

500.03.01

**INFORME FINAL CONSOLIDADO AUDITORIA INTERNA AÑO 2017  
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DEL CAUCA  
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO (MECI 2014 - NTCGP 1000:2009- ISO 9001:2015)**

**OBJETIVOS DE LA AUDITORIA AÑO 2017 APROBADO EN COMITÉ DE CONTROL INTERNO.**

Verificar la gestión, eficacia y mejora de los procesos de la Institución Universitaria Colegio Mayor del Cauca, partiendo de la gestión y valoración de riesgos, haciendo énfasis en la efectividad de los controles asociados a dichos riesgos, con el fin de garantizar la aplicación de acciones de mejoramiento, preventivas o correctivas, dando cumplimiento a los requisitos técnicos, legales, de los clientes y la Institución.

**ALCANCE DE LA AUDITORIA AÑO 2017 APROBADO EN COMITÉ DE CONTROL INTERNO.**

Para el ciclo de auditorías del año 2017, se auditarán Todos los procesos de la Institución Universitaria Colegio Mayor del Cauca, en sus tres sedes: Claustro la Encarnación - Casa Obando - Edificio Bicentenario, con la participación de funcionarios, contratistas- docentes. Periodo comprendido de junio de 2016 a mayo de 2017.

**PREPARACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORIA:** 16 de enero - 20 de abril de 2017.

**REALIZACIÓN DE LA AUDITORIA:** 26 de junio al 21 de julio de 2017.

**AUDITORES:** Gloria Ximena Hurtado Paredes, Orietta Rincón, Mabel Rocío Bolaños Toro, Fredy Vidal Alegria, Carlos Arboleda y Fabián Hurtado Mosquera.

**EXPERTOS TECNICOS:** Ricardo Riomalo Rivera.

**OBSERVADOR:** María Clara Rodríguez, Mildred Caicedo, Diego F. Alegria, Claudia L. Muñoz Gómez, John Jairo Perafán R., Nancy Mejía Forero, Jennifer Gaviria Martínez, María J. Chilito, Libia María Perafán, Alizon Carolina Hidalgo, Dahyana A. Solís, Diana C. Caicedo y Alexander Salazar.

**RESPONSABLE DEL PROCESO DE AUDITORIA:** Jefe Asesor de Control Interno.

**Auditor líder asignado al proceso:** Fabián Hurtado Mosquera.

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

1. Aprobación del plan de auditoria con la asignación de auditores, expertos técnicos y observadores por proceso. Evidencia: Plan de Auditoria Aprobado.
2. Se comunicó en el mes de mayo la ejecución de la Auditoría Interna 2017 mediante publicación en la Página Web en la sección de noticias, comunicación y divulgación de la Auditoría Interna 2017,

500.03.01

por medio de los canales de comunicación Institucional: Página Web en la sección de noticias, Correos Institucionales, por parte de la contratista de Comunicaciones, donde se detallaban las de fechas, horas y procesos a auditar del 26 de mayo al 21 de junio.

3. Con el fin de garantizar la adecuada planificación de las auditorías en concordancia con el alcance aprobado, se convocó a reunión con el equipo auditor el día 23 de mayo de 2017 en el Auditorio la Encarnación, para presentar el programa de auditoría y asignar los procesos a auditar así como la fecha y hora, asisten 11 integrantes del equipo auditor. Evidencia: Listado de asistencia.
4. Se desarrolló la etapa de planificación de la auditoría por parte de los auditores y se revisaron las listas de chequeo, previa realización por parte de la auditora líder.
5. Se revisó toda la documentación del SGI y la normatividad aplicable a los procesos, especialmente la relacionada con la Planificación de Riesgos (Mapas de Riesgos).
6. Se realizó reunión de apertura el día 26 de mayo en sala de juntas de rectoría, asistieron 16 funcionarios.
7. Para verificar la conformidad del Sistema de Gestión Integrado (SGI) frente a los criterios de auditoría definidos en los planes de auditoría, se realizaron muestreos selectivos en cada uno de los procesos.
8. Se cumplió en general con los tiempos programados para el ciclo de auditorías 2017.
9. Se hizo seguimiento a los Mapas de Riesgos, Acciones correctivas y Oportunidades de Mejora identificadas en la auditoría anterior.
10. Como resultado de la auditoría se identificaron 37 No Conformidades, las cuales fueron entregadas a cada líder de proceso. Evidencia: Informe firmado. 4
11. Se realizó reunión para evaluar el proceso de auditorías y unificar hallazgos con el equipo auditor y expertos técnicos el día viernes 24 de junio de 2016, evidencia: Evaluaciones.
12. Se hizo análisis de la información y se elaboró el presente informe.

## MÉTODO DE AUDITORIA

**Entrevista:** De acuerdo a lista de chequeo y considerando los participantes de los procesos

**Revisión Documental:** De acuerdo a lista de chequeo y considerando la documentación existente y generada en la organización, incluye documentos externos.

**Verificación in situ:** De acuerdo a lista de chequeo, realizando recorrido por las diferentes áreas y lugares de trabajo, observando actitudes y condiciones de las áreas de interés y del personal.

**Muestreo:** Determinación de muestras selectivas y aleatorias aplicadas a los entrevistados por proceso, parque automotor y documentación.

