

1200
Pensilvania, Septiembre 21 de 2017

Ingeniero
Luis Alfredo Ávila Torres
Rector
IES-CINOC

Asunto: Estado actual de la IES frente al estado de los procesos de Auditoría interna, Auditoría de calidad y Avances auditoría Órganos de Control

Como es de su conocimiento, la dependencia de Control Interno viene dando cumplimiento al Programa de Auditorías Internas Vigencia 2017 de los procesos realizados por las dependencias de la Vigencia 2016; es importante para esta dependencia comentarle el estado actual de las No Conformidades, Oportunidades de Mejora y Observaciones que hasta la fecha se han presentado a fin de que usted y el Equipo de Calidad determinen las acciones a seguir o el de verificar en qué estado se encuentran ya que desde la dependencia de Control Interno no se ha visualizado por parte de los líderes de los procesos realizar alguna acción que permita mejorar sobre el particular de los resultados vigencia 2017 y vigencias anteriores.

A continuación se relacionan las No conformidades y las observaciones presentadas por la dependencia resultado de la auditoría Interna de la Vigencia 2016.

No Conformidad No. 01/2017

Las matriculas financieras, matriculas académicas y reporte de SNIES al Ministerio de Educación Nacional de la Vigencia B-2016 no coinciden.

No se logra observar la realización de conciliación de Matriculas entre el área Financiera y área académica. (Acción Correctiva) NTCGP 4.1 y 7.2

No Conformidad No. 02/2017

No se evidencian indicadores del semestre B-2016 Para el MEN, NO SE CONSOLIDAN INDICADORES DEL SGC B-2016, aunque la actividad no es propia del proceso de Registro académico, es desde allí que se genera la información para reportar los indicadores externos para el MEN, Internos para el Sistema de Gestión de la Entidad.

Estos son algunos de los indicadores

Indicador Relación estudiantes- Docentes, Indicador Tasa de deserción por cohorte, Indicador tasa de deserción anual, Indicador Matricula en Pregrado.

Indicador Estudiantes en formación Nocturno.

(Acción Correctiva) NTCGP 8.1

No Conformidad No. 03/2017

No se aplicaron indicadores para medir el cumplimiento de las actividades desarrolladas dentro del proceso de MIC Vigencia 2016.

No Conformidad No. 04/2017

Incumplimiento de las actividades Información y Comunicación para la entidad. (Se carecen de instrumentos y herramientas que direccionen el actuar de la entidad con respecto a lo que desea informar, publicitar o comunicar).

Falta de oportunidad en la publicación y divulgación de información producida por los diferentes procesos. (Riesgo materializado) No se cuenta lo que se está haciendo por falta de resultados claros.

Bajo reconocimiento en el medio: (Por falta de Publicación de sus proyectos e inversiones) (Riesgo materializado)

Efectos negativos sobre el clima organizacional por el mal manejo de la información y comunicación: la comunicación no es clara lo que genera mal ambiente al no identificar hacia donde se proyecta la IES. (Riesgo materializado)

No Conformidad No. 05/2017

Las acciones correctivas que se había formulado no fueron subsanadas, no se ha ajustado el plan estratégico 2012-2016, no se ha medido el plan estratégico de mercadeo, no se elaboraron las estrategias de comunicación, no tenemos aún un portafolio de servicios consolidado, no tenemos una herramienta que permita medir la percepción de los usuarios frente a lo que se hace en mercadeo.

No Conformidad No. 06/2017

Se presenta una no conformidad al observar que no se aplica una herramienta donde se pueda generar el Diagnostico de necesidades para la elaboración del Plan de Bienestar estudiantil y de egresados. (Actividad 3 y 4 del Procedimiento para elaboración y ejecución del Plan Anual de Bienestar). , Alcance del Proceso para la elaboración y ejecución del Plan anual de Bienestar. Inicia con la determinación del presupuesto para bienestar y comprende desde la identificación de necesidades para la consolidación del diagnostico de necesidades de bienestar.

No Conformidad No. 07/2017

De la auditoria vigencia anterior Se presentó una No conformidad al identificar que no se estaba cumpliendo con el procedimiento para la elaboración y ejecución del plan anual de bienestar, aplicación de la actividad No. 3 correspondiente a la elaboración y aplicación de encuesta a los funcionarios y estudiantes sobre las necesidades de Bienestar para la formulación del Plan de Bienestar. (La no conformidad persiste en vigencia 2016 y en la formulación del plan de la vigencia 2017). (Incumplimiento en las acciones correctivas, preventivas y de mejora vigencia 2015) (8.5.1, 8.5.2 Literal c y d).

No Conformidad No. 08/2017

Se identificó una No conformidad en la implementación SAT (Sistema de Alertas Temprana), se visualizó que este software en la vigencia 2014-2015 no genero información suficiente que permitiera establecer un alerta temprana para la posible deserción de estudiantes. Como acción de mejora se asignó tiempo a un docente para ajustar el sistema que está diseñado en

acces para que la funcionaria trabajadora social lograra cargar información y poder extraer datos que permitiera identificar posibles desertores. (Incumplimiento en las acciones correctivas, preventivas y de mejora vigencia 2015) (8.5.1 , 8.5.2 Literal c y d) se percibió por parte del asesor de control interno acciones para ajustar el programa SAT y cargue de información por parte de la Coordinadora de bienestar, pero es pertinente resaltar que actualmente este programa no permite realizar ningún análisis de desertores de manera previa, la herramienta no funciona debido a que esta dependen de la entrega de notas de los momentos evaluativos por parte de los docentes, actividad que no se realiza en los tiempos programados en calendario académico de cada vigencia.

No Conformidad No. 09/2017

Se presentaron pagos sin el informe de Cumplimiento, observación que será trasladada al área financiera para el establecimiento de acciones correctivas frente al particular.

Observaciones Y Oportunidades de Mejora Presentadas hasta la fecha Producto de los resultados de la Auditoría Interna.

Para algunos casos en el diligenciamiento de la matrícula Académica no se identifica con claridad la ubicación de la vivienda del estudiante, se citan el nombre de la vereda o barrios, no presentan nomenclatura y en ocasiones se presenta esta misma debilidad en el reporte de los correos electrónicos; se presenta una observación sobre este particular y se dará la oportunidad de mejora para que frente a las próximas matriculas se identifique con factura de servicios públicos la información de vivienda del estudiante, así mismo se cree el usuario en correo electrónico personal para cada uno de los inscritos en los programas académicos de la ies-cinoc.

Se verifica la información diligenciada de la oferta No formal del semestre B-2016 y aún no se habían consolidado los registros de los siguientes diplomados, se da oportunidad de Mejora para que se actualice la información de educación No Formal, (Curso de semillas forestales, Cursos de Motosierras y Guadañas, Diplomado en secado de la madera, CISCO II -Routing y switching, consideraciones técnicas y logísticas en las operaciones forestales, Diseño en páginas web), se recomienda la implementación de una lista de chequeo para consolidar los documentos que hacen parte integral de esta actividad.

Desde el 03 de Agosto de 2016 no se realizan Backup de información de la dependencia de Registro académico, se da Oportunidad de Mejora para que se solicite al web master la realización de copia de seguridad y se hagan los Backup de manera recurrente por el funcionario contratista.

No se logra evidenciar la actividad por parte de Registro académico de verificación de los documentos aportados por los estudiantes en un muestreo aleatorio o selectivo.

A pesar de que en la vigencia 2016 se inició con la revisión del Procedimiento de Matrícula no se han aplicado los cambios sugeridos por los funcionarios involucrados.

No se logró establecer la realización de investigaciones o estudios de mercados que dieran lugar a la construcción de una estrategia eficaz para llegar al mercado objetivo al cual van dirigidos los servicios que ofrece la entidad.

