTCGP 1000:2009 4.2.4 y 8.1-8.2.

Nota: Esta no conformidad ya había sido identificada en la auditoría anterior, por lo cual no se asigna como una nueva.

6. Existe un plan de mejoramiento actualizado, pero se evidenció que dos hallazgos no se han subsanado a la fecha. P03-005-006, incumpliendo el procedimiento de seguimiento y planes de mejoramiento P13-PD-02 versión 03 y procedimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejoras P01-PD-06 - versión 5 fecha 2014-09-05 actividad 14 y el numeral de la NTCGP1000:2009 8.5.1 y 8.5.2

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, el proceso debe ajustar el plan de mejoramiento para las tres (3) no conformidades pendientes de cierre y generar el nuevo sobre las cinco (5) No Conformidades detectadas en la actual auditoría...

### **3.1.3 OPORTUNIDADES DE MEJORA**

1. Para la apertura de los programas académicos en cada semestre tanto para la sede Roldanillo como en los CERES, no se evidencia la estandarización de los lineamientos a tener en cuenta, como por ejemplo: porcentaje de deserción, capacidad presupuestal, costos por programa académico.

### **3.1.4 OBSERVACIONES**

1. Al revisar el convenio de cooperación Institucional N°. .011 de 2011, se observó que el INTEP solamente está utilizando un salón en la sede Primitivo Crespo, pero continúa incurriendo en gastos de servicios públicos, aseo y vigilancia.





## **3.2 PROCESO GESTIÓN DE COMUNICACIÓN Y MERCADEO**

### **3.2.1 CONFORMIDADES PROCESO GESTIÓN DE COMUNICACIÓN Y MERCADEO**

1. Las estrategias implementadas como imagen corporativa, han tenido un buen impacto en la promoción de la institución hacia la comunidad.
2. El líder de proceso y su equipo de trabajo poseen la formación profesional acorde con la labor que desempeñan.

### **3.2.2 REPORTE NO CONFORMIDADES PROCESO GESTIÓN DE COMUNICACIÓN Y MERCADEO**

#### **3.2.2.1 Seguimiento Plan de Mejoramiento**

De las siete (7) No Conformidades detectadas en anteriores auditorias, se cerraron cuatro (4).

1. Al revisar el plan de mejoramiento establecido desde el año 2010 se identificó que no se han realizado las acciones que permitan subsanar las no conformidades y se incumple el numeral 8.5 NTCGP1000:2009.
2. No se evidencia un mecanismo que permita evaluar el nivel de satisfacción y efectividad de los medios de comunicación de la institución, incumpliendo el numeral 5.5.3 de la NTCGP1000:2009 Y 2.2 MECI
3. se evidencia que el proceso de comunicación y mercadeo no cuenta con un cronograma de promoción, Incumpliendo el procedimiento P03-PD-02 en la actividad 1, se incumple el numeral 4.2.1 literal d NTCGP1000:2009 y al 2.2 de MECI.
4. Se evidencia que no hay medición ni actualización de los riesgos del proceso. Los indicadores no permiten medir la efectividad del proceso, incumpliendo al numeral 8.2.3, 8.2.4 y 8.5.3 de la NTCGP1000:2009

#### **Las siguientes no conformidades no fueron cerradas:**

1. Se evidencia el desconocimiento de un plan de mejoramiento, con respeto a la actividad planteadas en el hallazgo P03-003 (en la encuesta de satisfacción del servicio realizada a la dependencia de recursos impresos se





estableció que la oportunidad del servicio, fue calificada como muy deficiente) incumpliendo el numeral 8.5.2 de la NTCGP1000:2009

2. Los indicadores no permiten medir la efectividad del Proceso.

3. Se observó que la Ficha de Indicadores no está actualizada semestralmente como indica la Ficha de Caracterización. Incumpliendo los requisitos: 8.1b y 8.4 de la NTCGP 1000:2009.

Nota: se consideró que las No Conformidades expuestas en los numerales 2 y 3 se fusionen con el hallazgo negativo detectado en el proceso Gerencia Estratégica, para ser trabajadas de manera integrada.

### **3.2.2.2. No Conformidades detectadas en la Auditoría Interna 2015**

1. Se evidencia que la documentación del proceso Gestión de Comunicación y Mercadeo, se encuentra desactualizada frente a la aplicación real del proceso, incumpliendo el procedimiento Control de Documentos (P12-PD-01) numeral de la NTCGP: 2009 4.2.3

Evidencias:

Se evidencia que la ficha de caracterización del proceso P03, versión 04 de fecha 2010/09/03 se encuentra obsoleta incumpliendo el Procedimiento Control de los Documentos (P12-PD-01) y la NTCGP: 2009 en el numeral 4.2.3 literal d)

Se evidencio que el Instructivo para el Uso, Administración y Elaboración de Medios de Comunicación P02-IN-01 de fecha 2012/01/27 se encuentra desactualizado frente a lo que se está ejecutando en el proceso (Manual de Imagen), incumpliendo el procedimiento Control de Documentos (P12-PD-01) numeral 4.2.3 de la NTCGP:2009.

### **3.2.3 OPORTUNIDADES DE MEJORA**

1. Se recomienda realizar revisiones periódicas de las matriz de información y comunicación de cada proceso, con el fin mejorar su actualización; ya que uno de los riesgos del proceso establece la actualización de las matrices como control.

2. Se observa que las actas de comité web no utilizan la papelería





institucional, se recomienda aplicar los estándares establecidos en el instructivo para la elaboración y control de los documentos (P12-IN-01) del Sistema de Gestión de Calidad.

3. Es importante revisar la encuesta de satisfacción y el informe realizado por la institución frente a las preguntas de satisfacción y efectividad de los medios de comunicación con el fin de que se implementen acciones que contribuyan a mejorar el porcentaje de satisfacción del cliente.