## FORTALEZAS ENCONTRADAS

1. En la ejecución de la auditoría al Proceso de Direccionamiento, se evidenció que la Metodología utilizada para la construcción del Plan de Desarrollo Institucional (PDI) 2016-2020, fue abordada desde los estamentos académicos, docentes, las apreciaciones de egresados, del sector productivo y sobre los lineamientos del Ministerio de Educación

- Nacional, siendo así participativa, analizando las necesidades de sus partes interesadas de primera mano. Se generaron matrices DOFA del trabajo ejecutado proceso por proceso de la institución.
2. La gestión, destinación de recursos y lineamientos encaminados al fortalecimiento del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, como la aplicación del sistema de gestión ambiental.
  3. La Metodología y estructuración para la actualización del Plan de Educación Institucional.
  4. El seguimiento y actualizaciones realizadas al plan de capacitación y formación docente.
  5. El seguimiento y cargue oportuno de la información a el SNIES.
  6. El trabajo realizado al seguimiento y medición del Plan de Desarrollo Institucional, Planes Operativos Anuales e Indicadores de Gestión, las cuales permiten la revelar y visualizar los resultados reales alcanzados al cumplimiento de metas y objetivos esperados por la Institución.
  7. El acompañamiento en la elaboración de matrices DOFA por proceso de la institución.
  8. Los responsables del proceso demuestran competencia en la gestión y valoración de riesgos y en las diferentes actividades del ciclo PHVA del proceso.
  9. El uso permanente del aplicativo software para la gestión y valoración de riesgos que garantiza la eficiente gestión documental del proceso respecto a este aspecto.
  10. La realización y ejecución de proyectos para el logro de los objetivos y metas establecidas, en cuanto a la autoevaluación con fines de acreditación, identificación de las líneas de trabajo, competencias genéricas y específicas de los programas de la facultad de Administración e Ingeniería.
  11. La revisión, y ajuste a los planes de estudio de los programas de acuerdo con los resultados de la autoevaluación, y su socialización con los estudiantes, como se realizó en la especialización de alta gerencia. La gestión realizada por la Facultad para promocionar sus programas tecnológicos, profesionales, de posgrado ha permitido mantener e incrementar el número de estudiantes adscritos a la facultad.
  12. El ajuste en la contratación de docentes de cátedra con el fin de incrementar el número de docentes de tiempo completo que fortalece el proceso misional de docencia realizada por las tres facultades..
  13. La ejecución del plan de evaluación de los trabajos de grado donde se redefinieron jurados, revisaron tutores, se establecieron nuevos temas y se definieron nuevos plazos para la entrega de trabajos, para los trabajos que se encontraban represados como para los que ingresaban, agilizando así el proceso y dando respuesta a las necesidades de las partes interesadas por parte de la Facultad de Arte.
  14. Las acciones de mejora encontradas respecto a la gestión del proceso permite evidenciar el fortalecimiento de los procesos de docencia, investigación, proyección social e internacionalización, respecto de la facultad de Arte.
  15. Los resultados en el proceso de investigación e internacionalización que permiten evidenciar el fortalecimiento de los procesos misionales de la institución.
  16. La revisión, y ajuste a los planes de estudio de los programas de acuerdo con los resultados de la autoevaluación, y su socialización con los estudiantes, como se realizó en el programa de Ingeniería Informática de la Facultad.

17. El liderazgo y compromiso de los responsables del proceso frente a la administración de riesgos del proceso y su manejo en el aplicativo del sistema de gestión integrado (SGI).
18. La gestión, identificación y propuesta de las facultades relacionada con la oferta de cursos, talleres, seminarios y diplomados que forman parte de la educación continuada de la Institución, para el presente periodo académico.
19. El seguimiento realizado a los docentes en las aulas de clase permitiendo evaluar las situaciones especiales que se presentan en la facultad de Ingeniería, fortaleciendo el proceso de evaluación docente, para la toma de decisiones.
20. Presentación de la propuesta Música en el Ser, como electiva para los programas de la Universidad. Donde se proponen 4 ejes Temáticos a tratar: Apreciación de la Música, Técnica Vocal, Música descriptiva y Ensamble de percusión. Las cuales están incluidas en la malla curricular de Arte Mayor.
21. La estrategia realizada para bajar el costo de las horas de los docentes, quedando con las horas mínimas requeridas en Arte Mayor.
22. El trabajo en equipo y la gestión realizada desde el proceso de Bienestar Universitario, mediante convenio para desarrollo de prácticas deportivas para los estudiantes de programas regulares y de extensión, así como la ampliación del servicio de salud para los estudiantes de programas regulares, curso de extensión de inglés y docentes.
23. Se evidencia la actualización del procedimiento de inscripción, admisión y matrícula, el cual permite tener un mayor control sobre los documentos que se reciben en Admisiones, así como los requisitos para realizar el proceso, tanto para programas regulares, como cursos de extensión y programas de posgrado.
24. El uso de las herramientas tecnológicas como mecanismo de promoción e información actualizada de la oferta académica institucional y el acceso ágil de los aspirantes a los programas a través de los aplicativos desarrollados al interior de la institución, en articulación con el subproceso de Gestión de Recursos Tecnológicos.
25. Existe una actividad de articulación con Comunicaciones para dinamización en la página web del link de PS así como establecimiento de estrategias de mercadeo para impactar a estudiantes de colegios y comunidades que intervienen.
26. Articulación con programas académicos permite que los proyectos de PS sean pertinentes.
27. Revisión y Análisis de indicadores solicitados por el Men, como un reflejo de la normativa que debe cumplirse.
28. En articulación con BU y Admisiones se están trabajando proyectos de vida y carrera, así como la promoción de la oferta académica para atraer estudiantes a la institución.
29. Se pudo verificar la oportuna y eficaz respuesta a las solicitudes y requerimientos realizados por las partes interesadas.
30. El seguimiento realizado a la labor docente en cuanto a cumplimiento y syllabus establecidos en la estructura del programa que fortalecen el proceso misional del sistema.
31. Se pudo evidenciar la proactividad y apropiación del proceso por parte de la asesora de investigaciones, así como la innovación de actividades para el fortalecimiento del mismo.
32. La implementación del Plan Institucional de Archivo y la proyección de la Circular 007 de 2017, sobre la responsabilidad de los servidores públicos frente a los documentos de archivo.