No se ha logrado consolidar un portafolio de servicios institucional, la observación se ha venido presentando desde vigencias anteriores y no ha tenido ninguna acción de mejora positiva.

No se ha logrado consolidar una estrategia de comunicación interna.

Se logró evidenciar que a través de resolución No. 337 de Agosto 04 de 2016 se adopta plan operativo de mercadeo para la vigencia 2016, documento que debió haber sido adoptado en el primer trimestre de la vigencia 2016; extemporalidad en la adopción de los planes de las diferentes áreas.

No hay información referente al desarrollo institucional vigencia 2016, proyectos, ejecución de planes, actividades docentes, investigativas y proyección social diferente a lo que se hace en la rendición de cuentas.

Las actividades de publicaciones internas no se encuentran planeadas en el plan operativo anual de Mercadeo, el cumulo de actividades no suman como indicador.

El Comité MIC en vigencia 2016 no realizo Evaluación y medición de la ejecución del Plan de Mercadeo. El plan fue valorado por el Funcionario de Talento Humano y la Pasante de MIC Finalizando la vigencia.

Actualmente no se cuenta con un instrumento que permita medir la percepción de los usuarios frente a las actividades de MIC.

No se han implementado mecanismos que permitan medir la percepción de los usuarios frente a los medios que utiliza la entidad para comunicar lo que hace. Observación presentada en auditoria interna vigencia A-2016.

Después de realizar cruce de cuentas entre ingresos, Gastos y bancos se lograron observar diferencias, se solicita hacer el cruce e identificar las diferencias, posteriormente comunicar los ajustes a la dependencia de Control Interno.

Total ingresos 2016 \$ 9.619.692.741

Total de Gastos 2016 \$2.827.546.783

Bancos a 31/12/2016 \$ 6.788.815.548

Faltante y/o ajustes de \$3.330.410

Se encontraron diferencias en el consolidado de ingresos y gastos, es importante identificar el porqué de las diferencias y hacer el ajuste entre el ingreso conciliado por control interno y el sistema Sysafe, actividad que deberá hacerse con el gasto al encontrar también diferencias.

Mes	Ingresos
Enero	\$ 151,109,423
febrero	\$ 216,431,877
Marzo	\$ 298,705,653
abril	\$ 182,311,534
mayo	\$ 163,277,236
junio	\$ 6,386,333,687
julio	\$ 638,637,061
agosto	\$ 221,942,083
septiembre	\$ 356,551,460
Octubre	\$ 177,672,625
Noviembre	\$ 604,146,734
Diciembre	\$ 222,858,738
Acumulado Ingresos Sistema Integrado (Syscafe)	\$ 9,619,692,741
Acumulado Ingresos conciliación Control interno	\$ 9,619,978,111
Diferencia en ingresos	\$ 285,370

	Gastos
	\$ 118,798,839
	\$ 141,427,581
	\$ 160,281,902
	\$ 185,727,561
	\$ 147,141,617
	\$ 188,590,268
	\$ 240,847,767
	\$ 277,458,835
	\$ 172,397,469
	\$ 227,966,861
	\$ 341,585,597
	\$ 625,659,131
Acumulado Gastos Sistema Integrado (Syscafe)	\$ 2,827,546,783
Acumulado Gastos conciliación Control interno	\$ 2,827,883,428
Diferencia en Gastos	\$ 336,645

Se logra observar que no hay una proyección de ingresos y gastos al mediano y largo plazo (Marco Fiscal a Corto y Mediano Plazo)

No hay un documento donde se observe el Plan Operativo anual de Inversión.
 Artículo No. 8 del Decreto 111 de 1996. El plan operativo anual de inversión señalara los proyectos de Inversión.

No hay Plan Mensualizado de caja de los recursos de Inversión (Recursos CREE).

Plan de Gastos (Programación de Giros), no se logra observar plan de gastos.

Se recomendará al jefe de la División administrativa y financiera la necesidad de ajustes cuando se haga modificaciones al Presupuesto de ingresos y gastos se modifique el PAC.

Los informes de Supervisión son demasiados básicos lo que no permite evidenciar en ellos la actividad contractual realizada; es importante que los informes de supervisión contengan los registros suficientes que permitan establecer juicios certeros del desarrollo de las actividades o cumplimiento del objeto contractual.

Falta más capacitación para los funcionarios internos en temas de Supervisión y los soportes anexos evidencia de la ejecución del contrato.

Se presenta un cumplimiento parcial en la ejecución del Plan de Mejoramiento de la entidad suscrito con el órgano de control Contraloría General de caldas el 02 de Octubre de 2013; Después de hacer seguimiento y calificación a los planes de mejoramiento se determinó que para tres hallazgos se establecieron nueve acciones de las cuales se han cumplido siete de forma total y dos actividades no se han desarrollado o no presentan avances.

No se están presentando actas de inicio del contrato, siendo este un documento formal y escrito, producto del encuentro entre un representante de la entidad llamado supervisor o interventor y el contratista seleccionado, en el cual se deja constancia de la fecha de iniciación tanto de las actividades contractuales como de la vigilancia y control que se les realizará a las mismas.

Tres contratos para liquidar en tiempos posteriores a la fecha de cumplimiento establecida; a pesar de haberse evidenciado esta situación se dio la oportunidad para que el proveedor entregara los elementos y se finalizara con el objeto contractual.

El plan de bienestar institucional de la vigencia 2016 no tiene evidencia de su publicación y socialización con estudiantes, egresados y funcionarios.

El plan de Bienestar institucional y de egresados fue adoptado Para el año 2016 mediante Res. No. 546 del 24 de Noviembre de 2016. No se logró observar discusión del plan de bienestar y ninguna recomendación por parte del comité, las reuniones del comité en la vigencia 2016 se centraron en el proyecto de permanencia y en la asignación de apoyos financieros (Monitorias, día solidario, beca alcaldía). Planes adoptados extemporáneamente.

Se evidencio que por parte de los comités que apoyan la construcción y evaluación de los planes y programas adoptados en el área de talento humano y bienestar no están acompañando a los funcionarios en la construcción y evaluación de estos planes, se da oportunidad de mejora sobre este particular ya que a pesar de que se construyen los planes y se ejecutan no tienen mucho acompañamiento por parte de los comités para su respectiva ajuste, aprobación y posterior envío a la dirección para su adopción.

Funciones del Comité de Bienestar

- Definir planes que redunden en el bienestar de los estudiantes, egresados y personal de la IES-CINOC.
- Revisar el estado de ejecución de los objetivos, políticas, planes, metas y funciones que corresponden al comité.

En la aplicación de la encuesta del Clima Organizacional se observó que una de las mayores debilidades de la entidad es en el nivel de comunicación entre las diferentes áreas de la entidad, ya que es el aspecto de calificación más baja y que fue considerado como no adecuado y no efectivo, lo que permite concluir que existe una dificultad comunicativa entre el área misional y de apoyo que se debe intervenir con un alto nivel de prioridad ya que se

trata de un aspecto muy importante para lograr un buen clima organizacional, esta observación ha sido reiterativa en las últimas mediciones del clima organizacional.

Aunque se vienen aplicando las encuestas de satisfacción a los usuarios después de la realización de las actividades, esta no está permitiendo obtener información importante que permita la reformulación de actividades incluidas en los planes de bienestar.

Por otra parte se consultó a la funcionaria que seguimiento se realizó al aula en la vigencia 2016 de los estudiantes de universidad en el campo, estudiantes de articulación y estudiantes de las extensiones, a lo cual manifestó que no se realizó esta actividad debido a que los recursos son pocos para acompañar estos procesos, pero que sabe de la obligación que hay de verificar las condiciones académicas y de bienestar de estos estudiantes.