### **3.3 GESTIÓN ACADÉMICA**

#### **3.3.1 CONFORMIDADES PROCESO GESTIÓN ACADÉMICA**

1. El Plan de Estudios de Técnico en Procesos Administrativos entre la transición del antiguo (5 semestres) y el actual (4 semestres), se encuentra organizado y es funcional para el seguimiento y control de las actividades académico-administrativas.

2. Los planes de trabajo de los Comités Curriculares evidenciados en el Formato Planificación de Proyectos Académicos (P04-FT-36), se encuentran organizados de forma adecuada, reflejando acciones encaminadas a la autoevaluación y actualización de los PEP.

3. El consolidado de asignación académica y horas por pagar se reporta en formato establecido y validado por el SIG.

#### **3.3.2 REPORTE NO CONFORMIDADES PROCESO GESTIÓN ACADÉMICA**

##### **3.3.2.1. Seguimiento Plan de Mejoramiento anteriores vigencias**

Se verificó la eficacia de la No Conformidad y se procedió a su cierre.

1. Se revisó el expediente de la graduada Alejandrina Rendón del programa Administración Agropecuaria, Evidenciando el formato 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.





## Evidencia

Se revisó y actualizó la versión del formato P04-FT-49, versión 2 del 2014-06-10

### 3.3.2.2. No Conformidades detectadas en la Auditoría 2015

Como resultado de la auditoría interna se detectaron dos (2) no conformidades, las cuales son:

1. En la Unidad de Ciencias Ambientales y Agropecuarias se evidencia desactualización del Manual de Funciones de docentes (P06-M02) V. 1 del 2011-05-03, debido a que no se encontró la información de las asignaturas seleccionadas de los planes de estudio de los programas Técnicos Profesionales en Procesos Agroindustriales y en Producción Agropecuaria. Además para el programa T.P. en Promotoría Ambiental, al confrontar el perfil descrito para el docente que puede orientar la asignatura de Hidroclimatología con el del que actualmente la orienta existe incongruencia en cuanto a que éste último no aparece en el Manual de Funciones, incumpliendo el requisito 7.3.1 literal c. de la NTCGP 1000:2009.

2. El procedimiento P04-PD-03 no especifica el destino de las entrevistas a los aspirantes inscritos, una vez realizadas por Bienestar Institucional. Se evidenció que Bienestar las devuelve a la oficina de Registro y Control Académico para ser incluidas en las carpetas de los estudiantes respectivamente, incumpliendo el requisito 4.2.3 de la NTC GP 1000:2009...

Nota: La No Conformidad expuesta en el numeral 2, por solicitud del líder de proceso fue analizada con el representante de la dirección, evidenciando que la situación expuesta no impide el cumplimiento de los objetivos y el registro de la actividad queda debidamente archivado en la historia académica de cada estudiante en la oficina de Registro y Control, por lo tanto se decidió no tenerla en cuenta,

### 3.3.3 OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. Documentar el Procedimiento de seguimiento y alertas del estado de los Registros Calificados y demás acciones adelantadas ante el MEN a través del SACES, que realiza el asistente de Planeación.

2. Solicitar a las directivas institucionales apoyo para facilitar la labor





operativa del diligenciamiento del Software Gegar-Soft - Pasantías en los campos fijos, bloqueando los que son de toma de decisiones en aras de fortalecer la fluidez en la gestión de la Coordinadora de Práctica Empresarial.

3. Depurar los requisitos de inscripción, matrícula y grado para establecer los mínimos indispensables.

4. Solicitar codificación al SIG para el formato de reporte de directores de pasantía; el cual es utilizado para solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal y que además apoya las labores de seguimiento y verificación de los mismos; incluirlo en el procedimiento respectivo.

5. Concentrar la revisión de paz y salvo de los estudiantes, en un solo sitio desde donde se pueda consultar el software correspondiente y se dé el visto bueno con una sola firma.

6. Habilitar y registrar en el SIG la firma electrónica para los certificados que expide Registro y Control Académico, guardando las condiciones de seguridad.

### **3.4 GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.4.1 CONFORMIDADES PROCESO GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN**

1. El resultado de la medición oportuna de los indicadores, soporta la evaluación del desempeño del proceso.

2. Los funcionarios poseen amplio conocimiento y dominio del proceso investigativo.

3. El proceso de Investigación presenta un grado de madurez alto dentro del Sistema Integrado de Gestión.

#### **3.4.2 REPORTE DE NO CONFORMIDADES PROCESO GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN**

##### **3.4.2.1. Seguimiento Plan de Mejoramiento anteriores vigencias**

En el Plan de Mejoramiento aparecen reportadas dos oportunidades de mejora, cuyas acciones aún no se han implementado por completo....





### **3.4.2.2. No Conformidades detectadas en la Auditoría 2015**

Como resultado de la auditoría interna se detectó una (1) no conformidad al proceso Gestión de Investigación:

1. En el proceso Gestión de Investigación no se evidenció la definición de criterios o métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación y el control sean eficaces y eficientes, incumpliendo el numeral 4.1 literal c de la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública NTC GP 1000:2009.

Evidencia:

El trabajo de grado de los estudiantes Luis Emilio Rojas Pulgarín y Álvaro José Zuleta León, no presenta coherencia con la guía de presentación.

### **3.4.3 OPORTUNIDAD DE MEJORA**

1. El proceso Gestión de Investigación al presentar un nivel alto de madurez, permite el planteamiento de nuevas metas acordes con los requerimientos de los procesos de acreditación institucional y de los programas académicos, apoyadas con un incremento en la asignación de los recursos financieros, que les permita fortalecer el equipo de trabajo con talento humano competente.

## **3.5 GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**

El Proceso P06-Gestión de Talento Humano es un proceso, que tiene a su cargo la selección, evaluación y las relaciones del Recurso Humano de la Institución, mejorar la competencias, mantener un óptimo clima organizacional.