33. Las capacitaciones realizadas a los líderes de proceso involucrados en el proceso de adquisición de bienes y servicios, para conocer sobre la responsabilidad de supervisores e interventores, estudios previos, elaboración de los mismos, modalidades de contratación, pliegos de contratación, contratos estatales.
34. Las capacitaciones en contratación estatal, Instrucciones de la agencia Colombia Compra, SECOP 2, explicaciones al nuevo régimen de los contratos con entidades sin ánimo de lucro que adelantan la Secretaría General y el profesional de apoyo en contratación.
35. El seguimiento a la ejecución presupuestal y avance de los contratos, a través de los informes entregados a la Secretaría General por parte de los supervisores de los mismos.
36. El proyecto de Plan de mantenimiento institucional, con el apoyo del ingeniero José Rafael Guevara, el cual permitirá establecer un plan de trabajo para el periodo de PDI 2016-2020, que garantice el mantenimiento de las instalaciones existentes y el proyecto de la sede Bethelemitas.
37. Se evidenció que la Institución ha celebrado contrato "implementación del servicio del sistema integrado de información financiera y parametrización" por \$48.720.000, con el fin de contar con un nuevo software financiero que permitirá controlar y mantener la información de una forma más oportuna y prestar mejores servicios a los usuarios externos e internos tanto del proceso como de la institución, proyecto que requiere del acompañamiento de las líderes de los subprocesos con el fin de obtener un producto efectivo para la administración institucional, como: integrar la información académica con la información financiera generada a partir de los trámites de matrícula, permitiendo así contar con información contable conciliada oportunamente.
38. La operación y puesta en marcha del sistema de información (SITH), que facilita la gestión del proceso y controla algunos riesgos derivados de la vinculación docente.
39. Se pudo verificar la oportuna y adecuada actualización de las normas pertinentes para el propósito de la institución.
40. El liderazgo y compromiso de los responsables del proceso respecto al pensamiento basado en riesgos y frente al sistema de gestión integrado de calidad.
41. Se evidencia que dentro del proceso de Gestión de Recursos tecnológicos el equipo de desarrollo de software ha generado aplicativos que dan respuesta a muchas necesidades institucionales.
42. Se observa que el equipo de trabajo está cohesionado y mantiene una comunicación constante que permite solucionar los problemas oportunamente.
43. Se observa una retroalimentación constante entre los miembros del equipo de trabajo.
44. La actitud proactiva de la líder del proceso de comunicaciones en querer innovar.
45. El seguimiento periódico que se realiza a los procesos jurídicos activos de la Institución.

#### OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. Teniendo en cuenta la importancia del procedimiento de Autoevaluación con fines de acreditación, se recomienda ajustar los tiempos de ejecución de actividades programadas dentro del POA.

2. Se deben establecer estrategias que ayuden a promover la participación de estudiantes y docentes en las distintas oportunidades que ofrece el procedimiento de movilidad de la Institución.
3. La institución cuenta con un sistema de indicadores que permiten evaluar la pertinencia del sistema de gestión integrado, sin embargo, estos indicadores no están articulados de manera cohesiva con los indicadores que plantea el proceso de autoevaluación con fines de acreditación. Es importante el desarrollo de un sistema de información que permita gestionar de manera articulada los indicadores con fines de acreditación de los programas y los correspondientes a la gestión de cada proceso.
4. Aunque las facultades cuenta con sus riesgos establecidos, se recomienda que con las nuevas directrices establecidas desde la Alta Dirección y las actualizaciones a realizar en el PEI, se redefinan los riesgos y se analicen nuevas actividades de tratamiento a los mismos.
5. Si bien se encontraron dentro de la auditoria acciones pertinentes, tomadas como mejoramiento del proceso, algunas no se han registrado en el aplicativo de acciones del SGI, lo que imposibilita la medición en cuanto a su eficacia.
6. Aunque se encontró evidencia respecto a la actualización de los riesgos para proceso docencia, falta ajustar la identificación de riesgos para el proceso de extensión - educación Continua en las tres facultades.
7. Realizar ajustes a los riesgos identificados y valorados del proceso, con el fin de que se alineen y actualicen a los cambios realizados al mismo y al nuevo PDI 2016-2020. Se hace necesario y prioritario adicionar el riesgo en cuanto a la disminución de la demanda de inscritos en Arte Mayor.
8. Aunque el proceso de Bienestar Universitario cuenta con sus riesgos establecidos, se recomienda que con las nuevas directrices establecidas desde la Alta Dirección y las actualizaciones a realizar en el PEI, se redefinan los riesgos y se analicen nuevas actividades de tratamiento a los mismos.
9. Los controles establecidos para los riesgos de identificados en el subproceso de registro y control de las facultades no se encuentran documentados. Podría evidenciarse la estandarización en la aplicación de estos controles por parte de las auxiliares administrativas de las facultades, si estuvieron documentados.
10. Se ha establecido un mecanismo de control para salvaguardar la información digital generada por la Institución, mediante la implementación del Own Cloud para todos los procesos. Se hace pertinente establecer un mecanismo que permita salvaguardar la información física que se genera en todos los archivos de gestión.
11. Las acciones de tratamiento a los riesgos del proceso en muchas ocasiones son compartidas con otros procesos. En el caso de Admisiones, se hace necesaria una articulación con el proceso de Gestión de Recursos Tecnológicos, para garantizar que esas acciones puedan ser efectivas. De igual manera, todas las acciones que requieren articulación deben ser compartidas e informadas a los líderes de los procesos involucrados.
12. Es necesario que el modelo operativo del subproceso de Admisiones articule sus actividades del PHVA con Bienestar Universitario y Gestión Financiera y Contable, en cuanto al manejo de los créditos educativos.

