


CÓDIGO: GCE-F-05	INFORME DE AUDITORÍA	 Instituto Municipal de Cultura y Turismo
VERSIÓN: 01		
FA: 18/05/2023	GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN	

AREA O PROCESO EVALUADO	FECHA	AUDITOR LÍDER
Escuela Municipal de Artes y Oficios, EMA	Vigencia 2025	Jaime Acosta Zamudio Jefe Oficina Asesora Control Interno Equipo Auditor: Jasbleidy Tapias Soto Profesional Apoyo
PERSONA(S) AUDITADA(S)	CARGO	DEPENDENCIA
DIANA CAROLINA DUARTE GALINDO	SUBDIRECTORA TECNICA	

1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Verificar la gestión, el diseño y la aplicación de controles, la gestión del riesgo y el grado de eficiencia, eficacia y efectividad en la gestión de la Escuela Municipal de Artes de Bucaramanga – EMA del IMCT

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:


1. Verificar la implementación de procedimientos, manuales, guías y demás documentos vigentes en el proceso.
2. Evaluar la gestión del riesgo respecto al proceso de contratación del IMCT.
3. Verificar y evaluar. el cumplimiento de los procedimientos establecidos para la EMA

2. ALCANCE

Conforme a la Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, se utilizarán los procedimientos y/o técnicas de auditoría: consulta, observación, inspección, revisión de comprobantes y procedimientos analíticos, con base en el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) incluido en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG.

3. CRITERIOS DE AUDITORIA

- Ley 87 de 1993 "Por la cual se dictan normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones".
- Decreto 1083 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública".
- Decreto 1499 de 2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015".
- Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, DAFP
- Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, DAFP,
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas,
- Guía para la gestión por procesos en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG
- Política de administración de riesgos del Instituto código.
- Caracterización, políticas, planes, procedimientos y demás instrumentos relacionados con el proceso de EMA. Mapa de riesgos institucional. Las demás normas pertinentes relacionadas con el objetivo de la auditoría.

CÓDIGO: GCE-F-05	INFORME DE AUDITORÍA		Instituto Municipal de Cultura y Turismo
VERSIÓN: 01			
FA: 18/05/2023	GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN		

4. DOCUMENTOS EXAMINADOS

Caracterización, políticas, planes, procedimientos y demás instrumentos relacionados con el proceso de EMA. Mapa de riesgos institucional. Las demás normas pertinentes relacionadas con el objetivo de la auditoría.

5. RESULTADO DE AUDITORÍA

Dentro del proceso de auditoría realizado, se puede determinar que la EMA por tratarse de un proceso misional del Instituto Municipal de Cultura y Turismo – IMCT, es un proceso extenso y con gran número de subprocedimientos y actividades.

La calidad es un elemento fundamental en cualquier organización que busca asegurar la satisfacción de sus clientes, cumplir con estándares y normativas, y mejorar continuamente sus procesos. En este contexto, la auditoría de calidad emerge como una herramienta crucial para evaluar la eficacia de los sistemas y prácticas implementadas. Este informe evalúa la aplicación específica del Ciclo PHVA. Se examinaron de manera minuciosa los procesos clave, la implementación de políticas de calidad y los resultados obtenidos a través de este ciclo iterativo. La finalidad última es evaluar la eficacia de la organización, en la consecución de sus objetivos de calidad, identificar áreas de oportunidad y proponer acciones correctivas y preventivas.

Sin embargo, los procedimientos que hacen parte de este proceso, no se sujetan a la realidad de los que realiza el EMA, adicional al consultar el área de calidad se observa que la información que reposa en el EMA, no es la misma que está en el área de calidad del IMCT, afectando la congruencia de la documentación.

La Oficina de Control Interno recibió y analizó la respuesta radicada el 01 de diciembre de 2025 por la Subdirección Técnica. Se evidencia una actitud proactiva de la administración frente a las observaciones, aportando nuevos elementos de juicio que permiten reevaluar la severidad y el enfoque de los hallazgos preliminares.