### **3.5.1 REPORTE DE NO CONFORMIDADES PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**

#### **3.5.1.1. Seguimiento Plan de Mejoramiento anteriores vigencias**

De las siete (7) No Conformidades detectadas en otras vigencias se cerraron dos (2) las cuales son:

1. Se evidencia que el Manual de Funciones y Competencias del Personal de planta se encuentra desactualizado incumpliendo el numeral 4.2.1 literal d) y 4.2.3. De la NTCGP 1000:2009 (Cerrada).







2. No se evidencia soportes de verificación de la autenticidad de los documentos necesarios para acceder a un empleo público; (Ley 190 de 1995) encontrando que los controles se hacen posteriores al ingreso, incumpliendo el procedimiento de selección y vinculación del personal Administrativo y docente, el numera 4,1 literal g de la NTCGP 1000:2009.

Las siguientes No Conformidades permanecen abiertas:

1. Al revisar las Historias Laborales, se evidenció que en la foliación de éstas se encuentran enmendaduras, incumpliendo la aplicación del instructivo para organización, actualización y control de historias laborales (P06-IN-01 Fecha: 2010-01-12) el numeral 4.2.3 Control de los documentos y 4.2.4 Control de los Registros de la NTCGP 1000:2009, el Artículo 16 de la Ley 594 de 2000.

Respecto a la organización de las historias laborales se evidencia que no se encuentran los soportes de los estudios realizados por los funcionarios incumpliendo el numeral 6.2.2 (e)

Seguimiento:

Se evidenció con la revisión hecha de las Historias laborales: en la organización de las mismas, se incumple con la Circular 004 de 2003, expedida por la Función Pública y el Archivo General de la Nación y con P06-IN-01 de 201-01-12 (existe duplicidad de información, hay errores en la foliación de las historias laborales, acumulación de historias inactivas, el control de la Historia Laboral se encuentra escrito a lápiz y se observó que se presenta acumulación y duplicidad en los documentos requeridos y no se archivan en el día a día).

2. No se evidencia el cumplimiento del procedimiento Desvinculación Laboral Asistida P06-PD-10 incumpliendo el requisito 4.2.4 y 6.2 de la NTCGP1000:2009

Seguimiento:

La líder del proceso de Talento Humano, manifestó que se realizó todo el Procedimiento para la contratación de la asesoría para la desvinculación Laboral Asistida, pero finalmente no se elaboró el Contrato con la Empresa correspondiente. Se aclara que sólo se ha cumplido con la expedición de los certificados y demás documentos requeridos por éstos, para el diligenciamiento de la solicitud de reconocimiento de su pensión.





3. Se evidencia que en la selección del personal para vigilancia no se realiza la convocatoria con los requisitos y competencias requeridas para desempeñar las actividades, incumpliendo el numeral 6.2.1 de la NTCGP 1000:2009.

4. No se están llevando a cabo las inducciones ni re inducción de acuerdo con el procedimiento establecido, ni cronograma del Plan de capacitación. El Manual de Inducción y re inducción está desactualizado incumpliendo el requisito 4.2.3 de la NTC GP 1000:2009

#### Seguimiento

Se encontró que el Manual de Inducción continúa desactualizado y no se ha hecho inducción ni re inducción, durante este año.

5. Para el semestre 2013-II no se ha realizado la evaluación de desempeño a ninguno de los funcionarios, incumpliendo la norma NTECGP1000 2009 en el numeral 6.2.2

#### Seguimiento

Se encontró que no se ha realizado las evaluaciones del desempeño del personal de Planta; se aclara que esta actividad corresponde a la Secretaria General, siendo ya la evaluación extemporánea.

#### Acciones de Mejora:

1. Al revisar las historias laborales de 15 funcionarios, de evidenció que el formato P06-FT-10 HOJA DE CONTROL HISTORIA LABORAL, se diligencia a lápiz, generando oportunidad para la materialización del riesgo por cambio o extracción de documentos de los expedientes.

2. No hay fechas claramente definidas para la elaboración y entrega de documentos al proceso de Gestión Financiera, Presupuestal y Contable para el procesamiento de la nómina.

3. Se evidencia que no se realiza la entrega del cargo (entrega de inventarios de bienes y recursos asignados, archivo documental); en las diferentes situaciones que se presentan para retiro o cambio de cargo de los funcionarios: renuncia, licencia, encargo, terminación de contrato, vacaciones, entre otros, incumpliendo el requisito 6.2.2 de la NTC GP 1000-2009.





## Seguimiento

Se evidencia que aún no existe el procedimiento para la entrega del cargo (inventarios de bienes y recursos asignados y documentos de archivo) en las diferentes situaciones que se presentan para retiro o cambio de cargo de los funcionarios: renuncia, licencia, encargo, terminación de contrato, vacaciones, entre otros.

### 3.5.1.2. No Conformidades detectadas en la Auditoría 2015

1. Al efectuar seguimiento al plan de mejoramiento se evidencia que las No Conformidades, plasmadas en éste continúan No cerradas. Por lo anterior se evidencia que no se está asegurando que el responsable del proceso auditado, tome las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades y sus causas, lo cual constituye una no conformidad, se incumple los numerales de la norma NTCGP1000:2009 4.2.3, 8.2.2, 8.5.1 y 8.5.2.

2 Se encontró que los indicadores del proceso, no corresponden con los Procedimientos, porque al medirlos no dan valor agregado para el cumplimiento del objetivo del proceso, incumpliendo el requisito 4, 2,1 (d) de la NTCGP 1000:2009

3. No se encontraron evidencias de la ejecución de actividades que permitan verificar una mejora en pro del clima organizacional de la Institución y las relaciones laborales de sus funcionarios; el documento con relación al Clima organizacional está desactualizado y en este año no se ha realizado ninguna actividad al respecto, incumpliendo el requisito 6.2.1 Generalidades del Talento Humano de la NTCGP 1000-2009.

