

1200
Pensilvania, Febrero 06 de 2018

Especialista
Juan Carlos Loaiza
Rector
IES-CINOC

Asunto: Estado actual de los procesos de Auditoria interna, Auditoria de calidad y Avances auditoria Órganos de Control

Como es de su conocimiento, la dependencia de Control Interno ejecuto Programa de Auditorías Internas Vigencia 2017 de los procesos realizados por las dependencias de la Vigencia 2016 y A-2017; 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 acciones 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 auditoria Interna de la Vigencia 2016 y A-2017

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 evidencio la consolidan 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.

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.

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

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.

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 MIC.

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 analisis 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.

No Conformidad No. 10/2017

No proveer un sistema de investigación estructurado. Como se ha comentado anteriormente el control del diseño y desarrollo de los proyectos de investigación carecen de evidencias de revisión, verificación y validación de diseño lo que genera una No Conformidad en el Numeral 7.3.4 NTCGP 1000:2009 (se deben de realizar revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo según lo planificado).

NO SE HA LOGRADO LA ADOPCIÓN E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACION- SII, EL CUAL ORDENE EL SISTEMA INVESTIGATIVO Y QUE SE TENIA PRIORIZADO EN EL POA-2017 Y NO SE LOGRO SU CUMPLIMIENTO DE LA META, se deberá formular plan de mejoramiento frente a este particular ya que se evidencia en la auditoria que esto está generando el incumplimiento de resultados formulados en los diferentes proyectos de Investigación los cuales no han consolidado resultados y en ocasiones no ha generado la información suficiente que permita hacer juicios correctos del cumplimiento de los objetivos allí establecidos.

No Conformidad No. 11/2017

Incumplimientos en los cronogramas de ejecución de los proyectos presentados en Convocatoria No. 01 de Junio de 2016. Numeral 7.1 Literal (d) NTCGP 1000:2009) Planificación de la Realización del Producto o Prestación del Servicio.

Al no contemplar un plan de trabajo de investigación no se integran actividades donde se contempla la temporalidad, seguimiento, recolección y Publicación de la actividad investigativa donde se evidencien análisis de la información e informes de resultados.

Los resultados parciales o avances de los proyectos de investigación no son socializados y difundidos con la oportunidad del caso. Condiciones Generales del Procedimiento. "Todo producto parcial o final de proyectos de investigación, será revisado por la Coordinación del CIRSE antes de ser remitido al comité de comunicaciones para su publicación".

No Conformidad No. 12/2017

Falta de entrega de resultados parciales o informes de avances de algunos proyectos de investigación.

Falta de Publicación de avances y resultados de los proyectos de Investigación.

Se establece una No Conformidad al identificar incumplimiento en la NTCGP 1000:2009 en el Literal 8.2.4 y en el MECI en el elemento de autoevaluación del control al identificar qué (1). No se están realizando seguimiento y medición de la actividad investigativa. (2). No se están aplicando indicadores del Proceso (3). No se están cumpliendo con los procedimientos establecidos dentro del sistema de gestión de la calidad.

No Conformidad No. 13/2017

No se está cumpliendo con los requisitos cuando se aprueban registros calificados frente a que cada programa debe contener una las líneas de investigación. N.C Numeral 7.2.1, literal C y D, Requisitos legales y reglamentarios aplicables al producto y/o servicio, cualquier requisito adicional que la entidad considere necesario.

No Conformidad No. 14/2017

No se mejoró en la aplicación del Procedimiento de presentación, aprobación, ejecución y difusión de los proyectos de investigación en las actividades No. 9, 10, 11. Debilidad que se presentó desde vigencia 2015.

1. Ejecuta y hace seguimiento del proyecto de investigación (Actividad No. 9), Responsables (Investigadores Responsables del Proyecto, Grupo de Investigación, Coordinador CIRSE) Registros: Informe
2. Presenta Avances de la Ejecución del Proyecto de investigación: (Actividad No. 10), Responsables (Grupo de Investigación, estamentos, Investigadores Responsables, Registro: Avance de la ejecución del Proyecto de Investigación.
3. Hace evaluación de los informe de avance de los proyectos de investigación de acuerdo con los términos de referencia establecidos y hace las recomendaciones correspondientes (Actividad No. 11). Responsable: Comité CIRSE, Registro: Informe de Evaluación.

N.C No. 1 Numeral 7.5.1 Control de la Producción y de la prestación del servicio.

No Conformidad No. 15/2017

Se identificaron la materialización de varios riesgos asociados al proceso de Investigación (Ver lista de Verificación Auditoria Interna CODIGO: FR-04-PR-MS-001) N.C de la NTCGP 1000:2009 en su Numeral 8.5.2 y 8.5.3 Acción Correctiva y acción preventiva (Gestión y administración de Riesgos).