13. Los proyectos de mejora documentados por el subproceso en el aplicativo de acciones, requieren una mejor redacción que permita evaluar el cumplimiento de las acciones establecidas.
14. Según los resultados del indicador Admitidos no matriculados, se evidencia un incremento considerable en los últimos cinco periodos académicos (1% I-2015; 2% II-2015; 6% I-2016; 15% II-2016; 24% I-2017). Teniendo en cuenta que la meta establecida es 10%, se hace necesario realizar un análisis de estos resultados que permita tomar acciones de mejora.
15. Se hace necesario realizar una actualización de la documentación del proceso de Proyección Social, que refleje la nueva dimensión del mismo, según los proyectos establecidos para el nuevo PDI 2016-2020.
16. Es pertinente revisar la matriz de riesgos identificados y actualizarlos para el proceso, de acuerdo a la nueva dimensión de la Proyección Social institucional.
17. Mejorar la redacción de los riesgos establecidos de tal manera que se identifiquen los riesgos específicos propios del proceso
18. A pesar que la institución cuenta con un aplicativo software para la gestión de los riesgos, este sistema aún no se está utilizando por parte de los responsables del proceso, no obstante si existe un archivo de Excel que permite evidenciar la administración y manejo de riesgos del proceso.
19. Aunque se encontraron acciones pertinentes tomadas para garantizar la adecuada prestación del servicio frente a la capacidad física instalada, éstas no se han registrado en el software definido por la institución para la gestión de acciones preventivas y correctivas.
20. Al verificar el seguimiento al convenio 6-81-2015 celebrado con la Universidad del Cauca se evidencia que no se ha ejecutado en su totalidad, lo que podría ocasionar incumplimiento de las obligaciones pactadas y posible multa, se recomienda buscar soluciones para evitar sanciones de tipo pecuniario.
21. Se verificó dentro de la auditoría que la líder del proceso conoce del SGI, pero falta el manejo del mismo.
22. Replantear los riesgos relacionados con la disponibilidad de material bibliográfico con el que cuenta la institución, relacionados en los riesgos números 376 y 377 del aplicativo de riesgos institucional, los cuales por sus características pueden fusionarse. De igual manera se podría realizar la actividad con los demás riesgos identificados del proceso.
23. Fortalecer la publicidad y comunicación a los estudiantes de la actividad denominada Biblioteca al patio, en articulación con el proceso de Comunicación y las facultades, para la mayor participación de los estudiantes.
24. Fortalecer la articulación con las facultades y sus docentes, como apoyo a la formación del usuario en cuanto al uso de la biblioteca, de igual manera fomentar la participación en los talleres de lectura por parte de los estudiantes.
25. La revisión y ejecución de las actividades a desarrollar por el proceso de evaluación y seguimiento en cada una de las etapas del ciclo PHVA con el fin de dar cumplimiento a la normatividad aplicable a las oficinas de control interno.
26. El fortalecimiento en el conocimiento y la aplicación de la metodología relacionada con los riesgos permitirá orientar de manera adecuada a los responsables de los procesos en su identificación, valoración y tratamiento adecuados.

27. La organización de las evidencias del proceso conforme a las directrices dadas por el proceso de gestión documental tanto físico, digital y electrónico permitirá el control de la gestión del mismo.
28. Es necesaria la revisión continua de la normatividad aplicable al proceso, con el fin de dar respuesta oportuna a los requerimientos aplicables en materia de control interno y contar con una planificación de la aplicación de dichas normativas.
29. Es indispensable continuar con la actualización de TRD del proceso de Docencia, para lograr un mejor manejo de la información que en este reposa.
30. Realizar ajustes a los riesgos identificados y valorados del proceso de Gestión Documental, de acuerdo a las actualizaciones y cambios realizados al mismo.
31. Los riesgos relacionados con los supervisores s y condiciones de elegibilidad de contrato podrían fusionarse, ya que de la manera como están definidos tienen los mismos controles y acciones de tratamiento.
32. Se hace necesario actualizar el formato de control de recepción de documentos, de acuerdo a la funcionalidad del proceso, para garantizar la medición y análisis del indicador asociado.
33. Se ha identificado un riesgo relacionado con el incumplimiento de los tiempos de entrega de los bienes y servicios adquiridos por la institución. Se hace conveniente definir el riesgo de incumplimiento por parte de la institución para el desarrollo de los contratos, así como el cumplimiento de los convenios suscritos.
34. Aumentar las competencias en administración del riesgo a través de la capacitación a las responsables de los subprocesos de gestión presupuestal, gestión contable y gestión de tesorería teniendo en cuenta como elemento esencial los diferentes contextos: institucional, local, regional, nacional utilizando las herramientas o metodologías actualizadas sugeridas por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
35. Se tiene como actividad de tratamiento frente al riesgo de tesorería "manejo de recursos" una póliza o seguro con cobertura del 5,56% sobre los recursos actualmente manejados por las responsables de los recursos financieros que alcanzan 2.900 millones invertidos en CDT. y 6.000 millones en cuentas corrientes y de ahorro institucionales.
36. Desde el subproceso de tesorería, se evidenció la decisión de invertir en Banco Caja Social sin embargo este tiene dos calificaciones (triple A) AAA para bonos ordinarios y AA+ (doble A más) a los bonos subordinados, el procedimiento de Inversiones de liquidez indica que la inversión se realizará en instrumentos triple A (AAA), requiriendo ampliar o aclarar esta exigencia, ya que podría generar confusión al momento de decidir.
37. A pesar que la institución cuenta con un aplicativo software para la gestión de los riesgos, este sistema aún no se está utilizando por parte de los responsables del proceso, no obstante si existe un archivo de Excel que permite evidenciar la administración y manejo de riesgos del proceso.
38. Aunque se encontraron acciones pertinentes tomadas para garantizar el control del archivo de gestión documental, éstas no se han registrado en el software definido por la institución para la gestión de acciones preventivas y correctivas.