4. Se evidenció que no se hacen transferencias documentales desde 2009 y del 2013 hacia atrás se desconoce la ubicación de los documentos; manifestó la líder del proceso. Constituyéndose en una No Conformidad a la Ley General de Archivo...

5. Se encontró que la titulación de Maestría de la docente que orienta la asignatura de Hidroclimatología tiene la apostilla, pero carece de la convalidación; la funcionaria de la oficina de Talento Humano manifiesta que con la sola apostilla se supe el requisito de convalidación con las Universidades de España y México. Incumpliendo la Resolución 21707 del 22 de diciembre de 2014 y el formato de solicitud de convalidación M-FM-ES-





CV-00-01 del 08/04/2011 versión 4: expedido por el Ministerio de Educación Nacional, los cuales evidencian la permanencia de este trámite.

### **3.5.3 OPORTUNIDADES DE MEJORA**

1. La utilización de la hoja de ruta P07-FT-21 para el pago de aportes y nóminas se utiliza de manera parcial, para una mejor trazabilidad es conveniente que cada nómina tenga su propia hoja de ruta y se registre el total de las actividades realizadas, ya que de acuerdo con la hoja de ruta el 24 de febrero de 2015 la funcionaria Diosa Alexa Pineda pasa las nóminas para la afectación presupuestal y en esta misma hoja de ruta no se evidencia que funcionario recibe, además no se completa el proceso con la misma hoja de ruta. El control establecido en la forma como está operando no permite identificar la trazabilidad del proceso, es conveniente que se evalúe este mecanismo de control.

### **3.5.4 OBSERVACIONES**

El Proceso P06-Gestión de Talento Humano es un proceso, que muestra problemas en la organización interna de los documentos que maneja, la ejecución de actividades de inducción y re inducción, de acompañamiento y relacionamiento de los funcionarios.

El Proceso P06-Gestión de Talento Humano es un proceso que requiere con urgencia un acompañamiento en su rediseño, organización del manejo interno de la documentación y la aplicación de acciones de mejora que se puedan evaluar, igualmente le hace falta un buen liderazgo.

## **3.6 GESTIÓN FINANCIERA PRESUPUESTAL Y CONTABLE**

### **3.6.1 CONFORMIDADES**

1. El Indicador Ejecución de Gastos con Rentas Propias tiene una meta del 80% y se ejecutó el 83% por lo tanto se dio cumplimiento.
2. En contabilidad los bienes se encuentran valorados, los inventarios se encuentran registrados. La custodia de los bienes está en cada uno de los funcionarios, cuando se entrega un bien se elabora acta de entrega de bienes, los inventarios son un control, se identifica quien los tiene y el estado de los mismos. En el año se realiza dos veces inventario general. Los bienes



*Comprometidos con la Excelencia*

Carrera 7 N° 10-20 PBX (57-2) 229 8586 FAX Ext. 115 Roldanillo, Valle del Cauca Colombia  
www.intep.edu.co - e-mail: rectoria@intep.edu.co





de consumo ingresan al almacén y se controla la entrega a través de las requisiciones y las salidas de almacén. El funcionario del Almacén manifestó que en el 2014, se evidenciaron diferencias y se realizaron los ajustes respectivos.

3. Se compararon los registros de tres tipos de de elementos de consumo: Jabón líquido en tarro 18 unidades, Tóner original 12A 2 unidades, producto líquido para piso en galón 7 unidades. Los productos y cantidades verificadas frente a los registros no presentaron diferencias.

4. Se evidencia la realización de inventarios periódicos en el año 2014, para el 2015 ya se realizó la programación de inventario general para todas las dependencias y se dio a conocer la programación a los funcionarios mediante oficio del 19 de febrero de 2015.

5. El Presupuesto del INTEP fue aprobado y adoptado mediante los Acuerdos 008 del 8 de agosto de 2014 y 011 del 10 de octubre de 2014, expedidos por el Consejo Directivo, es una Conformidad porque cumple con el Estatuto Interno del INTEP.

6. La funcionaria de pagaduría manifestó que los pagos con cheque son muy pocos, generalmente se paga con cheque los servicios públicos, a la gran mayoría de proveedores se les paga en cuenta bancaria. Se evidencia que los cheques sin girar y los cinco token, se encuentran en la caja fuerte, en el momento de la auditoría no se evidencian cheques pendientes de entregar.

7. Se evidencia que en el 2014 se realizó avalúo de los inmuebles del INTEP por valor total de \$4.807.900.000 Nota contable 3762 del 31 de diciembre de 2014, en la cual se efectúa el registro de valorización, en este avalúo no se incluye el lote de la calle 11 con carrera 7 esquina, que se le realizará avalúo En el 2015.

8. El vencimiento del pago de Seguridad Social y Fondo Nacional de Ahorro es el segundo día hábil del mes siguiente, para el mes analizado es el 3 de marzo de 2015. Se evidenció cumplimiento en la fecha de pago, en la auditoría se analizó el pago del Fondo Nacional de Ahorro Comprobante de Egreso 1991 por \$10.561.000, Coomeva CE 1998 \$966.372 sumatoria de soportes \$9.666.372 y Colpensiones CE 1992 \$12.206.600, que corresponden a los aportes del patrono, según lo informado por los funcionarios de contabilidad, los aportes del afiliado presupuestalmente se causan con la nómina con el total devengado.





9. Se evidencia la conciliación de cartera con el resultado del Balance a diciembre 31 de 2014 especificando cada uno de los terceros.

10. Se evidencia el listado soporte de la cuenta 2450 con sus respectivos terceros, en varios terceros existen saldos bastante altos por ejemplo Beatriz Elena Ríos Molina identificación 29.832.374 con un saldo a favor por \$1.451.403.