HALLAZGO ADMINISTRATIVO N° 1 SE IDENTIFICÓ LA FALTA Y DESACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, MANUALES, GUIAS Y CARACTERIZACION INADECUADA CON RESPECTO A LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA GESTIÓN EFECTIVA DE LOS PROCESOS DE LA EMMA

Se evidenció que, al revisar lo definido en la caracterización del proceso **GE-C-01**: no se articula con los objetivos estratégicos actuales del Instituto según el Plan estratégico institucional y el Plan de Desarrollo. Si bien, se evidencia mejora en cuanto a incluir en la caracterización las políticas del MIPG y los trámites y servicios asociados, así como las referencias de: los riesgos del proceso, la normatividad asociada, los indicadores y las acciones de mejora a través de las diferentes herramientas con que cuenta el Instituto.


Se recomienda revisar la posibilidad de implementar los criterios referidos en el objetivo del proceso y estructurar de acuerdo a la realidad de la operación de la EMA

Análisis de la Respuesta por Control Interno: El auditado solicita unificar este hallazgo con los N° 3, 4, 5 y 7, argumentando que todos obedecen a un proceso de actualización documental MIPG en curso.

Dictamen del Auditor: Si bien es cierto que existe un eje transversal de "Actualización Documental", se precisa que no se trata de una inexistencia de procesos, sino de una necesidad de sincronización entre lo escrito y lo ejecutado.

Conclusión: Se considera lo solicitado y se unifica el hallazgo administrativo. El Plan de Mejoramiento debe enfocarse en un Plan de Actualización Integral del SGC" que subsane este punto junto con las observaciones planteadas en el informe preliminar y que al unificar se plantean, tener presente al momento de realizar la actualización documental, como lo es Procedimientos De Afiliación De ARL En Prácticas Formativas, y se recomienda que estos documentos sean revisados en apoyo del área de SST.

Ahora bien, con respecto a lo señalado por el desconocimiento de los procedimientos del IMCT para documentar un procedimiento en calidad, se recomienda que se contemple una

CÓDIGO: GCE-F-05	INFORME DE AUDITORÍA		Instituto Municipal de Cultura y Turismo
VERSIÓN: 01			
FA: 18/05/2023	GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN		

capacitación concertada con el área de Calidad, como una oportunidad para fortalecer la cultura de calidad.

HALLAZGO ADMINISTRATIVO N° 2 INCUMPLIMIENTO EN LA ACTUALIZACION PEI Y DESCONOCIMIENTO DEL PEI

En entrevista, se constató que el Proyecto Educativo Institucional (PEI) opera bajo un "Plan de Actualización". No se presentó el Acto Administrativo de adopción de la versión final 2025, al no tener claro y desconocer el PEI, como instrumento de planificación que tiene una temporalidad específica (generalmente cada tres o cuatro años) para guiar la planificación, ejecución y seguimiento de los objetivos propuestos.

No se tenía claridad de los términos en que se otorgó la habitación y las condiciones para renovar establecidas en Ley 115 de 1994 y Decreto 1075 de 2015. Impactando así la oferta académica y la operación de la EMA generando un riesgo materializado en el soporte para la vigencia actual, y ante la Secretaría de Educación en sus procesos de inspección y vigilancia,

Así mismo revisada la matriz de riesgos y evidenciado el riesgo asociado al desarrollo o desconocimiento de los procesos curriculares situación presentada en el procedimiento de la EMA, y en aras de evitar la posible materialización, se hace necesario ejercer acciones objeto de recomendación del mitigar el mismo.

Se reconoce que actualmente se encuentra adelantado las gestiones requeridas para restablecer los programas que fueron cancelados por la secretaría de educación.

Análisis de la Respuesta: La Subdirección Técnica aporta evidencia contundente de gestión: Aprobación del Manual de Convivencia por Consejo Académico (25/11/2025). Actualización de componentes misionales del PEI. Visita técnica de la Secretaría de Educación (SEB) realizada el 26/11/2025 con concepto favorable (verificación de infraestructura). Radicación oportuna de renovaciones conforme a la Circular 02 de 2024 de la SEB.