500.03.01

39. Al solicitar el formato control de acceso a salas de cómputo 104.04.02.01.02.02R.02, se pudo evidenciar que ya no se utiliza se recomienda revisar y actualizar los formatos y documentos subidos al SGI de su proceso
40. Se pudo observar que el grupo de trabajo continuamente está haciendo actividades para dar respuesta a requerimientos de las partes interesadas pero estas no son documentadas se recomienda documentar todas las acciones de mejora que constantemente se realizan en el proceso, así como revisar y actualizar los riesgos del proceso.
41. Al interrogar a la auditada sobre los diferentes aspectos del SGI se observó que ella desconoce muchos de los mismos, se recomienda interactuar constantemente con el sistema con el fin de conocer el funcionamiento de éste y apoyarse en los procesos que tienen relación directa con el sistema.
42. Se evidencia que el proceso desarrolla diferentes actividades para el cumplimiento de las necesidades de las partes interesadas, los cuales no se encuentra documentos, se recomienda documentar y subirlas al sistema.
43. Se recomienda que al cierre de cada semestre, se entregue el informe a la Alta Dirección, sobre las actuaciones o seguimientos realizados por parte de la Secretaria General.

#### REPORTE DE HALLAZGOS

Procesos /subprocesos	Elemento	Descripción	NC M	O b s
Planeación Estratégica - Planeación Académica	ISO 9001:2015 7.5 Información documentada.  MECI:2014 Componente Direccionamiento Estratégico.  NTCGP 1000:2009 4.2.3 Control de documentos.	No se evidencia al momento de la auditoría el acto administrativo por el cual se realizaría una modificación a la Resolución No. 620 de 2013, relacionada con el tiempo de periodicidad de reuniones que trata el Artículo 5 de la misma.	X	
Planeación Estratégica - Planeación Académica	ISO 9001:2015 10. Mejora  MECI:2014 2.3.1 Plan de Mejoramiento.  NTCGP 1000:2009 8.5 Mejora.	No se evidencia la documentación de acciones de mejoramiento en el proceso.	X	

<p>Docencia FCSyA</p>	<p>ISO 9001:2015 6.1 Acciones para abordar Riesgos y Oportunidades</p> <p>MECI:2014 1.3 Componente Administración del Riesgo</p> <p>NTCGP:1000 4.2.4 Control de Registros</p>	<p>Se evidencia que aunque se cuenta con la hoja de trabajo en Excel de la matriz de Riesgos, la facultad no ha documentado los riesgos en el aplicativo, por lo cual se deben documentar en el aplicativo de riesgos del Sistema de Gestión Integrado (SGI.) con el que cuenta la institución para su administración y seguimiento.</p>	<p>X</p>	
<p>Docencia FCSyA</p>	<p>ISO 9001:2015 10. Mejora.</p> <p>MECI:2014 Componente 2.2 Auditoria Interna</p>	<p>No se evidencia la documentación de acciones de mejora para el proceso, en el aplicativo de acciones del SGI.</p>	<p>X</p>	
<p>Registro y Control Académico FCSyA.</p>	<p>ISO 9001:2015 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio</p> <p>9.1.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación</p>	<p>FCSA: Gestión Financiera Carlos Andrade, Laboratorio Contable, (20-05-2017) revisión 2-06-2017 No hay correo Ivonne Enriquez, Proceso Administrativo (25-05-2017) Terminó módulo Rodrigo Ordoñez, Asesoría Proyecto de grado (25-04-2017) No tiene revisión</p> <p>Esp Alta Gerencia Wilfred Rivera, Prospectiva Regional y Local (10-06-2017) Terminó módulo José Ricardo Solano, neuromarketing (05-05-2017) Terminó módulo. Revisado María del Carmen Collazos, Gerencia Organizacional (13-05-2017) Terminó módulo. No se revisó. Diego Guevara, Seminario de Investigación (04-03-2017) Falta el fin de semana del 10-03, 11-03 no tiene revisión.</p> <p>Gestión Empresarial Néstor Vallejo, Comercio Exterior (24-05-2017) Lo revisó la coord. Rocío y se habló con el docente para confirmar que el examen se realizó en la fecha. No aparecía registrado como final</p>	<p>X</p>	