11. Se evidencia que la oficina de presupuesto envió la información presupuestal al SNIES con fecha 2014-30-04 Radicado. No.P03320140430-0000065 Usuario 4101. La oficina de Contabilidad cumplió con el registro de la información contable en el SNIES con fecha 2014-04-10 Lo cual es una Conformidad, Los Derechos pecuniarios fueron informados al MEN mediante oficio R-955 del 24 de noviembre de 2014 dirigido al Dr. Hernando Guerrero Guio Subdirector de Inspección y Vigilancia.

### **3.6.2 REPORTE NO CONFORMIDADES**

#### **3.6.2.1. Seguimiento Plan de Mejoramiento**

**Las siguientes No conformidades fueron cerradas en seguimiento 2014:**

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 el requisito 4.1, literales b y f de la NTCGP 1000-2009.

2. Se evidencio 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 ende del SIG, incumpliendo el requisito No. 8 de la NTCGP.

3. Se evidencia que la funcionaria a cargo de la implementacion del plan de mejoramiento para la auditoria MEN, realizò las debidas correcciones de los hallazgos que dejó la auditoria realizada por el MEN, pero no utilizó los documentos establecidos en el SIG, incumpliendo el procedimiento P02-PD-02 Acciones Correctivas, Preventivas y Mejora y el requisito 4.2.4 NTCPG.

4. El líder del proceso manifestó que desconoce la matriz de información y comunicación del proceso, incumpliendo el numeral 6.2.2 de NTCGP.





Nota: Las No Conformidades de los numerales 3 y 4 fueron redefinidas.

Se requiere realizar de nuevo el análisis de causa para establecer las acciones pertinentes a las siguientes No Conformidades:

1. Al verificar los documentos del docente Fernando José Betancourt que realizó funciones fuera de la sede el día 9 de mayo de 2014, no se evidencia el acto administrativo que le confiere la comisión y le ordene el reconocimiento de los viáticos correspondientes, incumpliendo el instructivo P07-INS-11 y el artículo 3 del decreto 177 de 2014

2. La funcionaria responsable de 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 07% (9.39%) lo que 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.

### **3.6.2.2 No Conformidades detectadas en la auditoría 2015**

Como resultado de la Auditoría Interna se detectaron las siguientes No Conformidades:

1.. Mediante el Acuerdo 002 del 16 de enero de 2014, el Consejo Directivo aprobó el PAC con recursos propios para la vigencia fiscal 2014 por \$1.000.000.000 en los diferentes objetos de gasto, se evidencia que se realizó una adición al presupuesto y no se modificó el PAC con recursos propios quedando el PAC de inversión por \$150.000.000 y los pagos por \$258.658.020, lo cual constituye una No Conformidad porque incumple el artículo 77 de la Ordenanza 068 de 1996 (Estatuto orgánico del presupuesto Departamental) y el artículo 48 de la ley 734 de 2002 numeral 23.

2. Al solicitar el mapa de riesgos del proceso auditado, el líder del proceso muestra la versión 03 del 30 de septiembre de 2010 y en el documento físico aparece la versión 05 del 15 de mayo de 2013, con firma de recibido por parte del líder del proceso Evaluación, Medición y Seguimiento a la Gestión con fecha del 15 de diciembre de 2013, hora 10:25 am, lo cual constituye una No Conformidad porque incumple los numerales 4.2.3, 8.2.3, 8.5.1, 8.5.2 y 8.5.3 de la NTCGP1000:2009.





3. Al solicitar los libros de contabilidad en forma impresa, se evidencia que el Libro Mayor se encuentra impreso al 31 de julio de 2013, el libro diario no se encuentra impreso, lo cual constituye una no conformidad porque incumple los artículos 354 del estatuto tributario y el 354 del Plan General de Contabilidad Pública. Las actas 001 y 002 del 9 de mayo de 2014 no se encuentran firmadas por Secretaría General.

4. Al verificar el pago de nómina del personal docente y administrativo de planta correspondiente al mes de febrero de 2015 se evidencia que no se efectuó en el mes laborado, ni en la fecha programada, se realizó el 02 y 03 de marzo respectivamente. Incumpliendo el cronograma establecido por la Institución.

5. A diciembre 31 de 2014 no se tienen certificados de títulos TES expedidos por el Banco de la República, los que existen son de fecha 28 de octubre de 2013, se evidencia que los certificados expedidos por el Banco de la República no están actualizados.

### **3.6.3 OPORTUNIDADES DE MEJORA**

1. El indicador Equilibrio Presupuestal con rentas propias con una meta del 85%, la medición a diciembre 31 de 2014 fue del 78%, no se dio cumplimiento a la meta y por lo tanto se deben implementar acciones eficaces que permitan el cumplimiento de la meta propuesta.

2. El indicador Recaudo de Rentas Propias: El presupuesto de Rentas propias aprobado es \$3.808.138.884, en el indicador aparece \$1.000.000.000, para que sea coherente con el presupuesto aprobado, se debe analizar la inclusión o no de los recursos de capital, para modificar el indicador.

Se debe mejorar la gestión entre procesos con el fin de lograr un mayor porcentaje de ejecución presupuestal.

3. En el comprobante de egreso de Coomeva 1998 por error se digitó \$966.372, siendo lo correcto \$9.666.372, los soportes de causación están correctos y suman el valor correcto, se debe prestar mayor atención en la forma de digitar los comprobantes de egreso, el funcionario responsable manifestó que este error no afecta ni la contabilización ni el pago efectuado y procederá a la corrección. Con el fin de no incurrir en la legalización de un hecho cumplido, se debe continuar realizando los registros contables y presupuestales previos al pago.







4. Como oportunidad de mejora sería conveniente una mejor comunicación con registro y control para determinar si algunos terceros están pendientes de matrícula y presentan saldos a favor, para legalizar la situación académica y disminuir el saldo de la cuenta 2450. Se evidencia el listado soporte de la cuenta 2450 con sus respectivos terceros, en varios terceros existen saldos bastante altos por ejemplo Beatriz Elena Ríos Molina identificación 29.832.374 con un saldo a favor por \$1.451.403.