No Conformidad No. 16/2017

No se evidencio acción de mejora frente a que a pesar de que se tiene establecido asignación de estímulos para los semilleros de investigación, no se tiene programado en bienestar ni en CIRSE la asignación de estímulos. (Se identificó en las condiciones generales de procedimiento se tienen establecidos reconocimiento y estímulos). N.C de la NTCGP Numeral 8.5.1 Mejora Continua, la entidad debe de mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de Gestión de la Calidad mediante uso de la Política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditoria internas, el analisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.

No Conformidad No. 17/2017

Después de verificar cada una de las planeaciones docentes de la vigencia A-2017, se logró evidenciar, que muchas de las actividades que se programaron dentro de dichas planeaciones no presentan evidencias suficientes que permitan establecer la asignación de tiempo dado para el desarrollo estas actividades y que se permita a la auditoria hacer Juicios del cumplimiento obtenido. (Capitulo XI Régimen Disciplinario Art 107 Literal C) Incumplir con el desempeño de las funciones, tareas y responsabilidades propias del cargo y las demás que le sean asignadas; especialmente en el no reporte oportuno de las calificaciones de los

estudiantes en las fechas previstas para su entrega y la entrega de evidencias de sus compromisos laborales. No conformidad.

No Conformidad No. 18/2017

Algunos docentes no presentan el formato diligenciado de asesoría FR-06-PR-DO-004 cuando se otorga tiempo para la realización de estas.

No Conformidad No. 19/2017

No hay evidencia de seguimiento del acuerdo pedagógico por parte de la vicerrectoría o Coordinación Académica, (No Conformidad al observar incumplimiento del Artículo 58 del Reglamento estudiantil).

No Conformidad No. 20/2017

Se observa un incumplimiento en la aplicación del Formato FR-05-PR-DO-001 de control de asistencia a Clase, se está trasgrediendo el Artículo No. 73 del Reglamento Estudiantil (Inasistencia) se observó que varios de los docentes no entregan el registro de asistencia a clase por parte de los estudiantes, registro que permita corroborar al órgano de control interno o externo que el estudiante asistió como mínimo al 70% de las clases presenciales.

No Conformidad No. 21/2017

No se observó el cumplimiento de las acciones establecidas para el Control de los servicios o productos no conformes. No se dio traslado de las situaciones presentadas para establecer planes de mejoramiento frente a lo observado por el cliente. No conformidad incumpliendo el Numeral 8.3 Literal A, Control del Producto y/o servicio no conforme) no se definieron las acciones para eliminar la no conformidad detectada en el seguimiento al aula realizado en vigencia A-2017

No Conformidad No. 22/2017

A pesar de los múltiples compromisos que pueda tener la vicerrectoría es indispensable que se haga la evaluación docente, además de ser un compromiso que se establece en el reglamento docente (Artículo No. 38 Objetivo General), El objeto de la evaluación es el mejoramiento académico institucional, personal y profesional de los docentes, los resultados de la evaluación debe de servir de base para la formulación de políticas, planes y programas de desarrollo académico y planes de mejoramiento y de capacitación del cuerpo docente según las capacidades institucionales, además del impacto en el contexto de conformidad con la misión y visión institucional.

Incumplimiento del Artículo No. 39 Parágrafo 2, El docente deberá presentar al Vicerrector académico los documentos soportes para su evaluación con antelación de quince días hábiles al proceso evaluativo.

Artículo No. 41: los docentes se evaluarán cada año dentro del primer trimestre del año siguiente. En todo caso, los docentes serán evaluados semestralmente por los estudiantes y el vicerrector académico en forma conjunta con el docente, proceso en el cual se hará una concertación, definición de objetivos y metas con miras a la calificación anual. (No Conformidad al establecer que la Evaluación docente no se está realizando con la temporalidad establecida incumpliendo lo reglamentado en el estatuto docente), los resultados de las evaluaciones docentes no han motivado la formulación de planes de mejoramiento, para el auditor interno los resultados de la calificación no obedecen a la

realidad del cumplimiento de los objetivos formulados dentro de las actividades docentes, no se comprende la calificación y los valores que se establecen ya que los resultados no son muy satisfactorios.

Capítulo VI Evaluación Docente, Art 37: la Evaluación es el proceso mediante el cual se analiza, valora, pondera la gestión del docente en la Institución.

No Conformidad No. 23/2017

El proceso de Docencia dispone de indicadores los cuales no se vienen aplicando o no se evidencia aplicación para el periodo A-2017. A pesar de que la asesora de Planeación solicito en reiteradas ocasiones el diligenciamiento y envió de los indicadores establecidos en la batería de indicadores de la entidad no se presentaron, lo que no permitió establecer correctivos en los momentos oportunos y seguimiento por parte del asesor de control Interno.

Indicador No 1: evaluación Docente, esta evaluación se debe realizar en el semestre A, no se ha realizado.

