

	GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN	200.FO.GC.03
	INFORME AUDITORÍA INTERNA	Versión: 02
		Página 1 de 15

TIPO DE INFORME: CONSOLIDADO PROCESO

1. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de auditoría: Agosto 6 a Septiembre 24 de 2021

Responsable de atender auditoría: LIDERES DE PROCESOS

Proceso Auditado:

Gestión de Direccionamiento Estratégico y Planeación

Gestión Académica

Gestión de Control y Evaluación

Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicación

Gestión de Talento Humano

Gestión financiera

Gestión Administrativa, Recursos y Servicios

Gestión documental

Gestión Jurídica

Gestión de Bienestar Estudiantil

Nombres del equipo auditor:

- HEGNY BON LENIS – Auditora Líder TLC
- JOHANNA OREJUELA – Auditor Acompañante
- MANUEL TORRES- Auditor Acompañante
- CLAUDIA VELEZ ARIAS- Auditor Acompañante
- JHON JAIRO ORTIZ- Auditor Acompañante
- DIEGO FERNANDO GARCIA – Auditor Acompañante
- LAURA FRANCO – Auditor Acompañante
- XIMENA LOPEZ - Auditor Acompañante
- LEIDY ORTIZ – Auditor Acompañante
- MAIRA BARRIGA – Observadora
- LUZ KARIME CARDONA-Observadora
- JAIME SANCHEZ LENIS-Observador
- JULIANA MOSQUERA -Observadora

	GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN	200.FO.GC.03
	INFORME AUDITORÍA INTERNA	Versión: 02
		Página 2 de 15

2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

- Determinar la conformidad del sistema de Gestión en los procesos auditados
- Determinar el mantenimiento y la mejora continua de los procesos
- Identificar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora.
- Evaluar los controles existentes
- Evaluar el cumplimiento de las acciones definidas en los planes de mejoramiento por proceso de la vigencia 2020.
- Evaluar el cumplimiento del Planes institucionales y por Procesos
- Evaluar el cumplimiento del Plan Estratégico Institucional y el Plan de acción Institucional

3. ALCANCE: Aplica a los procesos desde su planificación, ejecución de actividades, control y plan de mejoramiento establecidos en el Sistema de Gestión de la entidad, basados en los requisitos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG, Norma NTC ISO 9001:2015, NTC 5555-2011, NTC 5581 y la Normatividad Vigente.

4. CRITERIOS: Normas ISO 9001-2015, NTC5555-2011, NTC 5581, Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Documentos de los procesos (planes, programas, caracterizaciones, procedimientos, mapas de riesgos y normogramas)

DOCUMENTACION ANALIZADA Y REQUISITOS DE ENTRADA:

1. Norma ISO 9001-2015, NTC 5555-2011, NTC 5581
2. Registros de cada actividad.
3. Documentación de los Procesos
4. Manual técnico del Modelo Integrado de Planeación y Gestión
5. Plataformas o Aplicativos Institucionales
6. Normogramas
7. Planes de Mejoramiento
8. Mapas de Riesgos
9. Indicadores de Gestión

5. DESARROLLO AUDITORIA

Las auditorías se realizaron según lo establecido en el Plan de auditoría socializado inicialmente.

	GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN	200.FO.GC.03
	INFORME AUDITORÍA INTERNA	Versión: 02
		Página 3 de 15

Revisión previa de los documentos publicados en el Drive, tales como caracterización, normograma, procedimientos, plan de acción, mapa de riesgos, indicadores de gestión y plan de mejoramiento, informes de gestión.

Visitas a las oficinas de los funcionarios o contratistas auditados, entrevista con los responsables de los procesos, Desarrollo de las listas de verificación.

Se realizó la respectiva reunión de cierre con cada uno de los procesos

6. ASPECTOS RELEVANTES:

GESTION DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION

- Los líderes del proceso conocen y entienden la importancia del Sistema de Gestión y la contribución del proceso al Direccionamiento Estratégico y Planeación, así mismo demuestran compromiso y una actitud positiva hacia la mejora continua.
- Se logró alcanzar un mayor porcentaje de avance en el objetivo Brindar educación pertinente y de calidad en nuestros programas académicos (porcentaje 76.7%)
- El cumplimiento anticipado de la meta de certificación de cursos de emprendimiento y formación continua.
- Cumplimiento del 91.5% de la meta en el diseño de los Nuevos Programas Técnicos Laborales por Competencias.
- La evaluación y valoración de los riesgos los cuales se encontraban en un nivel alto o extremo y una vez se realizó la evaluación se encontró que estaban en nivel bajo o moderado en su mayoría.
- Los controles realizados por el líder del proceso de Direccionamiento Estratégico y Planeación para realizar el registro oportuno de la información y de la calidad en los datos.
- El acompañamiento a los líderes de proceso de la entidad por parte del líder del proceso de Direccionamiento Estratégico y Planeación y la líder de gestión de calidad en el logro de los objetivos y metas institucionales.
- El avance significativo en la implementación del PIGA institucional y las actividades realizadas.
- Se refleja el trabajo de planeación institucional en el aumento de la calificación por el FURAG con un 87.5 %, siendo la mejor calificación municipal, y pasando por encima de la meta establecida por la entidad que es el 80%.