Se presentara la oportunidad de mejora y se solicitara la elaboración de un plan de visitas de seguimiento al aula para la vigencia B-2017 de las demás extensiones y proyectos especiales como son articulación y Universidad en el campo.

Con respecto al seguimiento al rendimiento académico del estudiante, el 31% opino que fue regular, esto nos indica que se debe de mejorar en cuanto al seguimiento de los estudiantes en este aspecto, por parte de Bienestar Universitario.

Un 62% de los encuestados estudiantes manifestaron inconformidad con el conocimiento y dominio del tema por parte de los docentes, con respecto al año anterior tuvo una disminución negativa lo que significa que hay que implementar estrategias de mejora. Se trasladara la observación a vicerrectoría académica para que presenten las acciones que se han derivado de esta situación.

Recomendaciones

Es indispensable que los funcionarios que intervienen en el proceso de Matriculas (Académico y Financiero) realicen la respectiva conciliación de Matriculas antes de hacer el cargue al SNIES de cada semestre.

Se recomienda que frente a las próximas matriculas a diligenciar se solicite y se identifique en factura de servicios públicos la información de vivienda del estudiante, igualmente se solicite modificar el formato de Matricula con datos adicionales de un conocido o familiar en donde a futuro se pueda ubicar el estudiante o el familiar acudiente.

Se recomienda establecer lista de chequeo para dar trazabilidad a las diferentes actividades y registros que se generan cuando se oferta curso, taller, seminario, diplomado o actividades no formales, no se logra cotejar en registros el desarrollo de las actividades inherentes a la actividad no formal.

Se recomienda a la vicerrectoría académica que con el apoyo de registro académico se diligencien los indicadores consolidados de la vigencia B-2016 y los del semestre A-2017,

No se presentaron indicadores del Ministerio de Educación y los indicadores del Sistema de Gestión de la Calidad.

Se recomienda la necesidad que tiene cada dependencia de hacer los respectivos Backup o copias de seguridad, es importante resaltar que es responsabilidad de cada uno de los funcionarios conservar la información que se genera dentro de su actividad diaria.

Se recomienda consolidar registros y documentos faltantes en las hojas de vida de los estudiantes del Periodo A-2016 antes de iniciar semestre B-2017

Se recomienda la realización de un proceso de muestreo con algunos documentos que hagan parte integral de la hoja de vida de los estudiantes, por lo menos verificar certificaciones de diplomas o actas de grado como un ejercicio de control.

Se recomienda finalizar con la actualización del procedimiento de matrícula; desde la vigencia anterior se dejó muy adelantada la actividad y a la fecha no se ha finalizado con el tema.

Se recomienda a la funcionaria de pagaduría que el pagare que se está diligenciando para otorgar crédito educativo lleve la huella del codeudor, igualmente que en lo posible se certifiquen los ingresos del codeudor, también se recomienda cuando se incluyen propiedades y bienes inmuebles se deje fotocopia de la escritura, nuevamente se recomienda el diligenciamiento de la totalidad de los documentos, esto permitirá que los títulos que se tienen apoyen el ejercicio de cobro persuasivo o iniciar un proceso de cobro jurídico (Coactivo)

Recomendar nuevamente a los coordinadores de las extensiones por parte de registro académico el diligenciamiento de paz y salvo y él envió de los documentos faltantes antes de finalizar con el asentamiento y legalización de las matrículas.

Se hace nuevamente la recomendación para que se mide y reformule el Plan estratégico de Mercadeo 2017-2020, un plan que sea ejecutable y Medible de acuerdo al presupuesto real con el que cuenta la entidad.

Se hace una recomendación para que se elabore el Plan Anual de mercadeo de acuerdo a la disponibilidad presupuestal con que contara la entidad para las próximas vigencias, conociendo que es muy importante elaborar un plan de mercadeo de acuerdo a los cambios que se están presentando, Ampliación de la oferta, nueva infraestructura, equipamiento de la entidad y cualificación docente, se deben de focalizar esfuerzos y estar preparados para el nuevo contexto institucional creído que los proyectos de ciclos propedéuticos, b-learning, infraestructura deberían estar cerrando su ciclo en la vigencia 2018.

Se recomienda continuar con la elaboración de Boletines informativos de manera periódica con información del estado de los procesos, avances de los proyectos, equipamiento, estado infraestructura, dotación, laboratorios, CDM y CTT. Informar a la comunidad académica que es lo que se está haciendo, para que se está haciendo y cuando se espera tener resultados.

Se recomienda, que de las actividades que se han desarrollado con respecto a las giras y visitas a centros de educación municipales y los departamentales, se vaya elaborando una base de datos, donde se pueda posteriormente comunicar con los estudiantes y hacer cierre de la venta.

Se recomienda elaborar y aplicar la herramienta de percepción de la comunicación institucional, de esta manera identificaríamos las debilidades institucionales de comunicación.

Se recomienda encaminar esfuerzos para que de una buena vez se tenga Portafolio de servicios institucional.

Se recomienda fortalecer las estrategias de Comunicación adoptadas en la vigencia 2017, es de vital importancia incrementar el reconocimiento en el medio y la oportunidad es hacerlo contando lo que se hace actualmente (Proyectos de inversión)

Se recomienda encaminar esfuerzos para la organización de un blog donde se puedan realizar publicidad o notas informativas, también sería pertinente que se elabore un espacio con agenda institucional.

Importante realizar la encuesta de percepción de la institución después de realizar cualquiera actividad de mercadeo, esto permitirá identificar y realizar ajustes a las estrategias de mercadeo que se realizan o de las actividades puntuales.

Se recomienda al jefe de la división administrativa y financiera realizar conciliaciones bancarias de presupuesto con tesorería de manera mensual con el fin de que se determinen diferencias y se hagan las correcciones o ajustes necesarios.

Se recomienda el diligenciamiento de un registro que permita identificar la realización de la actividad de conciliación entre las dos áreas (Tesorería y Presupuesto).

Se recomienda que el jefe de la División administrativa y financiera, verifique la realización de conciliaciones bancarias entre auxiliares y extractos bancarios, establecer las diferencias y solicitar los ajustes necesarios.

Preocupa a la auditoria algunas notas explicativas en las conciliaciones de las siguientes cuentas: (8554) pago de horas catedra no informadas a contabilidad (01/12/2016), pago de bancos que no se informa a contabilidad (22/12/2016)

Cuenta (7952) Intereses TES no registrados aún en pagaduria (junio de 2015) y (mayo de 2016)

Cuenta (7754) 63.2 Millones de pesos que van a cumplir un año sin movimiento en la cuenta, establecer porque se presentaron estas situaciones y justificar.

Se recomienda la realización de conciliaciones bancarias de auxiliares y Bancos en tiempo más ajustados, se evidencio la realización de conciliación de Diciembre iniciando el mes de

Marzo, y a la fecha 13 de Julio no se ha terminado de conciliar abril de 2017, lo que no permitiría identificar a tiempo los movimientos en algunas cuentas, especialmente las de las extensiones donde ha sido un poco complejo la identificación de algunas de las consignaciones por que no se hace el reporte por parte del estudiante o el coordinador de la extensión.

Se recomienda hacer las conciliaciones los días siguientes al llegado de los extractos bancarios, ingreso que no sea identificado en la siguiente semana deberá ser reportado a los coordinadores cuando sea el caso de las extensiones que es donde se ha presentado la observación de manera reiterativa. Se logró observar que las conciliaciones bancarias de cuentas del mes de diciembre de 2016 se realizaron a partir del 02 de marzo de 2017.