Indicador No. 2: Cumplimiento del Modelo Pedagógico, esta evaluación se debe aplicar de manera semestral, aunque se desarrolló la actividad en cabeza del vicerrector, los resultados no fueron presentados a la dependencia de Planeación para el consolidado de la información. Incumplimiento del Numeral 8.2.4 Seguimiento y medición del Producto y/o servicio (Incumplimiento en el establecimiento y aplicación de mecanismos de seguimiento y medición del Producto o servicio)

No Conformidad No. 24/2017

Se logró evidenciar que los riesgos del proceso docente se encuentra en alto grado de materialización: (Riesgos) Insatisfacción de los usuarios frente al servicio educativo (aplicación de encuesta de satisfacción del cliente y no realizar el debido seguimiento).

Desarrollo del currículo sin seguir lo diseñado por la entidad (no hay informe de seguimiento y verificación al cumplimiento de los contenidos curriculares y acuerdo pedagógicos).

Desarticulación de la planeación académica, debido a que no se ha realizado la evaluación docente no se logró identificar el cumplimiento de los productos concertados.

Incumplimiento de los docentes con sus actividades académicas, no se logró determinar el cumplimiento de las actividades docente lo que no ha generado llamados de atención, inicio de procesos disciplinarios y/o sanciones, no se logró evidenciar la confrontación de contenidos curriculares Vs los contenidos de los acuerdos pedagógicos. NTCGP 4.1 literal G (Establecer controles sobre los riesgos identificados).

El proceso Misional de Proyección social no se logró auditar debido a que no se entregaron documentos cuando se hizo la solicitud de estos al líder del Proceso.

El Proceso de Gestión documental no presento avances en su proceso y en sus planes lo que no permitió a la auditoria interna realizar una evaluación y verificación del cumplimiento. (Gestión de Resultados).

La auditoría al Proceso estratégico de Planeación de la vigencia 2017 se encuentra en ejecución al igual que el Proceso de mejoramiento continuo, como los dos procesos son liderados por la asesora de planeación se conjugo en un solo proceso de auditoria, se espera

que a mediados del mes de Febrero se concluye con la lista de verificación y con el informe Final.

Observaciones Y Oportunidades de Mejora Presentadas hasta la fecha Producto de los resultados de la Auditoria 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 matrículas 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 Matricula 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.

Preocupa un poco a la Auditoria los cambios que se han venido presentando sobre algunos proyectos establecidos desde vigencias anteriores, es importante recordar que los proyectos inicialmente fueron aprobados por comité CIRSE después de un análisis técnico y financiero determinando su viabilidad y aplicación como propuestas investigativas, a estos proyectos se les ha gastado tiempo y recursos, además se ha descargado tiempo a los responsables de los proyectos, posteriormente se han ido modificando; comenta el auditado que estas modificaciones han sido solicitadas por los investigadores igualmente han sido soportadas y justificadas. Adicionalmente se logró identificar el no seguir adelantando investigación para la vigencia 2017 por parte de dos docentes, preocupa un poco que los procesos investigativos se corten sin una justificación bien sustentada.

El centro de investigación y relacionamiento con el sector externo no cuenta con tablas de retención, series y Subseries asignadas a este proceso, las tablas de retención son las que se aplican en Vicerrectoría académica y registro.

se identificaron Comunicados del coordinador de investigación del periodo B-2016 y A-2017 donde solicita a los docentes investigadores informe de avances y/o resultados parciales de los proyectos de investigación; se ha observado que las entregas obedecen a comunicar el desarrollo de las actividades cuando son entregados, no se identifican informes donde se cuente el estado de avance y el cumplimiento frente a los cronogramas de trabajo, no presentación de cumplimiento de objetivos y de resultados establecidos en la fichas de los proyectos.

Se cuentan con Disponibilidad de recursos para apoyo a los procesos de investigación de la entidad pero se evidencio la poca ejecución de estos, se había identificado una debilidad en el proceso de investigación por el factor económico financiero pero se evidencio que este

no es realmente el problema, se deberá identificar el por qué se carecen de resultados para los proyectos de investigación formulados en la convocatoria No. 01.

Los procesos de investigación que surjan en la entidad deben de ser por convicción y por interés del docente investigador, en vigencias anteriores la investigación era sometida a tiempo que le quedaba al docente que en muchas ocasiones no era del interés de estos y finalmente los resultados no eran los esperados.

la demora en la compra de algunos insumos y los tramites contractuales no permitieron en gran medida el desarrollo de los proyectos, finalmente este tiempo permitió que se estableciera una parte de exploración y maduración de los proyectos, así mismo la asesoría de investigadores expertos permitió establecer protocolos para determinar tiempos de ejecución, valores, objetivos, indicadores y resultados, aunque la investigación de la entidad ha sido lenta se ve la maduración en la formulación de los proyectos de investigación, no obstante se debe de generar más conciencia en la consolidación de los resultados y la entrega de evidencias de acuerdo al tiempo asignado, así mismo es necesario tener un mejor control sobre lo que se va realizando en un semestre a fin de que los resultados sean los esperados.