		<p>Yony Pérez, Gestión de la Producción III (05-06-2017) Revisado</p> <p>Héctor Tafur, Desarrollo Local (01-06-2017) Revisado</p> <p>Según la revisión realizada se evidenció que dos docentes no registraron las sesiones de clase hasta la fecha correspondiente.</p> <p>No se realizó la revisión por parte de los coordinadores a tres de los docentes revisados.</p>		
Registro y Control Académico FCSyA.	ISO 9001:2015 10. Mejora	No se evidencia la documentación de acciones o proyectos de mejora en el aplicativo de acciones del SGI	X	
Registro y Control Académico Docencia y Extensión FAYD	ISO 9001:2015 7.5.3 MECI :2014 Componente Información.  NTCGP:1000 4.2.4 Control de Registros	Al revisar las bitácoras sobre el registro de las clases, se encontró que estas no estaban completamente diligenciadas, contraviniendo lo establecido por la institución en el procedimiento.	X	
Registro y Control Académico Docencia y Extensión FI.	ISO 9001:2015 .5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio	<p>Se realizó una revisión selectiva de las bitácoras docentes, y se obtuvo el siguiente resultado:</p> <p>Facultad Ingeniería:</p> <p>Ingeniería Informática, docente María Isabel Vidal. Componentes de módulo Estructura de Datos Lineales (24-04-17); Arquitectura y Diseño SW (26-04-17); Sistemas Expertos (03-04-17); Sistemas Distribuidos (28-04-17); Lenguajes Formales (24-04-17).</p> <p>Ingeniería Informática, docente Rubén Camacho. Componente de módulo Teoría de Grafos (23-05-17).</p> <p>Desarrollo de SW, docente Hugo Manzano. Componente de módulo Cálculo Integral (28-04-17).</p> <p>Desarrollo de SW, docente Paulo Paz. Componente de módulo Técnicas de Comunicación (05-06-17).</p> <p>De cuatro bitácoras revisadas, tres no se encuentran al día en el registro de las sesiones de clase dictadas hasta la fecha, presentando incumplimiento al numeral 8.5.1</p>	X	

Proyección Social	ISO 9001-2015 10 Mejora.	No se evidencia la documentación de acciones o proyectos de mejora en el aplicativo de acciones del SGI	X	
Extensión Ingles	NTC-ISO 9001:2015 7.5.3  MECI-2014 COMPONENTE INFORMACION  NTC-ISO 9001:2015 7.5.3	Al requerir a la auxiliar administrativa sobre la formalización de la entrega del puesto de trabajo a causa del traslado de dependencia, se presenta como evidencia un documento denominado "Acta de entrega de elementos oficina secretaria casa Obando", cuyo contenido contraviene el formato codificado bajo la serie 200.09.07.03.04.R.17 - Acta de entrega de puesto de trabajo, establecido por la institución para la relación de los asuntos de su competencia y el estado de cada uno de ellos.	X	
Inverstigaciones	ISO 9001-2015 7.1.6.	Al preguntar: Conoce el procedimiento establecido por la institución para la administración del riesgo? La lider del proceso no pudo ubicar en el sistema el procedimiento para Gestión del Riesgo Ubicado en el proceso de Planeación estratégica.	X	
Inverstigaciones	ISO 9001-2015 9.1.1.	Se pudo evidenciar que existen indicadores a los cuales no se les ha realizado seguimiento y que no evalúan el desempeño del proceso.	X	
Inverstigaciones	ISO 9001-2015 10.1	Se pudo evidenciar acciones de mejor desde el proceso pero estas no se encuentran documentadas en el aplicativo SGI.	X	
Evaluación y Seguimiento	NTC ISO 9001:2015 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades MECI - 1.3 Componente administración del Riesgo	Al revisar el procedimiento para la administración del riesgo se evidencia que este se encuentra desactualizado frente a los lineamientos de las políticas de administración del riesgo establecidas en el MECI 2014.  Evidencia: documento con fecha de actualización 29/09/2016 versión 4.	X	
Evaluación y Seguimiento	NTC ISO 9001:2015 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades  MECI - 1.3 Componente administración del Riesgo	No se evidenció el acto administrativo o documento en donde se definen o se adoptan las políticas de administración del riesgo por parte de la Entidad.  Evidencia: En el acta de enero 2017 no aparece la aprobación al mapa de riesgos 2017 para aprobación.	X	

500.03.01

Evaluación y Seguimiento	<p>NTC ISO 9001 7.5.3</p> <p>Ley general de archivos</p> <p>NTCGP1000: 4.2.3</p>	<p>No se evidencia que se apliquen los lineamientos de gestión documental en cuanto al archivo de los documentos de gestión tanto físico como digital (se manejan memorias), no se cuenta con organización de expedientes.</p>	X	
Evaluación y Seguimiento	<p>NTC ISO 9001:2015 9.2.2 – 10</p> <p>Componente 2.2 Auditoría Interna</p> <p>NTCGP 1000: 8.5</p>	<p>No se evidencian Acciones derivadas de los ciclos de auditorías anteriores que permitan la mejora del proceso.</p>	X	
Evaluación y Seguimiento	<p>NTC ISO 9001:2015 9.2.2</p> <p>Componente 2.2 Auditoría Interna</p> <p>NTCGP 1000: 8.2.2</p>	<p>Al revisar la aplicación del procedimiento de Auditorías internas código 500.01.03.01.P03 versión 7, se evidenció la no realización de las siguientes actividades:</p> <p>Actividad planificación envío de información a los líderes de proceso y contratistas del Plan Anual de Auditoría con 15 días de anticipación; Evidencia: correo a Comunicaciones 15 de mayo auditoría a realizar el 25 de mayo incumpliendo los tiempos establecidos.</p> <p>Actividad relacionada con las hojas de trabajo, en lo que corresponde a la revisión antes de la ejecución de la auditoría.</p> <p>No se cuenta con evidencia del seguimiento al Programa de auditoría, se cuenta con el formato 500.02.01.03. R08, el cual no ha sido diligenciado para la finalización del ciclo de la vigencia 2016.</p>	X	
Evaluación y Seguimiento	<p>NTC ISO 9001:2015 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades</p> <p>MECI - 1.3 Componente</p>	<p>Al evaluar el mapa de riesgos proceso de evaluación y seguimiento, se observó que no se presenta actualización de los controles y las acciones desde la vigencia 2015, al igual que los riesgos presentados en mapa 2017 no están alineados al contexto de la organización documentado en el PDI 2016-2020.</p>	X	