Dictamen del Auditor: La respuesta y las evidencias sobrevinientes mitigan sustancialmente el riesgo de cierre de programas o sanciones. Se evidencia que la administración ha actuado con diligencia para subsanar los vencimientos. El hallazgo persiste únicamente por un tema de formalidad legal: la expedición final del Acto Administrativo (Resolución) por parte de la SEB y la adopción final del PEI completo proyectada para marzo 2026.

Conclusión: SE MODIFICA LA CALIFICACIÓN. El hallazgo se mantiene administrativo, pero se reconoce como "En proceso de cierre exitoso". El riesgo ha sido superado por la gestión ante la SEB.


Recomendación: Remitir a Control Interno copia de las Resoluciones de la SEB una vez sean expedidas para el cierre definitivo de este hallazgo.

HALLAZGO ADMINISTRATIVO N° 3 Indebida Gestión de Archivo

Al estar en entrevista se evidencio que no se cuenta con una gestión de archivo y desconoce por completo las tablas de retención las cuales le aplican a sus procedimientos, no se evidencio el correcto archivo de la EMA, pues según manifiestan los auditados no se encuentran carpetas, registro académico, asistencia e inasistencia entre otros y demás soportes de los últimos años.

Análisis de la Respuesta: El auditado solicita la eliminación del hallazgo, evidenciando que el 01/12/2025 se realizó la transferencia de 15 cajas al Archivo Central y que las matrículas actuales se gestionan digitalmente en Q10.

Dictamen del Auditor: La evidencia presentada (transferencia de archivo) demuestra una Acción Correctiva Inmediata. El hallazgo sobre la "inexistencia de archivo físico histórico" ha sido subsanado con la transferencia. Se recomienda tener presente que respecto al archivo digital en Q10: Es válido, siempre que se cumplan los principios de la Ley General de Archivos (integridad, disponibilidad, preservación).

CÓDIGO: GCE-F-05	INFORME DE AUDITORÍA	 ALCALDÍA DE BUCARAMANGA	Instituto Municipal de Cultura y Turismo
VERSIÓN: 01			
FA: 18/05/2023	GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN		

Conclusión: SE CIERRA EL HALLAZGO ADMINISTRATIVO respecto al archivo físico histórico, aceptando la transferencia documental como subsanación.

Recomendaciones:

La Oficina de Control Interno, recomienda a la EMA realizar verificación conjunta y actualicen y definan los estados actuales de los procedimientos, al revisar los controles planteados y los riesgos se observan situaciones que denotan una debilidad que expone de manera indirecta o directamente a la Entidad a un impacto negativo a nivel operativo o un riesgo que se pueda materializar y requiere de una acción correctiva. Por lo anterior, se hace necesario hacer seguimiento a las acciones de mejoramiento continuo, a través del Sistema de Gestión Institucional – SGI.

En la auditoría basada en riesgos al proceso “EMA” se pudo establecer que, no existe un procedimiento definido y actualizado, y por ende lo que se hace no se encuentra del todo armónico con las últimas actualizaciones de ley, y lo que se encuentra dispuesto en el PEI, así mismo, este procedimiento requiere concretar los puntos de control dentro de su gestión. Por lo expuesto, se sugiere efectuar una revisión y ajuste integral del procedimiento, con el fin de determinar la pertinencia y relación entre las actividades y los controles, esto con la finalidad de documentar en debida forma el procedimiento registrando todos sus pasos, de manera que todos los integrantes procesos de gestión de la EMA responsables se encuentre establecidos, tengan conocimiento pleno de cuándo y cómo hacerlo; más aún, con la rotación de personal que se ha presentado en la Entidad durante la vigencia evaluada, se hace indispensable esta actualización.