La planeación docente que se aprobó no fue socializada con el Consejo Académico, no se está haciendo una descripción general de la planeación de todos los docentes para determinar su alcance y su cumplimiento frente a los planes estratégicos de la vigencia, no se visualiza que se haga o enfatice en prioridades que se consideren por parte del Consejo Académico.

A la fecha 30/11/2017 no se había entregado la totalidad de registros y evidencias de las actividades formuladas en la Planeación Docente del periodo A-2017.

No se ha realizado la evaluación Docente por parte del Vicerrector académico de la Vigencia A-2017 se considera por parte de la dependencia de control interno que no hay la suficiente sustentación de la información que permita establecer juicios donde se evidencien el compromiso de ejecución de las actividades programadas dentro de la Planeación Docente.

La Planeación Docente periodo A-2017 se firmó extemporáneamente, así se evidencio en la firma de esta.

Las notas que se deben de reportar de los dos momentos evaluativos no se están entregando a registro académico en tiempos establecidos en calendario académico lo que está generando retrasos en la consolidación de la información por parte de esta dependencia y traslado al encargado de manejar el Sistema de Alertas Tempranas.

Las evaluaciones de conocimiento practicadas a los estudiantes después de estar programadas en el acuerdo pedagógico y en calendario académico no son realizadas en algunos casos en la temporalidad establecida en el acuerdo pedagogico y en calendario académico.

Se verifico la suscripción de acuerdos pedagógicos por parte del docente con cada una de las asignaturas dadas en el periodo A-2017, se observó que algunos docentes no entregaron a registro académico los acuerdos pedagógicos.

Se observó que algunos docentes presentan debilidad en el reporte del primer momento evaluativo, así se observó al evidenciar que como fecha máxima de entrega del primer momento se estableció hasta el 08 de mayo y que algunos docentes no entregaron las notas como límite en esa fecha.

Incumplimiento cada semestre en la entrega de evidencias y de notas para los momentos evaluativos, se observó comunicados de registro académico de fechas de 24 de marzo de 2017 de las evidencias B-2016, El 12 de septiembre de 2017 se informa por parte de registro académico que a esa fecha no se han entregado las evidencias del Periodo A-2017, Informe de registro académico de la no entrega de acuerdos pedagógicos del Periodo A-2017 de fecha 18 de abril 2017, El 10 de Noviembre de 2017 la funcionaria de registro académico por vía correo electrónico informa a Vicerrectoría académica lista de docentes que a la fecha no han entregado evidencias del periodo A-2017.

Algunos docentes no están soportando el tiempo asignado para asesorías, lo que no permitirá hacer juicios del desarrollo de la actividad, así mismo no permitirá a la vicerrectoría académico realizar una buena evaluación al no proveer los registros suficientes para sustentar la actividad.

A pesar de que se gestionó un recurso importante con el Ministerio de Educación para la implementación de un SOFTWARE denominado SAT (Sistema de Alertas Tempranas), no ha permitido a la entidad información oportuna para el debido seguimiento de los estudiantes que al primer momento evaluativo presentaron malas calificaciones y por ende la deserción, desde el punto de vista del control interno la herramienta no está funcionando como debe de ser a pesar de haber visualizado, confirmado e informado dicha situación.

Se observa que al 30 de Noviembre de 2017 no se han realizado la evaluación del periodo A-2017.

En este punto lo que más preocupa a la auditoria es que tiempo del semestre siguiente se está gastando en actividades que ya se debieron haber culminado, por otro lado lo que se debe de programar en actividades intersemestrales no se está desarrollando puesto que se verifico que muchas de las actividades que se plantean no se cumplen y algunas a las que se les programa no llegan.

El instrumento utilizado para realizar la evaluación del docente no considera el incumplimiento por la no entrega de la totalidad de los productos comprometidos por el docente, tal que con la sola entrega de uno de ellos la evaluación le seria de todas maneras favorables.

Se dio tiempo en la Planeación Docente en vigencia anterior para que se reglamentaran las opciones de grado, a la fecha de esta auditoria no se tiene un documento claro con estas reglamentaciones.

No se evidencio por parte del equipo auditor la socialización de las diferentes modalidades de grado con estudiantes al inicio de la vigencia 2017, el coordinador académico manifiesta que en algunos seguimiento realizados por este a las aulas se le comento de las distintas

modalidades pero no se evidencia en una acta o comunicado la realización de la actividad.
(Evidencia Tangible)

La planilla de asistencia a clase es una evidencia de la actividad docente en cumplimiento de su misión, por lo cual se establece que su conservación es total, se logra evidenciar que no todos los docentes llevan este registro o son entregados a registro académico.