500.03.01

	administración del Riesgo			
Evaluación y Seguimiento	NTC ISO 9001:2015 9.2.2  Componente 2.2 Auditoria Interna  NTCCGP 1000: 8.2.2	Se observó al revisar el procedimiento de auditorías internas código 500.01.03.01.P03 Versión 7 del 14 de agosto de 2015, que en este documento no se establece la identificación de los riesgos para el programa de auditoria; se cuenta con documento en Word en donde referencia el mapa de riesgos del proceso de evaluación y seguimiento pero no registra riesgos relacionados con la planificación (alcance y los objetivos del programa de auditoria), la selección del equipo auditor, los registros y controles, seguimiento y la revisión del programa de auditoría tal como lo establece la NTC ISO 19011:2012.	X	
Evaluación y Seguimiento	NTC ISO 9001:2015 9.2.2  NTC ISO 19011:2012 -5.4.4  Componente 2.2 Auditoria Interna	Al solicitar la evidencia relacionada con la competencia del equipo auditor se encontró que no se cuenta con un registro relacionado con la selección de los miembros del equipo auditor, así como una organización de la hoja de vida de los auditores y observadores que garantice la competencia y el cumplimiento de los objetivos y el alcance de la auditoria.	X	
Evaluación y Seguimiento	Decreto 648 de 2017 Artículo 2.2.21.1.6 Funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Literal c	Al revisar el procedimiento de auditoria Interna se evidenció que este no establece el código de ética del auditor.	X	
Evaluación y Seguimiento	Decreto 648 de 2017	Se evidencio que a la fecha de la presente auditoria no se han realizado los siguientes informes:  Informe Pormenorizado 2016: Número de informes a reportar 3. No se evidencia publicación. Informe pormenorizado 2017: Marzo presenta error en su denominación en página.  Informe semestral de pqrs: No se ha realizado - 2016 y 2017.	X	

		<p>Evaluación de la gestión por áreas según ley 909 informe de validación evaluación independiente - 2015, informe de validación independencia no se realizó con la ley 909, con el nuevo decreto y en articulación POA talento humano cuarta semana de enero no se entregó.</p> <p>Informe seguimiento plan de mejoramiento contraloría: No presenta evidencia.</p> <p>Informe sobre actos de corrupción.</p>		
Evaluación y Seguimiento	<p>Capítulo 5 de las estrategias para la construcción del plan anticorrupción y atención al ciudadano</p>	<p>Al revisar la publicación en página institucional relacionada con el seguimiento y control del Plan anticorrupción, se evidencio el no cumplimiento de su publicación en las siguientes fechas 31 de enero, abril 30, agosto 31 y diciembre 31.</p> <p>Evidencia: publicación del seguimiento 2015 abril y agosto faltante enero, diciembre, no se cuenta con seguimiento en página del plan anticorrupción 2016, 1er seguimiento de 2017 enviado 15 de mayo a comunicaciones, fechas faltantes 31 de enero, 30 de abril.</p>	X	
Evaluación y Seguimiento	<p>Decreto 1537 de 2001 artículo 3</p>	<p>No se evidenció la comunicación efectiva relacionada con el seguimiento y evaluación que se realiza por parte del responsable de la oficina de control interno frente a las acciones de mejoramiento a implementar en el MECI, con los funcionarios responsables del sistema de gestión integrado y la alta dirección.</p> <p>Plan de mejoramiento: No se encuentra documentado, no se sacó un plan de mejoramiento relacionado con la evaluación realizada al modelo.</p>	X	
Evaluación y Seguimiento	<p>NTC ISO 9001:2015 9.2.2</p> <p>Componente 2.2 Auditoria Interna</p> <p>NTCGP 1000: 8.2.2</p>	<p>Al verificar con el informe de auditoría del ciclo 2016 relacionado con el proceso de evaluación y seguimiento se evidencio que la no conformidad relacionada con la documentación de acciones correctivas y preventivas no se encuentra documentada para el proceso.</p>	X	

Evaluación y Seguimiento	1.3.3 Análisis y valoración de los riesgos.	No se cuenta con un informe en donde se evidencie evaluación objetiva sobre la administración del riesgo, valoración y los controles (pertinencia del mapa).		
Gestión Documental	ISO 9001:2015 9.2.2. Literal e. y 10.  MECI:2014 Componente 2.2 Auditoria Interna  NTCGP 100:2009 8.2.2 Auditoria Interna	No se evidencia al momento de la Auditoria, que el responsable del proceso, haya realizado acciones correctivas necesarias, para eliminar las no conformidades derivadas de los hallazgos encontrados en el ciclo de auditoria 2016.	X	
Adquisición de Bienes y Servicios	ISO 9001:2015 7.5.3.1 Control de la información documentada	En el proceso de auditoria se evidenció la siguiente no conformidad:  Contrato 51 -2017: No tiene formato de control de tiempos de entrega. Contrato 68-2017: No tiene formato de control de tiempos de entrega. Contrato 33-2017: No tiene formato de control de entrega. No se tiene trazabilidad porque se realizó directamente el estudio de conveniencia en la Secretaría General. Contrato 61 -2017: No tiene formato de control de tiempos de entrega. Contrato 87-2017: No tiene formato de control de tiempos de entrega. No está firmada declaración juramentada. No está firmada la Certificación de idoneidad. No está firmada la Acreditación de falta de personal. Estudio de conveniencia sin vo.bo. Rectoría. Se recomienda actualizar el formato de control de recepción de documentos.	X	
Gestión Financiera y Contable	NTCGP 1000:2009 4.2.4 Control de Registros de la MECI:2014 Eje Trasversal Información y Comunicación.	La administración del riesgo se evidencia a través de dos herramientas: una aplicación en Excel diligenciada para cada subproceso y un aplicativo o desarrollo institucional administrado desde el Sistema de Gestión Institucional SGI. Durante la auditoría se evidenció que existen diferencias de información entre las dos fuentes de información, por ejemplo en el aplicativo Excel para el subproceso de presupuesto se han identificado cinco riesgos y en el aplicativo del SGI se	X	