5. En los recibos de pago de matrícula (P07-FT25) -V1 de 2008-10-07) consignados en Davivienda y Bancoagrario sede Roldanillo y en otros bancos fuera del municipio no se evidencia el monto realmente cancelado por el estudiante.

6. Gestionar la asignación de un Punto de Atención Bancaria dentro de las instalaciones del INTEP, que facilite el pago y trámite de las obligaciones bancarias de la comunidad académica y por ende agilice los procedimientos internos, como por ejemplo, pagos de inscripción, matrícula, multas impuestas a los estudiantes, entre otras.

### **3.7 GESTIÓN DE COMPRAS**

#### **3.7.1 CONFORMIDADES**

1. Se evidenció en la página de la SECOP la publicación del plan anual de adquisiciones del INTEP con fecha 28 de enero de 2015, también se encuentra publicado en la página web del INTEP, dando cumplimiento con el art. 6 del Decreto 1510 de 2013.

2. Se evidenció mediante los Acuerdos 019 y 013 del 2014-12-03 y 2014-11-24 respectivamente, expedidos por el Consejo Directivo del INTEP, por medio de los cuales se autoriza al Rector del INTEP para realizar las contrataciones hasta 200 SMMLV.

3. Se evidenció el listado maestro de proveedores P08-FT-15 versión 1 con promedio de evaluación 4.38, el cual de acuerdo con los criterios es bueno y no requiere acciones, tan solo 3 de los 54 contratos evidenciados en el listado maestro presentan calificación entre 3,4 y 3,5, casi todas las compras son realizadas por convocatoria pública.



*Comprometidos con la Excelencia*

Carrera 7 N° 10-20 PBX (57-2) 229 8586 FAX Ext. 115 Roldanillo, Valle del Cauca Colombia  
www.intep.edu.co - e-mail: rectoria@intep.edu.co





## **3.7.2 REPORTE NO CONFORMIDADES PROCESO GESTIÓN DE COMPRAS**

### **3.7.2.1. Seguimiento Plan de Mejoramiento**

Las No Conformidades detectadas en otras vigencias y en cuyo seguimiento no se evidenció la eficacia de las acciones para su cierre, son:

1. La normalización del Proceso Gestión de Compras se encuentra con normatividad derogada, incluyendo el Manual de Contratación, la ficha de Caracterización, los procedimientos, entre otros. Es de aclarar que esta no conformidad había sido detectada en auditorías anteriores, sin embargo el anterior líder de proceso no aplicó las acciones correspondientes. (Requisito 4,2 Gestión Documental)...

#### **Evidencia**

La líder del proceso de Gestión de Compras respondió que la contratación se ejecuta de acuerdo con el Decreto 1510 de 2013, Ley 80 de 1993 y que no se han actualizado los procedimientos del proceso gestión de compras.

2, Se evidencia que no se está asegurando que el responsable del proceso auditado, tome las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades y sus causas, lo cual constituye una no conformidad, se incumple los numerales de la norma NTCGP1000:2009 4.2.3, 8.2.2, 8.5.1 y 8.5.2

3. 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.

4. No se evidencia la medición de los indicadores, incumpliendo el requisito 4.1 (e) de la NTC GP 1000:2009.





### **3.7.2.2. No Conformidades detectadas en la Auditoría 2015**

1. Al efectuar seguimiento al plan de mejoramiento se evidencia que los hallazgos plasmados en éste continúan No cerrados. Por lo anterior se evidencia que no se está asegurando que el responsable del proceso auditado, tome las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades y sus causas, lo cual constituye una no conformidad, se incumple los numerales de la norma NTCGP1000:2009 4.2.3, 8.2.2, 8.5.1 y 8.5.2.

2. Al solicitar el cronograma del Plan de Adquisiciones para el año 2015, se evidencia que el líder del proceso Gestión de Compras, no maneja un cronograma de adquisiciones y por lo tanto no le hace seguimiento al mismo, incumpliendo el numeral (f) del requisito 4.1 de la NTC GP 1000:2009.

Nota: Al realizar el análisis de esta no conformidad con el representante de calidad, se determinó clasificarla como oportunidad de mejora debido que el cronograma de adquisiciones no está estipulado como un requisito en el proceso..

3. Al examinar el Contrato de Obra Pública No.003 del 24 de diciembre de 2014 por \$171.287.211, contratista Harold Augusto Soto Ruiz, se evidencia que en los riesgos no se solicitó la póliza de responsabilidad civil extracontractual, incumpliendo el artículo.117 del Decreto 1510 de 2013.

4. Al solicitar el control de vencimiento de las diferentes pólizas, se evidencia que no están documentados los criterios y plazos para asegurar los bienes muebles; bienes comprados al 31 de diciembre de 2013, fueron reportados a la aseguradora en febrero de 2014, incumpliendo lo establecido en Ley 42 de 1993, art. 101, Decreto de Liquidación del Presupuesto de cada vigencia. Ley 734 de 2002 art. 48 numeral 63.

Nota: La No Conformidad estipulada en el punto 1, corresponde al seguimiento de la No Conformidad detectada en auditorías anteriores.

En resumen al proceso de gestión de Compras debe implementar las acciones para cerrar cuatro (4) No Conformidades de vigencias anteriores y planter las requeridas para tratar las dos (2) detectadas en la auditoría vigencia 2015.





### **3.7.3 OPORTUNIDADES DE MEJORA**

1. Se evidencia que el usuario registrado MARY CRUZ MARIN CARVAJAL, ya no es funcionario del INTEP, por seguridad en los protocolos información se recomienda actualizar el usuario, en el SECOP.
2. Al solicitar el cronograma del Plan de Adquisiciones para el año 2015, se evidencia que el líder del proceso Gestión de Compras, no maneja un cronograma de adquisiciones y por lo tanto no le hace seguimiento al mismo, incumpliendo el numeral (f) del requisito 4.1 de la NTC GP 1000:2009

### **3.8 GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA**

#### **3.8.1 CONFORMIDADES**

El líder del proceso presenta mucha disposición y sentido de pertenencia frente a sus responsabilidades, tiene conocimiento de lo que está haciendo y se preocupa por el cumplimiento del plan de trabajo.