GESTION ACADEMICA

- Se evidencia la planeación e implementación del Sistema de Gestión en el Proceso de Gestión Académica de manera sistemática.

	GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN	200.FO.GC.03
	INFORME AUDITORÍA INTERNA	Versión: 02
		Página 4 de 15

- La líder de proceso conoce y entiende la importancia del Sistema de Gestión y la contribución del proceso al Direccionamiento Estratégico, así mismo demuestra compromiso y una actitud positiva hacia la mejora continua.
- La estandarización de la Modalidad Virtual de Clases a través de Google Meet y Class Room como política institucional para brindar un mejor servicio educativo. Incluyendo este aspecto en el Mapa de Riesgos y sus controles a efectuar.
- El acercamiento con la oficina de Desarrollo Económico de la Administración Central para conocer las necesidades del sector productivo, y el desarrollo de una Agencia Pública de Gestión y Colocación de Empleo.
- El cierre de 36 hallazgos en el Plan de Mejoramiento del Proceso en el segundo cuatrimestre del año 2021, lo cual evidencia una correcta planeación y ejecución en las acciones de mejora.
- El cargue adecuado y a tiempo de la información necesaria en los procesos de matrícula, sus requisitos según TLC en la plataforma Q10.
- Se esclarece el cumplimiento de los requisitos necesarios para la vinculación al periodo de practica de los estudiantes del Instituto, mediante la aplicación de una lista de chequeo, verificada por el líder de prácticas, lo cual facilita delimitar el numero de estudiantes asociados a esta actividad.
- Los instructores de cada TLC muestran conocimiento en la estructura de los Programas de formación y cambios ejecutados en los mismos.
- Los Programas Académicos de cada TLC buscan concordancia con las mesas sectoriales de acuerdo a las necesidades.

GESTION DE CONTROL Y EVALUACION

- Cumplimiento de un 87.5% en la Política de Control Interno de acuerdo al resultado del FURAG basado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- Calificación de 76.2% en la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno realizada en el FURAG.
- Cumplimiento a la Ley de Transparencia en un 93%.
- Se evidencia coherencia y cohesión en la formulación del Plan de Acción del Proceso con el Plan Estratégico Institucional vigente.
- La implementación de un sistema de bloqueo de instalación de programas y software externos en los equipos de cómputo de la sala de sistemas de la sede académica, para el cumplimiento de las normas en materia de derechos de autor sobre software.

GESTION DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LA COMUNICACIÓN

- La conectividad de las dos sedes tanto administrativa como académica lo cual permitirá la implementación de acciones tales como la realización de copias de seguridad al servidor institucional, la implementación del aplicativo Orfeo de manera simultánea entre las dos sedes, entre otros.
- La difusión de la oferta académica a través de redes sociales, pagina web, voz a voz, perifoneo y articulación con los medios de comunicación de la alcaldía municipal.
- La articulación con el proceso de Gestión Académica para el desarrollo de los diferentes eventos institucionales y la promoción de la oferta educativa.



- La implementación del doble respaldo de la información tanto en el servidor institucional como en la nube, lo que evidencia las buenas practicas se seguridad de la información.
- El resultado obtenido en la autoevaluación de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión superior al 80% dando cumplimiento a la meta establecida institucionalmente.
- El compromiso del equipo de trabajo en el reporte de información oportuna tales como de indicadores estratégicos y operativos, seguimiento al mapa de riesgos, al plan de acción e informe de gestión, así como el compromiso en el cumplimiento del 100% del plan de mejoramiento del proceso a la fecha.