No se observó que por parte del Jefe de la División se realizaran conciliaciones entre presupuesto y pagaduría, no hay documento que soporte la realización de una actividad con claridad.

Se evidencio la realización de conciliación entre Nomina y presupuesto en el segundo semestre de 2016, se recomienda establecer un registro o formato que permita dejar la trazabilidad de la actividad.

Los detalles y conceptos que van en el certificado y Registro presupuestal debe de ser más elaborado y ajustado a la necesidad contratada o adquirida.

Se recomienda verificar la consecución de los certificados presupuestales que se relacionan a continuación

CDP 2016081 De marzo 04 de 2016 Corregir Consecutivo

CDP 2016082 De marzo 02 de 2016 Corregir Consecutivo

El jefe de la División administrativa y financiera debe ajustar el PAC cuando se haga modificaciones al Presupuesto de ingresos y gastos.

Se recomienda que de manera mensual, sea publicado en página web y en cartelera institucional el informe de ejecución presupuestal que se envía al departamento.

Organizar los expedientes de manera que se pueda hacer trazabilidad de datos más fácil por parte de la auditoria interna u Órganos de Control.

Soportar todos los movimientos presupuestales con documentos fuentes y certificaciones, actividad que permite validar el desarrollo de las operaciones.

Mejorar en la elaboración de los informes de Supervisión.

Elaborar herramientas y guías que faciliten el desarrollo de las supervisiones internas de acuerdo a la modalidad contractual que se presente.

Mas Capacitación y acompañamiento a los funcionarios internos en temas de Supervisión.

Dar cumplimiento al Plan de Mejoramiento suscrito con el órgano de control (CGC), solicitar a las dependencias involucradas la siguiente información.

- Recomendación para realizar estudio de costo beneficio para la recuperación de cartera.
- Documento de contabilidad donde se recomiende la cartera a depurar de acuerdo a la normatividad Vigente)
- Informe de estado de Acuerdos de Pago.
- Informe de Cartera Ultimas Cuatro Vigencias, cartera recuperada.
- Estrategias implementadas para la recuperación de cartera de la IES CINOC 2012-2016)

Establecer acciones correctivas frente a la no cancelación a proveedores cuando no medie informe de cumplimiento de la realización de las actividades contractual.

Establecer dentro del proceso contractual la elaboración del acta de inicio entre el representante de la entidad (supervisor o interventor y el contratista seleccionado)

Se recomienda levantar actas de las reuniones del comité de bienestar, no de actividades que se realizan, los comités tienen otras funciones que es la de acompañar, asesorar, y recomendar, esto permite determinar la trazabilidad y cumplimiento de las acciones que se vienen desarrollando por parte del funcionario y los diferentes actores (Contratistas).

Modificar, actualizar y aplicar las encuestas de satisfacción de todas las actividades de Bienestar Institucional que se realizan en la entidad para determinar el nivel de aceptación de estas actividades por parte de los diferentes estamentos y si se sienten conformes con los planes de bienestar social laboral y planes de bienestar formulados (estudiantes, funcionarios, docentes, egresados).

Seguir con el fortalecimiento de la escuela de Padres y realizar las actividades programadas a fin de dar cumplimiento al Plan de Trabajo de la funcionaria de Bienestar. La escuela de padres es de todos los padres, no solamente del proyecto de permanencia. Se debe fortalecer el indicador de este objetivo en el plan de bienestar.

Se recomienda por parte del funcionario de control interno la elaboración y aplicación de un formato no controlado el cual permita obtener información a través de encuesta sobre qué clase de actividades de bienestar les gustaría que se realizarán en la entidad, este buscaría mejorar la participación en las actividades propuestas en los planes de Bienestar de la entidad.

Se recomienda que desde el inicio de la vigencia se tenga claro cuánto va hacer el presupuesto asignado para las diferentes actividades que se van a desarrollar dentro del plan de bienestar y que este sea acorde a fin de que las actividades programadas se puedan ejecutar en un alto porcentaje, se hace la recomendación debido a que la funcionaria comenta que aunque se dispone de presupuesto para la realización de actividades no siempre existe disponibilidad para las adquisiciones que se requieren, dado que este presupuesto está sujeto al recaudo de la entidad.

El Plan de Bienestar institucional no fue publicado en página web de la vigencia 2016 para el conocimiento de los grupos de interés, tampoco se enviaron a correos electrónicos de los funcionarios comunicando dicho plan, se recomienda difundir con todo el personal el plan de bienestar y discutirlo antes de ser aprobado por parte del comité y posterior traslado a la dirección para su adopción.

Ajustar y actualizar la documentación y registros correspondientes al Mapa de Procesos de la entidad de acuerdo a la nueva norma ISO 9001:2015, en vigencia anterior se adelantaron algunos procesos para la actualización del mapa de riesgos, actividad que no fue finalizada por disponibilidad del equipo de calidad.

Promover y controlar que la medición de indicadores para todos los procesos de la entidad se realice en la temporalidad establecida, a la vez generar informes de análisis con la información recolectada, la cual servirá de insumo para la toma de decisiones frente a las acciones que se deban emprender para el mejoramiento de los procesos y de los servicios que oferta la entidad.

El diligenciamiento y entrega de indicadores por parte de los líderes de los procesos no se está haciendo con la temporalidad establecida, lo que no permite a la dependencia de Control Interno establecer juicios de lo que se realiza por parte de los procesos institucionales.

Los riesgos identificados son desconocidos para algunos de nuestros funcionarios y líderes de procesos, se deberá socializar nuevamente estos riesgos con cada uno de los líderes, establecer su pertinencia y realizar una nueva actualización, las condiciones institucionales han cambiado lo que deberá generar una actualización del mapa de riesgos por procesos.

La formulación de acciones correctivas, preventivas o de mejora a implementar a raíz de las situaciones observadas en las auditorías, se deben producir en la oportunidad del caso, en muchas ocasiones no se está diligenciando el formato para la formulación de acciones correctivas y el respectivo análisis de causas y efecto, matriz que permite identificar la causa raíz de la debilidad detectada.

El Manual de Información y Comunicación debe Definir una política clara de la comunicación e información de las actividades que realizan todos sus funcionarios.

Mejorar la Planeación y ejecución de las actividades proyectadas en los Procesos de Proyección Social y de Investigación, de esta manera evidenciar su trazabilidad, considerando para ello la planificación, ejecución y evaluación del servicio, y realizar un mayor seguimiento y monitoreo en especial al tema de investigación.

La Vicerrectoría académica deberá acompañar su grupo docente de manera más personalizada verificando y cotejando la información entregada por el grupo en cumplimiento de las actividades programadas dentro del proceso misional.

Consolidado Riesgos Vigencia 2016

Descripción de Riesgos.