Se conmina analizar y evaluar la pertinencia de los riesgos definidos para el proceso de la EMA, ya que la identificación de estos, deben tener impacto en el cumplimiento de los objetivos del proceso, manteniendo la estructura y lineamientos definidos en la guía y política de la administración del riesgo. Adicionalmente, verificar los riesgos de corrupción, por cuanto se observa que en el mapa de riesgo vigente no se establecen de manera clara y real, siendo el tema manejo de datos, calidad del dato y datos sensible a este tipo de riesgos.

Se recomienda que la información que sirve como insumo para datos abiertos se evidencia según verificación con el área responsable que existe debilidad en la calidad del dato registrado en el contexto de *habeas data*, es decir que la información personal registrada a través de la plataforma con respecto a los estudiantes de la EMA debe ser veraz, completa, exacta y actualizada. Esto implica que las bases de datos deben mantener la integridad de los datos, evitar registros parciales.

La auditoría al proceso EMA evidencia un servicio misional robusto y en expansión, que enfrenta los desafíos propios del crecimiento operativo y la transición digital (implementación Q10).


Se recomienda formalizar mediante procedimiento interno el "Archivo Híbrido" (Físico/Digital Q10), asegurando que el área de Gestión Documental del IMCT valide los expedientes digitales como archivo oficial.

Si bien se identificaron 2 Hallazgos Administrativos, se destaca la respuesta positiva y diligente de la Subdirección Técnica, especialmente en la normalización de registros ante la Secretaría de Educación y la gestión de archivo.

Las debilidades encontradas requieren de un Plan de Mejoramiento enfocado en:

- Formalización: Cerrar el ciclo documental (Resoluciones SEB, Adopción PEI).
- Cultura de Calidad: Alinear la operación real con los documentos del SIG.

Esta Oficina de Control Interno actuará como aliado estratégico en el seguimiento de estas mejoras, reconociendo que el fortalecimiento de la EMA es vital para la misión del IMCT.

CÓDIGO: GCE-F-05	INFORME DE AUDITORÍA		Instituto Municipal de Cultura y Turismo
VERSIÓN: 01			
FA: 18/05/2023	GESTIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN		

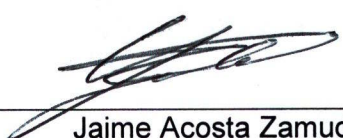
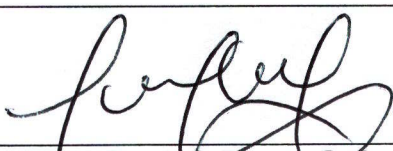
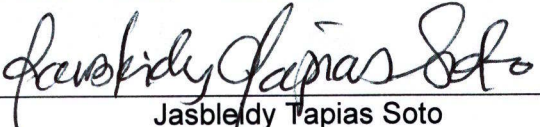
5. PLAN DE MEJORAMIENTO

Considerando los anteriores, se recomienda presentar un plan de mejoramiento con las acciones que estén encaminadas a dar solución a las falencias expuestas.

Como resultado de la presente auditoría, el proceso responsable deberá elaborar un Plan de Mejoramiento, con acciones y metas de tipo correctivo y/o preventivo, dirigidas a subsanar las causas administrativas que dieron origen a los hallazgos identificados por la Oficina Asesora de Control Interno como resultado del ejercicio de evaluación independiente que se describe en este informe.

TABLA RESUMEN DE HALLAZGOS

HALLAZGO	ADMINISTRATIVO	DISCIPLINARIO	FISCAL
SE IDENTIFICÓ LA FALTA Y DESACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, MANUALES, GUIAS Y CARACTERIZACION INADECUADA CON RESPECTO A LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA GESTIÓN EFECTIVA DE LOS PROCESOS DE LA EMMA	X		
INCUMPLIMIENTO EN LA ACTUALIZACION PEI Y DESCONOCIMIENTO DEL PEI	X		

 Jaime Acosta Zamudio Jefe Oficina Asesora Control Interno	 Diana Carolina Duarte Galindo Subdirectora Técnica
 Jasleidy Tapias Soto Profesional CPS Apoyo	
FIRMA AUDITORES	FIRMA AUDITADO