La auditoria se realizó a todas las dependencias que hacen parte del proceso encontrando el cumplimiento de los procedimientos establecidos.

Como resultado de la auditoría interna se evaluaron las no conformidades llegando a la conclusión que el proceso de Infraestructura ha sido fortalecido en cuanto a la designación de dos auxiliares para el mantenimiento en los aspectos eléctricos, electrónicos y de la infraestructura física institucional.

Con base al incremento del presupuesto mediante la incorporación de los recursos CREE, permitió que a finales de la vigencia 2014, se contratara el mejoramiento de la infraestructura física de los auditorios Alférez Real, Desiderio Martínez, granja de prácticas CEDEAGRO, dotación de aire acondicionado para los salones de clase del tercer piso del bloque académico para mejorar sus condiciones ambientales, dotación de cámaras, de seguridad, adecuación "Plazoleta de las Palmas", Además se firmó el convenio con la Universidad Gran Colombia para realizar el Plan Estratégico de desarrollo de infraestructura física y se contrató un experto para realizar un diagnóstico del estado y necesidades en cuanto a la tecnología.



## **3.8.2 REPORTE NO CONFORMIDADES PROCESO GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA**

### **3.8.2.1. Seguimiento Plan de Mejoramiento**

De las siete (7) no conformidades pendientes, se cerraron tres (3):

1. Se evidencia que la actividad 2 del Procedimiento P09-PD-02 Procedimiento Servicios de Biblioteca, no cumple con el alcance fijado para la socialización de los servicios prestados por biblioteca; incumpliendo con el numeral 4.2 literal d de la NTCGP1000:2009.

#### **Seguimiento**

La modificación del Procedimiento P09-PD-02, evita la generalidad de la Socialización a todos los estudiantes de la Institución, quedando para los que ingresan por primera vez.

2.. 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

#### **Seguimiento**

El plan de mantenimiento se ajustó al presupuesto asignado en el Plan de Adquisiciones y su ejecución se adecuó con la disponibilidad de los recursos financieros incrementados por los Recursos CREE asignados a la institución por el Ministerio de Hacienda.

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

#### **Seguimiento**

Se evidencio la actualización de la matriz de riegos, realizada por los integrantes del proceso y la respectiva inducción para la continuación de la actualización y seguimiento de las actividades programadas para minimizar el impacto de los riesgos identificados.





Las siguientes No Conformidades no fueron cerradas:

1. 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.
2. Se observa el incumplimiento al P09-DC-01 Protocolo de Seguridad numeral 4, donde no se tiene una copia de seguridad de la información por fuera de la Institución, incumpliendo el numeral 4,2 de la NTCGP1000:2009.
3. Se evidenció 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 evidenció que no se ha 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.

### **3.8.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA**

1. Se evidenció que gran número de cajas de cartón nuevas, para depositar el archivo histórico del INTEP, se encuentran recibiendo polvo y están expuestas ante posibles goteras, encima de estas cajas se encuentran unos extintores. Se evidencia que hay bienes en almacén que no están debidamente almacenados y protegidos.

### **3.9 GESTIÓN DE PROYECCIÓN SOCIAL**

#### **3.9.1 CONFORMIDADES**

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

#### **3.9.2 NO CONFORMIDADES DETECTADAS EN LA AUDITORÍA 2015**

1. No se evidencia la evaluación de la prestación de los servicios, programas y convenios que hacen parte del Proceso, .incumpliendo los requisitos 8.2, 8.2.3 y 8.2.4





### **3.9.3 OPORTUNIDADES DE MEJORA**

1. Falta mayor comunicación con las Unidades Académicas para generar actividades de Extensión y Proyección social y actualización de la oferta de Educación Continuada. (PORTAFOLIO).
2. No se encuentran definidas en el Manual de Funciones de la Institución para la contratación las competencias de los profesionales que van a orientar los cursos de Educación Continuada.
3. El formato P10-FT09 Vs 1, el cual corresponde a una lista de chequeo para el personal contratado que orienta los programas de Educación Continuada no está armonizado con el manual de funciones Institucional que apoya y define las competencias para la contratación.

### **3.10 GESTIÓN DE BIENESTAR**

#### **3.10.1 CONFORMIDADES**

Se evidenció el fortalecimiento del equipo de trabajo, para el logro de las actividades planificadas para el cumplimiento del objetivo del proceso.

Socialización de los servicios que prestan a la comunidad educativa.

El trabajo de retención estudiantil mediante el proyecto MEJORES, NI UNO MENOS

#### **3.10.2 REPORTE NO CONFORMIDADES PROCESO GESTIÓN DE BIENESTAR**

##### **3.10.2.1. Seguimiento Plan de Mejoramiento anterior vigencia**

De las seis (6) No Conformidades detectadas en la auditoría de 2014, al evaluar la eficacia de las acciones implementadas se cerraron tres (3):

1. No existen registros escritos (actas, informes entre otros) de las actividades realizadas.
2. No hay convenios firmados con las Instituciones que prestan los servicios de oftalmología, odontología, laboratorio, entre otros.





3. En programa Mejores se incumple con TRD, existen tres procedimientos de contenido muy similar, incumple Ley anti trámites y normativa cero papel. Mejores se encuentra desarticulado del Proceso.

Las No Conformidades pendientes de cierre son:

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.

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.

### **3.10.2.2. No Conformidades detectadas en la Auditoría 2015**

Como resultado de la Auditoría Interna se detectaron cuatro (4) No conformidades, las cuales son:

1. Se evidencia la medición de los indicadores, pero no presenta soportes, incumpliendo el numeral 4.1 de la NTCGP 1000:2009.