Se da una Oportunidad de mejora para que los archivos y documentos del área de registro académico que son competencia de la vicerrectoría sean debidamente organizados, aunque se debe de reconocer que por la cantidad de trabajo presentado en esta área entre semestres y finalizando la vigencia no ha permitido la correcta disposición de los documentos que facilite su conservación y recuperación para realizar las revisiones y consultas requeridas necesarias para evidenciar el desarrollo de las actividades a cargo de la vicerrectoría académica.

Se evidencio que se adelantó la acción de mejora que quedo establecida en la auditoria interna de la vigencia anterior, la acción de mejora corresponde al seguimiento que debe realizar la vicerrectoría a lo planeado dentro de las actividades docente, este seguimiento permite medir el nivel de avance en un tiempo y los resultados que se vienen obteniendo en desarrollo de estas mismas actividades.

Preocupa un poco que se haya realizado seguimiento pero que no se evidencie informe por parte de los docentes a los cuales se les realizo el mismo, se deja la observación para que a partir de la vigencia 2018 los seguimientos estén amarrados a informes donde se sustente y soporte el avance de las actividades realizadas.

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 el envío 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 auditoría 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 recomienda 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 comite 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 la situaciones observadas en las auditorias, 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 analisis 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.

Identificar, evaluar y adoptar un sistema de investigación acorde a la capacidad institucional; la entidad no cuenta con el personal suficiente para tener un sistema de Investigación Robusto.

Elaborar por coordinadores de CIRSE y aprobar por parte de la Vicerrectoría académica el Plan del Centro de Investigación y relacionamiento con el sector externo, en este documento

se debe identificar Objetivos, actividades, indicadores de Cumplimiento, cronogramas de seguimiento y de consolidación de la información tanto para la Investigación como para la Proyección Social.

Reunir al equipo docente los cuales adelantan procesos de Investigación para concretar la entrega de informes de resultados parciales de los objetivos establecidos en los proyectos de Investigación, no es suficiente con los informes finales se debe evidenciar la trazabilidad de la aplicación de las actividades para determinar cómo llegaron a esos resultados.

se ha presentado una preocupación desde vigencia 2015 por parte de la Auditoria, las propuestas de Investigación y/o los proyectos de Investigación van presentando cambios de una vigencia a la otra, es claro que se justifican los cambios pero para la auditoria no debería ser así, debido a que los proyectos inicialmente fueron aprobados por comité CIRSE después de un análisis técnico y financiero, determinando su viabilidad y aplicación como propuestas investigativas, a estos proyectos se les ha gastado tiempo y recursos, además se ha descargado tiempo a los responsables de los proyectos, posteriormente se han ido modificando lo que no ha permitido cerrar ciclos; se espera que para esta vigencia A-2018 SE CONSOLIDEN LOS RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES QUE ADELANTAN LOS DOCENTES INVESTIGADORES DE LA INSTITUCIONAL.

Consolidar las propuestas de Investigación por programa académico, es muy importante cumplir con los requisitos que se establecen cuando se aprueban registros calificados. (Investigación exploratoria o aplicada).

Cumplir con el Procedimiento de presentación, aprobación, ejecución y difusión de los proyectos de investigación en las actividades No. 9, 10, 11. Debilidad que se presentó desde vigencia 2015.

1. Ejecuta y hace seguimiento del proyecto de investigación.
2. Presenta Avances de la Ejecución del Proyecto de investigación.
3. Hace evaluación de los informe de avance de los proyectos de investigación de acuerdo con los términos de referencia establecidos.

Solicitar la asignación de tablas de retención documental (series y Subseries) al comité de archivo de la entidad, las tablas de retención son las asignadas a registro académico y Vicerrectoría académica pero los archivos y registros de Investigación y proyección social se encuentran en CIRSE. Por solicitud de control interno se recomendó que cada área o dependencia maneje sus archivos para facilitar su archivo y manejo.

Establecer controles que permitan minimizar los riesgos asociados al proceso de Investigación.

La entidad debe de mejorar frente a los estímulos para los semilleros de Investigación y docentes que realicen procesos investigativos.

Los investigadores deben de atender las solicitudes del coordinador cuando requiera información de avances de los proyectos de Investigación.

Evaluar la pertinencia de no ejecución de los recursos asignados a los proyectos de Investigación al identificar una muy poca ejecución de los recursos asignados a los proyectos de Investigación (Incumplimiento en la ejecución de los recursos programados).

Los procesos de investigación que surjan en la entidad deben de ser por convicción y por interés del docente investigador, en vigencias anteriores la investigación era sometida a tiempo que le quedaba al docente que en muchas ocasiones no era del interés de estos y finalmente los resultados no eran los esperados.

Dentro de la Programación o cronogramas de los proyectos de Investigación se deben de identificar y de establecer los tiempos de duración de los procesos contractuales donde se definan con el comité de contratación los tiempos de solicitud, presentación de fichas con su justificación, tiempos de duración por modalidad contractual, esto podrá establecer la fecha de inicio del proyecto de Investigación para su ejecución.