Proceso	Riesgo identificado	Efectos Identificados
Dirección	Ausencia de acciones institucionales conducentes al mantenimiento, la sostenibilidad y continuidad del Sistema Integrado de Gestión (SIG) de la entidad.	Todos los esfuerzos desplegados por la entidad en la implementación del Sistema Integrado de Gestión pueden irse al suelo por la falta de mantenimiento.
Mercadeo e Información	Incumplimiento de las actividades del Plan de Mercadeo, Información y Comunicación para la entidad.	Se carecen de instrumentos y herramientas que direccionen el actuar de la entidad con respecto a lo que desea informar, publicitar o comunicar.
Mercadeo e Información	Falta de oportunidad en la publicación y divulgación de información producida por los diferentes procesos.	Escasa elaboración y disponibilidad de documentos y registros para atender necesidades de publicación y divulgación de información.
Mercadeo e Información	Bajo reconocimiento en el medio	Los clientes no reconocen la incidencia e importancia de la institución en el medio.
Mercadeo e Información	Efectos negativos sobre el clima organizacional por el mal manejo de la información y comunicación.	Desconocimiento de lo que se hace por parte de funcionarios y usuarios. Disminución del compromiso y sentido de pertenencia con la institución y con lo que se hace.
Docencia	Incumplimiento de los docentes con sus actividades académicas.	Metas incumplidas por falta de seguimiento y control por parte de la Vicerrectoría Académica.
Investigación	Incumplimiento de las actividades que propendan por el desarrollo de la Investigación Institucional, en el Plan de Acción del Centro de Investigación y Relacionamento con el Sector Externo (CIRSE).	No hay un adecuado aprovechamiento de los recursos destinados o que pueden ser utilizados en los procesos investigativos. No se obtengan productos que permitan evidenciar

		claramente el desarrollo de los procesos de investigación, en las diferentes áreas del conocimiento que constituyen la oferta académica de la entidad.
Investigación	Falta de seguimiento y control a la ejecución de los proyectos de investigación.	Incumplimiento en los indicadores de investigación. Ineficiencia en el aprovechamiento de Recursos.
Investigación	Inexistencia de reglamentaciones relacionadas con la protección de la propiedad intelectual o industrial de la institución.	Pérdida de derechos sobre la propiedad intelectual o industrial.
Investigación	Carencia en la generación de documentos que evidencien los resultados de los proyectos de investigación.	No se concretan los resultados de la investigación. Desconocimiento y falta de reconocimiento de los esfuerzos y recursos comprometidos en la investigación. Pérdida de oportunidad de impactar en el medio.
Proyección Social	Inexistencia de un Portafolio de Servicios que recopile todas las actividades de Proyección Social.	Escaso conocimiento de las actividades de Proyección Social, ofertada por la institución. Se limitan las posibilidades de formación y capacitación requeridas por los distintos tipos de usuarios y ofertadas por la entidad.
Proyección Social	Incumplimiento de las actividades que propenden por el desarrollo de la Proyección Social institucional, en el Plan de Acción del Centro de Investigación y Relacionamiento con el Sector Externo (CIRSE).	No se obtengan productos y/o servicios que permitan evidenciar claramente el desarrollo de los procesos de Proyección Social, en las diferentes áreas del conocimiento.
Servicios Académicos	Inexistencia o inadecuado registro de la matrícula académica y financiera.	Información reportada erróneamente en los

		<p>sistemas de información SNIES del Ministerio de Educación Nacional.</p> <p>Mala gestión de la información para presentar a los grupos de interés.</p>
Gestión del Talento Humano	No evaluar, dentro de la oportunidad del caso, el desempeño de funcionarios docentes y administrativos.	<p>Empleados sin evaluación o empleados evaluados pero mal calificados.</p> <p>Empleados sin planes de mejoramiento. (A pesar de evidenciar en registros la información entregada por el personal docente con escasa trazabilidad no se han establecido mejoras correctivas ni preventivas, lo que ha generado año tras año la misma situación.</p>
Gestión Documental	Pérdida de la Información sistematizada por falta de copias de seguridad. (Riesgo Expuesto a Materialización).	<p>Perdida de información en las áreas o dependencias.</p> <p>Demora en la toma de decisiones por no disponerse de información clara, inmediata y confiable</p> <p>Utilizar tiempo extra en procesos de reconstrucción de información.</p>
Gestión Administrativa	Inexistencia o desconocimiento de un plan de urgencias y emergencias.	<p>Daños a las instalaciones físicas y pérdida de bienes.</p> <p>Lesiones o pérdidas humanas.</p> <p>Espacios no utilizables.</p>
Medición, Seguimiento y control.	Incumplimiento e inadecuado desarrollo de la programación de auditorías.	No se pueden emprender acciones correctivas, preventivas, y de mejora de manera oportuna.
Medición, Seguimiento y control.	No aplicación del Modelo de Autoevaluación de programas académicos.	<p>Deficiencias en los procesos de autoevaluación o inconsistencias en la información.</p> <p>Desaprovechamiento de oportunidades de mejora.</p>

		Desactualización de Programas académicos.
Medición, Seguimiento y control.	Falta de medición y seguimiento a la gestión institucional.	Detección inoportuna en el cumplimiento de las metas inscritas en los planes, programas y proyectos. No se adelanten acciones preventivas y correctivas con base en las mediciones realizadas.
Mejoramiento Continuo.	No se establezcan planes de mejoramiento o se incumpla con ellos, una vez realizadas las evaluaciones a los distintos procesos o actividades de la Entidad.	Incumplimiento de las metas previstas en los planes, programas y proyectos que contribuyen a la gestión. Deficiencias en el desarrollo de los procesos y actividades e inclusive en quienes los tienen a cargo. Falta de oportunidad en la implementación y ejecución de acciones preventivas y correctivas que conduzcan a la mejora continua.

El 27 de Marzo de 2017 se presentó a la Representante de la Dirección al sistema de Gestión de la Calidad y al señor Rector por parte de la Dependencia de Control Interno el informe de riesgos por procesos institucional, a la fecha de este informe no se ha generado comunicado o informe alguno que permita establecer una mejora de las situaciones evidencias en este seguimiento; es de suma importancia para la entidad que a partir de este informe se hagan los llamados de atención respectivos ya que esto podría generar en su momento proceso disciplinarios con los funcionarios que no están cumpliendo con sus actividades o a las cuales no se les evidencian resultados claros o medibles.

La entidad cuenta con un 27.78% de sus riesgos Materializados, lo que puede generar traumatismos y malas gestiones en el desarrollo de cada uno de sus procesos y sus procedimientos; es importante determinar cuál es la causa para que estos riesgos se estén materializando y determinar qué gestión se está haciendo frente a la mitigación, reducción o traslado.

Es indispensable que la entidad formule un plan de mejoramiento por procesos; ya identificado los riesgos se debe proceder a la formulación de las acciones correctivas preventivas y de mejora con el fin de solucionar las observaciones presentadas en el proceso de verificación de riesgos.

Algunos de los riesgos se han materializado, a pesar de haber identificado que en la vigencia anterior estos riesgos se encontraban muy expuestos, finalmente no se realizaron las acciones respectivas para que estos riesgos no se cristalizaran.

Los siguientes Riesgos identificados nos podrían generar hallazgos disciplinarios:

- Incumplimiento de los docentes con sus actividades académicas.
- Incumplimiento de las actividades que propendan por el desarrollo de la Investigación Institucional,
- No hay un adecuado aprovechamiento de los recursos destinados o que pueden ser utilizados en los procesos investigativos.
- No se obtengan los productos que permitan evidenciar claramente el desarrollo de los procesos de investigación, en las diferentes áreas del conocimiento que constituyen la oferta académica de la entidad.
- No se concretan los resultados de la investigación exceptuando los del área forestal con sus diferentes arreglos.
- Empleados sin evaluación o empleados evaluados pero mal calificados por la herramienta aplicada.
- Empleados sin planes de mejoramiento, a pesar de evidenciar el incumplimiento de actividades programadas.

Estado actual de la Implementación de Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (NICSP).

Se presentó por parte de los funcionarios de Control interno y Contabilidad informe a la dirección, secretaria General y Planeación de las actividades que debe de desarrollar la IES en cumplimiento de la Conversión a normas internacionales contables de sector público para iniciar saldos al 01/01/2018

Diagnostico	Estado actual de la Contabilidad de la IES-CINOC al 30 de Junio de 2017
Plan de Implementación NICSP.	Se debe establecer la temporalidad para el tránsito a la nueva normatividad contable R/533/2015.
Creación del Comité Sostenibilidad.	Se deberá Crear o asignar funciones al comité de aplicación del Nuevo MARCO Normativo para entidades de Gobierno.
Proceso de Depuración.	Se deberá realizar un proceso de depuración contable el cual deberá estar programado dentro de las actividades a realizar por la IES-CINOC.
Establecimiento de Políticas.	La entidad de acuerdo a la Resolución No. 533 deberá establecer políticas administrativas y contables las cuales deberá diseñar con su equipo de trabajo de las diferentes áreas.