2. Se evidencia que desconocen el Mapa de Riesgos del P11 Gestión de Bienestar, por lo tanto no han sido controlados, incumpliendo el numeral 4.1 literal (g) de la NTCGP 1000:2009.y MECI 2014

3. Se evidencia la falta de aplicación de la TRD al archivo de gestión de Bienestar, incumpliendo el numeral 4.1 de la NTCGP 1000:2009.y la Ley General de Archivo.







4. Al revisar el cumplimiento del Plan de Mejoramiento se evidenció que de las seis (6) no conformidades, sólo se verificó la eficacia de tres (3), incumpliendo el numeral 8.5.2 de la NTC GP 1000-2009 y MECI 2014.

### **3.10.3 OBSERVACIONES**

1. Es importante la capacitación del líder y de equipo de trabajo, en los componentes de sistema integrado de gestión para su interiorización y aplicación.
2. Se sugiere revisar la formulación de los indicadores de proceso.

### **3.11. PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL**

#### **3.11.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA**

1 Se evidenció que existe TRD para el P11 Gestión de Bienestar, pero aún no está actualizada por el P12 Gestión Documental de acuerdo a las funciones de la dependencia.

### **3.11 EVALUACIÓN, MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN**

#### **3.11.1 REPORTE DE NO CONFORMIDADES**

Como resultado del desarrollo de la auditoría interna al proceso gestión de Comunicación y Mercadeo se detectó la siguiente No Conformidad

Existe un plan de mejoramiento actualizado en el proceso Gestión de Comunicación y Mercadeo pero se evidencio que dos hallazgos no se han subsanado a la fecha. P03-005-006, incumpliendo el procedimiento de seguimiento y planes de mejoramiento P13-PD-02 versión 03 y procedimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejoras P01-PD-06 - versión 5 fecha 2014-09-05 actividad 14 y los numerales 8.5.1 Y 8.5.2 de la NTC GP 1000:2009

#### **3.11.2 OPORTUNIDAD DE MEJORA**

1. 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.





#### **4. CONCLUSIONES**

Este ejercicio de auditoría interna, contribuirá 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, debilidades 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 análisis de causa y definición de acciones correctivas, debido a que al ser revisados los planes, se detectaron dificultades en su implementación; igualmente se debe crear cultura hacia el mejoramiento continuo

Es importante el análisis general del sistema integrado de gestión, desde la Política y Objetivos; 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 cuál 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, re-inducción y permanencia del personal; Evaluación de Desempeño, clima organizacional).



*Comprometidos con la Excelencia*

Carrera 7 N° 10-20 PBX (57-2) 229 8586 FAX Ext. 115 Roldanillo, Valle del Cauca Colombia  
www.intep.edu.co - e-mail: rectoria@intep.edu.co





## Instituto de Educación Técnica Profesional de Roldanillo, Valle - INTEP

Establecimiento Público Departamental  
Nit. 891.902.811-0

INFORME FINAL AUDITORÍAS INTEGRADAS DE GESTIÓN 2015

35

Se evidencia que en el Manual de Funciones por Competencias, el cargo de Secretaría General ostenta las funciones de Talento Humano, y hay una funcionaria asignada como líder del respectivo Proceso, sin embargo la responsabilidad no es compartida, dispersando el trabajo en equipo, la 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 Interno de Contratación modificado, aún no ha sido autorizado para su aplicación por el Consejo Directivo de la Institución. 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 continuar con 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.

Es muy importante la intervención de la Alta Gerencia en la solución de las No Conformidades detectadas porque van perfectamente alineadas con los requerimientos para la Autoevaluación Institucional, etapa fundamental en la Acreditación de Alta Calidad para los programas académicos,



*Comprometidos con la Excelencia*

Carrera 7 N° 10-20 PBX (57-2) 229 8586 FAX Ext. 115 Roldanillo, Valle del Cauca Colombia  
www.intep.edu.co - e-mail: rectoria@intep.edu.co





#### 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 2015

Nº	PROCESO	NO CONFORMIDAD ABIERTAS A DIC DE 2014	AUDITORIA PRIMER CICLO 2015 ABRIL DE 2015			GRAN TOTAL NO CONFORMIDADES ABIERTAS A ABRIL DE 2015
			NO CONFORMIDADES			
			No cerradas*	Cerradas	Detectadas	
P01	Gerencia Estrategica	4	3	1	5	8
P03	Gestión de Comunicación y Mercadeo	7	1	6	1	2
P04	Gestión Académica	1	0	1	1	1
P05	Gestion de Investigación	0	0	0	1	1
P06	Gestión de Talento Humano	7	5	2	5	10
P07	Gestión Financiera, Presupuestal y Contable	6	2	4	5	7
P08	Gestión de Compras	4	4	0	2	6
P09	Gestión de Infraestructura	7	4	3	0	4
P10	Gestión Proyección Social	0	0	0	1	1
P11	Gestión de Bienestar	6	3	3	3	6
P12	Gestión Documental	0	0	0	0	0
P13	Evaluación, Medición y Seguimiento a la Gestión	1	0	1	1	1
<b>TOTALES</b>		<b>43</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>47</b>

NOTAS:

NO INCLUYE LAS NO CONFORMIDADES DETECTADAS POR ICONTEC.



*Comprometidos con la Excelencia*

Carrera 7 N° 10-20 PBX (57-2) 229 8586 FAX Ext. 115 Roldanillo, Valle del Cauca Colombia  
www.intep.edu.co - e-mail: rectoria@intep.edu.co





## **INDICADOR DE EFICACIA DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO**

FÓRMULA:

Nº de No Conformidades Cerradas/Nº de No Conformidades Abiertas x 100

Resultado= 22/43 x100

= 51%

### **ANÁLISIS**

El resultado del indicador demuestra que la operación del sistema, 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