Solicitar de manera urgente el cumplimiento de las funciones, tareas y responsabilidades propias del cargo docente, especialmente el reporte oportuno de las calificaciones de los estudiantes en las fechas previstas para su entrega y la entrega de evidencias de compromisos laborales, la no entrega y cumplimiento de los normado deberá acarrear medidas disciplinaria contenida en el Artículo 107 Literal (C) del estatuto docente.

Socializar con el consejo académico la planeación docente aprobada para el semestre; esta instancia deberá verificar el cumplimiento de las actividades de manera aleatoria, de manera que se identifique el avance y cumplimiento de las metas establecidas para el área académica y Misional de la IES.

Establecer en calendario de actividades de vicerrectoría la entrega con 15 días de antelación las evidencias docentes a fin de que se realice la evaluación docente en los tiempos establecidos y reglamentados para el desarrollo de este particular.

Gestionar la Firma de la Planeación Docente máxime quince días después de iniciar calendario académico.

Entregar las notas por parte del equipo docente a registro académico en los tiempos establecidos en calendario académico, solicitar copia de estas notas para la entrega a la encargada de alimentar el SAT, de esta manera se identifique que estudiantes vienen presentado debilidades y se pueda establecer alguna acción o apoyo con el estudiante identificado que viene perdiendo la materia o presenta una nota baja.

Tanto docentes de planta, docentes ocasionales de tiempo completo, ocasionales de medio tiempo y catedráticos deben de entregar acuerdos pedagógicos totalmente diligenciados y en el momento de iniciar la asignatura, esto permitirá al coordinador académico realizar una verificación del avance de cada una de las asignaturas, su desarrollo y cumplimiento frente lo acordado.

Se debe de dejar claro por parte de Vicerrectoría académica el deber de diligenciar el formato de asesoría, se identificó que algunos docentes en sus evidencias no entregaron a registro

académico evidencia de la asesoría dada a estudiantes, cuando dentro de la descarga de la Planeación se asignaron tiempos para esta actividad, de la única forma que se logra observar la realización de asesorías extracurriculares es a través del formato de asesoría.

Presentar por parte de Vicerrectoría académica cronograma de seguimiento y verificación a la aplicación del Acuerdo Pedagógico por parte del equipo docente.

Implementación y manejo del SAT Sistema de Alertas Tempranas, es una herramienta que permite establecer el desarrollo académico a tiempo de un estudiante para minimizar los índices de deserción, se recomienda seguir con su implementación.

De las no conformidades identificadas en la actividad de seguimiento al aula, al igual que la evaluación de los estudiantes al docente deben de consolidarse en un documento denominado servicio No Conforme, en este documento se establece la situación y se identifica cual es el mejor manejo a dar de acuerdo al nivel de la No conformidad presentado, no hay evidencia del tratamiento dado a este particular por parte de la vicerrectoría académica.

Realizar la evaluación docente dentro de los términos establecidos para este particular a fin de que se puedan establecer planes de mejoramiento si es el caso.

Evidenciar en documento la socialización y difusión de las distintas modalidades de Grado, esta actividad se debería de realizarse por lo menos un semestre antes de que los estudiantes identifiquen cual es la modalidad más a fin para optar a su grado.

Finalizar la reglamentación de las distintas modalidades de grado que se tienen establecidas en reglamento estudiantil.

Identificar, consolidar y presentar los indicadores establecidos en la batería de indicadores del proceso de docencia, desde vigencia 2016 se ha evidenciado el no diligenciamiento de estos indicadores lo que dificulta la valoración de la Gestión del Proceso antes mencionado.

Gestionar los riesgos del proceso de docencia a fin de que estos no se encuentren tan expuestos y no se materialicen.

Seguir revisando y haciendo seguimiento de manera aleatoria a algunas metas establecidas dentro de los Planes operativos, a fin de que se tenga un mejor resultado de los objetivos establecidos en los planes estratégicos que apuntan al desarrollo académico.

Consolidado Riesgos Vigencia 2016-2017

El 27 de Marzo de 2017 se presentó al ingeniero Luis Alfredo Ávila Torres (Rector) y a la Doctora Alba Libia Marulanda (Secretaria General), miembros del Comité Coordinador del Sistema de Control Interno la valoración de la matriz de riesgos evaluada por la dependencia de Control Interno para la vigencia 2016, para esta ocasión se agendo por parte de la Asesor de Planeación plan de trabajo donde cada líder de proceso debía presentar un plan de mejora o establecer acciones correctivas frente a la Evaluación y observaciones que había presentado la dependencia de control Interno; en reiteradas ocasiones se programó la revisión por la

dirección al sistema de gestión de la calidad en donde una de las entradas al sistema es el análisis de los riesgos identificados y la forma de establecer controles para que estos no afecten el correcto desarrollo y el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

A la fecha de este informe no se ha generado ninguna acción correctiva, lo que está generando un desgaste administrativo al evidenciar que a pesar de que se identifican algunas situaciones por el asesor de control Interno no son analizadas, valoradas y corregidas.