Estados Financieros.	Los estados financieros que serán presentados al 31 de Diciembre de 2017, serán el resultado de un trabajo de depuración contable y ajustes que realice el equipo de la IES-CINOC.
Procedimientos	La IES-CINOC Deberá elaborar sus procedimientos de acuerdo al Instructivo No. 02/2015 de la Contaduría General de la Nación. (Documento Guia con que cuenta la CGN)
Conversión de Estados Financieros.	La entidad después de actualizar saldos en vigencia 2017, deberá realizar la conversión a sus nuevas cuentas para iniciar Saldos de apertura al 01/01/2018.
Marco Normativo	Verificación de la aplicación del Marco Normativo para entidades de Gobierno.

El asesor de control interno informó que después de verificar la contabilidad de la entidad está muy depurada y es muy clara, el trabajo que se ha venido realizando por parte de los contadores ha permitido tener una contabilidad clara y real de los saldos, es claro lo que se tiene en efectivo, valores en títulos, inversiones, cuentas por cobrar (cartera), inventarios, bienes muebles e inmuebles identificados, toda una información contable y financiera que se puede observar con claridad, es necesario que para realizar la conversión a NICSP los más importante sería tener un diagnóstico de la situación contable y financiera y que a partir de allí se debe de identificar las acciones a seguir, si se deben contratar o si la entidad está en capacidad de realizar la conversión. Esta actividad se programó en comité de calidad y esta para ser revisada, dentro de las acciones a realizar por el contador de la entidad se encuentra el envío del Balance General y Notas explicativas con corte a junio de 2017 a la doctora Yolanda Guerrero a quien se le solicitara cotización y solicitud de posibilidad de contratar con esta la conversión y aplicación de las NICSP.

La contadora de la entidad expuso las actividades que se van a desarrollar por parte de esta área para identificar las acciones que se deben realizar por parte de los contratistas que apoyen la Conversión a las (NICSP)

Se realizar depuración de cartera retirando del balance general y llevando la cartera a cuentas de orden desde el año 2002 hasta el año 2013.

Se analizara la información que se tenga de los títulos TEST de tesorería e incluir en los estados financieros los ingresos por concepto de intereses.

Hacer Cierre de Cuentas bancarias que no generan movimiento Cuenta de Samaná Caldas depósito en Banco Agrario.

Identificación de cuentas bancarias que han generado rendimientos financieros para hacer los ajustes respectivos con cierre al tercer trimestre.

Análisis de los estados de inventarios de muebles y sus respectivas actualizaciones en el sistema Financiero institucional (SYSCAFE) Acta de bajas de inventarios por daño, pérdida, deterioro u obsolescencia.

Se identifica por parte del comité que el asesor (Contratista) que acompañe el proceso de conversión vaya desde el principio (diagnóstico) hasta el final (aplicación del marco Normativo), de acuerdo a este particular el rector recomendó que se haga una ficha para que solicite la necesidad contractual.

Se elaboró ficha con cotizaciones para la realización de avalúos de bienes inmuebles, actualmente se viene realizando estudios de sector y estudios previos para adelantar la contratación de este particular.

Se recomendó por parte del comité hacer un diagnóstico del estado de la contabilidad y a partir de allí se identifique cuáles son las necesidades institucionales para la aplicación de las NICSP. Este documento viene siendo elaborado por la contadora de la entidad y se espera sea presentado a mediados del mes de Septiembre de 2017 para finalizar con este proceso y se pueda contratar la Conversión al Nuevo Marco Normativo.

Estado Actual de las No Conformidades Producto de la Auditoría Certificadora COTECNA 2016

En auditoría de seguimiento No. 01 de la Entidad COTECNA se presentaron dos No Conformidades las cuales se relacionan a continuación para el análisis y verificación de la aplicación de las acciones correctivas que se propusieron y que a la fecha no presentan un avance pleno o que permitieran subsanar la debilidad presentada por el Órgano Certificador.

No Conformidad No. 01/2016

El indicador del cumplimiento del Modelo Pedagógico no logra el resultado esperado a corte de 30 de junio y a la fecha de la auditoría no se han iniciado correcciones.

Acciones de Mejora Formuladas:

Realizar por parte del docente líder de modelo pedagógico la tabulación y análisis de encuesta dirigida al grupo docente frente al cumplimiento del Modelo Pedagógico que permita establecer línea base hacer comparativos y mediciones.

Conformar por parte de la Rectoría a solicitud de la vicerrectoría académica el Comité Pedagógico con diferentes funciones entre ellas, el cumplimiento del Modelo Pedagógico.

No Conformidad No. 02/2016

Aunque en el Acta de Revisión por la Dirección de agosto 08 de 2016 incluye la retroalimentación de los estudiantes no se considera la del egresado y la del sector productivo que están definidos como clientes del sistema en el Mapa de procesos MP-00-001 V2.

Acciones de Mejora Formuladas:

Tabulación y análisis de la encuesta de egresados aplicada en la vigencia 2015 por parte del coordinador de bienestar y realización de informe para análisis por parte de la Dirección.

A continuación se relacionan las No Conformidades y las Oportunidades de mejora observadas por la entidad Certificadora COTECNA Vigencia 2015 que a pesar de haber suscrito acciones de mejora no surtieron efecto positivo y nuevamente se siguen presentando.

No Conformidad No. 01/2015: No se evidencia aplicación del procedimiento del Producto No Conforme para la vigencia 2014-2015 incumpliendo lo establecido en el Numeral 8.3 de la norma NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008.

A pesar de haber realizado la entidad acciones para corregir esta debilidad dentro del proceso de auditoría para acceder a la Certificación, se ha logrado observar que no se han encaminado esfuerzos suficientes para evidenciar una buena aplicación para el tratamiento del producto o servicio No Conforme, persiste la debilidad y es una situación que se ha presentado desde varias vigencias.

Se recomienda hacer un análisis de los diferentes mecanismos que tiene la entidad para identificar el servicio No Conforme entre los que se encuentran, las peticiones, Quejas y Reclamos, los resultados de la Visita al Aula, las evaluaciones que se hacen a estudiantes por programa y sus resultados, las encuestas de satisfacción a los usuarios de los diferentes talleres, cursos, diplomados y servicios prestados por la institución.

Se recomienda para la observación No. 1 referente al plan de Mercadeo, hacer el respectivo análisis del Plan operativo presentado y pasar a su adopción por rectoría, posteriormente hacer una valoración de su ejecución y determinar el avance de este.

No Conformidad No. 02/2015: No se evidencia medición de indicadores referenciados que permita determinar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados incumpliendo lo establecido en el Numeral 8.2.3 de las Normas NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008.

La observación se presentó debido a que no se identificó un indicador en el Proceso de Mercadeo, Información y Comunicación de acuerdo con el presupuesto invertido en acciones de mercadeo, no se presentó un indicador que lograra evidenciar el nivel de satisfacción de los estudiantes frente al desarrollo de su programa académico y finalmente un indicador en el cumplimiento del Plan de Acción Documental de la entidad donde se presentó un resultado pero no se presenta trazabilidad en los datos.