GESTION DE TALENTO HUMANO

- En referencia al numeral 5.1.1. de la norma ISO 9001:2015, y el numeral 5.1 de la norma NTC 5555, se evidencia la existencia de documentos que permiten evidenciar los roles y responsabilidades frente al Proceso de Gestión de Talento Humano Y SST (Planes estratégicos, Planes de Acciones y Manuales), además de dos personas contratadas que cuentan con la idoneidad para apoya este proceso y sus actividades.
- Durante la ejecución de esta auditoría, se evidencia la gestión ejecutada por el contratista de SST se ha llevado de forma adecuada acorde a los requerimientos de la normativa Nacional aplicable a dicho Sistema. Se está llevando a cabo una correcta comunicación y capacitación a todo personal asociado a la gestión de SST, teniendo en cuenta charlas, inducción y reinducción, y talleres de formación necesarios para el cumplimiento de los requisitos Institucionales y legales.
- Respecto a los requisitos legales establecidos a nivel Nacional para el desarrollo de las actividades asociadas al proceso (numerales ISO 9001:2015 - 8.2.2 - 8.2.3 y NCT 5555 : 7.2.1) Se evidencia en el documento 101.FO.GJ.06 Normograma Institucional la relación de la normativa legal vigente relacionada al proceso, sin embargo se sugiere se anexe los ítems identificados en la matriz de requisitos legales manejada por el profesional de SST la cual se mantiene en constante revisión y actualización, identificando los cambios o modificación en la ejecución y verificación del SGSST.
- La revisión por la Dirección (ISO 9001:2015 numeral 9.3.1) se ejecuta para ambos aspectos del Proceso, tanto Talento Humano como SST. Para el año 2020 se llevó a cabo una reunión el 21 de diciembre del 2020 en la cual participaron el director, Tesorero, Contadora Pública, Líder Talento Humano y SST, acta de la misma e informe se encuentran archivados en AZ de SST. Como acción de mejora y compromisos se tienen la ejecución de capacitación para Brigada de emergencia, así como la realización de capacitaciones que no se ejecutaron en el 2020 para el año 2021, dichas jornadas se tienen programadas, estas fueron incluidas en el documento 103.PL.GH.01 PIC.
- La mejora continua del Proceso de Gestión del Talento Humano y SST (numerales 10.2 y 10.3, ISO 9001:2015), evidencia el Plan de Mejoramiento y Planes de Acción a los cuales y con intervención de Control Interno, se hace revisión y seguimiento de las actividades con el fin de cerrar aquellos hallazgos identificados en previas auditorias.

	GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN	200.FO.GC.03
	INFORME AUDITORÍA INTERNA	Versión: 02
		Página 6 de 15

GESTION FINANCIERA

- Los líderes del proceso conocen y entienden la importancia del Sistema de Gestión y la contribución del proceso al Direccionamiento Estratégico, así mismo demuestra compromiso y una actitud positiva hacia la mejora continua.
- Se evidencia una adecuada gestión frente al análisis de su plan de acción, Plan de mejoramiento, 'plan de riesgos entre otros, ya que se refleja un mayor control y la reducción de situaciones de riesgo o de error humano.
- Generan una oportuna información, situación que da muestra de la organización.
- Cuentan con un personal de apoyo y este permite de alguna manera lograr con mayor rapidez el logro de sus objetivos laborales.
- El cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito en un %, el avance de cumplimiento del mapa de riesgos en un 78% y plan de acción en un 74% y el reporte de indicadores de gestión, que demuestran el compromiso y contribución al cumplimiento de los Objetivos Estratégicos y la Misión Institucional.
- Se logra evidenciar la oportuna realización de acciones de mejorar al proceso y sus procedimientos.
- Se cuenta con un cronograma 400.FO.GF-10 Calendario de presentación de informes, que ha permitido desde la gestión estar al día con la rendición de las cuentas solicitadas por entes externos.
- Dentro del procedimiento de recaudo de tesorería se incluyó ítem de verificación ya que el alcance es solamente para acta de certificación, ya que el procedimiento lo ejecuta secretaria académica.
- Dentro del proceso se pudo evidencia el cumplimiento de las facturas cumplen los requisitos de ley.
- Se pudo evidenciar soportes documentales de cada uno de los procesos.

GESTION ADMINISTRATIVA, RECURSOS Y SERVICIOS

N/A

GESTION DOCUMENTAL

- Cumplimiento de un 92% en la Política de Gestión Documental de acuerdo al resultado del FURAG basado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- Se evidencia coherencia y cohesión en la formulación del Plan de Acción del Proceso con el Plan Estratégico Institucional vigente.
- Se evidencia una buena gestión y manejo de los riesgos asociados al proceso, se destaca el cumplimiento del 65% en referencia al segundo cuatrimestre de la vigencia 2021.
- Se realizaron todas las capacitaciones programadas en cuanto a todo lo relacionado con gestión documental y ventanilla única.
- Se han implementado acciones de mejora para el cronograma de transferencias y el plan de acción de la vigencia 2020.
- Se evidencia un correcto registro tanto digital como físico del archivo central mediante el formato FIUD.

	GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN	200.FO.GC.03
	INFORME AUDITORÍA INTERNA	Versión: 02
		Página 7 de 15

- Se destaca el buen control y manejo de la implementación de la herramienta digital Google Drive para garantizar el acceso con restricciones a todo el personal de la entidad.

GESTION JURIDICA

- El líder del proceso conoce y entiende la importancia del Sistema de Gestión y la contribución del proceso de Gestión Jurídica, así mismo demuestran compromiso y una actitud positiva hacia la mejora continua.
- Se ha implementado con éxito la publicación de los contratos en la Plataforma SECOP II
- Se elaboró el documento equivalente al contrato.
- Se elaboró una plantilla de análisis del sector que aplica a los contratos de prestación de servicios
- Se ha alcanzado un alto porcentaje de cumplimiento en el Plan de Acción, Indicadores de Gestión y Mapa de Riesgos del proceso.
- El avance significativo del Plan Anual de Adquisiciones en la contratación realizada

GESTION DE BIENESTAR ESTUDIANTIL

- La conformación del proceso de Bienestar Estudiantil el cual el enfoque principal es la permanencia de los estudiantes con el fin de impactar los resultados del IMETY en la tasa de éxito y deserción estudiantil.
- Se crea encuesta de egresados para caracterizarlos y llevar un registro en la entidad, dando así cumplimiento a los requisitos de la norma NTC 5555:2011
- Se realizan los informes pertinentes de satisfacción del usuario y se entregan al Director para su conocimiento y fines pertinentes.
- La estructuración de plan de egresados que permite establecer estrategias para un mayor acercamiento con los egresados.

7. ASPECTOS POR MEJORAR:

GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION

- Solicitar al líder del proceso de Gestión jurídica verificar en el PAA que se encuentre establecida la necesidad a satisfacer antes de dar inicio a los procesos contractuales debido a que se evidenció que en el mes de febrero de 2021 se contrataron las pólizas de accidente de los estudiantes las cuales no estaban contempladas en el Plan.
- Socializar con los líderes de proceso el avance al cumplimiento de los planes institucionales periódicamente.
- Buscar una estrategia para motivar a los estudiantes de TLC y cursos de emprendimiento que participen en la Audiencia anual de Rendición de Cuentas.

	GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN	200.FO.GC.03
	INFORME AUDITORÍA INTERNA	Versión: 02
		Página 8 de 15

GESTIÓN ACADÉMICA

- Fortalecer el conocimiento de la Política de calidad y sus objetivos en el personal de Instructores, ya que se evidenciaron respuestas planas sobre el contexto de esta información, aun cuando conocen la disponibilidad de dicha política.
- Ejecutar seguimiento constante en el desarrollo de las guías de aprendizaje, asegurando el cumplimiento de tiempos establecidos en el Calendario Académico, y los temarios contenidos en las mismas. En este aspecto se incluye la mejor en las evidencias entregadas por los Instructores en sus Informes de Gestión, donde la evidencia fotográfica anexada incluya fecha y hora de la actividad realizada.
- Establecer una metodología o periodicidad para garantizar que los usuarios, permisos y controles en la plataforma Q10 se mantienen actualizados y son pertinentes según las necesidades de la Institución.
- Aunque se evidencias formatos de evaluación ofrecidos a los estudiantes, como el 301.FO.BE.06 donde se evalúan diferentes aspectos de la ejecución de los programas TLC, tales como el uso y disponibilidad de equipos y herramientas, y el desempeño de los instructores, no se evidencia en entrevista con los instructores una claridad en la socialización de los resultados y análisis de estas encuestas, lo que permita esclarecer los planes de acción y mejoramiento a la ejecución de los programas de formación.
- Para los estudiantes en práctica, quienes son evaluados de forma mensual durante su periodo de afiliación a la diferentes empresas y entidades en convenio con el Instituto, mediante el formato 300.FO.GA.30 y en el cual diferentes aspectos tanto académicos como de desempeño, no se evidencia un proceso de retroalimentación a estudiantes e instructores lo cual permita la ejecución y planificación de una acción de mejora.
- En el proceso de prácticas, se identifica que, aunque el proceso de afiliación a ARL para los estudiantes se esta llevando a cabo de forma previa al inicio de las mismas, mediante la implementación de una lista de chequeo y posterior cargue de información a plataforma Q10, se procedió a verificar el estado de afiliación de estudiantes al azar por TLC que están en el momento de realización de la auditoria, realizando su práctica empresarial, de los cuales se identifica la correcta afiliación. Sin embargo, se hace la observación de que con la estudiante Angie Maidely Alvarado no se registró en la afiliación con el nombre correcto, por cual se debe verificar el proceso de digitación en la plataforma de inscripción. De igual manera se sugiere se haga un seguimiento más estructurado a los tiempos en los cuales los estudiantes darán inicio a su periodo de práctica, con el fin de establecer una fecha de afiliación a la ARL adecuada a los requisitos, y verificar posterior a la afiliación el cargue de la información en la plataforma Q10. Esta situación, abarca aspectos desde la comunicación entre el líder de prácticas y de SST para la ejecución de esta actividad de afiliación a la ARL, como la organización de la documentación necesaria y verificación de inicio de convenios por parte de los estudiantes.
- Verificación de la información, en específico el código CNO publicado en las resoluciones de aprobación de cada TLC ya que se evidencias diferencias en los nombres de los programas.
- En los programas de formación se debe llevar a cabo la documentación de las herramientas e insumos disponibles e implementados en el desarrollo del TLC y sus módulos (numeral 14 INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA).

	GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN	200.FO.GC.03
	INFORME AUDITORÍA INTERNA	Versión: 02
		Página 9 de 15

GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN

- Se recomienda solicitar apoyo del equipo de comunicaciones de la entidad para realizar una estrategia de comunicación interna para el fomento de la cultura de autocontrol, así como programar la ejecución de la actividad en el primer cuatrimestre del año.
- Se recomienda elaborar un informe a la Dirección referente al cumplimiento de la Ley 594 del 2000 del Archivo General de la Nación.
- Se recomienda realizar actualización del procedimiento de auditoría interna 200.PR.GC.01 versión 04, en el responsable de la actividad de seguimiento a acciones, teniendo en cuenta que quien realiza los seguimientos es el Asesor (a) de Control Interno.
- Se recomienda realizar actualización del procedimiento de acciones correctivas y de mejora 200.PR.GC.02 Versión 03 en cuanto a la periodicidad de la actividad seguimiento al plan de mejoramiento, teniendo en cuenta que el seguimiento se viene realizando de manera trimestral y el procedimiento lo establece bimensual.
- Se recomienda fortalecer el informe sobre el cumplimiento a la atención a PQRS incluyendo el cumplimiento efectivo a los tiempos de respuesta, correcta utilización del Software ORFEO y su sistema de radicación de respuestas y documentación recibida.
- Se recomienda emitir un informe ejecutivo dirigido a la dirección y el área financiera de la entidad que contenga la explicación de la metodología de calificación de la CGN, la base legal, observaciones generales, materialización de riesgos de índole contable, las conclusiones generales de: 1. Las políticas contables, 2. Reconocimiento, 3. Rendición de cuentas e información a partes interesadas, 4. Gestión del riesgo contable, 5. Las fortalezas, 6. Debilidades, 7. Avances y mejoras del proceso de control interno contable y 8. Recomendaciones, basadas en la calificación obtenida en el informe de evaluación de control interno contable.
- Se recomienda realizar y presentar a la dirección un informe detallado sobre el cumplimiento de las normas en materia de derechos de autor sobre software donde se incluyan los equipos de la entidad, programas y softwares instalados con su respectivo No. de licencia y fecha de caducidad de la licencia.
- Se recomienda realizar solicitud al proceso de Gestión del Talento Humano y S.S.T para incluir en el Plan Institucional de Capacitaciones, formación y sensibilización al personal sobre las normas en materias de derechos de autor sobre software.

GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

- Se recomienda la actualización del plan de comunicaciones y divulgación, puesto que se encuentra información referente al gobierno anterior, inclusión del WhatsApp como medio digital institucional dentro del plan, así como la normatividad de su uso y establecer la evaluación o seguimiento de los medios digitales institucionales.
- Realizar seguimiento y control a las respuestas en redes sociales y WhatsApp emitidas por Atención al Usuario, estableciendo estrategias que permitan reducir el margen de error en las respuestas, así como establecer la verificación permanente de los contenidos en cuanto a cohesión y coherencia, realizando la respectiva actualización del control en la caracterización del proceso.

	GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN	200.FO.GC.03
	INFORME AUDITORÍA INTERNA	Versión: 02
		Página 10 de 15

- Realizar revisión y actualización del procedimiento de seguridad de la información y administración de equipos de cómputo en cuanto a responsables y periodicidad recomendada de las actividades.
- Articular el plan de mantenimiento tecnológico al plan de mantenimiento institucional, así como su cronograma de ejecución y el procedimiento de mantenimientos de TICS, que permita una armonización entre los procesos.