Después de realizar un análisis del Mapa de Riesgos de 2017 identificados en la matriz de riesgos, se siguen presentando las mismas situaciones; a continuación se presentara la matriz de riesgos identificados para que se identifiquen por esta nueva rectoría y se programe con los líderes y la jefe asesora de planeación la actividad de valoración del riesgo y la estrategia de minimizar, trasladar o reducirlos.

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 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 pertenecía 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	<p>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).</p>	<p>No hay un adecuado aprovechamiento de los recursos destinados o que pueden ser utilizados en los procesos investigativos.</p> <p>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.</p>
Investigación	<p>Falta de seguimiento y control a la ejecución de los proyectos de investigación.</p>	<p>Incumplimiento en los indicadores de investigación.</p> <p>Ineficiencia en el aprovechamiento de Recursos.</p>
Investigación	<p>Inexistencia de reglamentaciones relacionadas con la protección de la propiedad intelectual o industrial de la institución.</p>	<p>Pérdida de derechos sobre la propiedad intelectual o industrial.</p>
Investigación	<p>Carencia en la generación de documentos que evidencien los resultados de los proyectos de investigación.</p>	<p>No se concretan los resultados de la investigación.</p> <p>Desconocimiento y falta de reconocimiento de los esfuerzos y recursos comprometidos en la investigación.</p> <p>Perdida de oportunidad de impactar en el medio.</p>
Proyección Social	<p>Inexistencia de un Portafolio de Servicios que recopile todas las actividades de Proyección Social.</p>	<p>Escaso conocimiento de las actividades de Proyección Social, ofertada por la institución.</p> <p>Se limitan las posibilidades de formación y capacitación requeridas por los distintos tipos de usuarios y ofertadas por la entidad.</p>
Proyección Social	<p>Incumplimiento de las actividades que propenden por el desarrollo de la Proyección Social institucional, en el Plan de Acción del Centro de Investigación y Relacionamento con el Sector Externo (CIRSE).</p>	<p>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.</p>
Servicios Académicos	<p>Inexistencia o inadecuado registro de la matrícula académica y financiera.</p>	<p>Información reportada erróneamente en los 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.	Empleados sin evaluación o empleados evaluados pero mal calificados. 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.
Gestión Documental	Pérdida de la Información sistematizada por falta de copias de seguridad. (Riesgo Expuesto a Materialización).	Perdida de información en las áreas o dependencias. Demora en la toma de decisiones por no disponerse de información clara, inmediata y confiable Utilizar tiempo extra en procesos de reconstrucción de información.
Gestión Administrativa	Inexistencia o desconocimiento de un plan de urgencias y emergencias.	Daños a las instalaciones físicas y pérdida de bienes. Lesiones o pérdidas humanas. Espacios no utilizables.
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.	Deficiencias en los procesos de autoevaluación o inconsistencias en la información. Desaprovechamiento de oportunidades de mejora. 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 adelantan 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 Publico (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.

Analisis de los estado de inventarios de muebles y sus respectiva actualización en el sistema Financiero institucional (SYSCAFE) Acta de bajas de inventarios por daño, perdida, deterioro u obsolescencia.

Se identifica por parte del comité que el asesor (Contratista) que acompañe el proceso de conversión vaya desde el principio (diagnostico) 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 previo 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 identificó cuáles fueron las necesidades institucionales para la aplicación de las NICSP.

Finalizando la vigencia 2017 se presentó informe de las actividades desarrolladas en cumplimiento de la formulación y aplicación de las Normas Internacionales de Información Financiera para el sector Público para la IES-CINOC así:

- Diagnóstico del instituto de caldas- cinoc
- Instructivo de depuración contable de la institución de oriente de caldas. Diciembre de 2017
- Instructivo para realizar las notas a los estados financieros
- Introducción y objetivo de políticas del cinoc
- Modelo de ficha de saneamiento contable. Agosto de 2017
- Política contable de beneficios a empleados del instituto de caldas
- Política contable de presentación de estados financieros del instituto del oriente de caldas
- Política contable de provisiones y contingencias del instituto de caldas

- Política de cuentas por cobrar del instituto de educación superior colegio integrado nacional oriente de caldas
- Política de cuentas por pagar del instituto de educación superior colegio integrado nacional oriente de caldas
- Política de efectivo y política de ingresos del instituto de caldas
- Política de inventarios del instituto de educación superior colegio integrado nacional oriente de caldas
- Política de propiedades planta y equipo del instituto de caldas.