Frente a la Observación No. 2 referente al indicador que se debe presentar de acuerdo a la evaluación realizada frente al nivel de satisfacción del estudiante de acuerdo a su programa académico; esta actividad se desarrolló finalizando la vigencia 2015 pero es necesario presentar nuevamente este indicador para la vigencia 2016, se ha logrado observar que hay encuesta de satisfacción al sector productivo pero que actualmente esta no ha sido analizada por la dirección como entrada o insumo de la revisión de la dirección frente al sistema de Gestión de la Calidad, se recomienda evidenciar el informe de la encuesta de egresados 2015 y 2016 para tener como insumo en la revisión por la dirección, al igual que la encuesta al sector Productivo.

Frente a la observación No. 03 refiere al indicador que se debe de generar de acuerdo a la ejecución del Plan de Gestión Documental de la entidad el cual presentaba el mismo indicador en las últimas dos mediciones sin trazabilidad de los datos, a la fecha de este informe no se han realizado mediciones al plan de gestión documental de la vigencia 2016, se esperaba contratar quien acompañara el proceso de gestión documental pero hasta la fecha no se ha adelantado proceso contractual; se recomendó que a la menor brevedad posible se contrate la Profesional en archivo la cual debe de iniciar con la revisión del Programa de Gestión Documental y su ejecución y las actividades anexas.

No Conformidad No. 03: No se evidencian registros de acciones correctivas sin demora justificada derivados de auditoria interna incumpliendo en lo establecido en el Numeral 8.2.2 de las Normas NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008.

En la vigencia 2015 se presentó como acción de mejora la circular No. 014 donde se estableció la fijación de tiempos para el diligenciamiento de acciones de mejora al Sistema de Gestión de la Calidad y el Procedimiento sancionatorio por el incumplimiento, de acuerdo a esta circular se estableció un mes como tiempo máximo para el diligenciamiento del analisis de causa efecto y en este establecer las acciones de mejora que se derivan de la observación e iniciar con las acciones correctivas a que dieron lugar, de acuerdo a esta información se ha logrado evidenciar que no se está cumpliendo con esta directiva establecida en la circular No. 014 del 2015, no se están realizando los analisis de causa y efecto en el tiempo establecido, incumpliendo la directiva de rectoría; se recomiendo que se proceda a realizar lo establecido en la Circular No. 014 donde se debe de hacer un recordatorio por escrito como primera medida, si esta actividad no surte efecto se deberán iniciar procesos sancionatorios o disciplinarios.

No Conformidad No. 04: No se evidencian que los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad se actualicen según sea necesario incumpliendo lo establecido en el Numeral 4.2.3 b) de las normas NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008.

A pesar de que se actualizaron los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad es importante que se termine de realizar actividad organizando los documentos manual de calidad, objetivos de calidad, caracterización de los Procesos, listado maestro de control de documentos se encuentra desactualizado, el Nomograma a pesar de que la Asesora Jurídica Representante de la dirección ante el sistema ha solicitado a los líderes de los procesos él envió de nuevas normas, requisitos o lineamientos, no se han presentado a esta con el fin de hacer la actualización correspondiente, así mismo y de acuerdo a una observación de la asesora de COTECNA el reglamento estudiantil se encuentra desactualizado.

La entidad ha venido retrasando el proceso de actualización de todos los documentos que conforman el sistema de Gestión de la Calidad debido a que la entidad pretende hacer un conversión a la nueva Norma ISO 9001:2015, actividad que se encuentra programada para la vigencia segundo semestre 2017; ya se cuenta con ficha de solicitud de necesidad y actualmente la división administrativa y financiera viene realizando los estudios previos para realizar la contratación.

No Conformidad No. 05: No se Evidencian que los comités establecidos en la institución estén operando de acuerdo con lo establecido en los actos administrativos para su conformación o actualización y normativa aplicable (Normativa Interna).

Frente a esta observación se realizaron las acciones respectivas con el fin de subsanar las observaciones presentadas, la observación partió de la Resolución No. 127 de julio 13 de 2004 donde se reformo el comité de archivo y donde se estableció que este comité debía de reunirse una vez al mes. Se estableció en la Resolución No. 293 del 17 de septiembre de 2015 Modificar las fechas de reunión de este comité para sus sesiones ordinarias como mínimo cada seis meses o extraordinariamente cuando su Presidente lo convoque.

Otro de los comités que habían sido observados incumpliendo con lo establecido fue el COPASST el Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo, comité que después de ser observado por el auditor de calidad fue nuevamente convocado para que los funcionarios eligieran sus representantes al comité paritario, también se estableció la periodicidad de sus reuniones de manera mensual y extraordinarias las cuales y después de ser verificadas por el auditor de control interno vienen siendo programadas de manera mensual.

La Nueva Normatividad de seguridad y salud en el trabajo establecerá la manera y periodicidad de reunión es o comités para el caso SSST.

No Conformidad No. 06: No se asegura que el sistema de Gestión de la Calidad cuente con todos los documentos requeridos para el cumplimiento de sus funciones y que le permitan asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.

Dentro de la observación presentada por el auditor externo se encuentra la no evidencia de un programa de Gestión Documental de acuerdo con los requisitos del Decreto 2609 de 2012.

Se presentó la acción de mejora donde se formuló Plan de Gestión Documental por la Asesora Jurídica Secretaria General y secretaria ejecutiva con fecha de septiembre de 2015 con vigencia a un año, se recomienda adelantar el proceso de contratación con el profesional en archivo para que elabore el Nuevo Plan de Gestión Documental y su ejecución, actividad que se denota rezagada dentro del Proceso de Gestión Documental.

Para la vigencia 2016 se contrató personal quien elaboro programa y plan de gestión documental, muchas de las actividades programadas dentro de este plan fueron desarrolladas en vigencia 2016, es necesario realizar un valoración de cuanto fue el cumplimiento de este plan y presentar el indicador a través de la batería de indicadores del SGC de la entidad.

No Conformidad No. 07: No se garantizan los controles para la preservación de la información de los estudiantes, 4.2.4 de las normas NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008.

Se observó por parte de la auditoria de certificación la no garantía de los controles para la preservación de la información de los estudiantes, como acción de mejora se estableció que todos los equipos de cómputo que tuvieran almacenada información importante debía tener claves de acceso y que su copia debía estar almacenada en caja fuerte como media de

seguridad, actividad que después de ser verificada por el auditor de control interno se encontró conforme.

No Conformidad No. 08: No se garantiza que en las auditorías internas de calidad se esté verificando la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad con los requisitos de la norma NTCGP 1000 en su versión 2009.

La entidad realizó actualización de cuatro auditores internos los cuales adelantaron estudios en la actualización de sistema de Gestión de la Calidad en NTCGP 1000:2009, se verificó por parte del asesor de Control Interno las certificaciones emitidas por la entidad COTECNA.