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

- En referente al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, se sugiere que dicha gestión sea integrada a la documentación del Instituto (103.PL.GH.100 Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo), y de ser necesario, la publicación de nuevo documentos que el proceso requiera, con el fin de alinear la ejecución realizada con lo estipulado en la documentación del Instituto.
- En la ejecución de la revisión documental se evidencia el documento 103.OD.GH.03 Política de SST, la cual fue actualizada y aprobada actualizada a fecha del 26 de abril del 2021, esta se encuentra cargada en el Drive del Proceso, sin embargo, se evidencia que en el documento 103.PL.GH.100 Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo no se anexa en el numeral 3. POLITICA AMBIENTAL Y DE SST, la Política de SST mencionada inicialmente, se sugiere que además de actualizar dicha Política, se modifique el título de dicho numeral a POLITICA DE SST, ya que, en el año 2020, el Instituto adopto mediante el documento 100.PL.DP.100 Plan Institucional de Gestión Ambiental 2020-2023 una política ambiental, numeral 3, la cual difiere de lo mencionado en el documento 103.PL.GH.100 Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Se evidencia en el documento 103.PL.GH.100 Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo, los funcionarios asociados a la conformación del Comité Paritario de SST y el Comité de Convivencia laboral, sin embargo, la actualización del Comité Convivencia Laboral no se ha ejecutado según lo dispuesto en la Resolución 100.35.05-44 de Julio 17 de 2020 de Constitución Comité Convivencia Laboral, donde se asignan los funcionarios nombrados como responsables. De igual manera se evidencia el Acta de constitución del Comité de convivencia laboral del 15 de octubre del 2020 archivada en la AZ de SST. Se sugiere que, dentro de las actividades a apoyar, se especifiquen las responsabilidades y actividades asociadas a ambos Sistemas de Gestión, Calidad y Seguridad y Salud en el Trabajo. Esto con el fin de que se mantenga explícito y no tácito, generando mayor compromiso con estas actividades y facilitando su revisión.
- Profesional de SST evidencia un documento Word en el cual se exponen los roles y responsabilidades asignadas a los funcionarios de planta y contratistas, así como al COPASST y Comité de convivencia y Brigada, esta información es comunicada en las jornadas de Inducción y Reinducción, sin embargo, se identifica que dicho documento no se encuentra anexado al Plan Anual de SST 103.PL.GH.100, ni documentado por parte de Gestión Documental. Se sugiere de haga la actualización de dicho documento y se dejen claras estas responsabilidades.



- Se da conocimiento que, aunque el Manual de Funciones no se encuentra actualizado a la fecha de la realización de esta auditoría, se han adoptado mediante resoluciones administrativas los cambios emitidos el (Decreto 989 de 2020) en referente a las funciones y perfil profesional de la asesora de Control Interno. Se identifica también que dicho Manual no posee información actualizada en referente al perfil académico del cargo director según lo expuesto en el Acuerdo 016 del 10 de agosto de 2012, en su artículo 6to, donde en sus apartes define el perfil del Director (Profesional de la educación, especializado, quien será su representante legal). Se sugiere sea socializada la Resolución administrativa ya emitida al personal de planta, así como el cargue de este documento al Drive Institucional.
- Se recomienda mejorar la caracterización del proceso de tal manera que se clasifiquen mejor los grupos de interés institucionales (cliente interno, cliente externo, proveedores, etc) con el fin de identificar de forma clara sus necesidades y expectativas no solo limitando aquellas asociadas a las actividades del proceso
- Se recomienda realizar un análisis a profundidad respecto a las necesidades reales que posee el personal encuestado para enriquecer las habilidades y competencias necesarias para la satisfacción y el cumplimiento de su desempeño el cual retroalimente el Plan Institucional de capacitaciones código 103.PL.GH.01.

GESTIÓN FINANCIERA

- Es importante revisar, ajustar, actualizar e integrar la incidencia, alcance de este proceso desde el plan Estratégico.

GESTIÓN ADMINISTRATIVA, RECURSOS Y SERVICIOS

- Se recomienda aumentar la periodicidad de los mantenimientos preventivos a los equipos de cómputo puesto que en el cronograma de mantenimiento se establece una vez al año. Igualmente se recomienda incluir en el formato la fecha de actualización del documento teniendo en cuenta las dinámicas propias y el cambio de necesidades en el transcurso del año así como se modifica el plan anual de adquisiciones.
- Se recomienda eliminar el formato 401.FO.GR.04 teniendo en cuenta que el inventario de equipos se genera del aplicativo y la ubicación física se establece en el formato Hoja de Vida de equipos de cómputo del proceso de Gestión TICS y en el historial de maquinaria y equipos 401.FO.GR.09.
- No se evidencia la firma del técnico o persona que realiza el mantenimiento en el historial de los equipos de cocina año 2021 en el formato 401.FO.GR.09 sin embargo se evidencia informe del proveedor INGEPARK donde se evidencia la ejecución del mantenimiento a equipos de cocina.