		encontraron tres riesgos identificados con los números 329, 330 y 335 de 2017. Desde el subproceso contable se evidenció que se ha duplicado riesgo de "nómina no liquidada correctamente" identificado con los números 322 y 377 se evidencia que no se ha registrado el reporte de seguimiento y tratamiento.		
Gestión Financiera y Contable	NTCGP 1000:2009 8.5.3 Acción preventiva  MECI:2014 Eje Trasversal Información y Comunicación.	Se cuenta con actividades de tipo preventivo frente al riesgo de "pérdida de información" generada por el proceso de gestión financiera, como: realizar copias de seguridad de la información y su registro en la nube; se evidencia que el subproceso presupuestal realizó copia de la información por el año 2016, pero en lo corrido del año 2017 no se ha realizado copia, en el subproceso de tesorería desde su instalación no funciona el aplicativo de hacer copia de seguridad o subir la información a la nube, situaciones que podrían afectar la prestación de los servicios del subproceso al no contar con copia de respaldo de la información en caso de materializarse el riesgo mencionado.	X	
Gestión del Talento Humano	NTC-ISO 9001:2015 7.2  MECI-2014 Componente Ambiente de Control - Elemento Desarrollo del Talento Humano.	Al revisar la historia laboral de los funcionarios líderes de los procesos, tales como Secretaría General, Decanos, Vicerrectoría y de los Auxiliares Administrativos a su cargo, se pudo evidenciar que no existen los acuerdos de gestión correspondientes al año 2017 y tampoco la evaluación de desempeño para las auxiliares administrativas. Lo anterior contraviene lo establecido por la institución en el procedimiento 200.03.05.02.P.05 "Seguimiento y Evaluación de Desempeño Laboral".	X	
Gestión de Recursos Tecnológicos	ISO 9001:2015 7.1.6.	Al preguntar: Conoce el procedimiento establecido por la institución para la administración del riesgo? La líder del proceso no pudo ubicar en el sistema el procedimiento para Gestión del Riesgo Ubicado en el proceso de Planeación estratégica	X	
Gestión de Recursos Tecnológicos	ISO 9001:2015 8.2.3.1	Al solicitar el normograma se pudo evidenciar que éste no está actualizado, con las normas que en materia tecnológica el gobierno ha expedido en los 3 últimos años	X	
Comunicaciones	ISO 9001:2015 7.3. Toma de conciencia	Al preguntársele por el procedimiento que la institución tiene para la administración del riesgo se pudo evidenciar que la auditada no lo conoce, adicionalmente se observa que no conoce donde se encuentra la política de comunicaciones, los	X	

500.03.01

		instructivos, el plan de medios.		
Comunicaciones	ISO 9001-2015 7.5.3 Control de información documentada	Al preguntarle por el instructivo para elaborar el plan de medos la auditada contestó que ella tiene un plan de comunicación estratégica que no está documentado.	X	
Comunicaciones	ISO 9001-2015 7.4. Comunicación	Al solicitarle la trazabilidad de la información que se comunica a las partes interesadas, se pudo evidenciar que no se da cumplimiento a la matriz plan de comunicaciones establecida dentro del proceso	X	
Comunicaciones	ISO 9001-2015 9.1. Seguimiento y medición	Se pudo evidenciar que las actividades realizadas no se han medido porque estas son diferentes a las planeadas.	X	

#### CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA FRENTE AL ALCANCE Y OBJETIVO APROBADO

Una vez realizado el proceso concluyen que el SGI de la IUCMC es:

**Adecuado:** Porque al verificar los criterios de auditoria frente a las evidencias encontradas, se observa que la Institución realizo su planeación enfocada en riesgos y oportunidades que puedan presentarse. El sistema de gestión integrado se mantiene permitiendo evaluar e identificar de forma objetiva las debilidades, teniendo en cuenta la razón de ser de la Institución y respondiendo a las necesidades y expectativa de las diferentes partes interesadas.

**Conveniente:** Porque se detectaron a tiempo falencias en los procesos las cuales se pueden intervinis a oportunamente. De igual forma permite realizar la alineación de los riesgos en algunos procesos al PDI 2016-2020 y de registrar los mismos en aplicativo diseñado para ello en el SGI, los cuales aseguren el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Alta Dirección.

**Eficaz:** Porque se evidencia que la Institución al momento de realizar su planeación, la efectúa enfoca en cubrir las necesidades de las diferentes partes interesadas, generando compromiso por parte de los líderes de procesos en la búsqueda de la satisfacción tanto del usuario interno como el externo, para garantizar el mejoramiento continuo y así asegurar el cumplimiento de los objetivos y metas de la institucionales.

  
FABIAN HURTADO MOSQUERA  
Responsable del proceso de Auditorias, Auditor Líder