A continuación se relacionan acciones adicionales que deben adelantarse de acuerdo a las observaciones presentadas por COTECNA en vigencias anteriores:

Se debe realizar una actualización de los documentos de calidad en su Versión 2009. Muchos documentos citan la Versión 2004 y los procedimientos se encuentran desactualizados. *(No se han adelantado acciones de mejora)*

Ajustes definidos en la Revisión por la dirección de los objetivos institucionales y modificaciones de la primera parte de sesión de la alta dirección. *(Se han desarrollado las acciones respectivas, cada vigencia son actualizados los objetivos de calidad)*

Herramienta o mecanismo que permita determinar la percepción del posicionamiento de la entidad en el oriente de caldas. *(No se han adelantado acciones de mejora)*

Actualmente el Proceso de dirigir todos los procesos institucionales a través de políticas y estrategias está relacionado en el proceso de mejoramiento continuo. *(No se han adelantado acciones de mejora)*

Dentro del Plan de Desarrollo hay una meta que remite a un Plan de Internacionalización que no se ha elaborado. *(Actualmente se están adelantando acciones de mejora y se suscriben convenios con una ies de Cundinamarca)*

Cumplimiento del POA, la tolerancia que ha establecido la institución es del 3%, no es claro en que consiste esta tolerancia establecida. *(No se han adelantado acciones de mejora)*

Está pendiente la construcción del Plan estratégico de Comunicaciones. *(el plan estratégico de comunicaciones fue elaborado iniciando la vigencia 2017, la entidad cuenta actualmente con un manual de comunicaciones)*

Medición de indicadores de los procesos que permita determinar su capacidad para alcanzar los resultados planificados. *(A pesar de haberselo presentado estas situaciones desde vigencias anteriores no ha sido posible consolidar indicadores de calidad para los procesos institucionales)*

El procedimiento para crear, modificar, extender, suspender o cancelar un programa académico no especifica las etapas de elaboración de resultados de diseño, ni la forma en que

se realizan las revisiones, verificación y validación interna. *(No se han adelantado acciones de mejora)*

No se evidencian acciones correctivas planteadas para eliminar situaciones indeseables identificadas en el Producto No Conforme. *(No se han adelantado acciones de mejora aunque se establecieron acciones correctivas frente a este particular)*

Nivel de satisfacción de los estudiantes frente al desarrollo de su Programa Académico. *(A pesar de que a través de la visita al aula y la encuesta de satisfacción al usuario estudiante se han presentado observaciones frente a este particular la entidad no ha realizado acciones contundentes que permitan mejorar sobre este particular)*

En la entidad se han establecido controles y acciones con ciertos riesgos y a los cuales se les ha hecho seguimiento detallado a los resultados obtenidos. Algunos de los controles son de carácter reactivo como las encuestas de satisfacción al finalizar el semestre o los llamados de atención. Conviene fortalecer los controles de carácter proactivo. *(Después de realizar seguimiento a los riesgos vigencia 2016, es necesario reconocer que la entidad no tiene un mecanismo claro de control que permita que no se sigan presentando la materialización de los riesgos identificados por procesos).*

El Programa de Metrología en el proyecto de investigación de Pino Romerón no especifica frecuencia para calibración e los equipos. *(No se han adelantado acciones de mejora)*

No se han realizado aún acciones para la implementación del Decreto 1443 del 2014, disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. *(Se están adelantado acciones respectivas para la aplicación del sistema de seguridad y salud en el trabajo)*

El mapa de riesgos dentro del proceso de Talento Humano no se ha incluido riesgos de corrupción como la contratación de personal que no cumpla con las competencias por amiguismos o clientelismos. *(No se han adelantado acciones de mejora)*

Acta de entrega de documentos e inventarios documentales de la oficina de contabilidad sin firma de quien recibe por parte del comité. *(No se han adelantado acciones de mejora)*

Actualización de las tablas de retención Documental frente al listado maestro de control de registro. *(No se han adelantado acciones de mejora)*

El programa de auditoria interna para la vigencia 2014 no se incluye la auditoria al proceso de medición, seguimiento y Control, aunque la auditoria si se llevó acabo en dicha vigencia.

En el Momento no se registran acciones correctivas, preventivas y de mejora de fuentes diferentes a las auditorías internas y externas. *(No se han adelantado acciones de mejora)*

Tabulación y análisis de encuestas del Sector productivo por parte del Coordinador de Proyección Social para analizar con esta información la satisfacción de los socios de valor que faltaron en la Revisión por la Dirección del presente año.

Estado actual acciones de mejoramiento Producto de la Auditoria Contraloria General de caldas.

Como es de su conocimiento la entidad en la vigencia 2013 suscribió con el Órgano de Control Departamental Contraloría General de Caldas Plan de mejoramiento fechado del 02 de Octubre de 2013, donde se comprometió a realizar una serie de actividades frente a las observaciones presentadas por este órgano de control, a la fecha de presentar avance se identificó por la dependencia de control interno que no se ha dado cumplimiento al plan de mejora suscrito para la vigencia fiscal (2014), y que aún a esta fecha (2017) no se han adelantado las acciones respectivas; dentro del plan de mejoramiento se suscribieron cinco (5) acciones de las cuales se han desarrollado tres (3), faltando dos de las actividades principales a desarrollar en su totalidad.

Después de conocer el informe de cartera socializado por la Contadora de la entidad, se logró determinar que el plan de mejoramiento que se suscribió con el ente de control no ha surtido los efectos positivos que alientan estos planes, debido a que nuevamente se presenta una cartera acumulada bastante interesante que podría generar sin ninguna duda un hallazgo por incumplimiento en las gestiones de cobro, con la penalidad que ya no sería un hallazgo administrativo, si no que la connotación sería fiscal y disciplinaria; Fiscal por pérdida de los recursos y disciplinaria por falta de gestión de cobro.

Dentro de la relación que entrego la contadora de la entidad se logró evidenciar la siguiente información.

Cartera:

De más de 12 Meses \$16.228.478 (2016)

De más de 24 meses \$ 13.951.508 (2015-2014)

De más de 36 meses \$ 21.760.378 (2013-2012-2011)

Mayor a 48 meses \$ 106.268.535 (2010-2002)

Por lo anterior expuesto y con el fin de que se mejore sobre lo observado, le solicito muy comedidamente se inicien nuevamente con las acciones incluidas en el plan de mejoramiento suscrito con el Órgano de control en la vigencia 2013 ya que es prioritario que al 25 de julio se pueda demostrar un cumplimiento de las acciones suscritas con CGC.

Las acciones que se suscribieron con el órgano de control fueron las siguientes.

1. Informe detallado de cartera a depurar elaborado por el contador.
2. Un documento generado por el comité de sostenibilidad contable donde después de hacer un análisis recomienda la posible cartera a depurar dentro del proceso de saneamiento contable.
3. Un acto administrativo de depuración de cartera.
4. Aplicación del 100% del Procedimiento de cobro (Persuasivo y Coactivo).
5. Un informe final de la gestión de cobro que se realizó por parte de los involucrados.

Es importante recordar el compromiso que se asumió con el órgano de control por parte del representante legal en su momento, de acuerdo a esto y con el fin de ratificar que se cumpla con lo formulado, le invito a que verifique la obligación de dar cumplimiento al parágrafo 2 del artículo tercero y cuarto de la Resolución 0316 del 12 de Agosto de 2016 “POR MEDIO DEL CUAL SE DICTAN NORMAS SOBRE PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS ENTES SUJETOS DE CONTROL DE LA CONTRALORIA GENERAL DE CALDAS”.

Se propone por parte de esta administración, retomar con el plan de mejoramiento antes suscrito por nuestra entidad, detallando nuevamente la cartera (vigencias anteriores 2016 hacia atrás), caracterizándola y determinando cual sería la cartera posible a recuperar y cuál sería la cartera a depurar de acuerdo a la normatividad aplicable en estos casos, posteriormente formalizaríamos con un acto administrativo y finalizaríamos las actividades iniciando con la aplicación del procedimiento de cobro.

Esta decisión se toma, debido al último informe de cartera que entrega la contadora y a las recomendaciones que ha presentado el asesor de Control Interno de la entidad.

Por lo anterior expuesto y con el fin de que se mejore sobre lo observado, le solicito muy comedidamente permita a la entidad iniciar nuevamente con las acciones incluidas en el plan de mejoramiento suscrito con el Órgano de control en la vigencia 2013 ya que es prioritario que la entidad muestre acciones contundentes frente al cumplimiento de lo observado con el Órgano de Control (Contraloría General de Caldas)

Juan Pablo Herrera Arce
Asesor de Control Interno.
IES-CINOC

Proyecto: JPHA
Digito: JPHA