Estado Actual de la No conformidades Producto de la Auditoria Certificadora COTECNA 2016

En auditoria 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 se presentaron para el cumplimiento y conformidad presentada por el Órgano Certificador en auditoria 2017

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 auditoria 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. (Abalada la acción de mejora por la Auditoria externa órgano certificador en auditoría de seguimiento realizada en el mes de Noviembre de 2017)

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. (Abalada la acción de mejora por la Auditoria externa órgano certificador en auditoría de seguimiento realizada en el mes de Noviembre de 2017)

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. (Abalada la acción de mejora por la Auditoria externa órgano certificador en auditoría de seguimiento realizada en el mes de Noviembre de 2017)

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. (Abalada la acción de mejora por la Auditoria externa órgano certificador en auditoría de seguimiento realizada en el mes de Noviembre de 2017).

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 en la vigencia 2016

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 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 interno 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, se tiene establecido para la transición de la Norma iso 9001:2015 actualizar los procesos, procedimientos y registros del SGC)

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 haberse 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. (se incluyeron en la matriz de riesgos anticorrupción para la vigencia 2017 este riesgo)

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)

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)

Estado actual de las No conformidades producto de la auditoria de seguimiento externa del
Órgano Certificador Vigencia 2017

A continuación se relaciona el estado actual de las No Conformidades producto de la auditoria Interna de seguimiento realizada por la Firma COTECNA para la vigencia 2017.

Descripción de la No Conformidad No. 01

La organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.

Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los Efectos de las no conformidades encontradas.

Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para:

c) evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir. d) determinar e implementar las acciones necesarias, e) registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4), y f) revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas

Evidencia Objetiva de la No Conformidad.

Se realiza revisión de cierre de la NC ½ generada por auditoria de seguimiento ½ del año anterior al numeral 5.6 de revisión por la dirección donde no se contempló la retroalimentación del cliente, dentro de los elementos de entrada por la revisión gerencial sin embargo revisando la evidencia de la implementación del plan de acción enviado a Cotecna no se ha realizado el mismo ni las actividades propuestas como la de realizar la revisión por la dirección en el año 2017 lo que no permite evaluar, hacer seguimiento y garantizar el cierre de la no conformidad detectada, incluyendo la eficacia de las acciones tomadas.

Se evidencia informe de riesgos de marzo 27 de 2017. Se evidencia plan de mejoramiento sin embargo a la fecha no se evidencia compromiso por parte de los líderes para el cierre de las acciones respecto al plan de mejoramiento y situación detectada en el análisis del mapa de riesgos ya que a la fecha no hay evidencia de los controles al análisis de riesgos ni acciones correctivas tomadas frente a dichas no conformidades.

Se evidencia informes de estado actual de la IES frente a los procesos e auditoria interna, auditoria de calidad y avances ante los organismos de control de sept 21 de 2017 sin embargo no hay evidencia de planes de acción ni determinación de causas raíz detectadas ante dichas no conformidades.

Descripción de la No Conformidad No. 02

Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe:

a) calibrarse o verificarse, o ambos, a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; cuando no existan tales patrones debe registrarse la base utilizada para la calibración o la verificación (véase 4.2.4)

Además, la organización debe evaluar y registrar la validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecte que el equipo no está conforme con los requisitos. La organización debe tomar las acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier producto afectado.

Deben mantenerse registros de los resultados de la calibración y la verificación (véase 4.2.4)

Evidencia Objetiva de la No Conformidad.

Instrumentos usados para los proyectos de investigación y medición en campo, están asegurados en el almacén los equipos son el GPS, clinómetro (altura de árboles), pie de rey, cintas diamétrica no se evidencia certificados de verificación y calibración de los equipos, tampoco la organización ha definido los intervalos para la calibración y/o verificación de los mismos.

Descripción de la No Conformidad No. 03

La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad.

Evidencia Objetiva de la No Conformidad.

No hay evidencia que la organización haya realizado la última revisión por la dirección en el año 2017, cuando claramente especifica en su procedimiento que la misma debe realizarse como mínimo una vez al año y la última realizada fue en junio de 2016

Descripción de la No Conformidad No. 04

La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable:

e) la implementación del seguimiento y de la medición, y

f) la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega del producto.

Evidencia Objetiva de la No Conformidad.

En el momento de la auditoria se evidencio en el registro de diplomas y actas de grado diligenciamiento en lápiz de un título otorgado con registro 188 del 05-09 de 2017 de Shirley Campuzano reyes con cedula 24.870.502 no se están diligenciando para todos los casos en el libro de actas la columna de el titulo otorgado, ni fecha del acta de grado ni jefe de registro diploma para los graduandos como los casos siguientes: Yeimy Paola Pamplona, Alexandra montes castaño ni Lina Paola Quintero.

Estado actual acciones de mejoramiento Producto de la Auditoría Contraloría 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)

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

Proyecto: JPHA
Digito: JPHA

38 Folios.