GESTIÓN DOCUMENTAL

- Se recomienda solicitar apoyo del proceso de Gestión del Talento Humano y S.S.T. a través de la gestión del conocimiento, para diseñar, en conjunto con los líderes de cada proceso, el flujograma documental de cada proceso del IMETY, para incorporarlo al Programa de Gestión Documental, teniendo en cuenta que es necesario representar la secuencia de actividades de cada proceso, incluyendo los puntos de decisión y el final.
- Se recomienda realizar una limpieza a las cajas donde se conservan los documentos del archivo central, con el fin de conservar y preservar la información de manera óptima.

	GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN	200.FO.GC.03
	INFORME AUDITORÍA INTERNA	Versión: 02
		Página 12 de 15

- Se considera necesario hacer el requerimiento al proceso de Gestión Administrativa de Recursos y Servicios para la adquisición e instalación de una alarma contra incendios de acuerdo a la ley 594 del 2000.

GESTIÓN JURÍDICA

- Realizar capacitación en los términos de respuesta de las PQRS
- Se recomienda actualizar el manual de contratación teniendo en cuenta la transición realizada de la Plataforma Secop I a Secop II
- Contratar un profesional especializado para elaborar el Análisis del sector de los contratos con variables del Dane y con indicadores micro y macro.
- Actualizar el procedimiento de contratación teniendo en cuenta la transición de la plataforma Secop I a Secop II

GESTIÓN DE BIENESTAR ESTUDIANTIL

- Establecer estrategias que fortalezcan la información brindada a los usuarios que privilegie la inclusión de un lenguaje claro e incluyente, el conocimiento sobre la entidad, en especial sobre el funcionamiento de la entidad, portafolio de servicios, los canales de atención, procesos y flujos de información internos para resolver directamente el mayor número de inquietudes en este primer nivel de servicio.
- Realizar seguimiento al impacto de asistencia psicológica a los desertores, de tal manera que se pueda evidenciar los estudiantes que de acuerdo a la intervención realizada permanecieron en los programas técnicos laborales.

8. NO CONFORMIDADES

GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION

- No presentó ninguna No conformidad

GESTIÓN ACADÉMICA

- No se evidencia la ejecución de los Planes de Mejoramiento a cabalidad en los TLC para el periodo 2020-2 y 2021-1, los cuales son requerimientos para los estudiantes que finalizan los módulos con notas entre 3.0 y 3.5. La evidencia de estos planes debe ser facilitados por los instructores al personal de apoyo de Gestión Académica. Este hallazgo se Verificando la plataforma Q10 para el semestre 2021-1, se selecciona el estudiante Jayson Hammer Cano de TLC Almacén y Bodega que en el Módulo de recibo y despacho de mercancía tiene una nota de 3.2, y no se presentó un Plan de Mejoramiento. Se evidencio el mismo caso para la estudiante Nicolle Vanessa Casas en el TLC Auxiliar Administrativo, en el Módulo TICS con una calificación de 3.3. Para el TLC de Auxiliar Contable Gerson David Cardona, del TLC Auxiliar Contable y Financiero, en el Módulo Asientos de ajustes y estados financieros según NIFF, con una calificación de 3.5, donde tampoco se evidencia la aplicación de un plan de mejoramiento.
- No se evidencia la actualización de la información documentada relacionada a los cambios efectuadas sobre los Programas de formación, incluyendo los documentos 300.PL.GA.07 y su control de cambios, así como las actas de reunión y aprobación de los cambios realizados. Todo

	GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN	200.FO.GC.03
	INFORME AUDITORÍA INTERNA	Versión: 02
		Página 13 de 15

lo anterior en cumplimiento del Cronograma de actividades de planeación curricular 300.GO.GA.24 y el procedimiento 330.PR.GA.01 Procedimiento de Diseño y Desarrollo Curricular. Este hallazgo se relaciona a la evidencia del cambio de intensidad horario en los módulos de diferentes TLC que no se evidencia en lo Programas de Formación publicados.

- En revisión documental, se evidencia que la justificación de cada uno de los programas de formación de los TLC ofrecidos por el Instituto se generó de forma genérica, lo cual impide ofrecer un contexto claro sobre el mercado laboral disponible en el Municipio y partes interesadas, para los estudiantes egresados.

GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN

- No se evidencia orden documental en el archivo de gestión del proceso de acuerdo a las Tablas de Retención Documental de la Institución, teniendo en cuenta que las actas reunión del comité de coordinación de control interno de la vigencia 2021 no han sido diligenciadas, además de que se encontraron todos los informes en una misma carpeta con dos (2) tomos.
- No se evidencia cumplimiento de las funciones del comité de coordinación de control interno adoptado mediante resolución No. 100.35.03-30 del 15 de mayo de 2018.

GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

- No se evidencia el control realizado por el proceso frente a la realización de backups y las acciones tomadas, incumpliendo el procedimiento seguridad de la información.

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

- Se evidencia en diferentes momentos de la auditoria documentos desactualizados y con poca asociación entre ellos, los cuales se mencionan a continuación:

Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo

Plan Estratégico de Talento Humano

Teniendo en cuenta el numeral 7.5 de la norma ISO 9001:2015 y el numeral 4.2 de la Norma NTC 5555.

- Se evidencia la materialización del riesgo Incumplimiento a la ejecución de las políticas, planes y programas del proceso, establecido en el formato 100.FO.DP.03 Mapa de riesgos asociados al proceso de Talento Humano y SST evidenciando que no se han ejecutado de forma eficaz las acciones para el tratamiento a este riesgo.
- Con respecto a la evaluación de desempeño, aunque se evidencias previas evaluaciones realizadas, no se observa una metodología implementada por acto administrativos que defina los lineamientos de evaluación del desempeño de los funcionarios de libre nombramiento y remoción, provisionalidad o de carrera, con el fin de identificar su gestión y ejecución de sus funciones, tal como lo establece la ley 909 de 2004.

	GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN	200.FO.GC.03
	INFORME AUDITORÍA INTERNA	Versión: 02
		Página 14 de 15

- No se evidencia la capacitación de inducción y reinducción al personal de planta y contratistas por parte del líder de Talento Humano .

GESTIÓN FINANCIERA

- No presentó ninguna No Conformidad

GESTIÓN ADMINISTRATIVA, RECURSOS Y SERVICIOS

- Se evidencia incumpliendo en lo establecido en los procedimientos de administración y bajas de bienes devolutivos y administración y bajas de consumo, en la actividad de inventarios de activos fijos en cuanto a su periodicidad y participantes.
- No se evidencia el listado de proveedores actualizado tal como lo establece el procedimiento de evaluación, selección y reevaluación de proveedores.
- No se evidencia la comunicación de los resultados del proveedor de mantenimiento de aires acondicionados.

GESTIÓN DOCUMENTAL

- Se evidencia un incumplimiento al procedimiento de ventanilla única, teniendo en cuenta que se evidenció documentación de salida con números de consecutivos errados, sin número de consecutivo y sin radicación mediante el software ORFEO, además se evidenció un incumplimiento en los tiempos establecidos para responder.
- No se evidencia una correcta verificación de los backs ups de información digital realizada en la entidad que permita la emisión de alertas y la protección de la información de gestión de cada proceso.

GESTIÓN JURÍDICA

- Se evidencia que se continua presentando la inoportunidad en la publicación de los documentos contractuales en la plataforma Secop

GESTIÓN DE BIENESTAR ESTUDIANTIL

- Se evidencia el uso de formatos de atención psicológica en versión obsoleta por el sistema de gestión de calidad.

9. CONCLUSIÓN

El Instituto Municipal de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano de Yumbo - IMETY ha implementado, identificado, documentado su sistema de Gestión con base en los requisitos de la



INFORME AUDITORÍA INTERNA

Norma ISO 9001-2015, NTC 5555-2011, NTC 5581 y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG el cual se constituye en una mejora continua del Sistema de Gestión de calidad.

El sistema de Gestión requiere la implementación de los aspectos por mejorar y las NO Conformidades aquí mencionadas, para así demostrar su grado de eficacia y mejoramiento de acuerdo a los requisitos de la Norma ISO 9001-2015, NTC 5555-2011, NTC 5581 y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión para el cumplimiento de los objetivos estratégicos, los requisitos del cliente y a su satisfacción, como también lograr la satisfacción de los demás grupos de valor interesados e involucrados en el buen desempeño de la institución.

Se tomaron muestras aleatorias durante las auditorías internas, de acuerdo al alcance y criterio de las mismas.

A través del resultado obtenido en las auditorías podemos establecer que se lograron los objetivos de las auditorías internas.

FIRMA AUDITOR LIDER:

FIRMA AUDITOR(ES) ACOMPAÑANTES:

LEIDY TATIANA ORTIZ.

2020
PITE
02/08/21